

**Wirksamkeit einer interdisziplinären Elternberatung  
bei Kindern mit Regulationsstörungen  
unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Belastung der Eltern**

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,  
Fakultät I für Bildungs- und Sozialwissenschaften,  
zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

von Herrn Michael Otto,  
geboren am 23.02.1974 in Eisenach

Erstreferentin      Frau Prof. Dr. Ute von Düring  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Korreferent      Herr Prof. Dr. Sören Schmidt  
Hochschule Emden/Leer

Tag der Disputation      14. Mai 2024

*Für meine Großeltern Ilse und Hans*

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Personen bedanken, die zum Gelingen meiner Promotion beigetragen und mich auf diesem Weg begleitet haben.

Zuallererst danke ich den Eltern, die trotz der eigenen herausfordernden Lebenssituation an der Beantwortung der umfangreichen Fragebögen teilgenommen haben: für ihr Vertrauen und für ihr Interesse an meiner Forschung. Ihnen gilt mein größter Respekt.

In besonderem Maße möchte ich mich bei meiner Betreuerin und Mentorin, Frau Prof. Dr. Ute von Düring bedanken, die es mir ermöglicht hat, diese externe Promotion zu realisieren. Ich danke ihr für die fachliche Kritik und die kompetente Begleitung bei der inhaltlichen und methodischen Planung sowie für ihre empathische Motivation.

Ein weiterer Dank gilt Frau Prof. Dr. Ilke Inceoglu und Frau Dr. Christina Vesterling sowie dem Team des Fachbereiches Psychologie in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik der C. v. O. Universität Oldenburg für ihre methodischen Anregungen und den fachlichen Austausch.

Besonders danken möchte ich auch Herrn Dr. Wagner sowie meinen Kolleginnen im Kinderzentrum, insbesondere in der Verwaltung und in der Regulationsprechstunde sowie den Kolleginnen in den Kindertagesstätten des Diakonischen Werkes Oldenburg. Ohne ihr Engagement wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein Dank gilt auch meinen Freunden sowie meiner Familie. Ganz besonders herzlich möchte ich mich vor allem bei Erika und Tim bedanken: für ihre Unterstützung über die letzten Jahre, für ihre kritischen Einwände, für ihr endloses Verständnis und für ihre stetige Motivation, durch die ich mein Ziel nicht aus den Augen verloren habe. Danke!

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>v</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>vi</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>vii</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract</b>	<b>xi</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Konzeptionelle Rahmenmodelle dieser Forschungsarbeit</b>	<b>4</b>
2.1.1 Das Modell der familiären Anpassung von Tröster (2005a)	4
2.1.2 Das transaktionale Entwicklungsmodell von Sameroff (2010)	7
<b>2.2 Grundlagen der frühkindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Interaktion</b>	<b>9</b>
2.2.1 Modelle von Gesundheit, Entwicklung und Erziehungsverhalten	9
2.2.2 Modelle zum frühkindlichen Regulationsverhalten und zur Eltern-Kind-Interaktion	11
2.2.3 Adaptive Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit	16
2.2.4 Fähigkeit zur frühkindlichen Selbstregulation	19
2.2.5 Koregulation und intuitives Elternverhalten als Basis der Eltern-Kind-Interaktion	22
<b>2.3 Kindbezogene Störungen des frühkindlichen Regulationsverhaltens</b>	<b>28</b>
2.3.1 Klassifikation von Störungen des frühkindlichen Regulationsverhaltens	28
2.3.2 Das Konstrukt der „Frühkindlichen Regulationsstörungen“	32
2.3.3 Frühkindliche Störung mit persistierendem exzessivem Schreien	39
2.3.4 Frühkindliche Schlafstörungen	44
2.3.5 Frühkindliche Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen	50
2.3.6 Störungen der Verhaltensregulation im Kleinkindalter	54
<b>2.4 Elternbezogene psychische Störungen und Erkrankungen</b>	<b>58</b>
<b>2.5 Störungen der Eltern-Kind-Interaktion</b>	<b>67</b>
<b>2.6 Diagnostik und Interventionen bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion</b>	<b>70</b>
2.6.1 Der diagnostische Prozess bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion	70
2.6.2. Notwendigkeit und Versorgungsstand differenzierter Interventionen	74
2.6.3 Das gestufte Versorgungskonzept von Begleitung, Beratung und Psychotherapie	76
2.6.4 Ansätze der Eltern-Kleinkind-Interventionen	77

---

<b>2.7</b>	<b>Lebensqualität und Partizipation der Familien</b>	<b>82</b>
2.7.1	Konstrukte zu Lebensqualität und Partizipation von Familien	82
2.7.2	Prädiktoren für die Lebensqualität und Partizipation von Familien	88
2.7.3	Psychosoziale Belastung als Risikofaktor der Lebensqualität und Partizipation	93
<b>3</b>	<b>Aktueller Stand der Forschung</b>	<b>96</b>
<b>3.1</b>	<b>Wirksamkeitsforschung bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion</b>	<b>96</b>
<b>3.2</b>	<b>Systematische Literaturrecherche zu Wirksamkeitsstudien</b>	<b>98</b>
3.2.1	Methodik der durchgeführten systematischen Literaturrecherche	98
3.2.2	Eigenschaften und Bewertung der eingeschlossenen Studien	100
3.2.3	Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse der recherchierten Studien	113
<b>3.3</b>	<b>Zum Stand der Lebensqualitätsforschung bei Kindern und ihren Familien</b>	<b>116</b>
<b>3.4</b>	<b>Forschungsstand im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie</b>	<b>118</b>
<b>4</b>	<b>Problemaufriss, Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>121</b>
4.1	Problemaufriss und Untersuchungsgegenstand	121
4.2	Konfirmatorische Forschungsfragen und -hypothesen	123
4.3	Explorative Forschungsfragen	126
<b>5</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>127</b>
5.1	Studiendesign	127
5.2	Studienpopulation	129
5.3	Studienablauf	129
5.4	Darstellung der eingesetzten Erhebungsverfahren	133
5.5	Gruppen unterschiedlicher psychosozialer Belastung	142
5.6	Beratungskonzept der Regulationssprechstunde im Kinderzentrum	146
5.7	Hinweise zur Forschungsethik (Nutzen-Risiko-Abwägung)	149
5.8	Erläuterung zur statistischen Methodik	151
5.9	Datenmanagement und Datenschutz	160
5.10	Anpassung der Studie an die COVID19-Situation	162

---

<b>6</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>163</b>
<b>6.1</b>	<b>Erhebungszeitraum, Rücklaufstatistik und Drop-out-Analyse</b>	<b>163</b>
<b>6.2</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe</b>	<b>166</b>
6.2.1	Charakteristika der Kinder	166
6.2.2	Charakteristika der Bezugspersonen/ Eltern	168
6.2.3	Psychosoziale Belastung der Familien	174
6.2.4	Besonderheiten der Inanspruchnahme der Kleinkindberatung	176
<b>6.3</b>	<b>Querschnittsanalysen zu den primären Endpunkten</b>	<b>182</b>
6.3.1	Auswertung zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme (SFS)	182
6.3.2	Auswertung zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme (BITSEA)	186
6.3.3	Auswertung zum Endpunkt elterliches Belastungsempfinden (EBI)	189
6.3.4	Auswertung zum Endpunkt familienbezogene Lebensqualität (FLQ)	192
6.3.5	Zusammenhänge der primären Endpunkte mit relevanten Faktoren	196
<b>6.4</b>	<b>Zusammenhänge zwischen den primären Endpunkten</b>	<b>203</b>
<b>6.5</b>	<b>Längsschnittanalysen zu den primären Endpunkten (prä-post-Vergleiche)</b>	<b>209</b>
6.5.1	Auswertung zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme (SFS)	209
6.5.2	Auswertung zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme (BITSEA)	218
6.5.3	Auswertung zum Endpunkt elterliches Belastungsempfinden (EBI)	224
6.5.4	Auswertung zum Endpunkt familienbezogene Lebensqualität (FLQ)	233
6.5.5	Zusammenhänge der primären Endpunkte mit relevanten Faktoren	239
<b>6.6</b>	<b>Analysen zu den beratungsbezogenen Variablen</b>	<b>240</b>
6.6.1	Auswertung des sonstigen Endpunkts Zufriedenheit mit der Beratung (FBB)	240
6.6.2	Zusammenhänge der primären Endpunkte mit der Beratungszufriedenheit	241
<b>7</b>	<b>Diskussion</b>	<b>243</b>
<b>7.1</b>	<b>Allgemeine und methodenkritische Einordnung der Studie</b>	<b>243</b>
<b>7.2</b>	<b>Ergebnisdiskussion der Querschnittsanalysen</b>	<b>246</b>
7.2.1	Stichprobenbeschreibung	246
7.2.2	Beratungsbezogene Informationen	247
7.2.3	Diskussion der Querschnittsanalysen zu den primären Endpunkten	248
7.2.4	Diskussion der Ergebnisse zur explorativen Analyse	251
<b>7.3</b>	<b>Ableitung eines heuristischen Modells</b>	<b>255</b>

---

<b>7.4</b>	<b>Hypothesengeleitete Ergebnisdiskussion der Längsschnittanalysen</b>	<b>257</b>
7.4.1	Diskussion der Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit	257
7.4.2	Diskussion der Ergebnisse zur differentiellen Wirksamkeit	263
7.4.3	Diskussion der Ergebnisse zu den explorativen Forschungsfragen	267
<b>7.5</b>	<b>Einordnung der Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit der Beratung</b>	<b>271</b>
<b>7.6</b>	<b>Implikationen für die Beratungspraxis</b>	<b>273</b>
<b>7.7</b>	<b>Ausblick und Impulse für die weiterführende Forschung</b>	<b>275</b>
<b>8</b>	<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>277</b>
<b>Anhang</b>		

**Abkürzungsverzeichnis**

ANCOVA	Kovarianzanalyse
ANOVA	Varianzanalyse
ANOVA <sub>rm</sub>	Varianzanalyse mit Messwiederholung
APA	American Psychological Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BITSEA	Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment
CI	Konfidenzintervall
DC	Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen bei Säuglingen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Beratung
FLQ	Fragebogen zur familienbezogenen Lebensqualität
fPIP	fokussierte Eltern-Kind-Psychotherapie
fSKEPT	fokussierte Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IG	Interventionsgruppe
LCA	Latente Klassenanalyse
M	Mittelwert
MRM	Mutual Regulation Model
OR	Odds Ratio
RCI	Reliable Change Index
RCT	Randomisiert kontrollierte Studien
SD	Standardabweichung
SMD	standardisierte Mittelwertdifferenz
SFS	Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen
T1/prä	erster Messzeitpunkt
T2/post	zweiter Messzeitpunkt
TAU	Treatment as usual
VG	Vergleichsgruppe
WHO	World Health Organization

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht zu kindbezogenen Störungen der frühkindlichen Entwicklung .....	29
Tabelle 2 Klassifikation der frühkindlichen Regulationsstörungen.....	35
Tabelle 3 Übersicht zu den eingeschlossenen Studien getrennt nach Interventionsformen .....	100
Tabelle 4 Bewertung der eingeschlossenen Studien nach definierten Indikatoren .....	101
Tabelle 5 Effektstärken und Forest-plots zu Regulationsproblemen und elterlicher Belastung .....	112
Tabelle 6 Studienendpunkte, Erhebungsverfahren und Messzeitpunkte getrennt nach Studiengruppen ..	131
Tabelle 7 Statistische Kennwerte des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS) .....	133
Tabelle 8 Subskalen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS).....	135
Tabelle 9 Subskalen des Elternbereichs des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) .....	138
Tabelle 10 Statistische Kennwerte des Elternbereichs des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI).....	139
Tabelle 11 Statistische Kennwerte des Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ) .....	140
Tabelle 12 Risikofaktoren zur Beurteilung der psychosozialen Belastung der Familie .....	144
Tabelle 13 Parameter der latenten Klassenanalyse mit Angaben zu Modelfit und Modellvergleich.....	145
Tabelle 14 Überblick zu den durchgeführten statistischen Verfahren.....	152
Tabelle 15 Übersicht zur Verteilung der Teilstichproben zu den beiden Messzeitpunkten .....	165
Tabelle 16 Deskriptive Statistik zu Charakteristika der Kinder .....	166
Tabelle 17 Deskriptive Statistik zu Charakteristika der Bezugspersonen .....	169
Tabelle 18 Deskriptive Statistik der LCA getrennt nach Studiengruppen und Gesamtstichprobe .....	174
Tabelle 19 Problembereiche bei der Anmeldung zur Beratung (Mehrfachantworten) .....	177
Tabelle 20 Gruppierung der Wartezeit .....	178
Tabelle 21 Logistische Regressionsanalyse zu Prädiktoren der Inanspruchnahme einer Beratung.....	181
Tabelle 22 Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des SFS .....	183
Tabelle 23 Zweifaktorielle ANCOVA der Skalen des SFS zu T1 .....	185
Tabelle 24 Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des BITSEA ..	186
Tabelle 25 Zweifaktorielle ANCOVA Skalen des BITSEA zu T1 .....	188
Tabelle 26 Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des EBI.....	189
Tabelle 27 Zweifaktorielle ANOVA der Skalen des EBI zu T1 .....	191
Tabelle 28 Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des FLQ .....	193
Tabelle 29 Zweifaktorielle ANOVA der Skalen des FLQ zu T1 .....	195
Tabelle 30 Deskriptive Statistik der Gesamtskala des SFS bezogen auf die Altersgruppen der Kinder ...	197
Tabelle 31 Interkorrelationen und Korrelationsvergleich zu den primären Endpunkten zu T1.....	204
Tabelle 32 Parameterschätzungen der Mediationsanalyse .....	208
Tabelle 33 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des SFS.....	212
Tabelle 34 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des SFS .....	215
Tabelle 35 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des BITSEA .....	220
Tabelle 36 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des BITSEA.....	223
Tabelle 37 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des EBI.....	226

Tabelle 38 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des EBI .....	229
Tabelle 39 Häufigkeiten der T-Wert-Bereiche des elterlichen Belastungsempfindens .....	230
Tabelle 40 Trend der T-Wert-Änderung der EBI-Gesamtskala .....	232
Tabelle 41 Trend der T-Wert-Änderung der EBI-Gesamtskala nach Belastungsgrad .....	232
Tabelle 42 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des FLQ .....	235
Tabelle 43 Zweifaktorielle ANOVA <sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des FLQ .....	238
Tabelle 44 Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des FBB .....	240

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Arbeitsmodell und inhaltliches Design der Dissertation .....	2
Abbildung 2. Modell zur familiären Anpassung .....	5
Abbildung 3. Transaktionales Entwicklungsmodell .....	7
Abbildung 4. Prozessmodell des elterlichen Erziehungsverhaltens .....	10
Abbildung 5. Mutual Regulation Model (MRM) .....	15
Abbildung 6. Entwicklungsmodell mit Entwicklungsaufgaben nach Altersstufen .....	16
Abbildung 7. Transformationsphasen und Entwicklungsaufgaben in den ersten Lebensjahren .....	17
Abbildung 8. Zusammenhang von Regulationsproblemen und Entwicklungsaufgaben .....	18
Abbildung 9. Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeiten .....	20
Abbildung 10. Neurobiologischer Rahmen des Verhaltens im Verlauf der kindlichen Entwicklung .....	21
Abbildung 11. Modellvorstellung zur Ätiopathogenese frühkindlicher Regulationsstörungen .....	23
Abbildung 12. Entwicklung externalisierender Störung .....	27
Abbildung 13. Symptomtrias der frühkindlichen Regulationsstörungen .....	38
Abbildung 14. Störungsmodell zum exzessiven Schreien .....	43
Abbildung 15. Transaktionales Modell der Schlaf-Wach-Regulation .....	49
Abbildung 16. „Teufelskreis“ frühkindlicher Fütter- und Essverhaltensstörungen .....	53
Abbildung 17. Modell zu Wirkungszusammenhängen elternbezogener psychischer Störungen .....	58
Abbildung 18. Typische Interaktionen in depressiven Mutter-Säuglings-Dyaden .....	62
Abbildung 19. Modell psychischer Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern .....	66
Abbildung 20. Das ABC-X-Modell der Belastungsbewältigung .....	84
Abbildung 21. Das biopsychosoziale Modell der ICF .....	85
Abbildung 22. Exemplarische Anwendung des ICF-Modells auf Regulationsstörungen .....	86
Abbildung 23. PRISMA-Flussdiagramm .....	99
Abbildung 24. Kindliche Entwicklung im Kontext von COVID-19-bedingten Belastungen .....	119
Abbildung 25. Übersicht zu den Studienarmen .....	127
Abbildung 26. Studiendesign für die Studiengruppen mit den Messzeitpunkten .....	128
Abbildung 27. Flussdiagramm zum Studienablauf .....	130
Abbildung 28. Das Eltern-Belastungs-Inventar .....	137

<i>Abbildung 29.</i> Modelldiagramm der konfirmatorischen Faktorenanalyse .....	156
<i>Abbildung 30.</i> Flussdiagramm zu Rücklauf und Drop-out .....	163
<i>Abbildung 31.</i> Verteilung der Altersgruppen der Kinder in den Studiengruppen .....	167
<i>Abbildung 32.</i> Verteilung des Bildungsstatus‘ der Mütter in den Studiengruppen .....	171
<i>Abbildung 33.</i> Verteilung des Bildungsstatus‘ der Väter in den Studiengruppen .....	171
<i>Abbildung 34.</i> Verteilung des psychosozialen Belastungsgrad in den Studiengruppen .....	175
<i>Abbildung 35.</i> Verteilung der Wartezeit in den Belastungsgruppen.....	178
<i>Abbildung 36.</i> Verteilung der Erstdiagnosen nach ICD-10 .....	179
<i>Abbildung 37.</i> Verteilung der Erstdiagnosen nach DC:0-5 .....	180
<i>Abbildung 38.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des SFS .....	184
<i>Abbildung 39.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala BITSEA .....	187
<i>Abbildung 40.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des EBI.....	192
<i>Abbildung 41.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des FLQ.....	194
<i>Abbildung 42.</i> Profildiagramm zur SFS-Gesamtskala über die Altersgruppen .....	197
<i>Abbildung 43.</i> Pfaddiagramm zur Mediationsanalyse .....	207
<i>Abbildung 44.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des SFS .....	211
<i>Abbildung 45.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des SFS .....	214
<i>Abbildung 46.</i> Anteil der Diagnosekriterien zu T1 .....	216
<i>Abbildung 47.</i> Anteil der Diagnosekriterien zu T2 .....	217
<i>Abbildung 48.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des BITSEA .....	219
<i>Abbildung 49.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des BITSEA .....	222
<i>Abbildung 50.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des EBI.....	225
<i>Abbildung 51.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des EBI.....	228
<i>Abbildung 52.</i> Sankey-Diagramm über die Veränderung des elterlichen Belastungsempfindens .....	231
<i>Abbildung 53.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des FLQ.....	234
<i>Abbildung 54.</i> Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA <sub>rm</sub> zur Gesamtskala des FLQ.....	237
<i>Abbildung 55.</i> Heuristisches Modell der vorliegenden Dissertation .....	255

## Zusammenfassung

*Hintergrund und Zielsetzung.* Frühkindliche Regulationsstörungen besitzen eine besondere gesamtgesellschaftliche Bedeutung, da die Inanspruchnahme von Angeboten spezialisierter multiprofessioneller Interventionen erhebliche Herausforderungen an die Ressourcen des Gesundheitssystem verursachen (Borke et al., 2015). Aufgrund ihrer ungünstigen Prognose sind persistierende Regulations- und Verhaltensprobleme mit höheren und langfristigen Aufwendungen und Belastungen des Sozialversicherungssystems verbunden (Wurmser, 2009). Obgleich niedrigschwellige Beratungsangebote im Rahmen der frühen Hilfen eine gesetzlich verankerte Funktion zur Prävention von Entwicklungsstörungen und Gefährdungen des Kindeswohls besitzen, existieren insgesamt wenige Studien zu ihrer Wirksamkeit (Schrappe, 2013). Schwerpunkt dieser Studie bildet die Wirksamkeitsevaluation einer ambulanten Sprechstunde für Säuglinge und Kleinkinder in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Im Fokus stehen die Auswirkungen der interdisziplinären Beratung auf das Ausmaß von Problemen im Regulations- und sozial-emotionalen Verhalten der Kinder sowie auf die psychosoziale Belastung und die Lebensqualität der Familien. Besondere Bedeutung besitzt die Überprüfung der differentiellen Wirksamkeit für psychosozial besonders stark belastete Eltern.

*Methode und Stichprobe.* Die Studie wurde als nicht-randomisierte prospektive Studie mit Parallelgruppen-prä-post-Design durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt eine Beratung im Rahmen der Regulationssprechstunde. Als Vergleichsgruppe im Sinne einer Normstichprobe ohne Beratungsbedarf wurden Familien über lokale Kindertagesstätten rekrutiert. Die Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (prä) bestand aus  $N = 116$  und zum zweiten Messzeitpunkt (post) aus  $N = 70$  Kindern im Alter zwischen 12 und 36 Monaten und ihren Eltern. Es wurden etablierte Erhebungsverfahren eingesetzt, um die Regulationsprobleme (SFS; Groß et al. (2013)) und sozial-emotionalen Probleme (BITSEA; Briggs-Gowan et al. (2004)) der Kinder sowie das Belastungsempfinden der Eltern (EBI; Tröster (2011)) und die Lebensqualität der Familie (FLQ; Tröster (2005b)) zu erfassen. Die Auswertung erfolgte zu prä als Querschnitt-Analyse und zu post als Längsschnitt-Analyse. Die Überprüfung der Haupthypothesen zu Unterschieden zwischen den Studien- und Belastungsgruppen sowie zur generellen und differentiellen Wirksamkeit erfolgte durch Varianzanalysen mit und ohne Messwiederholung. Explorative Zusammenhänge in Bezug auf die Beratungszufriedenheit und die Ableitung geeigneter Prädiktoren für die einzelnen Endpunkte wurden mit Hilfe von Korrelations- bzw. theoriegeleiteter Regressionsanalysen überprüft. Eine Mediationsanalyse deckte Assoziationen zwischen den Endpunkten auf.

*Ergebnisse.* Gegenüber Familien ohne Beratungsbedarf zeigen Kinder, deren Eltern eine Beratung in Anspruch nehmen, ein auffälligeres Regulationsverhalten, vor allem mit stärker ausgeprägten Schlafproblemen sowie signifikante Probleme in ihrem sozial-emotionalen Verhalten.

Eltern mit Beratungsbedarf empfinden aufgrund der Regulationsprobleme ihrer Kinder vor allem hinsichtlich ihrer Bindung zu ihrem Kind eine höhere Belastung und schätzen die Lebensqualität ihrer Familie geringer ein als Eltern der Vergleichsgruppe. Eltern der Interventionsgruppe mit hoher psychosozialer Belastung fühlen sich weniger kompetent, das Verhalten ihrer Kinder angemessen zu koregulieren, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen und sich in ein soziales Beziehungsnetz zu integrieren. Die Inanspruchnahme der Beratung führt sowohl zu einer signifikant stärkeren Reduktion der kindlichen Regulations- und sozial-emotionalen Probleme, insbesondere der Schlafprobleme und der internalen Probleme, als auch zu einer Reduktion der wahrgenommenen Belastung der Eltern sowie zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Familien. Die Regulations- und sozial-emotionalen Probleme der Kinder sowie das Belastungsempfinden der Eltern reduzieren sich nach der Beratung unabhängig vom Belastungsgrad der Eltern. Bei hoch belasteten Eltern erhöht sich lediglich die Lebensqualität zum Zeitpunkt nach der Beratung signifikant und stärker.

*Diskussion.* Die professionelle Beratung ist insbesondere für die Reduzierung von Schlafproblemen der Kinder als auch für die zunehmend positive Wahrnehmung der elterlichen Kompetenz effektiv. Bezogen auf die familienbezogene Lebensqualität kann aufgrund der Studienergebnisse davon ausgegangen werden, dass in besonderem Maße Familien mit einem hohen Grad an sozial-emotionaler Belastung von dem Beratungsangebot profitieren als Eltern mit geringerem Belastungsgrad. Dies sollte bei der inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der niedrigschwelligen Beratung Berücksichtigung finden. Die adaptive Spezifität und individuelle Ausrichtung der Beratungssituation entspricht den Bedürfnissen der höher belasteten Eltern und stärkt deren Compliance und Motivation zur Veränderung. Zum einen kann die Kurzintervention bereits zur verbesserten Wahrnehmung der kindlichen Signale und der Eltern-Interaktion sowie zur Reflexion des eigenen elterlichen Verhaltens beitragen. Zum anderen stellt das niedrigschwellige Angebot eine gezielte Unterstützung in Form konkreter und schnell umsetzbarer Handlungsempfehlungen zur Verfügung und befähigt auf diese Weise die elterliche Kompetenz. Es lassen sich Hinweise ableiten, dass die wahrgenommene Lebensqualität der Familie nicht in direktem Zusammenhang zu den kindlichen Problemen steht, sondern über die Vermittlung der elterlichen Belastung verstärkt wird. Die vorliegenden Ergebnisse bekräftigen bisherige Wirksamkeitsstudien und liefern wichtige Hinweise auf eine Effektivität der Beratung bei Kleinkindern mit Regulationsproblemen. Weitere Forschung sollte klären, welche Faktoren der Beratung bedeutsamen Einfluss auf die Veränderung der Endpunkte besitzen.

**Schlagwörter.** Wirksamkeit, Kleinkind-Elternberatung, Frühkindliche Regulationsstörungen, Sozial-emotionale Probleme, Elternbelastung, Familienbezogene Lebensqualität.

## Abstract

*Background and research objective.* Early childhood regulatory disorders have a particular significance for society as a whole. The use of specialized multi-professional interventions causes significant challenges to the health system's resources (Borke et al., 2015). Due to their unfavorable prognosis, persistent regulation and behavioral problems are associated with higher and long-term costs and burden on the social system (Wurmser, 2009). Low-threshold consulting services provide early support and have a legally anchored function in preventing developmental disorders and threats to the child's well-being in Germany. However, there are only few studies on their effectiveness (Schrappe, 2013). The objective of this study is to evaluate the effectiveness of an outpatient consultation for infants and toddlers in a social pediatric center. The focus is on the impact of interdisciplinary counseling on the extent of problems in children's regulatory and social-emotional behaviors as well as on the psycho-social burden and quality of life of families. Examining the differential effectiveness of the counselling for parents who are particularly stressed psycho-socially is particularly important.

*Method and sample.* The study was conducted as a non-randomized prospective study with a parallel group pre-post design. The intervention group received advice as part of the regulatory consultation. A comparison group was a standard sample of parents without the need for advice who were recruited via local nurseries. The sample at the first measurement point (pre) consisted of N = 116 and at the second measurement point (post) of N = 70 children between the ages of 12 and 36 months and their parents. Established questionnaires were used to assess the children's regulation problems (SFS; Groß et al. (2013)) and social-emotional problems (BITSEA; Briggs-Gowan et al. (2004)) as well as the parents' perception of stress (EBI; Tröster (2011)) and the quality of life of the family (FLQ; Tröster (2005b)). The evaluation was carried out as a cross-sectional (pre) and longitudinal analysis (post). The main hypotheses regarding differences between the study group and stress groups as well as general and differential effectiveness were tested using analyses of variance with and without repeated measurements. Exploratory relationships regarding consultation satisfaction and the identification of suitable predictors for the individual outcomes were examined using correlation or theory-driven regression analyses. A mediation analysis revealed associations between the outcomes.

*Results.* Compared to families without the need for counseling, children whose parents seek counseling show more dysfunctional regulatory behavior, especially with more pronounced sleep problems and significant problems in their social-emotional behavior. Parents in need of counseling experience greater stress due to their children's regulation problems, especially with regard to their bond with their child, and rate their family's quality of life lower than parents in the comparison group. Parents in the intervention group with high psychosocial stress feel less competent to

appropriately co-regulate their children's behavior, to build a bond with their child and to integrate themselves into a social network of relationships. Taking advantage of counseling leads to a significantly greater reduction in the child's regulatory and social-emotional problems, especially sleep problems and internal problems, as well as a reduction in the parents' perceived stress and an increase in the families' quality of life. The children's regulatory and social-emotional problems as well as the parents' perception of stress are reduced after counseling, regardless of the parents' level of stress. In the case of highly stressed parents, only the quality of life at the time after the consultation increases significantly and to a greater extent.

*Discussion.* Professional advice is particularly effective in reducing children's sleep problems and in increasing positive perceptions of parental competence. Regarding to family-related quality of life, study results indicate that families with a high degree of social-emotional stress particularly benefit from the counseling offer than parents with a lower level of stress. This should be taken into account in the content and methodological orientation of the low-threshold advice. The adaptive specificity and individual orientation of the counseling situation meets the needs of the parents who are more stressed and strengthens their compliance and motivation to change. The short intervention can contribute to improved perception of the child's signals and parental interaction as well as to reflection on one's own parental behavior. In addition, the low-threshold offer provides targeted support in the form of concrete and quickly implemented recommendations for action and in this way strengthens parenting skills. There are indications that the family's quality of life is not directly related to the child's problems, but it is reinforced via mediation of parental stress. The present results confirm previous studies and provide important evidence of the effectiveness of counseling for young children with regulation problems. Further research should clarify which factors of counseling have a significant influence on the change in outcomes.

**Keywords.** Effectiveness, toddler parent counseling, early childhood regulatory disorders, social-emotional problems, parental stress, family-related quality of life.

## 1 Einleitung

*„Ich erhoffe mir, mein Kind besser zu verstehen. Das auch ich ihn [den Jungen] mehr darin unterstützen kann, dass sich unsere Lebenssituation und vor allem Qualität verbessert und ich endlich die Hilfe bekomme, die ich mir für uns schon seit anderthalb Jahren erhoffe.“*

Ausgewähltes Zitat von Eltern zu ihren Erwartungen an die Beratung

Die frühkindliche Entwicklung lässt sich durch eine individuelle Dynamik in allen Prozessen des Reifens und Lernens charakterisieren. Säuglinge und Kleinkinder sind besonders bei der Anpassung ihrer Gefühle und ihres Verhaltens an die Umwelt auf die Unterstützung durch ihre primären Bezugspersonen angewiesen. Probleme bei der Bewältigung dieser Anpassungsaufgaben beziehen sich demzufolge nicht nur isoliert auf die Fähigkeiten der Kinder zur Regulation ihrer Emotionen und ihres Verhaltens. Frühkindliche Störungen äußern sich einerseits auch in der von den Eltern empfundenen Belastung und wirken sich nachhaltig auf die Lebensqualität der gesamten Familie aus. Andererseits beeinflussen emotionale und psychische Störungen der Eltern sowie psychosoziale Belastungen der Familie die Möglichkeiten der Kinder zur Entwicklung einer angepassten Emotions- und Verhaltensregulation (Papoušek et al., 2004).

Aufgrund dieser Komplexität besitzen frühkindliche Störungen eine zunehmende Relevanz sowohl für den klinischen als auch für den (rehabilitations-)pädagogischen Bereich und sind darüber hinaus auch gesamtgesellschaftlich bedeutsam. Vor allem durch die Behandlung der Langzeitfolgen verursachen sie eine vermehrte Inanspruchnahme professioneller Hilfe und damit verbundene Leistungen des Sozialversicherungssystems, die gegebenenfalls über die gesamte Lebensspanne erforderlich sind (Wurmser, 2009).

Das hier vorgestellte Forschungsprojekt untersucht die Wirksamkeit der Eltern-Kleinkind-Beratung innerhalb des ambulanten Angebotes eines Sozialpädiatrischen Zentrums. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Wirksamkeit gegenüber Familien mit einer erhöhten psychosozialen Belastung. Die gewonnenen Ergebnisse können einer möglichen Evaluation des Konzeptes des Beratungsangebotes dienen.

Damit leistet diese Studie einen wichtigen Beitrag innerhalb der Forschungsbereiche der klinischen Psychologie, der Entwicklungspsychologie und der Rehabilitationspädagogik. Ungeachtet der bestehenden Relevanz des Forschungsschwerpunktes existiert lediglich eine geringe Anzahl an qualitativ hochwertigen Studien. Es kann über zu wenig Wissen und empirische Belege in Bezug auf die Transmissionswege zwischen elterlicher Belastung bzw. Psychopathologie und kindlicher Emotionsregulation verfügt werden.

Zur Verortung dieser Dissertation wird auf die Forschungskonzeption des Instituts für Sonder- und Rehabilitationspädagogik an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg Bezug genommen. Das Dissertationsthema steht in engem Zusammenhang mit dem Leitthema „Partizipation und Bildung“. Ziel der evidenzbasierten Forschung des Instituts ist es einen Beitrag dazu zu leisten, Menschen mit Beeinträchtigung und von Beeinträchtigung bedrohte Menschen aller Altersgruppen in ihrer Entwicklung zu fördern und diese zu einer weitestgehend selbstbestimmten Alltagsbewältigung zu befähigen. Orientierend an der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der World Health Organization (WHO) (2007) sollte das Risiko beachtet werden, dass Menschen mit drohenden oder realen Beeinträchtigungen aus sozialen und Bildungsprozessen herausfallen (Dropout) und an ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt werden. Das Thema der Dissertation lässt sich dem Forschungsschwerpunkt „Barrieren und multiple Beeinträchtigungen“ des Instituts zuordnen (vergleiche hierzu das Forschungsprofil des Instituts für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, vom 12.09.2023)

Zu Beginn der Abhandlung soll das Arbeitsmodell dieser Dissertation vorgestellt werden. Das inhaltliche Design lässt sich in verschiedene Ebenen untergliedern, die jeweils Bestandteile der theoretischen Ausarbeitung sowie der methodischen Planung und Umsetzung sind. Abbildung 1 fasst dieses Arbeitsmodell graphisch zusammen.

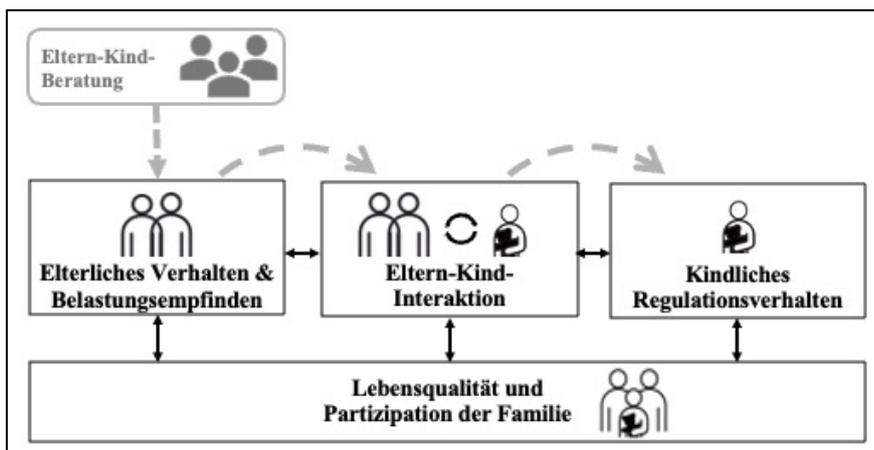


Abbildung 1. Arbeitsmodell und inhaltliches Design der Dissertation

Quelle: Eigene Darstellung

Die einzelnen Ebenen des Arbeitsmodells werden im Folgenden erläutert.

- **Elternebene:** Das Erziehungsverhalten und das psychologische Wohl- bzw. Belastungsempfinden der Eltern werden wesentlich durch die Merkmale und Verhaltensweisen ihrer Kinder, durch die individuelle Persönlichkeit und die Entwicklungsgeschichte der Eltern sowie durch deren Partnerschaft und soziale Netzwerke beeinflusst.
- **Kindenebene:** Die kindliche Entwicklung wird geprägt von der Bewältigung alterstypischer Anforderungen. Dies gelingt den Kindern über verschiedene Prozesse der Anpassung bzw. der Regulation ihres Verhaltens und ihrer Emotionen.
- **Interaktionsebene:** Besonders die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion stellt ein wesentliches Bindeglied zwischen der adäquaten Regulation des kindlichen Verhaltens sowie dem unterstützenden Verhalten und dem subjektiven Belastungsempfinden der Eltern dar.
- **Familienebene:** Die Lebensqualität einer Familie wird maßgeblich von den Möglichkeiten der Eltern bestimmt, sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen an die Anforderungen anzupassen, die aufgrund des kindlichen Verhaltens bestehen. Die familienbezogene Lebensqualität umfasst neben der Wahrnehmung des subjektiven Wohlbefindens auch die soziale Integration und die Partizipation der Familie. Sie wird von den vorgenannten Ebenen beeinflusst bzw. übt auf diese Ebenen selbst direkten oder moderierenden Einfluss aus.
- **Interventionsebene:** Ziel der im Mittelpunkt dieser Dissertation stehenden interdisziplinären Eltern-Kind-Beratung ist es, über die zielorientierte Arbeit mit den Eltern indirekt auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind einzuwirken. Dies beeinflusst sowohl die regulatorische Anpassung der Kinder als auch das subjektive Empfinden der Eltern sowie die Lebensqualität und die Partizipation der Familie.

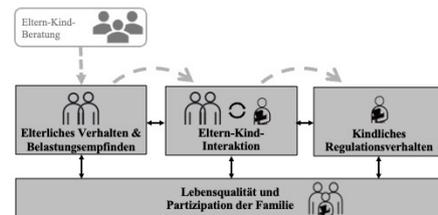
Im nachfolgenden Theorieteil wird auf das soeben vorgestellte Arbeitsmodell Bezug genommen. Durch optische Hervorhebung der entsprechenden Modellebenen soll die *Orientierung* bei den vermittelten theoretischen Hintergrundinformationen im jeweiligen Abschnitt unterstützt werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Dem eigentlichen theoretischen Abriss vorangestellt, werden zunächst zwei Modelle beschrieben, die den konzeptionellen Rahmen für diese Forschungsarbeit darstellen. Dieser Grundlegung folgen Modelle und Theorien zum besseren Verständnis von Hintergründen sowohl der Entwicklung kindlicher Kompetenzen als auch der Eltern-Kind-Interaktion. Im Mittelpunkt des Theorieteils steht der klinische Bezug. Dabei werden die für den Forschungsbereich relevanten kind-, eltern- und interaktionsbezogenen klinischen Störungsbilder thematisiert. Bezogen auf die Lebensqualität und Partizipation der Familien werden bedeutsame Einflussfaktoren erläutert. Das Kapitel schließt mit einem Überblick zu Interventionen ab, die sowohl für die therapeutische Praxis als auch für die Rehabilitationspädagogik bedeutsam sind.

### 2.1 Konzeptionelle Rahmenmodelle dieser Forschungsarbeit

*Zur Orientierung: dieser Abschnitt fokussiert sowohl auf die kind- und elternbezogenen Ebenen als auch auf die Ebene der familienbezogenen Lebensqualität und Partizipation des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.*



Das dargestellte inhaltliche Design dieser Dissertation integriert zwei grundlegende Konzepte: zum einen das *Modell der familiären Anpassung* von Tröster (2005a) aus der Lebensqualitätsforschung und zum anderen das *transaktionale Entwicklungsmodell* von Sameroff (2010) aus der Entwicklungspsychologie. Im Folgenden werden diese beiden Modelle genauer vorgestellt.

#### 2.1.1 Das Modell der familiären Anpassung von Tröster (2005a)

Diese Forschungsarbeit bezieht sich auf einen generischen, krankheitsübergreifenden Ansatz, der auf die familiäre Krankheitsverarbeitung fokussiert, unabhängig von einer spezifischen Erkrankung des Kindes. Das Modell der familiären Anpassung von Tröster (2005a) geht auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) sowie auf Modelle der Copingforschung innerhalb der Familienpsychologie (Schneewind & Schneewind, 2010) zurück.

*Psychosoziale Anpassung* stellt, diesem Modell zufolge, das Ergebnis der Bewältigung von familiären Anforderungen dar, die durch *potenzielle Stressoren* bzw. ein kritisches Lebensereignis ausgelöst werden. *Familiäre Belastung* moderiert diesen Bewältigungsprozess als individuelle Reaktion der Eltern auf diesen Stressor. Diese Belastungsreaktion wird sowohl von objektiven Einflussfaktoren (wie z.B. Ausprägung der kindlichen Probleme und der damit einhergehenden Funktionseinschränkungen des Kindes) aber auch von subjektiven Faktoren bestimmt. Eine

subjektiv vorrangige Bedeutung besitzen die *kognitive Bewertung* der kindlichen Probleme für die weitere Entwicklung des Kindes und der Funktionalität der Familie, der *persönliche Bewältigungsstil* der Eltern im Umgang mit den Herausforderungen sowie die *Verfügbarkeit von Ressourcen* für die Bewältigung (Sarimski, 2009; Terpitz et al., 2005).

Abbildung 2 veranschaulicht dieses mehrdimensionale Konstrukt und den darin postulierten Zusammenhang zwischen den drei determinierenden Ebenen (*potenzielle Stressoren, moderierende und vermittelnde Prozesse sowie psychosoziale Anpassung*).

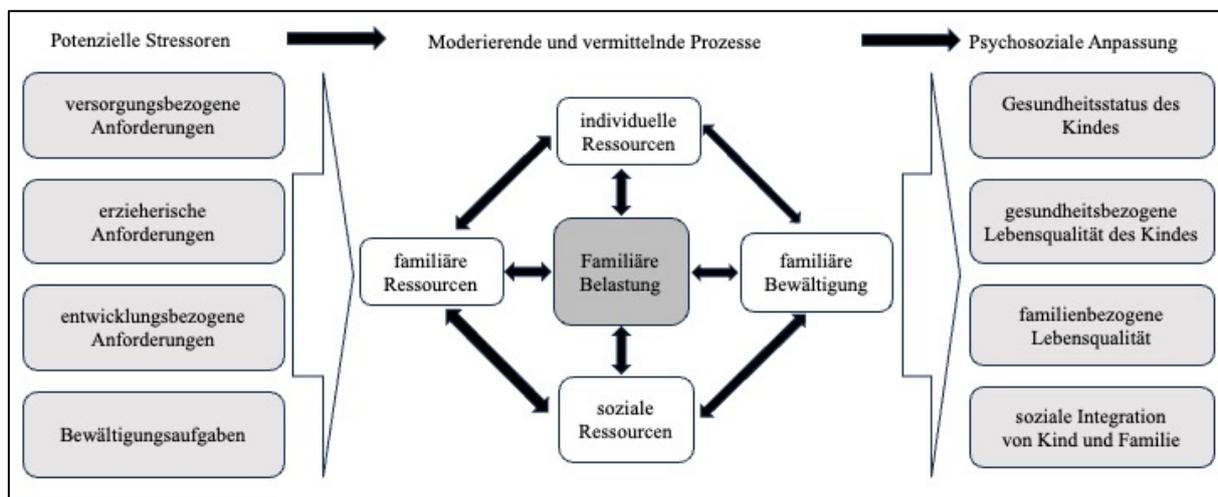


Abbildung 2. Modell zur familiären Anpassung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2005a)

Im Folgenden werden die einzelnen Ebenen dieses Rahmenmodells genauer vorgestellt:

- a) Die **potenziellen Stressoren** konfrontieren die gesamte Familie und ergeben sich aus bestimmten Anforderungssituationen. Tröster (2005a) unterscheidet folgende sog. „Stressquellen“:
- *versorgungsbezogene Anforderungen* durch das Gesundheitsmanagement einer chronischen Erkrankung,
  - *erzieherische Anforderungen* aufgrund von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen infolge von Verhaltens- bzw. Entwicklungsauffälligkeiten und von emotionalen Anforderungen durch die Sorge um Prognose und Verlauf einer Beeinträchtigung sowie
  - *entwicklungsbezogene Anforderungen* an die Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben oder kritischer Lebensereignisse.

- b) Die **moderierenden und vermittelnden Prozesse** kennzeichnen die Auswirkungen der Stressoren in Form von familiärer Belastung sowie deren Beeinflussung mit Hilfe von Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Tröster (2005a) benennt folgende sog. „Moderatoren“:
- *individuelle Ressourcen* betreffen soziale, emotionale und kognitive Kompetenzen der Familienmitglieder, wie z.B. internale Kontrollüberzeugungen,
  - *familiäre Ressourcen* stellen bspw. die Kohärenz der Familie, die Qualität der innerfamiliären Kommunikation, oder die Aufgabenverteilung in der Familie dar,
  - *soziale Ressourcen* beinhalten das Eingebundensein in und die Unterstützung durch ein soziales Netzwerk, wie Großeltern, Nachbarn, Freundeskreis und andere betroffene Familien,
  - *das Bewältigungsverhalten* zeigt sich in den konkreten Bemühungen der Eltern bzw. der Familie bei der Verarbeitung von Emotionen (z.B. die Ambivalenz von Zuversicht und Resignation) und bei der Bewältigung Stressor-abhängiger Anforderungen.
- c) Die **psychosoziale Anpassung** beschreibt die Effektivität im Umgang der Familie mit den Anforderungen und Belastungen und äußert sich im Wohlergehen und in der Lebensqualität der Familie. Tröster (2005a) unterscheidet folgende sog. „Indikatoren psychosozialer Anpassung“:
- der *Gesundheitsstatus des Kindes* ist beurteilbar anhand somatischer Kriterien, wie z.B. die Anfallsfrequenz bei an Epilepsie erkrankten Kindern,
  - die *gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes* spiegelt sich als Ergebnis der subjektiven Bewertung der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit, dem individuellen Freiraum sowie der Zufriedenheit des Kindes durch die Eltern wider,
  - die *familienbezogene Lebensqualität* beinhaltet das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der Eltern und Geschwister, sowie die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und mit der eigenen Rolle innerhalb der Familie,
  - die *soziale Integration* fokussiert die Zufriedenheit der Familie mit der Zugehörigkeit zum sozialen Umfeld sowie mit der sozialen Integration des Kindes in Freundeskreis, Kindergarten, Schule oder Beruf.

### 2.1.2 Das transaktionale Entwicklungsmodell von Sameroff (2010)

Eine weitere Basis des Arbeitsmodells für dieses Forschungsprojekt bildet die Annahme, dass die psychosoziale Entwicklung des Kindes aus der Wechselwirkung zwischen dem kindlichen Verhalten und der Reaktion durch die primären Bezugspersonen auf dieses Verhalten sowie der familiären Belastung resultiert. Um dieser dynamischen und kontinuierlichen Wechselwirkung Rechnung zu tragen, wurden bei der Konzipierung der vorliegenden Forschungsarbeit auch Aspekte des transaktionalen Modells der Entwicklung von Sameroff (2010) berücksichtigt.

Das Modell geht davon aus, dass die kindliche Entwicklung und das Risiko für eine psychosoziale Belastung einer Familie sowohl durch die Eigenschaften des Kindes (z. B. durch sein Temperament oder seine Gesundheit) und der Eltern (z. B. durch die subjektiv empfundene Belastung, die Emotionsregulation oder die Selbstwirksamkeit in der Erziehung) als auch durch die Eltern-Kind-Interaktion und soziokulturelle Umweltbedingungen beeinflusst werden.

Diesen Faktoren werden Funktionen und Wirkungsweisen als Moderatoren oder Mediatoren eines Belastungsrisikos zugesprochen. Die psychosoziale Entwicklung des Kindes resultiert aus der dynamischen Interaktion und kontinuierlichen Anpassung zwischen dem Kind und den Eltern als dessen Interaktionspartner. Das komplexe Zusammenspiel zwischen Merkmalen des Kindes und der Bezugspersonen im Zeitverlauf wird in Abbildung 3 verdeutlicht.

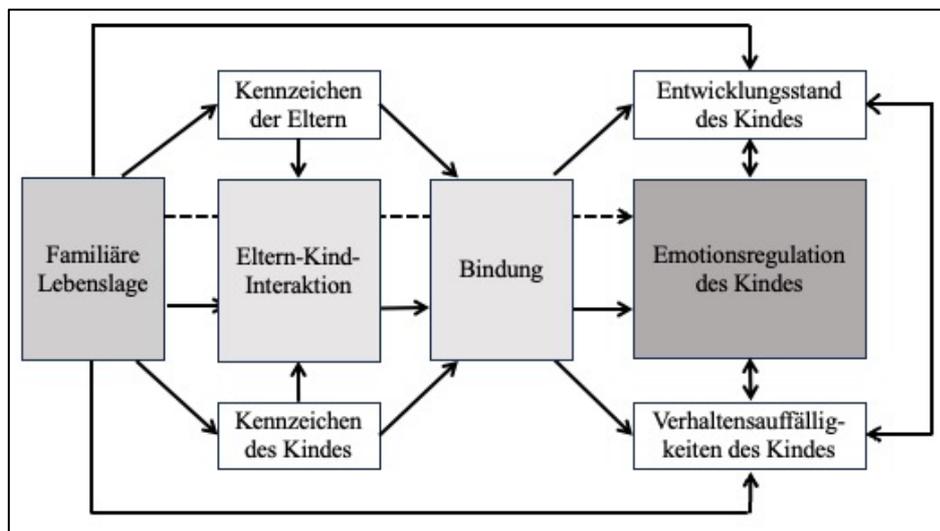


Abbildung 3. Transaktionales Entwicklungsmodell

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zimmermann et al. (2016)

Sameroff (2010) betrachtet Entwicklung als das Ergebnis unterschiedlicher sich wechselseitig adaptierender Entwicklungsschritte. Normale Entwicklung wird als kontinuierlicher Prozess miteinander in Wechselwirkung stehender, sich dynamisch entfaltender Kompetenzen betrachtet, die es dem Kind ermöglichen, sich an seine Umwelt anzupassen. Mit zunehmendem Alter gewinnt

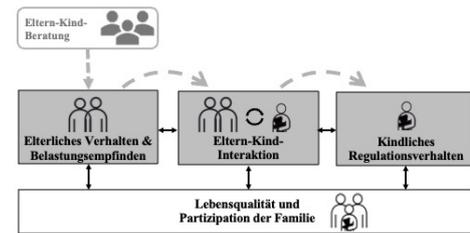
die Selbstregulation eines Kindes im Gegensatz zur Fremdregulation durch die Bezugsperson immer mehr an Bedeutung. Die bidirektionalen Effekte zwischen Kind und Bezugspersonen werden im Lebenslauf zunehmend von den immer stabiler werdenden kindlichen Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst (Zimmermann et al., 2016).

Als Erweiterung dieses dynamischen Transaktionsmodells können nach Ziegenhain et al. (2004) aktuelle Interaktionen durch zuvor erworbene Erfahrungen beeinflusst werden, indem diese sich hemmend oder förderlich auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Einfache Kompetenzen zu Beginn werden im Entwicklungsverlauf in komplexere Strukturen integriert. Demzufolge können Beeinträchtigungen im frühen Alter weitreichendere Störungen in der späteren kindlichen Entwicklung zur Folge haben. Abweichende Entwicklungen stellen eine mangelnde Integration der individuellen Kompetenzen innerhalb dieser Adaptation dar und nicht eine der Person immanente Pathologie (Sameroff, 2010).

Als ungünstige Voraussetzungen der Mutter-Kind-Interaktion können beispielsweise Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes zu einer psychischen Instabilität der Mutter, wie eine verstärkte Ängstlichkeit, führen. Diese mütterliche Angst kann in den ersten Lebensmonaten des Kindes zu einer unsicheren Interaktion der Mutter mit ihrem Kind führen. Das Kind kann als Reaktion auf eine solche inkonsistente Interaktion Schwierigkeiten in der Regulation von Ernährung, Schlafen und Temperament entwickeln. Diese herausfordernden frühkindlichen Verhaltensweisen lässt die Mutter wiederum den Kontakt zu ihrem Kind reduzieren oder sogar vermeiden. Langfristig können sich diese Wechselwirkungen in den frühen Jahren der kindlichen Entwicklung ungünstig auf das Lern- und Sozialverhalten der Kinder, z. B. in Form von Sprachentwicklungsstörungen, in späteren Entwicklungsphasen auswirken (Zimmermann et al., 2016).

## 2.2 Grundlagen der frühkindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Interaktion

Zur Orientierung: der folgende Abschnitt widmet sich der Kind- und der Elternebene sowie der Ebene der Eltern-Kind-Interaktion des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.



Aufgrund der Komplexität des betrachteten Forschungsgegenstandes folgt in diesem Abschnitt zunächst ein Überblick zu relevanten theoretischen Modellen, um die Konstrukte von Gesundheit und Krankheit in dieser Arbeit zu verorten. Die dargestellten Modelle fokussieren auf unterschiedliche, sich wechselseitig beeinflussende medizinische und sozialwissenschaftliche Aspekte. Zum besseren Verständnis der frühkindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Interaktion werden anschließend zwei Modellrichtungen anhand relevanter Theorien genauer unterschieden: Interaktionsmodelle und Transaktionsmodelle. Abschließend werden mit Hilfe weiterer Konstrukte die Fähigkeit der Kleinkinder zur Selbstregulation sowie die Koregulation und das intuitive Verhalten der Eltern als wesentliche Elemente innerhalb der Entwicklung der Eltern-Kind-Interaktion erläutert.

### 2.2.1 Modelle von Gesundheit, Entwicklung und Erziehungsverhalten

Gesundheit wurde in den ersten *biomedizinischen bzw. pathogenetischen Modellen* definiert als „Abwesenheit von Krankheit“ (Bengel et al., 2009). Vor allem biologische und genetische Faktoren wurden für die Erklärung der Krankheitsentstehung herangezogen. Demgegenüber wurden soziale und psychologische Einflüsse vernachlässigt (ebd.).

Im *biopsychosozialen Modell* des Sozialmediziners George L. Engel (1976) steht bereits die dynamische Wechselwirkung biologischer und psychosozialer Faktoren im Mittelpunkt der Erklärung von Krankheiten. Dabei stellt er Gesundheit als eine wirksame Voraussetzung dar, organische, psychologische oder soziale Anforderungen zu bewältigen. Im Gegensatz dazu entstehen Krankheiten, wenn es zur Einschränkung dieser Bewältigungskompetenz kommt (Egger, 2015).

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979) orientierte sich in seinem *Ansatz der Salutogenese* am Konzept der Resilienz. Durch das Zurückgreifen auf „generalisierte Widerstandsressourcen“ (ebd.) als individuelle Schutzfaktoren im Fall einer Belastung bzw. Störung kann die individuelle Gesundheit aufrechterhalten werden. Dieses Modell hat die medizinischen Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung wesentlich beeinflusst (Bengel et al., 2009).

Das **ganzheitliche Gesundheitsmodell der WHO** (2007) postuliert ein wesentlich umfassenderes Verständnis von Gesundheit: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (ebd.). In diesem Modell werden sowohl individuelle, biologische, als auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Studien konnten belegen, dass Lebensgewohnheiten, Risikoverhalten und Umweltbedingungen die individuelle Gesundheit beeinflussen (Lippke & Renneberg, 2006).

Das sich später etablierte **biopsychosoziale Modell der ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO (2007) orientiert sich an der Aktivierung von individuellen Ressourcen. Dabei spielt die Wechselwirkung von Personen- und Umweltfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung von Störungen. Das ICF-Modell wird sehr praxisnah durch das **Konstrukt der Partizipation und Teilhabe** repräsentiert, welches in Abschnitt 2.6 genauer ausgeführt wird.

**Der ökosystemische Ansatz** nach Bronfenbrenner et al. (1981) unterstreicht die vielfältige Bedeutung der Umweltbedingungen für die Entwicklung des menschlichen Verhaltens. Die Prozesse der Sozialisation, v.a. der Familie stehen dabei im Vordergrund. Die Familie funktioniert anhand dieses Ansatzes als ein System von miteinander kommunizierenden Personen innerhalb eines umfassenden Ökosystems. Dabei bestehen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Subsystemen (Partner-System, Eltern-Kind-System etc.) und Suprasystemen: das *Mikrosystem* (Familie und ihre Mitglieder), das *Mesosystem* (erweiterte Familie, Verwandtschaft, die Nachbarschaft), das *Exosystem* (Gemeindeorganisation, Schulsystem) und das *Makrosystem* (kulturelle, politische, rechtliche Gesellschaft) (ebd.).

Aufbauend auf Bronfenbrenners Modell entwickelt Belsky (1984) ein allgemeines **Modell der Determinanten elterlichen Erziehungsverhaltens**. Abbildung 4 veranschaulicht dieses Modell und seine Determinanten, die im Folgenden genauer beschrieben werden.

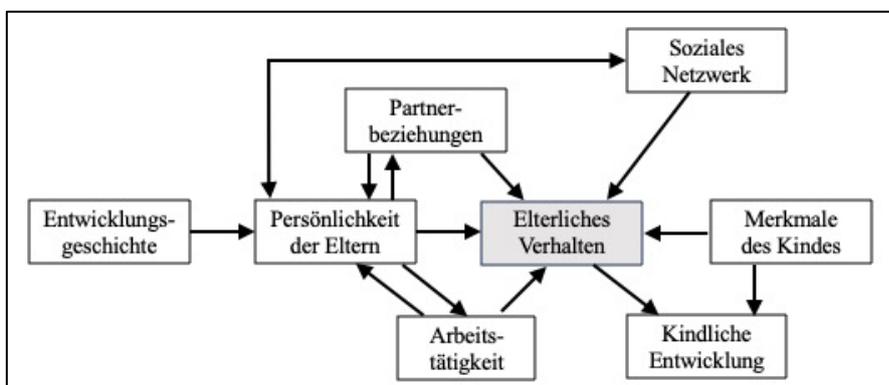


Abbildung 4. Prozessmodell des elterlichen Erziehungsverhaltens

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Belsky (1984)

Belsky (1984) geht von drei Hauptdeterminanten aus, die für dysfunktionale bzw. gelungene Elternschaft erforderlich sind: 1) die *Persönlichkeitseigenschaften und psychologischen Ressourcen der Eltern* (z.B. das elterliche Wohlbefinden), 2) die *individuellen Eigenschaften der Kinder* sowie 3) *der soziale Kontext* (z.B. Partnerschaft, soziale Netzwerke und Berufstätigkeit), in dem die Eltern-Kind-Beziehung stattfindet. Diese Determinanten beeinflussen sowohl das psychologische Wohlbefinden der Eltern als auch deren Erziehungsverhalten. Dieses wiederum hat direkte Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Der soziale Kontext kann sowohl unterstützend sein als auch einen Störeinfluss darstellen. Das elterliche Erziehungsverhalten ist demzufolge multideterminiert: Merkmale der Eltern und Kinder sowie der soziale Kontext besitzen unterschiedlichen Einfluss auf das Elternverhalten; die eigene Entwicklungsgeschichte und Persönlichkeit jedes Elternteils beeinflussen den sozialen Kontext und wirken sich damit indirekt auf das Erziehungsverhalten aus (ebd.).

### 2.2.2 Modelle zum frühkindlichen Regulationsverhalten und zur Eltern-Kind-Interaktion

Dem bio-psycho-sozialen Ansatz entsprechend, stellt die kindliche Entwicklung das Ergebnis der Wechselwirkung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren dar. Entwicklung vollzieht sich demnach innerhalb eines dynamischen sozialen Interaktionssystems. Es lassen sich folgende Richtungen von Ursachenmodellen unterscheiden:

- a) **Soziale Interaktionsmodelle** betrachten die Entwicklung als Resultat der interaktiven Beeinflussung genetischer Prädispositionen und entwicklungsbedingter Erfahrungen in der aktiven Auseinandersetzung des Kindes mit seiner sozialen Umwelt. Bedeutsame Theorien sind die *Bindungstheorie* von Bowlby (1969), die *Theorie der Feinfühligkeit bzw. Sensitivität* nach Ainsworth et al. (1978) und das *Konzept der Mentalisierung bzw. Affektspiegelung* (Fonagy et al., 2022).
- b) **Transaktionsmodelle** erweitern den interaktiven Ansatz durch den Aspekt der Dynamik: die an der Interaktion involvierten Komponenten unterliegen einer sich wechselseitig beeinflussenden Veränderung. Das Verhalten des Kindes ruft Anpassungen im Verhalten seiner Bezugspersonen hervor und umgekehrt. Beispielhafte Theorien sind die *Theorie der Passung „Goodness of fit-Theorie“* von Thomas & Chess (1985), das *Mutual Regulation Model* von Gianino & Tronick (1988) sowie das bereits vorgestellte *transaktionale Entwicklungsmodell* nach Sameroff (2010).

Die genannten und für das Forschungsthema der vorliegenden Dissertation relevanten Theorien beider Modellrichtungen werden nachfolgend genauer erläutert.

Die **Bindungstheorie** von Bowlby (1969) vereint ethologische, evolutionäre und systemtheoretische Ansätze. Um die vielfältigen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, ist der Säugling bereits von Geburt an mit Verhaltensdispositionen ausgestattet. Bei der Befriedigung seines Grundbedürfnisses nach Geborgenheit und Sicherheit (*Bindungsmotiv*) ist der Säugling auf die Fürsorge und Interaktion mit seiner primären Bezugsperson angewiesen (Grossmann et al., 2017).

Um die emotionale Sicherheit des Säuglings als gemeinsames *Bindungsziel* herzustellen bzw. zu erhalten ist nach Bowlby (1969) die Kind-Bezugsperson-Dyade mit sich wechselseitig beeinflussenden Verhaltenssystemen ausgestattet. Über sein *Bindungsverhaltenssystem* setzt der Säugling direkte (z.B. aktives Hinbewegen) oder indirekte Verhaltensweisen (z.B. Schreien) ein, um eine drohende Abweichung vom Erreichen des Bindungsziels auszugleichen. Dadurch wird über das komplementäre *Fürsorgesystem* der primären Bezugsperson ein entsprechendes Beruhigungsverhalten ausgelöst, um ebenfalls die emotionale Sicherheit des Säuglings wieder herzustellen. Über diese *Bindungs-Explorations-Balance* wird es dem Säugling wieder ermöglicht, seine Umwelt zu erkunden (Spangler & Zimmermann, 2015).

Die Entwicklungsperspektive der Bindungstheorie betont, dass sich die frühkindliche Emotions- und Verhaltensregulation von der anfänglichen Koregulation durch die Bezugspersonen zur späteren Selbstregulation des Säuglings entwickelt. Ab etwa Ende des ersten Lebensjahres wird das Säuglingsverhalten bei emotionalen Herausforderungen über seine Interaktionserfahrungen gesteuert (Grossmann et al., 2017).

Bowlby (1969) geht davon aus, dass die Art der Eltern-Kind-Beziehung langfristige Auswirkungen auf die inneren Repräsentationen des Kindes hat. Durch frühe Bindungserfahrungen bildet sich ein internes Arbeitsmodell („inner working model“; ebd.) des Kindes von sich selbst und seinen Bezugspersonen aus. Internale Arbeitsmodelle stellen stabile kognitive Schemata dar, die die eigenen abstrahierten Erwartungen des Säuglings an die Reaktionen der Bezugspersonen auf das kindliche Bindungsverhalten als eine Art Prototypen für weitere Beziehungen verinnerlichen. Ein Kind, das von seiner Mutter getröstet oder beruhigt wird, wenn es aus Hunger oder Schmerz weint, entwickelt die Erwartung, dass seine Mutter in vergleichbaren Situationen ebenso reagiert. Positive oder negative Beziehungserfahrungen im Laufe der eigenen Entwicklung können zur Veränderung dieser Schemata führen (Grossmann et al., 2017).

Abhängig von den kindlichen Interaktionserfahrungen bilden sich individuelle Muster an Bindungsqualitäten heraus (*Bindungstypen*). Das *sichere Bindungsmuster* stellt eine optimale Voraussetzung für die Herstellung der Bindungs-Explorations-Balance sowie für die Entwicklung der sozialen, emotionalen und kognitiven Ressourcen des Kindes im Sinne eines protektiven Faktors dar. Die adaptiven Bindungsmuster (*unsicher-vermeidend* und *unsicher-ambivalent*) gelten in diesem Zusammenhang als weniger effektiv (Spangler & Zimmermann, 2015).

In der *Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie* (Grossmann et al., 2017) zur Untersuchung langfristiger Verläufe von Bindungsqualitäten zeigte sich eine hohe Stabilität der Bindungsorganisationsmuster. Gegenüber Kindern mit einer unsicheren Bindung im ersten Lebensjahr suchten sicher gebundene Kinder im Alter von zehn Jahren in einer emotional belastenden Situation signifikant häufiger die Nähe und die Unterstützung ihrer Mutter.

Die **Theorie der Feinfühligkeit bzw. Sensitivität** nach Ainsworth et al. (1978) erweitert Bowlbys Bindungstheorie und definiert elterliche Sensitivität als die intuitive Kompetenz der Eltern, die vom Kind ausgehenden Verhaltensweisen als Interaktionssignale wahrzunehmen, entsprechend zu interpretieren sowie darauf prompt mit eigenem Handeln entwicklungs- und situationsangemessen zu reagieren (Ainsworth et al., 1978).

Beispiele für feinfühliges Verhalten der Eltern sind, die Laute des Kindes zu imitieren, Blickkontakt zu suchen und zu erwidern, Körperkontakt herzustellen und durch Schaukelbewegungen zu beruhigen. Ein hohes Maß an elterlicher Sensitivität wird dem Grundbedürfnis des Kindes gerecht und führt zu seiner emotionalen Sicherheit. Gelingende Interaktionen führen zu einer „positiven Gegenseitigkeit“ (Papoušek et al., 2004). Dadurch erweitern sich die internalen Arbeitsmodelle: auf Seiten des Kindes zu erhöhter Selbstwirksamkeit und auf Seiten der Mutter zum stabilisierten Vertrauen in ihre intuitiven Kompetenzen (Bolten, 2014).

Das **Konzept der Mentalisierung und Theorie der Affektspiegelung** (Fonagy et al., 2022) geht davon aus, dass die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen und Verhalten mit der Herausbildung der *Mentalisierung* zusammenhängt. Damit wird die Fähigkeit der Eltern bezeichnet, das Verhalten und die inneren Zustände ihres Kindes sowie ihr eigenes Erleben und Handeln wahrzunehmen und zu reflektieren. Die damit verbundene Vorhersehbarkeit der kindlichen Verhaltensreaktionen erhöht die Kontrollüberzeugungen und Kompetenzerwartungen der Eltern. Diese wiederum stärken die intuitiven elterlichen Kompetenzen und fördern die Entwicklung einer sicheren Bindung (Fonagy et al., 2022).

Die in diesem Zusammenhang entwickelte *Theorie des sozialen Biofeedbacks durch mütterliche Affektspiegelung* beschreibt, wie „der unwillkürliche Emotionsausdruck des Säuglings und die mimische und vokale emotionale Äußerung, mit der die Mutter darauf reagiert, in der Psyche des Babys durch einen Kontingenzdeckungsmechanismus miteinander verbunden werden“ (Fonagy et al., 2022). In den ersten Lebensmonaten ist es Säuglingen lediglich möglich Emotionen wie Freude, Ärger und Traurigkeit nach außen zu zeigen. Jedoch gelingt es ihnen im Verlauf des ersten Lebensjahres, sich zunehmend über Unterschiede in ihren eigenen emotionalen Zuständen bewusst zu werden. Dabei hilft ihnen die durch Interaktionen erworbene Erfahrung, dass

ihr eigenes Verhalten durch Reaktion ihrer Bezugspersonen beantwortet wird. Die Aufmerksamkeit wird auf das innere Erleben fokussiert (Zeegers et al., 2017).

Das **Konzept der Passung oder „Goodness of fit-Theorie“** (Thomas & Chess, 1985) geht von einem transaktionalen Anlage-Umwelt-Verständnis aus. Eine möglichst große Übereinstimmung im Verhalten von Kind und Bezugspersonen stellt eine günstige Voraussetzung für deren Interaktionsentwicklung dar. Diese „Passung“ (Thomas & Chess, 1985) entsteht zwischen den Temperamentsmerkmalen, den Bedürfnissen und möglichen organischen Voraussetzungen des Kindes einerseits sowie den Erwartungen, Anforderungen und Ressourcen ihrer Eltern und der Umwelt andererseits. Dadurch kommt es zur Modifizierung der interaktiven Ressourcen auf beiden Seiten. Eine gute Passung bzw. „fit“ zeigt sich in der Zufriedenheit von Kind und Eltern. Eine mangelnde Übereinstimmung bzw. „misfit“ kann zu einer Einschränkung der gegenseitigen affektiven Interaktion führen (ebd.). Die Temperamenteigenschaften und das daraus resultierende Verhalten der Kinder nehmen Einfluss auf das reaktive Verhalten ihrer Eltern. Demgegenüber kann eine mangelnde positive Zuwendung der Mutter, z.B. im Zuge einer psychischen Störung, zu einer Irritation beim Kind führen. Studien belegen einen Zusammenhang unzureichender mütterlicher Reagibilität gegenüber Säuglingen mit der Entwicklung externalisierender Störungen oder Angststörungen im Vorschulalter (Sidor et al., 2017).

Das **Mutual Regulation Model (MRM)** von Gianino & Tronick (1988) beschreibt ein dynamisches Interaktionssystem, indem sich die Regulierungsfähigkeit des Säuglings durch die Koregulation der Mutter in einem kontinuierlichen dyadischen Anpassungsprozess wechselseitig aufeinander abstimmen. In ihrem Modell stellen Gianino & Tronick (1988) der *Selbstregulation* bzw. Modulation des eigenen affektiven Zustands des Kindes die *gegenseitige* („*mutual*“; ebd.) *Regulation* in der Interaktion von Kind und Mutter gegenüber. Diese *reziproke Koregulation* erfolgt über die affektiven Signale von Mutter und Säugling innerhalb der gemeinsamen Kommunikation mit dem Ziel eine Synchronizität und Passung der Affektregulation herzustellen und aufrechtzuerhalten. Das MRM geht in diesem Prozess von einem dynamischen Wechsel aus, bei dem die affektiven Zustände übereinstimmen („*Match*“) aber auch voneinander divergieren und nicht passen können („*Missmatch*“). Abbildung 5 veranschaulicht diese Wechselwirkung.

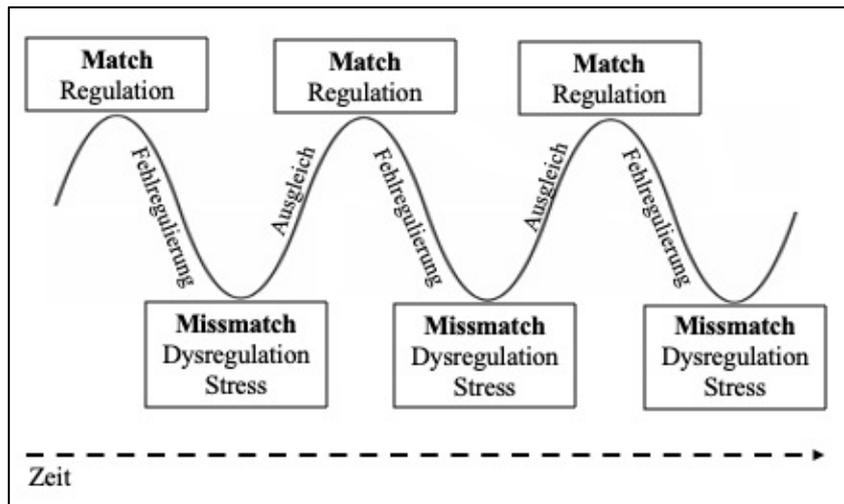


Abbildung 5. Mutual Regulation Model (MRM)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tronick (2017)

Der nichtübereinstimmende Zustand der Fehlanpassung gilt als ein entwicklungsnormativer Interaktionsfehler im Sinne einer „*disorganisation or messiness*“ (Tronick, 2017). Die Signale können von beiden Interaktionspartnern zu spät oder nicht wahrgenommen bzw. falsch interpretiert werden. Diese interaktive Dysbalance trainiert einerseits die Feinfühligkeit der Mutter, in dem diese noch gezielter auf die Signale ihres Kindes achtet und auf diese angemessen reagiert. Andererseits wird das Kind aktiviert, auf die Verfügbarkeit der Mutter zu vertrauen sowie durch sein modifiziertes und adaptiertes Verhalten seine individuellen Regulationsstrategien zu erweitern. Wenn das Kind und die Mutter von einem übereinstimmenden in einen nicht übereinstimmenden Zustand übergehen, kommt es zur „*Fehlregulierung*“, der Stresspegel steigt innerhalb der Dyade und das Kind geht in einen negativen Zustand über (verstärkter negativer Affekt, Dysregulation, Distanzierung). Durch den darauffolgenden „*Ausgleich*“, d. h. die erneute Annäherung an einen angepassten Zustand, geht der Säugling zurück in einen positiven Zustand (verstärkter positiver Affekt, regulierte Physiologie). Wenn die dyadische Regulierung erfolgreich funktioniert, besteht eine Übereinstimmung der signalisierten Bedürfnisse des Säuglings mit der mütterlichen Koregulation. So folgt als Reaktion auf den aufmerksamen Blick des Kindes ein einfühlsames Lächeln der Mutter (ebd.).

Ein bestimmtes Verhalten des Kindes kann jedoch auch beide Ziele verfolgen: in dem es in einer unbekanntem Situation gezielt den Kontakt zur Mutter sucht, reguliert das Kind seine eigene Ängstlichkeit und fordert seine Mutter gleichzeitig auf, sich ihm zuzuwenden. Selbstregulation und gegenseitige Regulation ergänzen sich wechselseitig. Sind dem Kind verlässliche Interaktionen und Unterstützung bei der Reduktion von Stress vertraut, kann es sich durch Strategien der Selbstregulation selbst helfen, wenn seine Mutter als Interaktionspartnerin nicht zu Verfügung steht. Dadurch erweitert das Kind seine eigenen Copingstrategien (Tronick & Weinberg, 1997).

Halten die Abweichungen in der Reziprozität und Synchronizität übermäßig an, kann dies zu einer Überforderung des Kindes beim Erlernen dieser Regulationsstrategien kommen, da langfristig das Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit verhindert wird. Tronick & Weinberg (1997) konnten in Situationen mit interaktivem Stress ("PRESAS": prolonged, exaggerated, aberrant interactive stress; ebd.) beobachten, dass Kinder im Alter von drei bis neun Monaten ein bestimmtes Copingverhalten zeigen, wenn das Ausmaß des „mismatching“ überschritten wird. Dazu zählen Verhaltensweisen wie ein neutraler und verringerter Blickkontakt, aufforderndes Verhalten (wie Lächeln, Weinen oder Geste, hochgehoben zu werden), Abwenden der Aufmerksamkeit von der Mutter und Ausrichten auf den eigenen Körper oder auf Spielobjekte sowie Selbstberuhigungen (z.B. durch eigene Körperberührungen, etwas in den Mund nehmen, hin und her wippen) oder Fluchtverhalten (z.B. durch räumlichen Abstand). Ein Kind, das übermäßigem interaktiven Stress ausgesetzt ist, kann lediglich auf seine Selbstregulationsstrategien zurückgreifen, da die Unterstützung durch seine Interaktionspartner weniger verlässlich ist. Das Kind entgeht diesem „mismatching“ durch defensive Copingstrategien, z.B. indem es sich von der Mutter abwendet, weniger Interesse am gemeinsamen Spiel zeigt und seine Interaktionssignale reduziert bzw. einstellt. Durch die erlebten Misserfolge in der gegenseitigen Regulation erfährt das Kind eine unzureichende Selbstwirksamkeit (Gianino & Tronick, 1988).

### 2.2.3 Adaptive Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit

Die frühe Kindheit ist gekennzeichnet durch eine individuelle Dynamik aller Entwicklungsbereiche. Wachstums- und Veränderungsprozesse beeinflussen sich wechselseitig, bauen aufeinander auf und greifen ineinander (Pauen et al., 2012). Das *Entwicklungsmodell* von Sroufe (1989) benennt für die Kindesentwicklung bis zum Jugendalter die in Abbildung 6 dargestellten allgemeine Entwicklungsaufgaben.

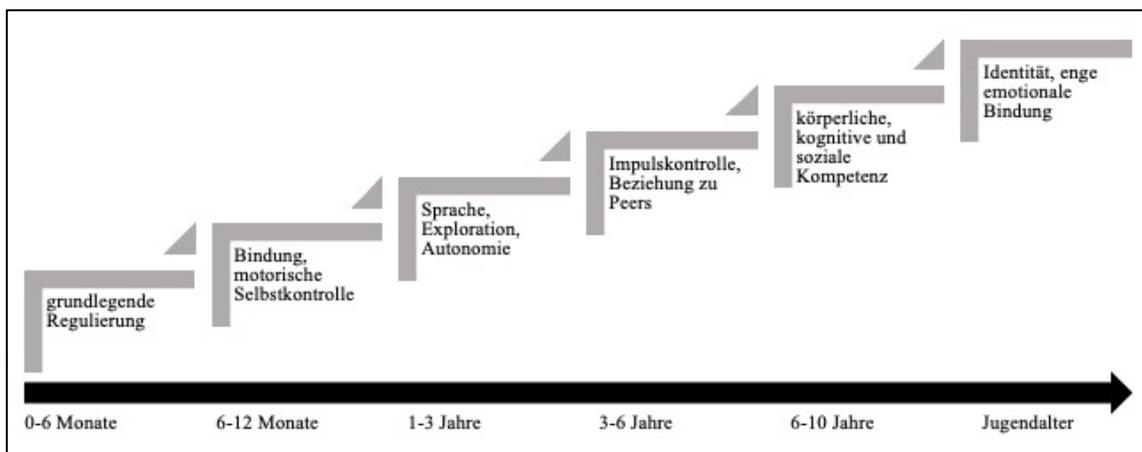


Abbildung 6. Entwicklungsmodell mit Entwicklungsaufgaben nach Altersstufen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sroufe (1989)

Bis zum dritten Lebensjahr stellen Störungen der Regulation von Wahrnehmung, Emotionen oder Verhalten die am häufigsten auftretenden Probleme bei Säuglingen und Kleinkindern dar und weisen die höchsten Prävalenzraten auf (Georg, Schröder-Pfeifer, et al., 2021). Wesentliche Bedeutung besitzen in diesem Zusammenhang sowohl biologische Faktoren (wie physiologische Prozesse und genetische Prädispositionen) als auch Umweltfaktoren und soziale Bedingungen sowie die Erfahrungen, Erwartungen und Vorstellungen der Eltern. Diese Faktoren beeinflussen vor allem das Temperament und die psychosozialen Fähigkeiten des Kindes (Pauen et al., 2012).

Im Kontext der Entwicklungsdynamik veranschaulicht Abbildung 7 die kindlichen Entwicklungsaufgaben und Phasen der Regulationsanpassung in den ersten zwei Lebensjahren.

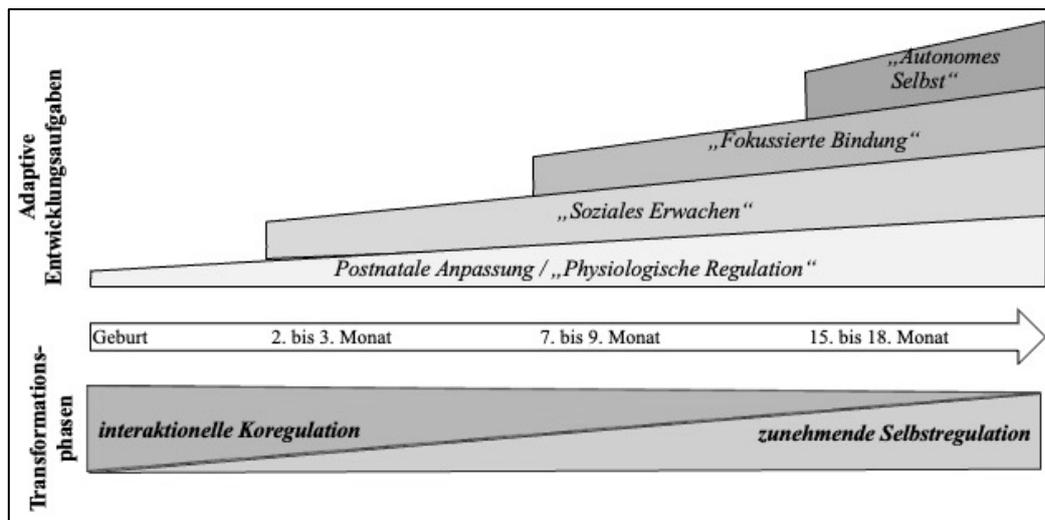


Abbildung 7. Transformationsphasen und Entwicklungsaufgaben in den ersten Lebensjahren

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek et al. (2004)

Das **Touchpoint-Konzept** nach Brazelton (1999) geht in Anlehnung an Modelle normativer Entwicklungskrisen davon aus, dass frühkindliche Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit aktuell anstehenden individuellen Entwicklungsaufgaben auftreten. Vermehrtes Schreien in den ersten Lebensmonaten ist demzufolge abhängig von physiologischen Anpassungsprozessen, vermehrte Trotzreaktionen im zweiten Lebensjahr stehen im Zusammenhang mit Autonomieentwicklung, Grenzsetzungen der Eltern und Anpassung an soziale Regeln, sowie noch bestehenden eingeschränkten physiologischen Fähigkeiten der Kinder.

Die **adaptiven Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit** gehen mit für diese Phase typischen Problemen und Störungen einher (Papoušek et al., 2004):

- In den ersten sechs Lebensmonaten müssen Säuglinge innerhalb ihrer Entwicklungsaufgaben vielfältige Regulationsprozesse bewältigen: die Regulation der Nahrungsaufnahme, die Regulation physiologischer Prozesse (Energie- und Wärmehaushalt, Stoffwechsel,

Wahrnehmung) und die Regulation der Verhaltenszustände (Schlaf-Wachphasen). Exzessives Schreien sowie Schwierigkeiten mit der Schlaf-Wach-Regulation und beim Füttern stellen typische Probleme in dieser Entwicklungsphase dar.

- Bis zum 12. Lebensmonat stehen die Regulation von Nähe und Distanz sowie der Ausgleich von Explorationsverhalten und Bindungssicherheit im Mittelpunkt der Entwicklungsaufgaben. Schlafstörungen, ängstliches und anklammerndes Verhalten können in diesem Alter auftreten.
- Das zweite Lebensjahr wird vor allem durch die Autonomieentwicklung und den Umgang mit sozialen Regeln geprägt. Exzessives Trotzen oder Klammern, soziale Ängstlichkeit, Schlafstörungen sowie Fütter- und Essverhaltensstörungen können phasentypisch sein.

Abbildung 8 fasst die Zusammenhänge der phasentypisch auftretenden Regulationsprobleme mit den jeweiligen adaptiven Entwicklungsaufgaben zusammen.

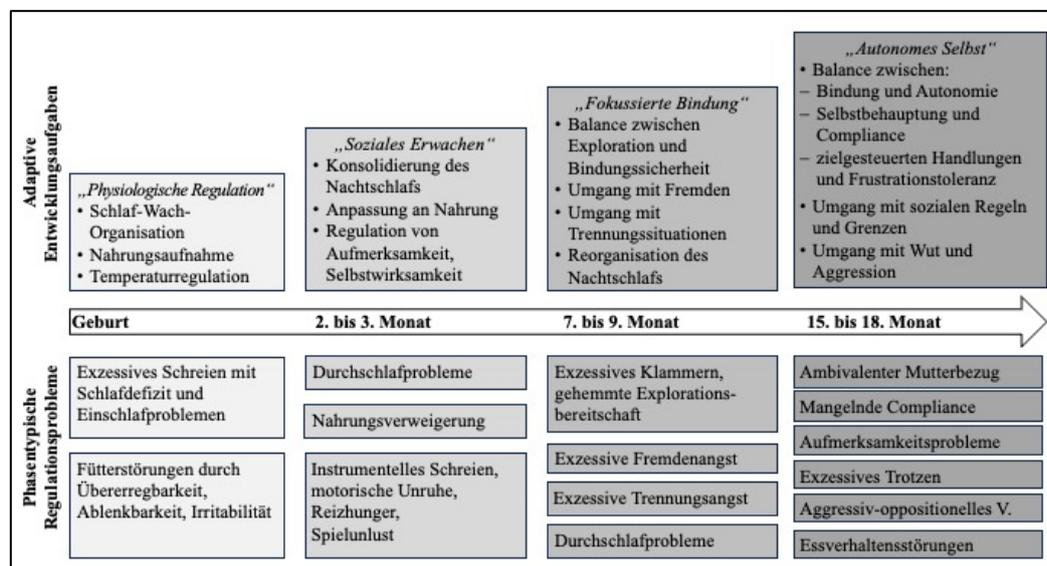


Abbildung 8. Zusammenhang von Regulationsproblemen und Entwicklungsaufgaben

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek et al. (2004)

Die Herausforderungen bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben können das Zusammenleben einer Familie erheblich belasten. Dies kann zu einem „Teufelskreis zwischen kindlichem Verhalten und Reaktionen der Eltern“ (Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo, 2006) führen. Das wiederholte Aufwachen des Säuglings in der Nacht kann zu Störungen des elterlichen Schlafs führen. Die Schlafstörungen können sich bei den Eltern in Form von erhöhter Gereiztheit und Frustration sowie mangelnder Geduld am Tag auswirken (Covington et al., 2018). Die durch die mangelnden Selbstregulationsfähigkeiten ihrer Kinder ausgelöste Belastung, kann bei den Eltern zu Gefühlen der Hilflosigkeit und zu unsicherem und unangemessenem Erziehungsverhalten führen. Dies erhöht das Risiko für Misshandlung und Vernachlässigung. So lassen sich Zusammenhänge von exzessivem Schreien und Schütteltrauma erkennen (Barr et al., 2009).

In den folgenden Abschnitten werden zwei bedeutsame Aspekte zur Bewältigung der frühkindlichen Entwicklungsaufgaben genauer betrachtet: die *Fähigkeit zur kindlichen Selbstregulation* zur Unterstützung der Adaptionsprozesse sowie die *elterliche Koregulation und das intuitives Elternverhalten* als Basis zum Aufbau von Bindungsbeziehungen und der Eltern-Kind-Interaktion. Ausgewählte Theorien unterstützen die Ausführungen.

#### 2.2.4 Fähigkeit zur frühkindlichen Selbstregulation

Die Erlangung der *Kompetenz zur Selbstregulation* der Kinder ist eine der grundlegenden Entwicklungsaufgaben in den ersten Lebensjahren. Selbstregulierung bezieht sich dabei auf die Fähigkeit, Kognition, Emotionen und Verhalten zu kontrollieren und zu modulieren, um ein Ziel zu erreichen und sich an die kognitiven und sozialen Anforderungen bestimmter Situationen anzupassen (Berger et al., 2007). Neben allgemeinen Reifungsprozessen sind dabei die Balance positiver und psychischer Spannungszustände sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit des eigenen Verhaltens entscheidend.

Säuglinge sind bei der Anpassung an ihre Umwelt auf die feinfühlig und intuitive Fürsorge durch ihre Bezugspersonen angewiesen. Ihre Fähigkeit zur Selbstregulation ist stark mit den Möglichkeiten der *Koregulation* durch die primären Bezugspersonen verbunden (Berger et al., 2007). Das elterliche Verhalten unterstützt die Kinder dabei, die Intensität ihrer Gefühle und Impulse sowie ihr Verhalten zunehmend selbst zu regulieren bzw. körperlichen und emotionalen Stress, wie Hunger oder Über-/ Unterstimulation zu bewältigen. Dadurch gelingt es Säuglingen, ihr psychisches und körperliches Wohlbefinden und die Balance aktivierender und beruhigender Prozesse aufrechtzuerhalten (Papoušek et al., 2004). In der Folge unterstützen die selbstregulatorischen Anpassungsprozesse die Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen. Diese stellen bedeutsame Voraussetzungen für ein ausgeprägtes Emotionswissen sowie für die Entwicklung empathischer und prosozialer Verhaltensweisen dar (Petermann & Wiedebusch, 2016). Auf die Entwicklung der emotionalen Kompetenz wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen, da dieser Aspekt nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

Die ontogenetische Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeiten, von einer inter- zu einer intrapsychischen Emotions- und Verhaltensregulation, lässt sich anhand der folgenden zeitlich aufeinanderfolgenden Phasen nachvollziehen (Lohaus & Glüer, 2019) (siehe auch Abbildung 9):

1. Phase (1. bis 3. Lebensmonat): Das außengesteuerte *Regulieren des kleinkindlichen Erregungsniveaus* erfolgt durch die Feinfühligkeit und die koregulatorische Unterstützung der primären Bezugspersonen. Diese schützen den Säugling vor übermäßiger Erregung, in dem sie geeignete Beruhigungsstrategien anwenden.

2. Phase (3. bis 6. Lebensmonat): Kleinkinder beginnen allmählich die *interpsychische Regulation* zu übernehmen. Die zunehmende Exploration ihrer Umwelt unterstützt die Kinder dabei, ihre eigenen Erregungszustände zunehmend zu tolerieren und sich an diese anzupassen. Es kommt zur Entwicklung von Distress-Erholungs-Zyklen.

3. Phase (6. bis 12. Lebensmonat): Den Bezugspersonen gelingt es, die Koregulation besser auf die Bedürfnisse des Kindes abzustimmen. Dabei orientieren sie sich an den vom Kind geäußerten Motiven und Erwartungen. Die motorischen Entwicklungsfortschritte ermöglichen dem Kind eigene *Strategien zur Emotionsregulation* anzuwenden. Dabei orientiert sich das Kind an den Reaktionen seines Umfeldes und nutzt seine Fähigkeit zur sozialen Rückversicherung (*social referencing*).

4. Phase (2. bis 5. Lebensjahr): Im *Übergang von der interpsychischen Fremdreulation zur intrapsychischen Selbstregulation* kann das Kleinkind seine Emotionen zunehmend selbstständig regulieren, ohne auf die Koregulation durch die Bezugspersonen angewiesen zu sein.

5. Phase (ab dem 5. Lebensjahr): Dem Kind gelingt die *Selbstregulation* seiner Emotionen immer zuverlässiger. Die Strategie der Suche nach sozialer Rückversicherung nimmt immer weiter ab, bleibt aber im Repertoire des Kindes.

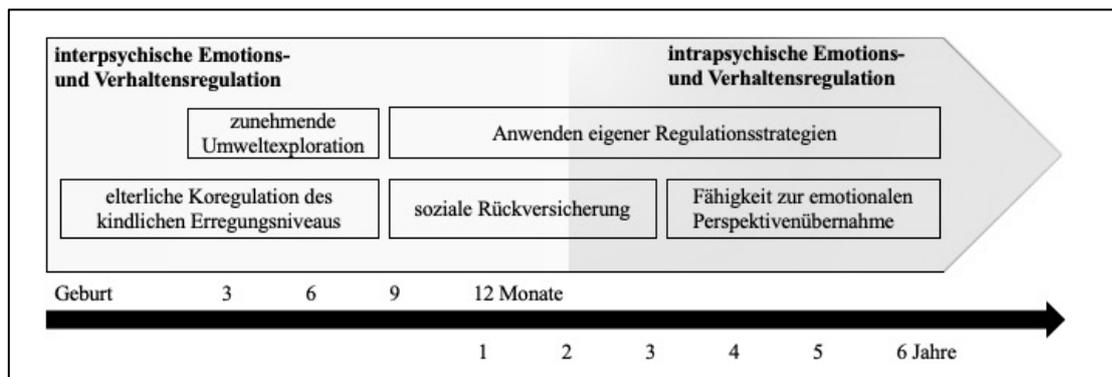


Abbildung 9. Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeiten

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lohaus & Glüer (2019)

In Bezug auf die Selbstregulation des Säuglings kommt dem *Temperament* eine besondere Bedeutung zu. Nach Bates (1989) bezieht sich der Begriff des Temperaments auf genetisch determinierte interindividuelle Unterschiede im Verhalten, im Ausdruck von Emotionen und Erregung (z. B. durch Schreien), in der motorischen Aktivität (z. B. durch Strampeln) und im Schlaf-Wach-Rhythmus. Temperamentsfaktoren besitzen eine relativ hohe Stabilität über die Zeit und über Entwicklungsphasen hinweg und können im Entwicklungsverlauf zu erheblichen Verhaltensauffälligkeiten beitragen. Charakteristisch für eine mangelnde Regulation des Temperaments sind die geringe biologische Rhythmizität von Schlafen und Essen, die mangelnde Anpassungsfähigkeit bei Veränderungen, damit einhergehendes gehemmtes Verhalten und

Rückzug bei unbekanntenen Situationen oder/und Personen sowie eine negative Stimmung (Asendorpf, 2011). Ein „*schwieriges Temperament*“ prägt sich in der Irritierbarkeit, im negativen Affekt und in vermehrtem Schreien von Säuglingen aus. Dies hat einen ungünstigen Einfluss auf das Fürsorgeverhalten der Mutter. Mütter hoch irritabler Säuglinge stimulieren diese weniger effektiv und beachten deren positive Signale weniger (Van den Boom, 1994). In der *New Yorker Längsschnittstudie* von (Thomas & Chess, 1985) entwickeln bis zu 70 % der Kinder mit „*schwierigem Temperament*“ im Altersverlauf unterschiedliche Verhaltensstörungen. „*Einfaches Temperament*“ stellt demgegenüber eine protektive Wirkung auf die kindliche Entwicklung dar. Dieses ist durch eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an Veränderungen, Freude an sozialen Kontakten sowie eine positive Stimmungslage charakterisiert (Egle et al., 2002). Im *Australischen Temperament-Projekt ATP* (Vassallo et al., 2004) wurde die Entwicklung einer Kohorte (4-8 Monate bis ins frühe Erwachsenenalter) beobachtet. Jugendliche dieser Gruppe (11-12 Jahre), die keine antisozialen Verhaltensweisen zeigten, erlebten eine positivere Eltern-Kind-Beziehung, die sich durch größere Bindungssicherheit, -qualität und mehr Wärme auszeichnete.

Die *Synactive Theory of Neonatal Behavioral Organization* (Lean et al., 2017) geht davon aus, dass eine optimale Entwicklung des biologischen Verhaltens von der Integration reifer ZNS- und neurobehavioraler Systeme abhängt. Die Autoren entwerfen einen konzeptionellen Rahmen, der die ZNS-Funktionen und neurologischen Verhaltensprofile von Neugeborenen mit temperamentvollen Schwierigkeiten und sozial-emotionalen Beeinträchtigungen in der Kindheit beurteilt (siehe Abbildung 10).

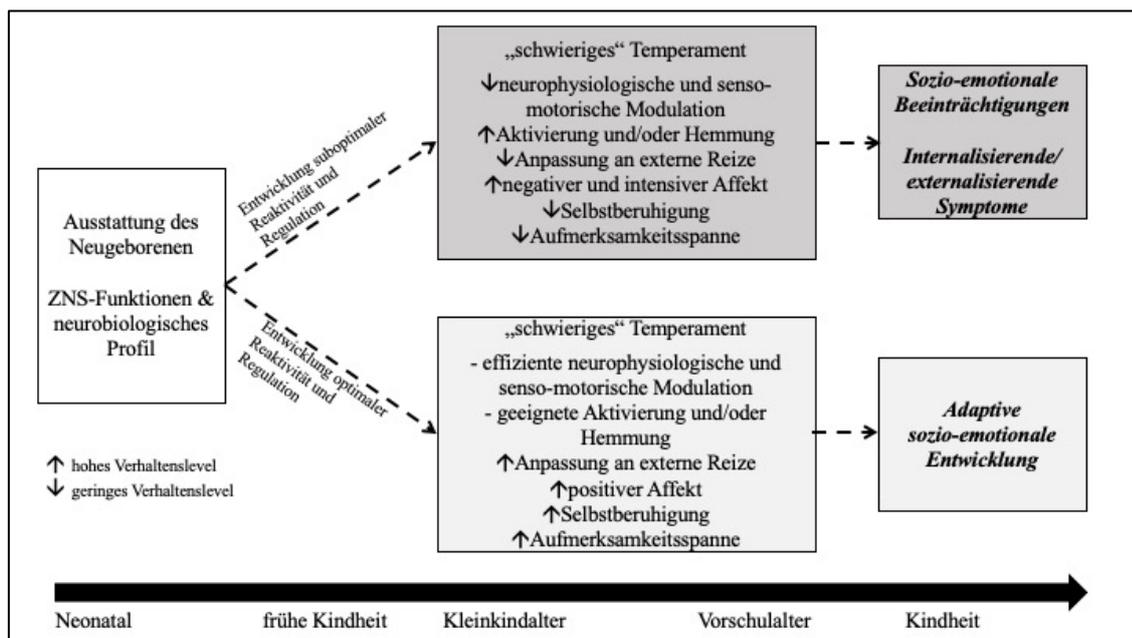


Abbildung 10. Neurobiologischer Rahmen des Verhaltens im Verlauf der kindlichen Entwicklung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lean et al. (2017)

Die Theorie von Lean et al. (2017) betrachtet die kindliche Entwicklung als eine fortschreitende Integration und Wechselwirkung verschiedener neurologischer Verhaltenssysteme: Sensorische Funktionen und Reflexe, motorische Kontrolle, Zustandsorganisation sowie Aufmerksamkeits- und Interaktionsfähigkeiten und Selbstregulierung. Die Integration und Synchronisation dieser Systeme unterstützen das Kind, sensorische Informationen zu verarbeiten und sein Verhalten zu regulieren. Die Beeinträchtigungen gehen mit niedrigen Empfindlichkeitsschwellen bzw. hoher Reaktivität und einer dysfunktionalen Regulation beim Neugeborenen einher. Frühe neuro-physiologische Veränderungen liegen der Regulation und Reaktivität im Säuglingsalter zugrunde und beeinflussen die sozial-emotionale Entwicklung in der späteren Kindheit.

Die entwicklungsphysiologischen Hintergründe in Bezug auf die frühkindliche Selbstregulation werden als Erklärungsmodelle für die Störungsbilder der einzelnen Regulations-bereiche in den entsprechenden Abschnitten 2.3.3 bis 2.3.5 dargestellt.

### **2.2.5 Koregulation und intuitives Elternverhalten als Basis der Eltern-Kind-Interaktion**

Die in den ersten Lebensmonaten noch unvollständig ausgeprägten *selbstregulatorischen Fähigkeiten* müssen weiterentwickelt werden, damit sich die Säuglinge an die Herausforderungen ihrer Umwelt anpassen können.

Dazu sind sie auf die *koregulatorische Unterstützung* durch ihre unmittelbaren Bezugspersonen angewiesen. Bei der Koregulation hilft die Bezugsperson dem Kind, sich selbst zu regulieren. In diesem Prozess verinnerlichen die Kinder ihre eigenen Regulationsstrategien und entwickeln diese zu wirksamen Selbstregulationsstrategien weiter. Die Koregulation stellt einen Teilaspekt der Interaktionsprozesse zwischen Bezugsperson und Kind dar (Papoušek et al., 2004).

In diesem Zusammenhang kommt dem Aufbau von Bindungen zu den primären Bezugspersonen als weitere wichtige Entwicklungsaufgabe in der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres eine entscheidende Bedeutung zu. Der wichtigste Faktor ist dabei die Qualität dieser Beziehungen. Eine Desorganisation der Bindungsbeziehungen stellt einen Risikofaktor für spätere Auffälligkeiten dar.

Die frühkindlichen Verhaltensauffälligkeiten können auch als extreme Ausprägungen oder Varianten der normalen individuellen Entwicklung betrachtet werden („Die ganz normalen Krisen“; Largo (1993)). Die Bewältigung dieser Krisen ist abhängig vom Zusammenspiel der kindlichen Regulationsfähigkeiten mit der intuitiven Unterstützung durch die Eltern. Regulationsstörungen können somit die Eltern-Kind-Beziehung ungünstig beeinflussen und belasten (Papoušek et al., 2004).

Das systemische **Interaktionsmodell der frühkindlichen Regulation** nach Papoušek et al. (2004) geht davon aus, dass angeborene Merkmale des Kindes, seiner primären Bezugspersonen sowie die Dynamik der Eltern-Kind-Interaktion ineinandergreifen. Die Entwicklungsphase der frühen Kindheit kann als beziehungsabhängig und als eher nicht individuumszentriert charakterisiert werden. Für ihr physisches und psychisches Wohlbefinden sind Säuglinge und Kleinkinder auf die Unterstützung ihrer eigenen physiologischen und psychischen Regulationsfähigkeiten und vor allem auf das feinfühliges Verhalten sowie die bereits genannten koregulatorischen Ressourcen ihrer primären Bezugspersonen angewiesen. Die Wechselseitigkeit der Interaktionen zwischen Eltern und Kind sowie deren Beziehungsqualität spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Die Eltern-Kind-Interaktion zeichnet sich durch eine trianguläre Koregulation und eine affektive Abstimmung aus. Diese sind für die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstberuhigung der Kinder wesentlich (Winsper & Wolke, 2014). In der systemischen Entwicklungsperspektive dieses Interaktionsmodells steht die Interaktion zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen im Vordergrund. Zwischen beiden entstehen Prozesse wechselseitiger Reaktionen, die rückgekoppelt sind und sich gegenseitig beeinflussen und verändern lassen (Borke et al., 2015); siehe Abbildung 11)

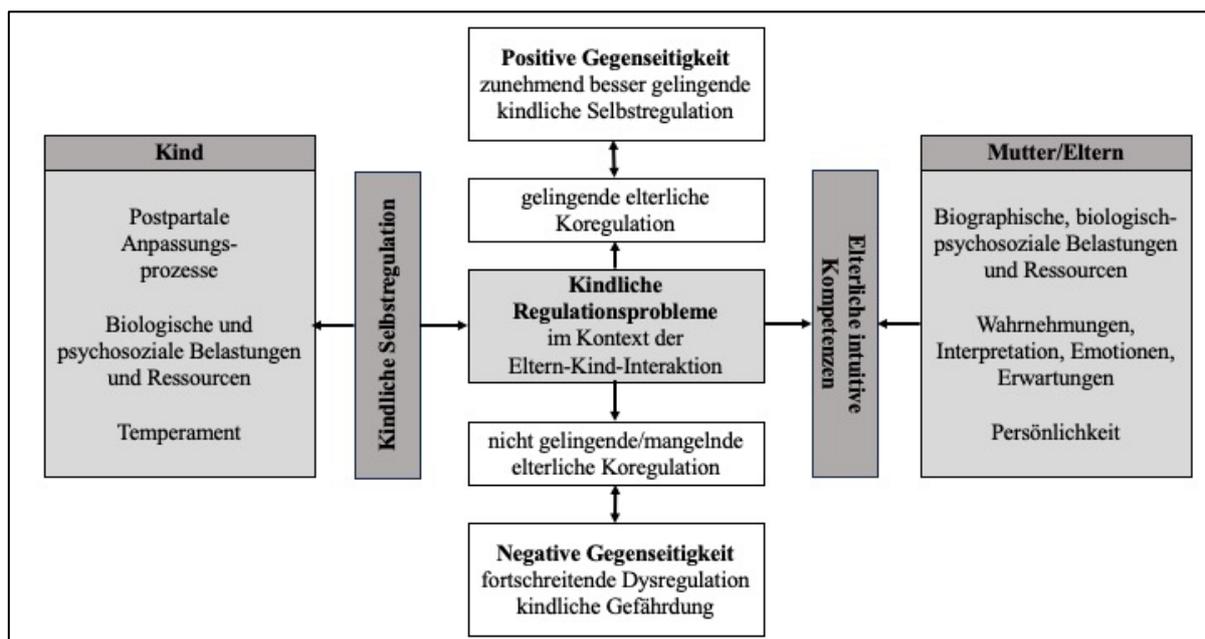


Abbildung 11. Modellvorstellung zur Ätiopathogenese frühkindlicher Regulationsstörungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek et al. (2004)

Die Säuglingsforschung geht davon aus, dass die Beziehung zwischen Säuglingen und ihren Eltern einen zirkulären Charakter besitzt. Die Prozesse der Regulation, Koregulation und Interaktion können unterschiedlich ausgeprägt sein und sowohl funktionale als auch dysfunktionale Dynamiken auslösen bzw. verstärken (Winsper & Wolke, 2014). Kinder und ihre Bezugspersonen besitzen

jeweils Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, ihre Interaktion miteinander gut abzustimmen. Neben den angeborenen Selbstregulationsmechanismen (z.B. Selbstberuhigung durch das Saugen am Finger) können Säuglinge Interaktionen initiieren bzw. auf ihre Bezugspersonen (z.B. durch Anlächeln oder Schreien) reagieren. Säuglinge können bereits auf gut entwickelte Wahrnehmungs- und Integrationsfähigkeiten zurückgreifen. Das angeborene Bedürfnis nach Exploration und Austausch mit der Umwelt, ermöglicht es Säuglingen, zu den Bezugspersonen in Interaktion zu treten. Durch dieses Erleben von Kausalität und Selbstwirksamkeit entstehen beim Säugling erste *Kontingenzerfahrungen* sowie in der Folge *Erwartungshaltungen und ein Erfahrungshintergrund*, die bedeutsam für die Entwicklung der Persönlichkeit der Kinder sind (Hornstein et al., 2006). Dem kindlichen Bedürfnis nach Kommunikation und Interaktion entsprechen Muster des elterlichen Verhaltens, die sich den Möglichkeiten des Säuglings anpassen. Die Bezugspersonen unterstützen die Kinder dabei, ihre physiologischen Prozesse und ihr Verhalten zu regulieren, indem sie deren Entwicklung begleiten und anregen. Dieses *intuitive Elternverhalten* stellt die Basis für den Aufbau der Eltern-Kind-Interaktion sowie für die Unterstützung von weiteren Entwicklungsprozessen des Kindes durch die Eltern dar. Intuitive Elternkompetenzen umfassen implizites Wissen zum Umgang mit dem Kind als angeborene und genetisch determinierte Verhaltenssysteme, auf die Eltern bei der Interaktion mit den Säuglingen zurückgreifen können (Hawellek & Schlippe, 2011).

Bolten (2014) fasst folgende prototypische Verhaltensmuster als *Merkmale der intuitiven elterlichen Kommunikationsfähigkeit* zusammen:

- angemessene Nähe-Distanz-Regulierung
- Verständlichkeit durch die Wiederholung einfacher, eindeutiger Verhaltensmuster
- hohe Feinfühligkeit sowie prompte Reaktion auf die kindlichen Signale
- Einsatz basaler Regulationshilfen: in Bezug auf Verhalten, affektive Erregung und Aufmerksamkeit des Säuglings
- angepasste Kommunikation, abhängig von Aufnahmebereitschaft und Erregungsniveau, z.B. durch Blickkontakt, Grußreaktion, „Babysprache“, hohe Stimme
- „Spiegeln“ des kindlichen Ausdrucksverhaltens, z.B. durch lebhafte Mimik
- empathisches Einfühlen in die kindliche Gefühls- und Erfahrungswelt

Die Kommunikation der Eltern (Mimik, Gestik, Sprache) passt sich unbewusst den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Säuglinge an (langsames Sprechen in höherer Tonlage, Nutzen einfacher Worte und Wiederholungen, körperliche Zuwendung, Anbieten von Pausen zum Reagieren). Unterstützende Faktoren sind dabei das Aussehen (sog. Kindchenschema), der Blickkontakt und das soziale Lächeln der Säuglinge sowie die uneingeschränkte emotionale Zuwendung der Eltern (Fries, 2001).

Das Zusammenwirken des kindlichen Entwicklungsniveaus und der intuitiven elterlichen Kompetenzen dient der emotionalen Abstimmung von Eltern und Säuglingen. Die wahrgenommene Kontingenz kann zu höherer Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz und Kausalität sowohl der Eltern als auch der Säuglinge führen. Dieses komplexe Muster der Selbstorganisation ist durch unterschiedliche Faktoren beeinflussbar (Fries, 2001):

- soziale Isolation und mangelnde Hilfesysteme in der Elternschaft,
- unrealistische Fremd- und Selbsterwartungen bezüglich der Entwicklung des Kindes,
- organische und psychosoziale Belastungen in der Schwangerschaft,
- beengte Wohnbedingungen,
- konflikthafte Elternbeziehungen,
- Vernachlässigung und Misshandlungen im Säuglings- und Kleinkindalter,
- elterliche Belastungen und Störungen wie chronische Depression, Überforderung und eingeschränktes Selbstwertgefühl,
- verminderte Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen, psychosozialen und pädagogischen Unterstützungsangeboten,
- deutlich erhöhtes Risiko eines Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauchs,
- jugendliche und vielfach alleinerziehende Mütter.

Bestimmte Lebensumstände können einen Risikofaktor für eine unsichere Eltern-Kind-Beziehung und für die kindliche Entwicklung darstellen. Beispielsweise fällt es an Depression erkrankten Eltern schwerer, die Signale ihres Kindes zu erkennen und darauf mit förderlichen Interaktionsangeboten zu reagieren. Dies kann zu ungünstigen Folgen für die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion sowie für die kindliche Entwicklung führen (Field, 2010).

Demgegenüber stellen Säuglinge mit Schwierigkeiten in ihrer Verhaltensregulation für ihre Eltern eine besondere Herausforderung dar. Diese können die intuitiven Elternkompetenzen und somit die Interaktion mit dem Säugling einschränken. Den Eltern gelingt es nicht ausreichend, die kindlichen Signale wahrzunehmen und ihr Verhalten an die Bedürfnisse ihrer Kinder anzupassen. Nicht selten erleben Eltern Gefühle wie Ohnmacht, Versagen, Wut und Schuld (Hawellek & Schlippe, 2011).

Experimentell untersuchte Phänomene, die auf inadäquate intuitive Elternkompetenzen hinweisen, stellen das *Still-Face-Paradigma* (Tronick et al., 1998) sowie das *Konstrukt „Gespenster im Kinderzimmer“* („*Ghosts in the Nursery*“) von Fraiberg et al. (2003) dar.

Das *Still-Face-Paradigma* diente Tronick et al. (1998) als experimentelles Modell für die Auswirkungen mütterlicher emotionaler Zurückweisung. Im Versuchsdesign werden nach einer künstlichen Kontaktunterbrechung die Reaktionen von Säuglingen auf das Ausbleiben der

mütterlichen Responsivität beobachtet. Nach einer freien Spielsituation in einer Face-to-Face-Situation (Kind und Mutter sitzen sich gegenüber) wird die Mutter aufgefordert, keine gestischen oder mimischen Bewegungen auszuüben. In der Wiedereinstellungsphase wendet sich die Mutter ihrem Kind wieder wie gewohnt zu. Die zwei bis neun Monaten alten Säuglinge bemühten sich sehr, die Aufmerksamkeit und eine Reaktion ihrer Mutter zu erhalten. Sie zeigten ambivalentes Verhalten von positivem Annähern über Distanzieren bis hin zu erhöhtem Arousal, eindeutigem Protestschreien, Abwendung und selbstberuhigenden Strategien. Die erlebte affektive Stresssituation gibt Hinweise auf die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung.

Fraiberg et al. (2003) gehen in ihrem *Konstrukt „Gespenster im Kinderzimmer“* davon aus, dass sich die in ihrer eigenen Biografie erworbenen Erfahrungen, Phantasien und Einstellungen der Eltern auf die Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern auswirken können. Im Sinne von projektiven Attribuierungen (Bedeutungszuschreibungen) können diese inneren Repräsentationen dazu führen, dass Eltern die Signale ihrer Kinder nicht verstehen oder verzerrt wahrnehmen. So kann die Mutter beim Wickeln das unkoordinierte Strampeln ihres Babys als aggressives Verhalten ihr gegenüber missverstehen. Als Folge dieser Fehlinterpretation der kindlichen Signale können dysfunktionale, sich stabilisierende Interaktionsspiralen entstehen, die beim Kind zur Beeinträchtigung seiner Selbstregulationsfähigkeiten sowie zu Auffälligkeiten in ihrem Verhalten führen können.

Wie bereits geschildert, werden eine mangelnde Selbstregulation und Temperamentsmerkmale (Affektivität und Aktivitätslevel) als Prädiktoren für die Entwicklung späterer externalisierender Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter betrachtet. In diesem Alter sind Kinder jedoch aufgrund ihrer noch unvollständigen Gehirnentwicklung nur eingeschränkt zur eigenen Emotionsregulation in der Lage und auf die Koregulation ihrer Bezugspersonen angewiesen (von Gontard, 2018). Findet diese elterliche Koregulation nur unzureichend oder gar nicht statt, kann es gemeinsam mit ungünstigen Temperamentsmerkmalen, wie einer hohen negativen Affektivität und einem hohen Aktivitätslevel zur Entwicklung mangelnder Adaptionprozesse und in der Folge zur Entstehung externalisierender Störungen kommen (Sidor et al., 2017).

Demgegenüber können moderate Temperamentsmerkmale und eine ausreichende Selbstregulation des Säuglings, die mit angemessenem elterlichen Koregulationsverhalten einhergehen, in einer adaptiven Entwicklung resultieren (Kiel et al., 2018). Beide Pfade der Entwicklung externalisierender Störungen aufgrund der Wechselwirkung von kindlichen und elterlichen Faktoren werden in Abbildung 12 dargestellt.

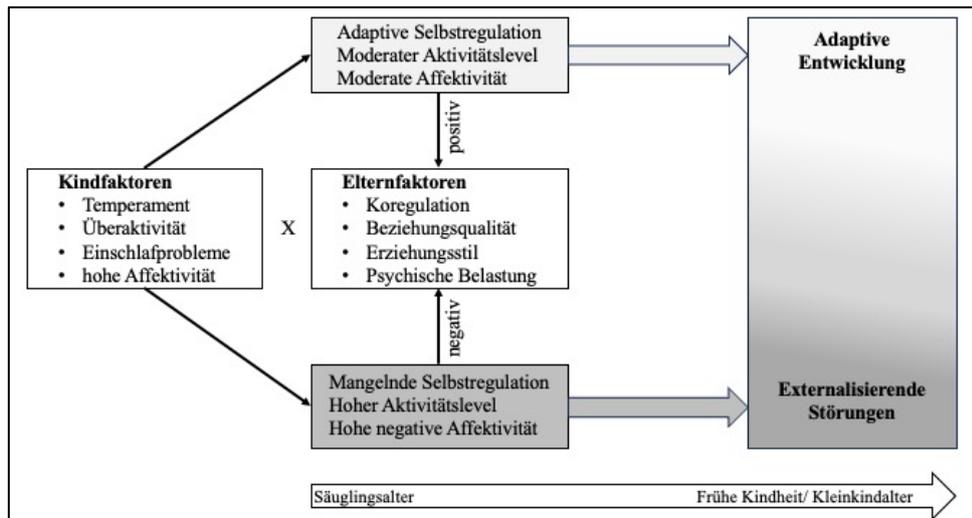


Abbildung 12. Entwicklung externalisierender Störung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kiel et al. (2018)

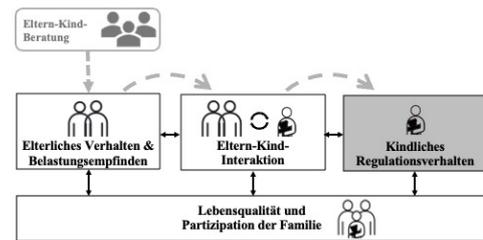
Mit Hilfe des in der vorliegenden Arbeit eingesetzten *Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment – BITSEA* (Briggs-Gowan et al., 2004) ist es möglich, die soziale und emotionale Entwicklung zu erfassen sowie psychosoziale Probleme im Kleinkindalter frühzeitig zu erkennen. Hohe sozial-emotionale Probleme im Kleinkindalter gelten als Prädiktor für Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter (Briggs-Gowan et al., 2004). Das Assessment wird im Methodenteil (siehe Abschnitt 5.3.4) genauer vorgestellt.

Auch kulturübergreifend sind die Prozesse von Interaktion und (Ko-)Regulation zwischen Eltern und Kind bedeutsam für die kindliche Entwicklung. Kulturelle Unterschiede können darin bestehen, ob sich das Interaktionsverhalten eher am subjektiven und individuellen Erleben des Kindes oder an sozialen Bedingungen und Normen orientiert bzw. welche Verhaltensbereiche und Selbstregulationsfähigkeiten des Kindes je nach kulturellem Bezugsrahmen durch die Bezugspersonen unterstützt oder eher weniger berücksichtigt werden (z.B. hat ggf. das Einschlafen Vorrang gegenüber dem Essen). Bei der Beurteilung dieser Prozesse ist es erforderlich, auch die individuellen kulturellen Hintergründe zu berücksichtigen. Dadurch kann vermieden werden, Interaktionsprozesse zu pathologisieren (Borke et al., 2015).

Das später dargestellte *kultursensitive Beratungsmodell* (Schöllhorn et al., 2016) wird diesem Aspekt im Rahmen des Ansatzes der Eltern-Kleinkind-Beratung in besonderem Maße gerecht (siehe Abschnitt 2.7.3).

## 2.3 Kindbezogene Störungen des frühkindlichen Regulationsverhaltens

*Zur Orientierung: der folgende Abschnitt widmet sich der Kindebene des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.*



Nach einer allgemeinen Einführung und Hinweisen zur Klassifikation kindbezogener Störungen, steht das Konstrukt der „Frühkindlichen Regulationsstörungen“ im Mittelpunkt dieses Abschnitts. Im Anschluss daran werden die einzelnen subsummierten Störungsbilder der frühkindlichen Regulationsprobleme getrennt dargestellt. Nach der Darstellung der klinischen Grundlagen (Definition, Symptomatik, Epidemiologie und Verlauf) folgen jeweils Störungstheorien und relevante Forschungsderivate. Die Darstellung internalisierender und externalisierender Verhaltensstörungen schließt sich in der entwicklungspathologischen Reihenfolge an. Der übergeordnete Aspekt der Diagnostik frühkindlicher Störungen rundet den Abschnitt ab.

### 2.3.1 Klassifikation von Störungen des frühkindlichen Regulationsverhaltens

Die frühkindliche Entwicklung ist, bezogen auf Verlauf und Tempo physiologischer und psychologischer Prozesse, durch eine große interindividuelle Variabilität charakterisiert. Abweichungen von der Bewältigung kindbezogener Entwicklungsaufgaben können die weitere Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinflussen (Pauen et al., 2012).

Zugrundeliegende Entwicklungs- und Störungsmodelle betrachten Verhaltensprobleme in der frühen Kindheit als Entwicklungsabweichungen, die durch die Wechselwirkung genetischer und sozialer Risiken determiniert sind und zum Entstehen überdauernder psychischer Störungen beitragen können. Die Ausprägung frühkindlicher Verhaltensprobleme ist abhängig vom Entwicklungsstand und den allgemeinen Ressourcen des Kindes, der Auseinandersetzung des Kindes mit seinen Bezugspersonen sowie vom sozialen Kontext und dessen Fördermöglichkeiten (Petermann et al., 2008).

Zur Entscheidung darüber, ob eine Abweichung bzw. ein Problem eine Störung darstellt, sollten nach Wolke et al. (2009) folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Stellt der Entwicklungsverlauf für das Kind eine Funktionseinschränkung oder/und für die Eltern eine Belastung dar?
- Bestehen individuelle Risikofaktoren für Entwicklungsabweichungen?
- Stellt die Abweichung einen Risikofaktor für spätere Störungen dar oder besitzt sie nachteilige Folgen?

Bezogen auf das jeweilige Entwicklungsalter können die in Tabelle 1 zusammengefassten Bereiche frühkindlicher Störungen unterschieden werden.

Tabelle 1

*Übersicht zu kindbezogenen Störungen der frühkindlichen Entwicklung*

---

**Probleme der Emotions- und Verhaltensregulation** (siehe Abschnitte 2.3.1 – 2.3.5) im Säuglings- und Kleinkindalter bis etwa zum 2. Lebensjahr als übergeordnetes Konstrukt in folgenden Bereichen:

- *Persistierendes exzessives Schreien* (Probleme der affektiven Erregung)
- *Schlafprobleme* (Probleme in der Regulation der Schlaf-Wach-Organisation)
- *Fütter- und Essprobleme* (Probleme der Nahrungsaufnahme)

---

**Externalisierende und internalisierende Verhaltensprobleme** (siehe Abschnitt 2.3.6) im späteren Kleinkindalter meist nach etwa dem 2. Lebensjahr weiterhin bestehende Regulationsprobleme, die sich manifestieren können als:

**a) internalisierende Probleme:**

- *Exzessives Klammern*
- *Exzessive Ängstlichkeit und soziale Gehemmtheit*
- *Trennungsangst*
- *Objekt- und situationsgebundene Ängste*

**b) externalisierende Probleme:**

- *Exzessives Trotzverhalten*
- *Aggressiv-oppositionelles Verhalten*
- *Aggressives Verhalten*
- *Impulsives Verhalten*

Diese Probleme können ab dem dritten Lebensjahr als Vorläufer emotionaler Störungen bzw. Verhaltensstörungen betrachtet werden.

---

*Anmerkungen.* zu den Quellen siehe Hofacker et al. (2007); von Gontard et al. (2020)

Unabhängig davon, ob frühkindliche Verhaltensweisen die spezifischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, sollte die Frage nach der Notwendigkeit einer Intervention im Fokus einer multidimensionalen Diagnostik stehen (Petermann et al., 2008).

Probleme der frühen Verhaltensregulation gehen häufig mit Beeinträchtigungen der Interaktion des Kindes mit seinen primären Bezugspersonen einher. Dabei spielen auch die Ressourcen der Kinder und ihrer Eltern eine wesentliche Rolle. Das Risiko einer ungünstigen Entwicklungsprognose wird dadurch erhöht. Störungen in mehreren Regulationsbereichen besitzen eine ungünstigere Prognose gegenüber isolierten Störungen. Dysphorische und irritierbare Säuglinge mit zusätzlichen Schlaf- oder Fütterstörungen zeigen häufiger externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten, die bis ins Schulalter persistieren (Papoušek et al., 2004).

Eine dynamisch ausgerichtete Klassifikation psychischer Störungen kann der bereits beschriebenen Komplexität und Variabilität in der frühkindlichen Entwicklung am ehesten gerecht werden. Grundlage der Definition von Störungen und Erkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern stellen die medizinische Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO),

der American Psychiatric Association (APA), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie der multidisziplinären diagnostischen Arbeitsgruppe des National Center for Infants, Toddlers, and Families in den USA (ZERO TO THREE) zur Verfügung. Diese Klassifikationen besitzen zunehmende Bedeutung insbesondere für die Differentialdiagnostik, für Indikation von Interventionen in der Praxis sowie für die epidemiologische und klinische Forschung.

Gegenwärtig wird der Ansatz einer kategorialen von dem einer dimensional Klassifikation unterschieden (Döpfner, 2008). Entsprechend der *dimensionalen Klassifikation* werden beispielsweise mit Hilfe des oben beschriebenen Systems ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2000) relativ stabile psychische Merkmale erfasst, die jedoch in ihrer Intensität kontinuierlich variieren (Döpfner, 2008). Demgegenüber beschreibt die *kategoriale Klassifikation* psychische Störungen als diskrete Einheiten von Krankheiten oder Störungen (Döpfner, 2008), die klar voneinander abgrenzbare und sich gegenseitig ausschließende Kategorien bilden.

Es werden folgende zwei kategoriale Klassifikationssysteme unterschieden, auf die sich auch wissenschaftliche Studien zur Kodierung psychischer Störungen beziehen:

- Die **ICD-10** (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO; 10. Version Dilling et al. (2015)) berücksichtigt über ihr Verfahren des multiaxialen Klassifikationschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (**MAS der ICD-10**; Remschmidt (2017)) den Entwicklungsaspekt der Kinder und deren psychosoziale Umstände auf folgenden sechs Achsen:
  1. Achse: Das klinisch-psychiatrische Syndrom
  2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen
  3. Achse: Das Intelligenzniveau
  4. Achse: Die körperliche Symptomatik
  5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
  6. Achse: Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.
- Das **DSM-5** (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der APA; Deutsch: Saß (2007)) ermöglicht eine dimensionale Gewichtung der Störungsbilder nach Schwergrad oder Dauer vorzunehmen.

Vorteile kategorialer Klassifikationssysteme sind, dass Diagnosen ausgeprägter Symptome entsprechend repräsentiert werden, eine gute Replikation der Kategorien möglich ist und altersübergreifende Störungsbilder miteinander verglichen werden können (Angold & Jane Costello, 2009).

Diesen beiden genannten international eingesetzten kategorialen Klassifikationsschemata gelingt es jedoch nur unzureichend, die Störungen in der frühen Kindheit abzubilden. Beiden Systemen fehlt eine altersspezifische Adaptation bzw. Modifikation der klinischen Kriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter. Eine praxisnahe Alternative bietet das multiaxiale Klassifikationssystem der Arbeitsgruppe ZERO TO THREE.

Das **Klassifikationssystem zur Diagnose von psychischen Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern DC: 0-3** (ZeroToThree, 1994) wurde vor dem Hintergrund der DSM-5 entwickelt. Das **Klassifikationssystem DC: 0-5** (ZeroToThree, 2019) stellt eine Erweiterung der zu berücksichtigenden Altersgruppen bis zum fünften Lebensjahr dar. Dem integrativen Modell beider Systeme liegt eine individuelle Entwicklungsperspektive zugrunde. Diese betrachtet normale Verhaltensweisen und davon abweichende Symptome im Zusammenhang mit den erworbenen Kompetenzen und Aufgaben innerhalb der kindlichen Entwicklung. Dabei werden sowohl Ressourcen als auch Risiken einbezogen. Die DC-Systeme sollten im klinischen Alltag neben den herkömmlichen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 zur Anwendung kommen.

Die DC: 0-5 wurde nicht auf Attributionen fokussiert, sondern auf klinisch relevante Diagnosekriterien zurückgegriffen. Die Komplexität der kindlichen Entwicklung wird im Kontext der sozialen Beziehungen auf folgenden fünf Achsen erfasst:

- In der *klinischen Achse I* werden entsprechende psychische Störungen und Syndrome (wie Schlaf-, Ess- und Schreistörungen sowie Störungen der sensorischen Reizverarbeitung) kategorial definiert. Die beschriebenen Symptome müssen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Funktionsniveaus von Kind und Bezugspersonen führen.
- Die *Beziehungs-Achse II* beschreibt Dimensionen des Beziehungskontextes zwischen Kind und Eltern. Im Mittelpunkt stehen das Kind und seine primären Bezugspersonen mit ihren Bedürfnissen nach Beziehung und Kommunikation sowie ausgeprägte interaktive Störungen zwischen Kind und Bezugspersonen.
- Die *somatische Achse III* verschlüsselt Ausprägungen der körperlichen Gesundheit bzw. medizinische Diagnosen.
- Die *kontextbezogene Achse IV* fokussiert auf die aktuellen sozialen Bedingungen des Kindes und seines Lebensumfeldes und ermöglicht psychosoziale Stressoren und Risikofaktoren abzubilden.
- Die *Entwicklungs-Achse V* veranschaulicht die wechselseitigen Einflüsse der individuellen Entwicklungskompetenzen. Dabei werden die Bereiche der kognitiven, motorischen und körperlichen, emotionalen, sprachlich-kommunikativen sowie der sozialen und beziehungsbezogenen Entwicklung berücksichtigt.

In den *S2k-Leitlinien zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (Schmidt & Poustka, 2007) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden jedoch hinsichtlich der Empfehlungen nicht alle Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters berücksichtigt. Die Vorschläge der deutschen S2k-Leitlinien für das diagnostische Konstrukt der *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter* weichen von internationalen Trends ab. Regulationsstörungen in den drei Problembereichen exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen werden als „eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand außergewöhnliche Schwierigkeit, ein Verhalten in einem, häufig in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten angemessen zu regulieren“ (Schmidt & Poustka, 2007) definiert. Hinsichtlich der Klassifikation von Regulationsstörungen bestehen keine Entsprechungen sowohl zu den internationalen Systemen ICD-10 und DSM-5 als auch zu den Schemata DC: 0-3 und DC: 0-5.

*Anhang A-1* gibt einen synoptischen Überblick zu den genannten Klassifikationssystemen.

### 2.3.2 Das Konstrukt der „Frühkindlichen Regulationsstörungen“

Frühkindliche Regulationsstörungen stellen die ehemals übergeordnete Hauptkategorie für Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter dar. Eingeschlossen sind anlagebedingte, persistierende Probleme in der adäquaten Regulation von Emotionen, Verhalten und Motorik als Reaktion auf sensorische Reize. Am häufigsten werden von den Eltern exzessives Schreien sowie Schlaf- und Fütterprobleme als die am stärksten belastenden Schwierigkeiten beschrieben (von Gontard et al., 2020).

In der kinderärztlichen Versorgungspraxis zählen exzessives Schreien, Fütter- und Essverhaltensstörungen, Schlafstörungen sowie Wut- und Trotzverhalten zu häufig auftretenden Verhaltensproblemen im frühen Säuglings- und Kleinkindalter. Für die als Regulationsstörungen subsummierten Störungsbilder werden unterschiedliche **Prävalenzraten** angegeben:

- für *exzessives Schreien* zwischen 16 und 29 % (Skovgaard et al., 2007)
- für *ausgeprägte Schlafstörungen* zwischen 15 und 20 % (Hemmi et al., 2011)
- für *schwere persistierende Fütterprobleme* zwischen 3 bis 10 %;  
für *leichtere bis mittelschwere Fütterprobleme* zwischen 15 bis 25 % und  
für *Gedeihstörungen* zwischen 3 bis 4 % (Hofacker, 2009)

Aufgrund der unterschiedlichen klinischen Definitionen, verschiedenen Klassifikationssysteme und uneinheitlichen Altersspannen variieren die Angaben zu Prävalenzen der frühkindlichen Störungen.

*Anhang A-2* fasst die epidemiologische Studienlage in Form einer Synopse zusammen.

Frühkindliche Regulationsstörungen besitzen Gemeinsamkeiten vor allem hinsichtlich **Ätiologie, Verlauf und Prognose**:

- sie können in einem oder mehreren Bereichen der kindlichen Emotions- und Verhaltensregulation bestehen (z.B. exzessives Schreien und Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus),
- sie können alters- und entwicklungsphasentypische Erscheinungsformen aufweisen (z.B. exzessives Schreien mit drei Monaten und oppositionelles Verhalten im zweiten Lebensjahr),
- sie sind meist auf spezifische Situationen, Zeiträume oder Bezugspersonen begrenzt und
- sie können in Abhängigkeit von den Entwicklungsphasen oft nacheinander, aber auch zeitgleich oder mit einer hohen Persistenz bis ins Kleinkind- oder Vorschulalter auftreten.

Entsprechend eines dimensionalen Krankheitsverständnisses kann es zu fließenden Übergängen von normalen Entwicklungskrisen (z.B. Einschlafprobleme am Abend) zu klinisch relevanten Störungen (z.B. Einschlafstörungen) kommen (von Gontard et al., 2020).

Für die einzelnen Bereiche der Regulationsstörungen können nach von Gontard (2018) folgende **Diagnosekriterien** zusammengefasst werden

- *Exzessives Schreien*: das Schreien tritt an mehr als drei Stunden, an mindestens drei Tagen in der Woche, für mindestens drei Wochen auf (Wessel et al., 1954)
- *Einschlafstörungen*: es besteht eine verzögerte Einschlaflatenz von mehr als 30 Minuten, für mindestens drei Monate
- *Durchschlafstörungen*: das Aufwachen besteht mindestens dreimal in einer Nacht, in mindestens fünf Nächten pro Woche, für mindestens drei Monate
- *Fütter- bzw. Essverhaltensstörung*: seit mindestens einem Monat kommt es zu Fütterinteraktion mit einer Dauer von mindestens 45 Minuten, mit weniger als zwei Stunden Pause zwischen den Fütterinteraktionen, ggf. besteht eine zusätzliche Gedeihstörung
- *Exzessives Klammern*: es besteht ein übermäßig häufiges Verlangen nach körperlicher Nähe zu einer Bezugsperson mit ängstlichem, aber forderndem Schreien; bei hergestelltem Körperkontakt kommt es zu keiner Besserung
- *Trotzen/ Toben*: es kommt zu mindestens drei Anfällen pro Tag mit einer Dauer von jeweils mindestens 15 Minuten

Die **Folgen** der frühkindlichen Regulationsstörungen können sich langfristig negativ auf altersspezifische Entwicklungsschritte, auf die Bindung zwischen Kind und Bezugspersonen sowie Lebensqualität der Kinder und der Familien auswirken. Die Regulationsprobleme der Kinder können isoliert als einzelne Störung oder gemeinsam mit weiteren Regulationsproblemen auftreten (Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004).

Als *kombinierte Regulationsprobleme* werden zwei oder mehr gleichzeitig bestehende Probleme beim übermäßigen Weinen, Schlafen oder Füttern definiert. Regulationsprobleme im frühen Säuglingsalter stellen den Hauptprädiktor für späte kombinierte Regulationsprobleme dar (OR 3.4, 95%-CI [1.8, 6.6]). Im Alter zwischen 2–6 und 8–11 Monaten wurden bei 2.9 % bzw. 8.6 % der Kinder kombinierte Regulationsprobleme festgestellt. Frühe kombinierte Regulationsprobleme vermitteln die Auswirkungen von frühen psychischen Gesundheitsproblemen der Mutter und Problemen der Eltern-Kind-Beziehung (Olsen et al., 2019). Kombinierte Probleme beim übermäßigen Weinen, Schlafen oder Füttern können im gesamten Säuglingsalter auftreten, unabhängig davon, ob bei der Mutter psychische Probleme oder Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung bestehen. Säuglinge mit Regulationsproblemen, die älter als zwei Monate sind, benötigen besondere Aufmerksamkeit, sowohl im klinischen als auch im gesellschaftlichen Kontext. Die Eltern sollten eine spezifische Anleitung erhalten, um sie dabei zu unterstützen, die Sensibilität und Reaktionen ihres Kindes zu verstehen und zu regulieren (ebd.).

Aufgrund der Komplexität multipler organischer und psychosozialer Risikobelastungen auf Seiten von Kind und/ oder Eltern besitzen Regulationsstörungen ein hohes Risiko zu Exazerbation und Persistenz (Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004). *Persistierende Regulationsstörungen* über die ersten drei Monate hinaus können zu einer höheren Prävalenz von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Hyperaktivität) führen (Hemmi, Wolke, & Schneider, 2011). Auf Zusammenhänge zwischen Regulationsstörungen und späteren Störungen des Sozialverhaltens, der Emotionalität, sowie Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom und Autismus-Spektrum-Störungen weisen zahlreiche retrospektive und zunehmend auch prospektiv durchgeführte empirische Studien hin (Lücke, 2017).

Die aktuelle Metaanalyse von Galling et al. (2023) zeigt, dass 23.3 % der Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsproblemen Verhaltensprobleme in der späteren Kindheit entwickeln (kumulative Inzidenz 0.23, 95%-CI [0.17, 0.29]). Die Verhaltensprobleme sind bei diesen Kindern deutlich stärker ausgeprägt als bei den Vergleichsgruppen ohne Regulationsprobleme der analysierten Studien (standardisierte Mittelwertdifferenz  $SMD = 0.38$ , 95%-CI [0.29, 0.47],  $p < .001$ ). Die späteren Verhaltensprobleme von Kindern mit übermäßigem Weinen (kumulative Inzidenz 0.27,  $SMD = 0.49$ , 95%-CI [0.34, 0.65],  $p \leq .001$ ) und Schlafproblemen (kumulative Inzidenz 0.23,  $SMD = 0.27$ , 95%-CI [0.14, 0.39],  $p \leq .001$ ) waren signifikant ausgeprägter im Vergleich zu den Vergleichsgruppen, während sich bei Kindern mit Essproblemen im Säuglingsalter kein signifikanter Effekt auf die späteren Verhaltensprobleme zeigte ( $SMD = 0.23$ , 95%-CI [-0.02, 0.48],  $p = .072$ ). Von den Kindern mit früheren Regulationsproblemen zeigten in der späteren Kindheit 20.1 % häufiger externalisierende Verhaltensprobleme, 16 % internalisierende Verhaltensprobleme und 24.2 % eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit und den Bedarf an frühzeitig ansetzenden Präventions- und Interventionsangeboten. Wichtig sind vor allem niedrighschwellige Angebote besonders für Familien mit verschiedenen psychosozialen Belastungen und psychischen Erkrankungen der Eltern. Die eingeschränkten intuitiven Elternkompetenzen verstärken das Auftreten von Regulationsproblemen der Kinder. In der Kommunikation zwischen Eltern und Kind kommt es wiederholt zu negativen Feedbackschleifen und dysfunktionalen Kommunikationsmustern.

Im Mittelpunkt der Versorgung sollte die Verbesserung der Lebensqualität der Familien stehen (Cierpka, Stasch, & Groß, 2007). Von frühzeitigen Interventionen profitieren vorrangig Familien, bei denen Probleme in mehreren Bereichen der frühkindlichen Regulation von Emotionen und Verhalten auftreten, bei denen die Eltern-Kind-Interaktion erheblich beeinträchtigt ist und bei denen eine zusätzliche Belastung durch organische und psychosoziale Faktoren besteht. Die Präventionen verringern das Auftreten von externalisierenden (hyperkinetische, aggressive und oppositionelle Symptome) und internalisierenden Störungen (ängstliche und depressive Symptome) im späteren Kindes- und Jugendalter (Papoušek & Hofacker, 2004).

Je nach Systematik der Entwicklungs- und Störungsmodelle werden verschiedene Klassifikationen unterschieden. Tabelle 2 gibt einen Überblick zu diesen Diagnoseklassifikationen.

Tabelle 2

*Klassifikation der frühkindlichen Regulationsstörungen*

<b>DC: 0-3</b> (ZeroToThree, 1994)	<b>Frühkindliche Regulationsstörungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Typ A: ohne Störung der sensorischen Verarbeitung</i></li> <li>- <i>Typ B: mit Störung der sensorischen Verarbeitung:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- überempfindlicher Subtyp: a) ängstlich-überevorsichtig b) negativ-oppositionell</li> <li>- unterempfindlich-unterreagierender Subtyp</li> <li>- stimulationssuchender, impulsiver Subtyp</li> </ul> </li> </ul>
<b>DC:0-5</b> (ZeroToThree, 2019)	<b>Sensorische Verarbeitungsstörungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Sensorische Überreaktivitätsstörung</i></li> <li>- <i>Sensorische Unterreaktivitätsstörung</i></li> <li>- <i>Andere sensorische Verarbeitungsstörungen</i></li> </ul>
<b>ICD-10</b> (Dilling et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Anpassungsstörung (F43.2)</i></li> <li>- <i>Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (F93.8)</i></li> <li>- <i>Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörung (F51.9)</i></li> <li>- <i>Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)</i></li> </ul>

In der klinischen Diagnostik und wissenschaftlichen Literatur können bei der Betrachtung von Regulationsstörungen eine *entwicklungsphysiologisch-funktionale* und eine *systemisch-interaktionale Perspektive* unterschieden werden.

Im Mittelpunkt der ***entwicklungsphysiologisch-funktionalen Perspektive*** von Regulationsstörungen stehen die Probleme von Säuglingen und Kleinkindern in der Regulation sensorischer Herausforderungen. *Sensorisch bedingte Regulationsstörungen* werden auf die Probleme der Kinder zurückgeführt, Eindrücke der Umwelt oder innere Empfindungen zu verarbeiten, zu integrieren, zu verändern und angemessen darauf zu reagieren (DeGangi et al., 1991). Bei der Diagnose sensorisch bedingter Regulationsstörungen bestehen aufgrund der unklaren Definition besondere Herausforderungen, da relevante Kriterien, wie Anzahl und Intensität von Symptomen fehlen. Darüber hinaus können die Probleme der kindlichen Verhaltensregulation als herausstechende Phänomene der normalen kindlichen Entwicklung betrachtet werden, die zeitlich begrenzt auftreten (von Gontard, 2018). Aus diesem Grund wird auf eine klinische Beurteilung anhand von Anamnese und unspezifischer Beobachtung zurückgegriffen (Lean et al., 2017).

Die Klassifikation der DC: 0-3 (ZeroToThree, 1994) kennzeichnet die im Kind verorteten Störungen als *Typ B: Regulationsstörungen mit Störung der sensorischen Verarbeitung*. Internationale Forschungs- und Diagnostiktraditionen streben hinsichtlich der weniger gut abgrenzbaren Nosologie eine deskriptiv-phänomenologisch begründete Klassifikation des Störungskonzeptes an (von Gontard et al., 2020).

Aufgrund mangelnder Forschungsderivate wurde die Diagnose *Regulationsstörungen* im Klassifikationssystem DC: 0-5 (ZeroToThree, 2019) nicht weiterverwendet, sondern das Konstrukt der *sensorischen Verarbeitungsstörung* im Sinne einer sensorischen Über- oder Unterreaktivität als symptomorientiertes Äquivalent eingeführt. Dadurch wurde der Fokus erneut auf den Zusammenhang zu externen sensorischen Stimuli gerichtet. Schrei-, Ess- und Schlafstörungen werden als davon abgrenzbare Störungsgruppen beschrieben (siehe dazu auch Abschnitt 2.2).

In der Weiterentwicklung des Störungskonzeptes im Sinne einer ***systemisch-interaktionalen Perspektive*** stehen Wechselwirkungen innerhalb der Eltern-Kind-Interaktion im Mittelpunkt. Probleme von Säuglingen und Kleinkindern mit der Regulation ihrer Emotionen und ihres Verhaltens werden als extreme Varianten bei der Bewältigung von individuellen Entwicklungsaufgaben verstanden (Cierpka, 2012). Im Unterschied zu anderen alterstypischen Krisen, beeinflussen Regulationsprobleme weitere Entwicklungsbereiche erheblich, sie gehen mit einer Beeinträchtigung der Interaktion mit den primären Bezugspersonen einher und können aufgrund unterschiedlicher Belastungsfaktoren längere Zeit bestehen bleiben. Bei ungünstigen Bedingungen gelingt die gemeinsame Bewältigung der kindlichen Entwicklungsaufgaben nicht. Somit sind

sowohl die Selbstregulation der Kinder als auch der Aufbau einer abgestimmten Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt. Beide Prozesse bedingen sich wechselseitig, so dass von einem rückgekoppelten System ausgegangen wird (Kriz, 2008). Die Klassifikation DC: 0-3 (ZeroToThree, 1994) subsummiert die ganzheitlich zu betrachtenden Störungen unter den *Typ A: Regulationsstörungen ohne Störung der sensorischen Verarbeitung*.

Das systemische Konstrukt der „Frühkindlichen Regulationsstörung“ wird vor allem im deutschsprachigen Raum im Sinne eines *dimensionalen Störungsverständnisses* genutzt und bildet eine übergeordnete diagnostische Kategorie für Störungen des Schreiens, des Schlafens und des Fütterns bzw. Essens sowie des Trotzverhaltens im Säuglings- und Kleinkindalter. In der deutschen *Leitlinie zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (Schmidt & Poustka, 2007) wird eine abweichende Emotions- und Verhaltensregulation nicht als Störung im klinischen Sinne, sondern lediglich als belastende „umschriebene Symptomkonstellationen“ bzw. „Extremvarianten normaler Entwicklungsphänomene“ beschrieben, die in einer „außergewöhnliche(n) Schwierigkeit [bestehen,] Verhalten in einem, häufig in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten angemessen zu regulieren“. Daraus schließend wird eine dimensionale Klassifikation bevorzugt, die dem wissenschaftlichen Trend einer kategorialen Klassifikation gegenübersteht. Verhaltensprobleme werden nicht nach Schweregrad differenziert und nur grob von anderen Störungsbildern abgegrenzt (Schmidt & Poustka, 2007).

In der Tradition der systemisch-interaktionalen Perspektive besitzt das **Konzept der Symptomtrias der frühkindlichen Regulationsstörungen** (Papoušek et al., 2004) eine grundlegende Bedeutung sowohl für die Diagnostik als auch für die Interventionsangebote. Das Konzept geht auf das bereits dargestellte *Interaktionsmodell der frühkindlichen Regulation* zurück (siehe Abschnitt 2.1.5). Ausgangspunkte stellen sowohl die Beeinträchtigung der kindlichen Selbstregulationsfähigkeiten als auch der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson dar. Das Konzept betrachtet frühkindliche Regulationsprobleme als ein komplexes Zusammenspiel zwischen folgenden drei auslösenden und aufrechterhaltenden Einflussfaktoren (siehe Abbildung 13):

- *kindliche Verhaltensprobleme* bezogen auf die Selbstregulation und Umwelanpassung,
- *elterliches Überlastungssyndrom* als die mit den kindlichen Verhaltensproblemen assoziierten physischen Belastungen der Eltern und
- *dysfunktionale Interaktionsmuster* zwischen Eltern und Kind (Cierpka, 2012; Georg, Schröder-Pfeifer, et al., 2021; Papoušek et al., 2004).

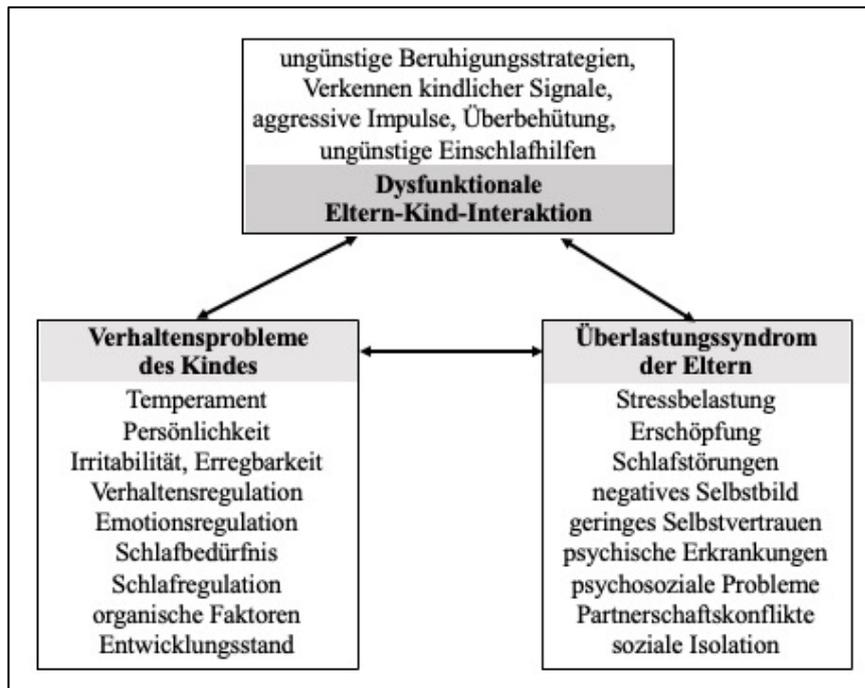


Abbildung 13. Symptomtrias der frühkindlichen Regulationsstörungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek et al. (2004)

Die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten können durch individuelle Konstitutionen (z.B. ein „schwieriges“ Temperament) oder einzelne Situationen (z.B. Krankheiten) ausgelöst werden und können zu vermehrtem Weinen, zu Problemen mit dem Ein- und Durchschlafen bzw. mit dem Füttern führen. Treten sie gemeinsam mit dysfunktionalen Interaktionsmustern der Eltern auf, kann es zur Verstärkung der Regulationsprobleme kommen. In der Folge können bei den Eltern Gefühle der Überlastung entstehen. Ein angemessenes Verhalten gegenüber dem Kind ist den Eltern nur noch schwer möglich. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion.

Auf Seiten der Kinder führt die verstärkte Stimulation der Eltern durch die übermäßig eingesetzten Strategien zur Beruhigung zu weiterem Schreien und motorischer Unruhe. Aufgrund der fehlenden Möglichkeiten, ihre Emotionen und ihr Verhalten selbst zu regulieren, kommen die bereits übermüdeten Kinder nicht zur Ruhe (Papoušek et al., 2004).

Die Regulationsstörungen der Kinder können bei den Eltern zu erheblichen Belastungen führen. Dazu zählen: körperliche Erschöpfung, emotionale Anspannung und Überforderung, Depressivität, angespannte Paarbeziehung. Besonders Mütter berichten einerseits von Gefühlen der Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit darüber, dass eingesetzte Strategien zur Beruhigung wirkungslos sind. Andererseits kann die erlebte Ablehnung durch die abwehrenden Reaktionen oder die mangelnde Rückmeldung der Kinder bei den Eltern zu Wut und Aggression dem Kind selbst gegenüber führen. Diese negativen Emotionen wirken sich ebenfalls auf das Selbstwertgefühl der

Eltern aus. Die für die Belastungskompensation erforderlichen Interaktionsmuster können nicht abgerufen werden. (Papoušek et al., 2004).

Diese negativen Wechselwirkungen können vor allem bei persistierenden Regulationsproblemen der Kinder gerade bei Müttern mit zusätzlicher psychischer Belastung, wie ängstlicher oder depressiver Persönlichkeitsstruktur oder eigenen frühen Verlusterfahrungen, zu einer schweren Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung führen (vgl. Sarimski & Papoušek, 2000; Stoleru, Nottelmann, Belmont & Ronsaville, 1997). Zwischen den kindlichen Regulationsproblemen und der Selbstunsicherheit der Mütter bestehen entwicklungs-psychopathologische Zusammenhänge (Sarimski & Papoušek, 2000). Die Vielzahl solcher Verstärkungsprozesse können die Entstehung von Kindesmisshandlungen begünstigen, insbesondere bei Eltern mit zusätzlichen sozialen und gesundheitlichen Belastungsfaktoren (Barr et al., 2009; Papoušek et al., 2004).

### 2.3.3 Frühkindliche Störung mit persistierendem exzessivem Schreien

Exzessives Schreien bei Säuglingen gilt aufgrund der erhöhten Belastung der Bezugspersonen als Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung, z.B. in Form eines sogenannten Schütteltraumas (Barr et al., 2009). In der **Definition** lässt sich persistierendes exzessives Schreien als Störung der frühkindlichen Verhaltensregulation im Kontext von Eltern-Kind-Interaktionen erklären. Dabei wirken die selbstregulatorischen Kompetenzen des Säuglings und die intuitiven elterlichen Kompetenzen (Koregulation) zusammen (von Gontard et al., 2020).

#### Entwicklungspsychologische Grundlagen des Schreiens im Säuglingsalter

Im Säuglingsalter können phasentypisches (transientes) Schreiverhalten und abweichendes (persistierendes) exzessives Schreiverhalten unterschieden werden (von Gontard et al., 2020).

Bezogen auf das *transiente Schreiverhalten* werden ein undifferenziertes Stadium (bis zum dritten Lebensmonat besitzt das Schreien der Säuglinge eine expressive Funktion) von einem internalen Stadium (nach dem dritten Lebensmonat reduziert sich die Schreimenge und das Schreien wechselt zu einer kommunikativen Funktion) abgegrenzt (ebd.).

Das *persistierende (exzessive) Schreien* bleibt auch nach dem dritten bis vierten Lebensmonat bestehen und es tritt kontextgebunden, d.h. zu unerwünschten Zeiten (z. B. in der Nacht) oder/ und in unangebrachten Situationen (z. B. als Wutanfall) auf. Bezogen auf den Wochenverlauf lässt sich die Schreidauer zwischen Ende des ersten bzw. Anfang des zweiten Lebensmonats als n-förmig beschreiben. Die Schreidauer erreicht ihren Höhepunkt zwischen der dritten bis sechsten Woche („early crying peak“; „früher Schreigipfel“). In dieser Zeit beträgt die tägliche Schreidauer durchschnittlich etwa ein bis zwei Stunden. Einfache Unruhezustände nehmen nach etwa dem zweiten Lebensmonat ab und der circadiane Schlaf-Wach-Rhythmus stellt sich ein; in diesem

Zusammenhang nimmt der ruhige Schlaf zu und alerte Wachzustände stabilisieren sich (Bensel, 2006). N-förmige Entwicklungsverläufe stellen ein universelles Verhaltensmuster im Zusammenhang mit bedeutsamen Veränderungen in der Gehirnentwicklung dar. Mit fortschreitender neuronaler Organisation werden frühkindliche Reflexe durch gezielte motorische Reaktionen und durch zielgerichtetes exploratives Verhalten abgelöst, nehmen Vokalisation, Selbstregulation zu, bilden sich kommunikative und soziale Kompetenzen heraus, stabilisieren sich effektive Lern- und Gedächtnisprozesse (Petermann et al., 2008).

Bezogen auf den Tagesverlauf lassen sich „Schreigipfel“ („evening crying peak“) am späten Nachmittag und Abend (zwischen 17 und 22 Uhr) von nächtlichen „Schreisenken“ unterscheiden. Es bestehen Zusammenhänge mit anderen physiologischen Entwicklungsprozessen, wie eine erhöhte motorische Aktivität und zunehmende Alertness in diesen Tagesphasen (Bensel, 2006).

Intraindividuelle Unterschiede der Schreidauer und -stärke besitzen eine hohe Varianz und lassen sich zurückführen auf tägliche Schwankungen (48 %), auf das Alter (38 %) und auf individuelle Unterschiede (15 %) (St. James-Roberts et al., 2001).

Interindividuelle Unterschiede sind in den ersten Monaten relativ stabil. Es besteht eine geringe Korrelation zwischen der Schreihäufigkeit in den ersten Wochen mit der im fünften Lebensmonat (St. James-Roberts et al., 2001). Lautstarkes exzessives Schreien tritt bei unruhigen Säuglingen häufiger auf als bei ruhigeren; Unruhephasen sind von Quengeln begleitet. Exzessiv schreiende Säuglinge lassen sich nur schwer oder gar nicht beruhigen; dieses Verhalten verstärkt sich in zusätzlichen Stresssituationen, z. B. ärztliche Untersuchungen (ebd.).

Die **Klassifikation** des persistierenden exzessiven Schreiens erfolgt je nach Bezugssystem:

- in der ICD-10 bestehen keine eigenständigen Störungsbilder; alternative Codierungen sind F93.9 Emotionale Störung des Kindesalters oder F43.2 Anpassungsstörung,
- in der ICD-11 besteht die Codierung: MG44.0 Exzessives Schreien beim Säugling,
- in der DSM-5 fehlt eine Codierung,
- in der DC: 0-5 besteht eine eindeutige Codierung: Exzessive Schreistörung.

Zur Abgrenzung vom normalen Schreien im Alter von sechs Wochen gilt die *Dreier-Regel* von Wessel et al. (1954): Irritabilität, Quengeln oder Schreien von mehr als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen in der Woche und seit mehr als drei Wochen. Die „*Wessel-Regel*“ spielt vorrangig in wissenschaftlichen Studien eine Rolle. In der klinischen Diagnostik und Therapie wird ein umfassenderes Erscheinungsbild genutzt, das sich auf die Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes, der Eltern und der Interaktion zwischen beiden bezieht.

**Kernsymptome** des persistierenden exzessiven Schreiens sind nach Papoušek & Hofacker (1998):

- unstillbares Schreien ohne erkennbaren Grund,
- lange Phasen unerklärlicher motorischer Unruhe, körperlicher Anspannung,
- Unzufriedenheit und Quengeln,
- Irritabilität und sensorische Übererregbarkeit mit auffallender Empfänglichkeit für visuelle Reize, aber auch mit Suche nach Stimulation.

Innerhalb der ersten sechs Lebensmonate treten Schrei- und Unruheepisoden meist in den frühen Abendstunden anfallsartig, d.h. ohne erkennbaren Auslöser auf. Exzessiv schreiende Säuglinge sind hyperreagibel. Sie sind von den Bezugspersonen, trotz liebevoller Bemühungen, schwer zu trösten bzw. das Schreien ist nur kurz durch neue und intensive Reize zu unterbrechen. Körperlich sind eine muskuläre Hypertonie (geballte Fäuste, angezogene Beine, überstreckter Rücken), ein geblähter und harter Bauch sowie Gesichtsrötung zu beobachten. Meist geht das unstillbare Schreien mit einer Übermüdung der Kinder einher und tritt zu bestimmten Zeiten, wie in den späteren Nachmittags- und Abendstunden, auf. Dies führt zu einem unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus und Schlafmangel (Papoušek & Hofacker, 1998).

### **Epidemiologie**

In den ersten drei Lebensmonaten schwankt die Prävalenzrate für exzessives Schreien zwischen 1.5 und 16.3 %. Persistierendes exzessives Schreien tritt deutlich seltener auf: 5.8 % länger als drei Monate und 2.5 % länger als sechs Monate (Skovgaard et al., 2007). Es bestehen keine Geschlechts- oder Erstgeboreneneffekte. Mütter Erstgeborener nehmen häufiger Hilfe aufgrund der Schreiprobleme in Anspruch. Schreistörungen sind nicht mit dem Alter der Mutter, der elterlichen Bildung und dem sozioökonomischen Status assoziiert (Wurmser, 2009). Zur Epidemiologie siehe auch *Anhang A-2*.

### **Komorbidität**

Exzessives Schreien geht mit anderen Regulationsstörungen einher. Im Vordergrund stehen Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, die in kurzen Tagschlafphasen (häufig bis zu 30 Minuten), Einschlafproblemen (über 30 Minuten) und einer verminderten Gesamtschlafzeit bestehen (Papoušek & Hofacker, 1995).

### **Verlauf und Folgen**

Über drei Monate anhaltendes persistierendes exzessives Schreien wird vom physiologischen transienten Schreien in den ersten Lebensmonaten abgegrenzt (Papoušek & Hofacker, 1995). Exzessives Schreien beginnt bis zur 6. Lebenswoche, erreicht die höchste Prävalenz zwischen der 6. und 8. Lebenswoche und verringert sich bis zur 12. Lebenswoche. Persistierendes exzessives Schreien bleibt auch nach dem dritten bis vierten Lebensmonat bestehen.

### **Folgen der Persistenz**

Exzessives Schreien begünstigt die Entwicklung dauerhafter Verhaltensstörungen, wenn es über die ersten drei Lebensmonate hinaus bestehen bleibt. Persistierendes exzessives Schreien ist abhängig sowohl von kindlichen Merkmalen (z.B. schwieriges Temperament) als auch von elterlichen Faktoren (z.B. psychische Erkrankungen, mangelnde Ressourcen, psychosoziale Belastung). In der Folge treten im Alter von drei Jahren dysfunktionale Interaktionsmuster sowie vermehrt Schlafstörungen und Wutanfälle auf. Kindergartenkinder mit Problemen in der Wahrnehmungsverarbeitung, mangelnder Frustrationstoleranz sowie mit extravertierten und überaktiven Verhaltensproblemen werden retrospektiv von ihren Eltern als „Schreibabys“ beschrieben (Wurmser, 2009). Im Schulalter treten vermehrt Probleme im externalisierenden Verhalten (z. B. erhöhte Aggressivität) und im internalisierenden Verhalten (z. B. Ängstlichkeit und sozialer Rückzug) auf. Studien belegen weiterhin Zusammenhänge von persistierendem exzessivem Schreien mit der Entwicklung von Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität sowie mit kognitiven Einschränkungen, wie Lernbeeinträchtigung bzw. schulische Teilleistungsstörungen. Unklar ist bisher, ob die Schreiprobleme oder zugrunde liegende neurologische Störungen ursächlich für die Probleme im Verhalten und im Lernen sind (Wolke et al., 2009). Weitere Studien bestätigen als langfristige Folgen von persistierenden exzessiven Schreiproblemen sowohl eine langfristige Belastung der Eltern-Kind-Beziehung als auch ein erhöhtes Risiko für körperliche Übergriffe durch die Bezugspersonen. Das resultierende Schütteltrauma-Syndrom („shaken baby syndrome“) gehört zu den häufigsten Todesursachen im 1. und 2. Lebensjahr (Barr et al., 2009).

### **Störungstheorien und -modelle des exzessiven Schreiens**

Die Selbstregulation der Säuglinge resultiert aus dem physiologischen Gleichgewicht zwischen aktivierenden und inhibitorischen Prozessen, das durch die permanente Anpassung an ihre Umwelt (Ernährung, Wärmeregulation, Verdauung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Verhalten, Emotionen) entsteht (Bensel, 2006). Diese selbstregulatorischen Fähigkeiten werden in den ersten Lebenswochen immer wieder herausgefordert. Dadurch kann es zu temporären Problemen in den Anpassungsprozessen in Form einer physiologischen Unreife kommen, die meist auf die ersten drei

Lebensmonate beschränkt ist (St. James-Roberts et al., 2001). Dabei fällt es den Säuglingen schwer, einen ruhigen und aufmerksamen Wachzustand zu erreichen, der sie zur Ruhe und bei Übermüdung problemlos in Schlaf kommen lässt. In der Folge kann es zu überschreitenden Reaktionen oder Entgleisungen in Form von ausgeprägtem Schreien kommen. Hält dieses exzessive Schreien über die ersten drei Monate hinaus an, ist von einer konstitutionell bedingten erhöhten Reaktivität auszugehen. Die zugrundeliegenden Regulationsprobleme können durch die Interaktion mit den Bezugspersonen moduliert werden (Wurmser, 2009).

Systemische Störungsmodelle des exzessiven Schreiens gehen davon aus, dass die Verhaltensauffälligkeiten des Säuglings mit einer **sozial-interaktionalen** Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung assoziiert sind (Cierpka, 2012). Exzessives Schreien wird nicht als isolierte Störung des Kindes betrachtet, sondern steht im Zusammenhang mit dem einhergehenden Überlastungssyndrom der Eltern sowie der gestörten Eltern-Kind-Interaktion. Exzessives Schreien ist als Folge der Wechselwirkung angeborener Kompetenzen zur Erregungsregulation, Temperamentsmerkmalen und neurologischen Auffälligkeiten des Kindes, psychosozialen Belastungen der Eltern und Besonderheiten der Interaktion zwischen Kind und Eltern zu betrachten. Die konstitutionell-, anpassungs- oder reifungsbedingten Probleme der Selbstregulation, stellen erhöhte Anforderungen an die intuitiven elterlichen Kompetenzen. Dadurch kann es zu einer elterlichen Überlastung und Erschöpfung kommen, die zu einer „negativen Gegenseitigkeit“ (Papoušek & Hofacker, 1998) zwischen Kind und Eltern führen können. In der Folge werden die bestehenden Probleme verstärkt und aufrechterhalten, und sie greifen auf weitere Kontexte des kindlichen Verhaltens, der Eltern-Kind-Interaktion sowie der psychischen Belastung der Eltern über (ebd.). Abbildung 14 stellt das Modell graphisch dar.

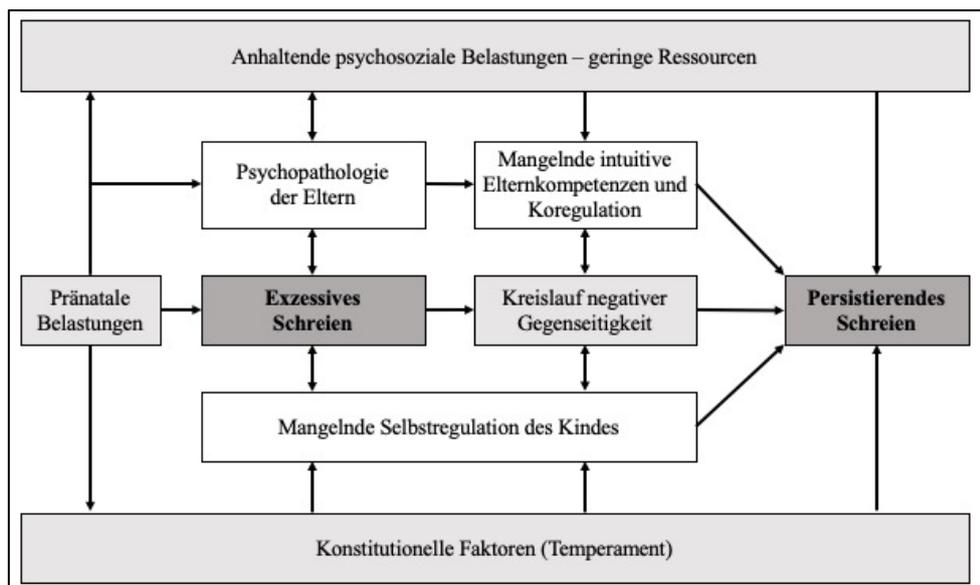


Abbildung 14. Störungsmodell zum exzessiven Schreien

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek & Hofacker (1998)

### Studienlage zum Exzessiven Schreien

Die im Folgenden überblicksartig zusammengestellten Studien belegen die Wechselwirkung von kindlicher Regulation, Eltern-Kind-Interaktion und psychosozialen Faktoren:

- Exzessives Schreien wird nach Papoušek & Hofacker (1998) als Folge eines „negativen Temperaments“ (ebd.) betrachtet; vermutet wird auch ein Zusammenhang zwischen negativen mütterlichen Emotionen und Kognitionen (ebd.).
- Die Eltern-Kind-Interaktion ist umso stärker beeinträchtigt, je länger die Regulationsprobleme andauern und je mehr Bereiche der Verhaltensregulation (Schlafen, Nahrungsaufnahme) betroffen sind (Cierpka, 2012).
- Interventionsstudien zeigen, dass therapeutische Veränderungen des elterlichen Verhaltens zu deutlichen Modifikationen im kindlichen Schreiverhalten führen (Wurmser, 2009).
- Säuglinge, die in Familien mit hohen psychosozialen Risiken (beengte Wohnverhältnisse, eingeschränkte Bewältigungskompetenzen der Eltern, unerwünschte Schwangerschaft, mangelhafte Betreuung) aufwachsen, zeigen vermehrt dysphorisches Verhalten. Das Risiko, dass Kinder zu exzessivem Schreien neigen, ist bei Bestehen mehrerer pränataler Risikofaktoren der Mütter deutlich erhöht (Barr et al., 2009).
- Schwangerschafts-/ Geburtskomplikationen und Frühgeburtlichkeit (Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) stehen im Zusammenhang mit unreifen ZNS-Funktionen, die mit emotionaler Instabilität und Problemen in der Verhaltensregulation einhergehen. Pränataler psychosozialer Stress, Ängste, Depressionen oder Partnerschaftsprobleme in der Schwangerschaft sind mit vermehrtem Schreien assoziiert (Martini et al., 2017)

#### 2.3.4 Frühkindliche Schlafstörungen

Die Probleme im Schlafverhalten der Kinder haben eine besondere Bedeutung für die Entwicklung selbstregulatorischer Fähigkeiten der Kinder in den ersten Lebensjahren. Eine allgemeingültige **Definition** von Schlafstörungen ist aufgrund der hohen intra- und interindividuellen Variabilität hinsichtlich Schlafdauer und -häufigkeit schwierig. Das Erscheinungsbild ist, je nach Alter des Kindes, unspezifisch in Bezug auf die Entstehungsbedingungen, Auswirkungen und langfristigen Folgen (Schieche et al., 2004). Im frühen Säuglingsalter ist ein wiederholtes, kurzes nächtliches Aufwachen physiologisch. Nach dem sechsten Lebensmonat stellen ausgeprägte Schlafprobleme der Kinder eine Gesundheitsbeeinträchtigung dar. Frühkindliche Schlafstörungen zählen zu den am häufigsten diagnostizierten nicht organisch bedingten bzw. funktionellen Schlafstörungen. Meist werden sie von den primären Bezugspersonen als solche wahrgenommen und definiert, wenn sich das problematische Schlafen des Kindes zunehmend als Belastung für die Eltern auswirkt und es die Qualität des Familienlebens langfristig beeinträchtigt (Wurmser, 2009).

## Entwicklungspsychologische Grundlagen

Das *2-Prozess-Modell der Schlaf-Wach-Regulation postuliert*, dass Schlaf- und Wachzustände über zwei biologische Prozesse gesteuert werden (Jenni, 2009): der zirkadiane und der homöostatische Prozess.

1. der *zirkadiane Rhythmus* steuert schlafunabhängig die meisten physiologischen Prozesse, wie Körpertemperatur, Atmung, Blutdruck, Herzaktivität, Harnausscheidung, Hormonproduktion, Aufmerksamkeit, kognitive Leistungsfähigkeit oder Genaktivität. Regelmäßig wiederkehrende Faktoren der Umwelt, wie der Wechsel von sensorischen Qualitäten (Tageslicht und Dunkelheit, Geräusche) und Aktivitäten im Alltag (Mahlzeiten, Ruhe- und Tätigkeitsphasen sowie soziale Kontakte) werden mit der „inneren oder biologischen Uhr“ abgeglichen. Es entsteht eine individuelle Synchronizität.

2. die *Schlafhomöostase* stellt einen schlafabhängigen Prozess dar, bei dem in der Phase des Wachseins die Bereitschaft und der Druck zum Schlafen zunehmen. Diese „Schlafschuld“ führt zum Einschlafen und wird während der Nacht wieder abgebaut. Je länger die Wachphase andauert und je kürzer die Zeit bis zum Einschlafen („Schlaflatenz“) ist, umso größer wird die Schlafschuld und umso tiefer und länger verläuft die Schlafphase.

Der zirkadiane und der homöostatische Prozess sind in der Regel optimal aufeinander abgestimmt („Opponent process“; Edgar et al. (1993)). Die zirkadian bedingte Müdigkeit am Morgen bzw. das Aktivitätshoch am Abend werden durch die Verringerung bzw. Erhöhung des Schlafdrucks entsprechend ausgeglichen. Das abgestimmte Wechselspiel der beiden Prozesse begünstigt die stabilen Zustände von Aufmerksamkeit am Tag und von ausgleichendem Schlaf in der Nacht. Langfristige Abweichungen können in der Folge zu Problemen beim Ein- und Durchschlafen, zu Tagesmüdigkeit oder zu Problemen in der Verhaltensregulation führen.

## Entwicklung der Schlaf-Wach-Regulation im frühen Kindesalter

In den ersten Lebensmonaten kommt es zur Abstimmung von zirkadianem und homöostatischem Prozess und zur Entwicklung des 24-Stunden-Schlaf-Wach-Rhythmus „biobehavioral shift“. (Jenni, 2009). Während das zirkadiane System bereits intrauterin aktiviert ist, beginnt der homöostatische Prozess verzögert im Verlauf der ersten Lebenswochen. Somit bauen Säuglinge in ihren Wachphasen noch keine Schlafschuld auf und gleichen diese nicht durch längere oder tiefere Schlafphasen aus, sondern wachen bereits nach kurzem Schlaf wieder auf und sind aktiv. Versuche, Säuglinge durch hinausgezögertes Wachhalten zum längeren Schlafen zu bringen, gelingen meist nicht. Im zweiten Lebensmonat beginnt die homöostatische Regulation und führt zu längeren Wachphasen am Tag und ausgeglichenen Schlafphasen in der Nacht. Mit zunehmender Schlafhomöostase schlafen Kleinkinder weniger am Tag und wachen nachts seltener auf;

Aktivitäten und Alertness nehmen in dieser Zeit deutlich zu. Die Abstimmung beider Prozesse erfolgt interindividuell.

Kinder mit *verzögerter oder gestörter Reifung des zirkadianen Rhythmus* zeigen im ersten Lebensjahr verstärkte Probleme mit dem Durchschlafen. Sie zeigen ihre Bedürfnisse nach Schlafen und Hunger zu immer wieder verschiedenen Zeiten und sind auf die Hilfe ihrer Bezugspersonen angewiesen, um ihre Schlaf- und Wachphasen zu regulieren.

Bei Kindern mit *verzögerter oder gestörter Reifung der Schlafhomöostase* sowie mit ungenügender Abstimmung der beiden Prozesse tritt vermehrt exzessives persistierendes Schreiverhalten auf. Es kommt zu wechselnden Phasen von Übermüdung, abendlichem Schreien, Schwierigkeiten aufmerksame Wachphasen aufrechtzuerhalten und zu mehrfachem nächtlichen Aufwachen. Aufgrund der mangelnden Reifung der Schlafhomöostase wird das exzessive Schreien als Zustand erhöhter Wachheit vorrangig vom zirkadianen Rhythmus gesteuert (Jenni, 2009).

Die **Klassifikation** frühkindlicher Schlafstörungen erfolgt je nach Bezugssystem unterschiedlich:

- in der **ICD-10** nach der Codierung: F51.0 Nichtorganische Schlafstörung,
- in der **ICD-11** ist folgende Codierung geplant: 7B2Z Schlaf-Wach-Störungen,
- in der **DSM-5** erfolgt die Zuordnung zur Klassifikation Insomnie,
- die **DC: 0-5** differenziert die Klassifikationen Einschlafstörung, Durchschlafstörung.

Hinsichtlich der **Kernsymptome** werden folgende diagnostische Kriterien unterschieden:

- **Einschlafstörung:** das Einschlafen dauert länger als 30 Minuten und ist nur mit Unterstützung und Einschlafhilfen durch die Eltern möglich,
- **Durchschlafstörung:** in mindestens vier Nächten pro Woche wacht das Kleinkind etwa dreimal in der Nacht auf, ohne dass es wieder selbstständig einschläft. Die Wachphasen dauern durchschnittlich länger als 20 Minuten. Insgesamt verschiebt sich der zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus (enges Kriterium: mindestens dreimaliges Aufwachen pro Nacht, in fünf Nächten pro Woche, bei dreimonatiger Dauer).

Schlafstörungen sind meist begleitet von lautstarkem Rufen, Schreien oder Quengeln nach den Eltern, dem Einschlafen im Elternbett oder dem nächtlichen Wechsel dorthin, einer reduzierten bzw. schwankenden Schlafdauer sowie einer Tagesmüdigkeit und emotionalen Überempfindlichkeit (Wurmser, 2009). Bei der Diagnostik frühkindlicher Schlafstörungen sollten die Gesamtschlafdauer, der Einsatz elterlicher Einschlafhilfen sowie die Befindlichkeit des Kindes am Tag berücksichtigt werden. Somatische Störungen sollten ausgeschlossen werden (Schieche et al., 2004).

### **Epidemiologie**

Nach Sadeh et al. (2009) treten bei etwa 20-30 % aller Säuglinge und Kleinkinder sowie bei 7-13 % der Kindergartenkinder eine klinisch bedeutsame Ein- oder Durchschlafstörung auf. Die Schlaflatenz ist bei 10-15 % der Kinder länger als 30 Minuten verzögert. Epidemiologie (Wurmser, 2009). Zur Epidemiologie siehe auch *Anhang A-2*.

### **Persistenz**

Bei 30 - 50 % der Kinder, die mit 6 Monaten eine Schlafstörung hatten, bleibt diese bis zum 18. Lebensmonat oder bis ins 3. Lebensjahr bestehen (Sarimski & Papoušek, 2000). Ohne Intervention können Störungen bis ins vierte Lebensjahr persistieren (Möhler & Resch, 2004). Bei gleichzeitig bestehenden Schreiproblemen im Säuglingsalter persistieren Schlafstörungen bis ins Vorschul- (ca. 12 %) und Schulalter; damit ist ein Risiko der Entstehung internalisierender und externalisierender Verhaltensprobleme im Vorschulalter verbunden (Lam et al., 2003).

### **Komorbidität**

Mit Schlafstörungen sind zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat dysphorische Unruhe/Spielunlust, exzessives Klammern, exzessives Trotzen, aggressiv-oppositionelles Verhalten und Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen assoziiert (Schieche et al., 2004). Zwei Drittel der Kinder mit Schlafstörungen in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, werden als sehr irritierbare Säuglinge geschildert. Bereits in den ersten drei Lebensmonaten beginnen Schlafstörungen mit exzessivem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation (in 77 % der Fälle) (Schieche et al., 2004).

### **Verlauf und Folgen**

Schlafstörungen der Kinder gehen mit sekundären Schlafproblemen der Eltern sowie dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen Kind und Eltern einher (Schieche et al., 2004). Bei den elterlichen Reaktionen sind meist wahllos eingesetzte Unterstützungshilfen, inadäquate Einschlafrituale oder unangemessene Grenzsetzungen zu beobachten (Wurmser, 2009).

Eine mütterliche Depression stellt eher eine Folge (weniger eine Ursache) frühkindlicher Schlafstörungen dar; Schlafstörungen bewirken eine erhöhte Unzufriedenheit der Eltern (Lam et al., 2003).

Kurz- und langfristig wirken sich frühkindliche Schlafstörungen auf die körperliche Gesundheit, das Sozialverhalten, das Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen und die schulischen Leistungen (vor allem auf die höheren kognitiven Funktionen, wie geistige Flexibilität und Abstraktion) der Kinder im späteren Lebensalter aus (Wurmser, 2009).

Mit zunehmender Persistenz der frühkindlichen Schlafstörung steigt die subjektive Belastung der Eltern. Durch das Aufwachen ihrer Kinder in der Nacht fühlen sich jedoch nur 50 % der Eltern gestört (Fegert et al., 1997).

Bei Müttern schlafgestörter Kinder sind emotionale Überforderung, Hilflosigkeit im Umgang mit dem Kind und Depression häufig zu beobachten. Die elterliche Belastung ist auch abhängig von zusätzlichen psychosozialen Faktoren, wie enge Wohnverhältnisse, depressive Erschöpfung und Enttäuschung über die unzureichende Unterstützung durch den Partner und die Bewältigungsressourcen der Eltern (Sarimski & Papoušek, 2000).

### **Störungstheorien und -modelle zu Schlafstörungen**

Schlafstörungen müssen hinsichtlich ihres Auftretens innerhalb der kindlichen Entwicklung differenziert werden. Im ersten Lebensjahr sind sie stark mit der Schlaf-Wach-Regulation der Kinder verbunden, wo hingegen ab dem 12. Lebensmonat Lernerfahrungen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt einen starken Einfluss besitzen.

In den ersten Lebensjahren treten mehrfach Veränderungen vor allem im kindlichen Schlafrhythmus auf (Bruni et al., 2014). Dabei haben biologische Prozesse, Umweltfaktoren und vor allem das Verhalten der Eltern gleichermaßen bedeutenden Einfluss (Sadeh et al., 2009). Folge dieser dynamischen Veränderungen können Fehlinterpretationen des Schlafverhaltens durch die Eltern sein. Andererseits wird die Entwicklung des kindlichen Schlaf-Wach-Rhythmus von der Fähigkeit der Selbstregulation des Kindes als auch vom Schlafverhalten der Eltern beeinflusst.

Sadeh et al. (2009) unterscheiden in ihrem **transaktionalen Modell der Schlaf-Wach-Regulation**

- *intrinsische Faktoren des Kindes* (Schlafbedürfnis, Selbstregulation, neurologische Reife, Temperament)
- *distale extrinsische Elternfaktoren* (Interaktionsverhalten, Betttroutinen, Beruhigungsstrategien, Grenzsetzung und Co-Sleeping)
- *proximale extrinsische Elternfaktoren* (Persönlichkeit, Psychopathologien, Mentalisierungen und Kognitionen)

Wie Abbildung 15 zeigt, besitzt die Interaktion zwischen Kind und Eltern eine wesentliche Schlüsselfunktion für das kindliche Schlafverhalten. Diese Interaktion wird als bi-direktional, dynamisch und komplex charakterisiert und wird von den intrinsischen Kindfaktoren und den Elternfaktoren gleichermaßen beeinflusst.

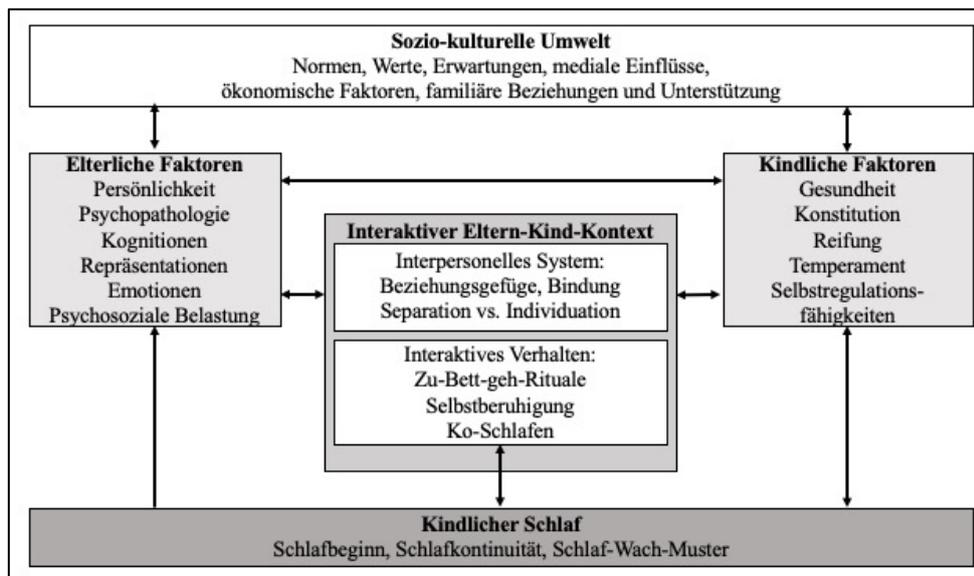


Abbildung 15. Transaktionales Modell der Schlaf-Wach-Regulation

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sadeh et al. (2009)

### Studienlage zu frühkindlichen Schlafstörungen

Unterschiedliche Studien belegen, dass die Genese und Aufrechterhaltung von Ein- und Durchschlafproblemen wesentlich durch das Alter der Kinder und das schlafbezogene Erziehungsverhalten ihrer Eltern beeinflusst werden. Im Folgenden werden relevante Studienergebnisse überblicksartig zusammengestellt.

- Das Einschlafen gelingt Kindern bis zum zweiten Lebensjahr nach mehr als 30 Minuten und ab dem zweiten Lebensjahr nach mehr als 20 Minuten (Schieche et al., 2004).
- Der Umfang von drei- oder mehrmaligem Erwachen pro Nacht bzw. die Dauer der Wachphasen nach dem nächtlichen Erwachen umfassen bis zum 24. Lebensmonat etwa 30 Minuten, bis zum 36. Monat etwa 20 Minuten, ab dem 36. Monat etwa 10 Minuten (Schieche et al., 2004).
- Etwa 40 % der Eltern mit Kindern im Alter zwischen 6 und 36 Monaten werden mindestens einmal pro Nacht in ihrem Schlaf gestört (Fegert et al., 1997).
- Schlafstörungen treten häufiger auf und persistieren öfter bei Kindern, die lange gestillt werden bzw. die im elterlichen Zimmer schlafen (Schieche et al., 2004).
- Bei 5 bis 12 Monate alten Kinder werden am häufigsten Einschlafprobleme von den Eltern als belastend erlebt (Wolke et al., 2009)
- Je jünger die Kinder sind, desto größer ist der Einfluss durch das schlafbezogene Erziehungsverhalten der Eltern (Schlarb et al., 2017)
- Kinder mit Ein- und Durchschlafproblemen erhalten von ihren Eltern mehr aktive Einschlafhilfen, wie Kontakt durch Herumtragen oder Singen sowie Trinken über das Stillen

- oder die Flasche. Demgegenüber wenden Kinder ohne Schlafprobleme selbstgesteuerte Einschlafhilfen an, wie Saugen am Schnuller oder Daumen, Schmusetier oder -tuch (Papoušek et al., 2004)
- Kinder, die von ihren Eltern zu früh beim Einschlafen unterstützt werden, fordern eher die Anwesenheit ihrer Eltern ein und nutzen weniger ihre Fähigkeit zur Selbstregulation, von sich aus einzuschlafen und nach nächtlichem Erwachen wieder einzuschlafen (Papoušek et al., 2004)
  - Der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus der Kinder wird durch das inkonsequente Umsetzen von Verhaltensregeln durch die Eltern beeinflusst (Schlarb et al., 2017)
  - Zwischen Schlafproblemen und Dimensionen des kindlichen Temperaments, wie erhöhtes Aktivitätsniveau, Ablenkbarkeit und Reaktivität sowie der Schwierigkeit sich trösten zu lassen, bestehen signifikante Zusammenhänge (Zeanah, 2018)
  - Das Ausmaß von psychosozialen Risikofaktoren und familiären Belastungen hat Auswirkungen auf Schweregrad, Dauer, Persistenz und Komorbiditäten von Schlafproblemen der Kinder (Papoušek et al., 2004).

### 2.3.5 Frühkindliche Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen

Die frühkindliche Nahrungsaufnahme ist gebunden an ein dynamisches Wechselspiel von situativem Kontext, Essverhalten und Interaktion mit den Bezugspersonen. Dabei ist es die Aufgabe der Eltern, die genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen und diese über ihr eigenes sensitives und adaptives Verhalten aufeinander abzustimmen.

In der **Definition** werden eine Fütter- bzw. Essverhaltensstörung, in Abgrenzung zu alterstypischen Essproblemen, erst dann diagnostiziert, wenn mit ihr eine kontinuierlich unzureichende Nahrungsaufnahme (Gewichtsverlust oder ausbleibende Gewichtszunahme) einhergeht und sie zu einer erheblichen familiären Belastung führt. Die Bezeichnung „Essverhaltensstörung“ wird im Säuglings- und Kleinkindalter zur begrifflichen Abgrenzung von Essstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter genutzt (Papoušek et al., 2004).

Zeitlich begrenzte Schwierigkeiten beim Füttern können als physiologische Formen der Anpassung betrachtet werden. Bei einer Fütter- bzw. Essverhaltensstörung werden jedoch Mahlzeiten von den Eltern über einen Zeitraum von mindestens einem Monat als problematisch empfunden. Die Eltern reagieren in der Füttersituation inadäquat mit Ablenkung, Druck, Zwang und entwickeln bei den Mahlzeiten eine depressive Grundstimmung (Möhler & Resch, 2004).

### Entwicklungspsychologische Grundlagen

Nach Chatoor (2012) können folgende Voraussetzungen der Entwicklung des Essverhaltens zugrunde gelegt werden:

- Bereits *intrauterin angelegte Saug- und Schluckprozesse* bereiten Säuglinge auf die orale Nahrungsaufnahme nach der Geburt vor.
- *Physiologische Voraussetzungen* dafür sind die Ausreifung des Schluckens, die Funktionsfähigkeit des Magen-Darm-Traktes und die Stabilisierung der Stoffwechselfunktionen.
- Die *Differenzierung der oralen Nahrungsaufnahme* erfolgt bis zum Ende des ersten Lebensjahres vom Stillen an der Brust der Mutter, über das Füttern mit dem Löffel, zunächst mit breiiger, dann mit stückiger, bis hin zu fester Nahrung.
- Die *Entwicklung motorischer Kompetenzen*, wie aufrechte Körperposition, unabhängige Auge-Hand-Koordination und sichere Greifmotorik, ermöglicht Säuglingen ein weitgehend selbstständiges Essverhalten.
- Mit der *Entwicklung der Selbstregulation* werden Säuglinge befähigt, über intentionale Handlungen, wie das Signalisieren von Hunger und Durst, ihre grundlegenden Bedürfnisse auszugleichen. Bis zum Ende des zweiten Lebensjahres gelingt es ihnen, ihre Nahrungsaufnahme selbst zu steuern und eine ausgewogene Ernährung zu erreichen

Die **Klassifikation** der Fütter- bzw. Essverhaltensstörung unterscheidet sich je nach Bezugssystem:

- die **ICD-10** codiert F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter und F50.8 Sonstige Essstörungen,
- die **ICD-11** plant folgende Codierung: KD32 Fütterstörungen bei Neugeborenen, KD32.0 Langsames Füttern bei Neugeborenen, MG43.30 Fütterstörung beim Säugling, MG43.31 Fütterstörung beim Kind,
- die **DSM-5** klassifiziert eine Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme,
- die **DC: 0-5** unterscheidet Essstörung mit Überessen, Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme sowie atypische Essstörungen.

**Kernsymptome** der Fütter- bzw. Essverhaltensstörung sind nach Chatoor (2012): anhaltende Essunlust oder Verweigerung der Nahrung ab dem 3. Lebensmonat, schwer erkennbare Hunger- oder Sättigungssignale, wählerisches altersunangemessenes Essverhalten. Eventuell treten Rumination/ Regurgitation, Kau-, Saug- oder Schluckprobleme, orofaziale Überempfindlichkeit auf; organische Ursachen können ausgeschlossen werden (ebd.).

Chatoor (2012) unterscheidet folgende Gruppen von Fütterstörungen: homöostatische Fütterstörungen, Fütterstörungen mit Problemen der Bindung und „infantile Anorexien“. Fütterstörungen können mit oder ohne Gedeihstörung auftreten. Bei normalem Geburtsgewicht (über der dritten Perzentile) kommt es zu einem körperlichen Abbau durch Stagnation oder Verlust des Gewichtes über zwei Hauptperzentilen hinweg oder unter die dritten Perzentile über einen Zeitraum von zwei Monaten (bei Säuglingen < sechs Monate) bzw. drei Monaten (bei Säuglingen > sechs Monate). Bei einem Geburtsgewicht unter der dritten Perzentile sind jeder Gewichtsverlust und jede Gewichtsstagnation, über einen Monat hinaus, als Gedeihstörung zu werten. Von organisch bedingten Gedeihstörungen (z.B. Zerebralparese, angeborener Herzfehler usw.) werden nicht-organische Gedeihstörungen abgegrenzt, die meist auf eine inadäquate Mutter-Kind-Interaktion zurückgehen (Möhler & Resch, 2004).

Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen gehen mit dysfunktionalen Interaktionsmustern einher. Aus Angst vor einer unzureichenden Ernährung setzen Eltern ihre Kinder beim Füttern unter Druck. Dadurch verstärken sie den Widerstand des Kindes gegen das Füttern. Wichtige Kennzeichen sind, dass die einzelnen Fütterepisoden mehr als 45 Minuten dauern und/oder die Abstände zwischen den Mahlzeiten weniger als 2 Stunden betragen (Möhler & Resch, 2004).

### **Epidemiologie**

Je nach wissenschaftlicher Methode und klinischer Definition treten Störungen des Fütter- bzw. Essverhaltens bei etwa 25 % aller Säuglinge und Kleinkinder sowie bei 35 % der Kinder mit Entwicklungsstörung auf. Gedeihstörungen liegen bei 3–4 % vor (Wurmser, 2009). Zur Epidemiologie siehe auch *Anhang A-2*.

### **Persistenz**

3-4 % aller Säuglinge und Kleinkinder bzw. 10 % der Kinder mit Entwicklungsstörungen zeigen schwere persistierende Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen. 48 % der 6 Monate alten Kinder mit Fütterstörungen zeigen im Alter von 2–4 Jahren ebenfalls ein irreguläres Essen; 14 % der ursprünglich unauffälligen Kinder zeigen ausgeprägte Fütterprobleme. Eine persistierende Essverhaltensstörung ist von der mütterlichen Sensibilität ihrer Interaktion abhängig; ausgeübter Druck beim Füttern kann oppositionelles Verhalten verstärken (Sarimski & Papoušek, 2000).

### **Komorbidity**

Schwere Interaktionsstörungen treten bei Kindern mit Fütterstörungen und Bindungsproblemen auf. Schwieriges Temperament des Kindes steht im Zusammenhang mit mangelnder Feinfühligkeit der Mutter (Sarimski & Papoušek, 2000).

## Verlauf und Folgen

Persistierende Fütterstörungen können das kindliche Gedeihen ungünstig beeinflussen, zu körperlichen, sozialen und Verhaltensauffälligkeiten sowie zur Belastung der Mutter-Kind-Interaktion führen (Wolke et al., 2009).

## Störungstheorien/ -modelle zu frühkindlichen Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen

Fütter- oder Essverhaltensstörungen können als Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen kindlichen, elterlichen und interaktionellen Faktoren betrachtet werden (Möhler & Resch, 2004). Das in Abbildung 16 dargestellte Modell stellt diese Wechselwirkungen als sich gegenseitig ungünstig beeinflussenden „Teufelskreis“ (Papoušek et al., 2004) dar.

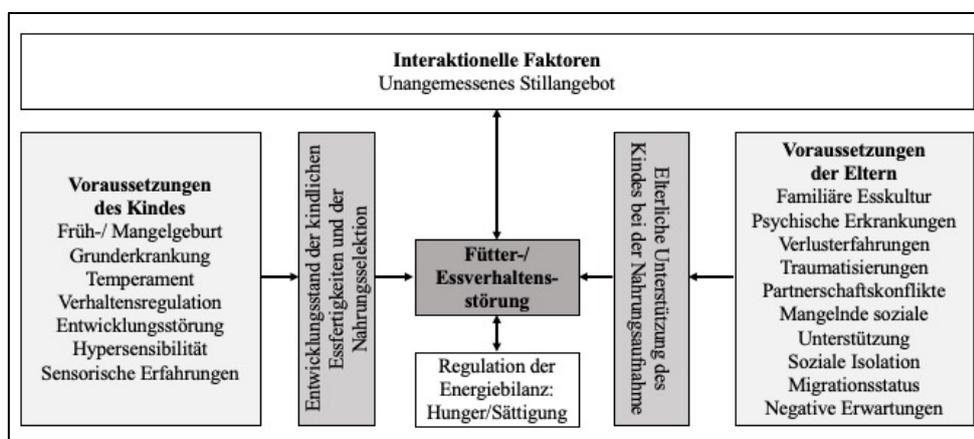


Abbildung 16. „Teufelskreis“ frühkindlicher Fütter- und Essverhaltensstörungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Papoušek et al. (2004)

*Dysfunktionale Interaktionen* resultieren daraus, dass die fehlende Bereitschaft des Kindes zu essen und der damit im Verhalten geäußerten Nahrungsverweigerung auf Seiten der Eltern zu Gefühlen der Angst und Schuld führt. Aus den damit verbundenen Kognitionen der Eltern, dass das Kind essen müsse, damit es nicht verhungere, resultiert ein verstärktes Angebot an Nahrung und eine fordernde Haltung, das Kind zum Essen anzuhalten bzw. zu zwingen.

## Studienlage zu frühkindlichen Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen

Es werden unterschiedliche Einflussfaktoren für frühe Störungen des Fütterns bzw. Essverhaltens genannt, die im Folgenden überblicksartig zusammengestellt sind:

- *Frühgeburtlichkeit*, vor allem wenn damit körperliche oder neurologische Störungen verbunden sind, die intensivmedizinische Eingriffe im nasogastrischen Bereich (z. B. Sondierung, Absaugen) erfordern (Samara et al., 2010).
- *Kinder mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen* im Zusammenhang mit zusätzlichen Gedeihstörungen und Erkrankungen (Chatoor, 2012)

- *gastroösophageale Refluxerkrankung* (Hofacker, 2009)
- *Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten* (Hofacker, 2009)
- *strukturelle und neurologische Störungen*: Fehlbildungen des Nasen-/Rachenraumes (wie z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, das Pierre-Robin-Syndrom und Makroglossie) oder der Luft- und Speiseröhre (Zysten, Fisteln und Stenosen), mund- und rachenmotorische und sensorische Störungen, oralmotorische oder sensorische Störungen, Saugstörungen (Hofacker, 2009)
- *elterliche psychische Störungen* (depressive oder Angststörungen, Essstörungen); Studien zeigen Zusammenhänge zwischen mütterlichen Essstörungen und Problemen beim Füttern und im Essenverhalten der Kinder auf (Micali et al., 2011).
- *Interaktionelle Faktoren*, wie übermäßig langes Stillen bzw. die alleinige Ernährung mit Milch, elterliche Akzeptanz von kindlichen Autonomiebedürfnissen und das damit verbundene konsistente bzw. konsequente Fütterverhalten der Eltern (Hofacker et al., 2004).

In der Darstellung von Müttern erscheinen Kinder mit Essproblemen als unausgeglichen und leicht irritierbar. Den Müttern fällt es beim Füttern und Spielen oft schwer, sensitiv auf Signale und Bedürfnisse der Kinder zu reagieren. Sie sind emotional distanzierter und freuen sich weniger über ihre Elternrolle. Mütter steuern das Verhalten der Kinder direkter. Dies kann eine erhebliche Störung der Identität mit der mütterlichen Rolle zur Folge haben. Das intrusive Füttern durch die Mütter sowie das ablehnende und verweigernde Verhalten der Kinder kann zu Störungen der Mutter-Kind-Interaktion und zu einer Belastung dieser Beziehung führen (Möhler & Resch, 2004).

### **2.3.6 Störungen der Verhaltensregulation im Kleinkindalter**

Verzögerte und gestörte sozial-emotionale Kompetenzen besitzen erhebliche Auswirkungen auf das gesamte Familienleben. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, sozial-emotionale Probleme im Kleinkindalter frühzeitig zu erkennen und den Familien entsprechende Beratung und Intervention anzubieten (Alakortes et al., 2015).

#### **Klassifikation**

Als entwicklungslogische Fortsetzung des Konzeptes der frühkindlichen Regulationsstörungen werden ab dem zweiten Lebensjahr internalisierende und externalisierende Verhaltensstörungen unterschieden. In Anlehnung an von Gontard (2018) und von Gontard et al. (2020) werden im Folgenden die Störungsbilder hinsichtlich des Verhaltens der Kinder und der Eltern beschrieben.

### ***Internalisierende Verhaltensstörungen***

*Exzessives Klammern.* Die Kinder zeigen häufiges Verlangen nach Körperkontakt, heftiges Anklammern an die Bezugsperson (Verlangen nach der Brust) sowie ängstliches, aber forderndes Schreien. Das Verhalten dient der Regulation der Langeweile und Spielunlust sowie dem Verlangen nach Aufmerksamkeit. Die Eltern reagieren meist unsicher-ambivalent, zeigen eine hohe, aber dysfunktionale Responsivität, verbunden mit Doppelbotschaften (Zärtlichkeit und Anspannung; Ärger, fürsorgliche Zuwendung und Zurückweisung). Es fällt den Eltern schwer, die Selbstregulationskompetenzen der Kinder zu unterstützen. Insgesamt entsteht eine hohe Belastung auf Seiten der Eltern.

*Exzessive Ängstlichkeit und soziale Gehemmtheit.* Charakteristisch ist eine extrem lange und altersunangemessene Hemmung der Explorations- und Spielbereitschaft sowie Kontaktbereitschaft des Kindes in fremder Umgebung und/oder mit fremden Personen. Das Kind kann zu weinen beginnen, wobei auch eine generelle Ängstlichkeit bestehen kann. Das Kind sucht (z.B. in fremder Umgebung) Schutz und Versteck bei Bezugspersonen. Deutlich wird seitens der Eltern eine Ambivalenz zwischen dem Angebot körperlicher Nähe und erfolglosen Beruhigungsversuchen.

*Trennungsangst.* Im Vordergrund stehen alterstypische Verhaltensmuster in der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres (wie vermehrter Blickkontakt mit der Bezugsperson, Weinen, wenn diese aus dem Sichtfeld verschwindet). Bei besonders ängstlichen Kindern bzw. überfürsorglichen Eltern persistiert dieses Verhalten bis ins 2. oder 3. Lebensjahr. Bei den Eltern besteht eine Ambivalenz zwischen Verunsicherung und Schuldgefühlen sowie dem Meiden der Trennungssituationen. Dies führt zu Frustration, Resignation, und erheblichen Konflikten.

*Objekt- und situationsgebundene Ängste.* Zweijährige zeigen Angst vor konkreten Objekten (z.B. Tieren), mit ca. 3 Jahren Ängste vor imaginären Gefahren (Fantasiegestalten und Dunkelheit). Dieses Verhalten besitzt Störungswert, wenn die Ängste mit deutlichen sozialen Einschränkungen einhergehen (starkes Vermeidungsverhalten, unkontrollierbare Furchtreaktionen).

### ***Externalisierende Verhaltensstörungen***

*Exzessives Trotzverhalten.* Charakteristisch sind kontextunangemessene, extrem intensive, lang andauernde und häufige Wutanfälle in frustrationsauslösenden Situationen. Beobachtbar sind wütendes Schreien, Sich-auf-den-Boden-Werfen, durch autoaggressive (z.B. sich schlagen) und aggressive (z.B. Sachen herumwerfen, Bezugspersonen schlagen) Reaktionen. In Wutsituationen ist elterliches Verhalten meist dysfunktional. Reaktionen sind Unsicherheit, unklare Grenzen und Regeln, mangelnde Konsequenzen und Nachgiebigkeit dem Kind gegenüber. Durch Nachgeben,

Zuwendung, Argumentieren, Trösten etc. kann die Erregung des Kindes weiter eskalieren. Andererseits kann das Trotzen zu Eskalation von Ärger und Einsetzen von Drohungen oder Strafen führen.

*Aggressiv-oppositionelles Verhalten.* Die Kinder zeigen Verhalten wie Verweigerung, Ignorieren, Trotzanfälle; Versuch, provokativ Aufmerksamkeit zu gewinnen, Grenzen auszutesten oder Bezugspersonen zu ärgern. Das elterliche Verhalten ist durch Inkonsequenz (Gewährenlassen vs. überschießende Kontrolle) geprägt.

*Aggressives Verhalten.* Das kindliche Verhalten kann gemeinsam mit provokativem Verhalten und Trotzanfällen einhergehen, meist in Beziehungen mit Geschwistern oder Gleichaltrigen und Eltern. Es zeigen sich unterschiedliche Formen körperlicher und verbaler Aggressionen. Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) treten häufig gemeinsam mit aggressiven und oppositionellen Verhaltensproblemen auf. Restriktive Erziehungsmaßnahmen der Eltern verstärken das aggressive Verhalten der Kinder und generalisieren es auf andere soziale Kontexte.

Als weitere praxisrelevante externalisierende Störungskategorie beschreibt das DC: 0-5 (ZeroToThree, 2019) die ***Verhaltensdysregulation im Sinne einer dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS)***. Im Vordergrund steht dabei die mangelnde Fähigkeit, Wut, Ärger und negative Emotionen adäquat zu regulieren, nicht das verweigernde und grenzüberschreitende Verhalten. Das DC: 0-5 unterscheidet vier Symptomcluster: Dysregulation von Ärger und Wut, Nichtbefolgen von Regeln sowie reaktive bzw. proaktive Aggression. Für die Diagnose müssen mindestens drei Symptome in einem der vier Cluster, in mehr als einem Kontext, für eine Dauer von drei Monaten und ab dem Alter von 24 Monaten vorliegen (ebd.).

### **Epidemiologie**

Die Prävalenzraten der von Eltern berichteten emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten liegen bei 2- bis 3-jährigen Kindern etwa zwischen 5 % und 24 %. Sie treten bei ca. 12 % der 2- und 3-jährigen Kinder und bei 16-19 % der Vorschulkinder auf. Bei 2- bis 3-Jährigen kommen bei Jungen allgemeine psychische Gesundheitsprobleme und/oder Externalisierungsprobleme häufiger vor als bei Mädchen, während Internalisierungs- und/oder Dysregulationsprobleme bei Mädchen häufiger auftreten als bei Jungen. Verhaltensstörungen treten gegenüber emotionalen Störungen insgesamt häufiger auf: oppositionelle Störungen (4-17 %) und ADHS (2-6 %) vs. generalisierte Ängstlichkeit (0,5-6,5 %), Trennungsangst (0-5 %) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Zur Epidemiologie vergleiche auch *Anhang A-2* und die Informationen zur Studienlage.

**Persistenz**

Ängstliches Rückzugsverhalten gegenüber Objekten und Personen, erhöhte Reagibilität, reduzierte Explorationslust und soziale Ängstlichkeit bleiben vom Kleinkindalter an bis in die Vorschulzeit bestehen. Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten persistieren bis zum Schulalter: 60 % der Kinder, die im Alter von 2 bis 3 Jahren verhaltensauffällig waren, sind dies auch im späteren Kindesalter (von 2 bis 4 und bis 8 Jahre). Verhaltensstörungen sind stabiler als emotionale Auffälligkeiten, Jungen besitzen ungünstigere Prognosen (von Gontard et al., 2020).

**Komorbidität**

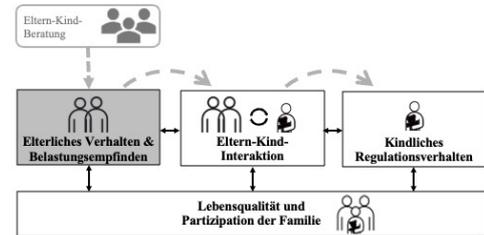
Exzessives Klammern, Trotzen und aggressiv-oppositionelles Verhalten sind oft mit Schlafstörungen, Fütterstörungen und dysphorischer Unruhe assoziiert. Emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten besitzen eine hohe Komorbidität mit Störungen der Sprachentwicklung (von Gontard et al., 2020).

**Studienlage zu Störungen der Verhaltensregulation im Kleinkindalter**

Längsschnittstudien belegen, dass frühe Probleme im sozial-emotionalen Verhalten über die Zeit stabil sind (Baillargeon et al., 2012). In einer Stichprobe von 1- bis 3-jährigen Kindern ( $n = 1082$ ) aus den USA bestanden bei etwa der Hälfte der Kinder, deren Eltern über hohe sozial-emotionale Probleme berichteten, ein Jahr später diese Probleme weiterhin (Briggs-Gowan et al., 2004). In einer niederländischen Studie ( $n = 332$ ) fanden Mesman & Koot (2001) heraus, dass von Eltern berichtete Internalisierungs- und Externalisierungsprobleme bei 2- bis 3-jährigen Kindern prädiktiv für die entsprechenden DSM-IV-Diagnosen nach 8 Jahren waren, sogar unabhängig vom Einfluss früher von den Eltern berichteter negativer Erziehungsmerkmale (z.B. negative mütterliche Einstellung) und allgemeiner familiärer Risikofaktoren (z.B. Familienpsychopathologie und niedriger sozioökonomischer Status). Winsper & Wolke (2014) fanden in ihrer Studie ebenfalls, dass die Verläufe des dysregulierten Verhaltens in der Kindheit über die Zeit stabil waren. Die einzelnen Regulationsprobleme (Schreien, Schlaf- und Fütterprobleme) sagen signifikant dysreguliertes Verhalten im Laufe der Kindheit vorher. Dieser Zusammenhang verstärkt sich mit dem Auftreten mehrerer Regulationsprobleme (ebd.). In der Studie von Babineau et al. (2023) konnten zwei Entwicklungsverläufe der Dysregulation bei Kindern im Alter zwischen drei Monaten und fünf Jahren gefunden werden: 94 % der Kinder zeigen eine stabile niedrige Dysregulation, währenddessen 6 % der Kinder eine stabil zunehmend hohe Dysregulation besitzen. Kinder mit geringer Dysregulation verfügen über bessere Regulationsfähigkeiten als Kinder mit hoher Dysregulation. Eine starke Dysregulation war mit einer pränatalen Depression der Mutter assoziiert.

## 2.4 Elternbezogene psychische Störungen und Erkrankungen

*Zur Orientierung: dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Elternebene des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.*



Im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes – sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt – kommt es nicht selten dazu, dass Mütter unter psychischen Beeinträchtigungen leiden. Nach einem kurzen Überblick werden in diesem Abschnitt einzelne relevante Störungsbilder näher dargestellt und anschließend deren Auswirkungen auf verschiedene Bereiche der Mutter-Kind-Beziehung erläutert.

Psychische Störungen der Eltern, insbesondere der Mutter können die kindliche Entwicklung und eine sichere Eltern-Kind-Beziehung nachteilig beeinflussen. Dabei werden verschiedene Mechanismen diskutiert. Abbildung 17 zeigt mögliche Mechanismen, die dem Zusammenhang zwischen psychiatrischen Störungen der Eltern und den Ergebnissen des Kindes zugrunde liegen (Stein et al., 2014).

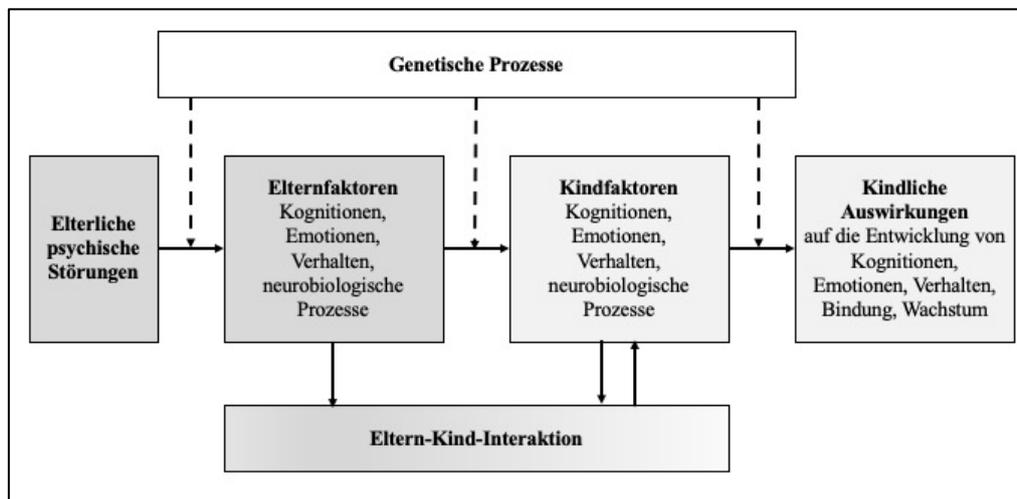


Abbildung 17. Modell zu Wirkungszusammenhängen elternbezogener psychischer Störungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stein et al. (2014).

Frühe Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion stellen eine Folge der psychischen Erkrankung der Mutter dar, sind selbst Auslöser der mütterlichen Erkrankung und bilden eine eigene Untergruppe der postpartalen Störungen (Klier & Muzik, 2004). Es wird weiterhin von einer Kombination der konstitutionellen Vulnerabilität mit spezifischen Umweltfaktoren ausgegangen. Einen wichtigen Stellenwert besitzen dabei vor allem Lernerfahrungen in der Eltern-Kind-Interaktion, wie z.B.

*social referencing*, die sich innerhalb der ersten für die frühkindliche Hirnreifung sensiblen Phase auswirken (Hohm et al., 2017). Neben genetischen und epigenetischen Ursachen gewinnen auch interaktionale Erklärungsansätze zunehmend an Bedeutung. Danach stehen die Auswirkungen postpartaler Störungen auf Entwicklung und Verhalten der Kinder in direktem Wirkungszusammenhang mit der Herausbildung dysfunktionaler Muster in der Mutter-Kind-Interaktion (Field, 2010). Mütterliche Depressions-/Angstsymptome sind mit übermäßigem Weinen und Schlafproblemen im Säuglingsalter assoziiert (Lux et al., 2022).

Aufgrund dieser Komplexität sollte bei der Erfassung frühkindlicher Regulationsstörungen auch der psychiatrische Status der Eltern, insbesondere der Mütter berücksichtigt werden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2007).

### **Prävalenzraten psychischer Störungen**

In der Perinatal- bzw. Postpartalzeit lassen sich nach Brockington (2004), Reck et al. (2008) und Dorsch & Rohde (2016) bei den Müttern unterschiedliche Prävalenzraten für psychische Störungen zusammenfassen:

- ein *postpartales Stimmungstief* (sog. „*Baby Blues*“) besteht bei 50 bis 70 % der Mütter in den ersten 3 bis 5 Tagen und 25 bis 40 % der Mütter innerhalb der ersten Wochen,
- eine *Depression* tritt perinatal bei 13 bis 25 % der Frauen sowie postpartal bei 10 bis 20 % in den ersten Monaten bzw. bei 6 % bis 12 % innerhalb des ersten Jahres auf; die Rückfallrate liegt bei 25 bis 45 %,
- eine *postpartale Angststörung* zeigt sich bei 3.7 bis 20 % der Frauen
- eine *Zwangssymptomatik* tritt bei 2.4 bis 3.9 % auf
- eine *postpartale Psychose* besteht bei 0.1 bis 0.2 % der Mütter in den ersten Monaten, *schizophrene Symptome* bei 1.9 %; die Inzidenz liegt bei 0.3 %
- eine *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* bei 1.3 bis 2 % sowie
- *Persönlichkeitsstörungen*, häufig vom Typ Borderline-Störungen perinatal bei 0.7 bis 1.7 %.

Relevante Störungsbilder werden nach Field (2010) und Stein et al. (2014) im Folgenden zusammenfassend beschrieben.

- a) Beim **postpartalen Stimmungstief** handelt es sich um eine kurze Phase depressiv-labiler Verstimmung innerhalb der ersten Wochen (zwischen dem dritten und fünften Tag nach der Entbindung); eine Spontanremission erfolgt innerhalb weniger Stunden oder Tage. Merkmale sind eine deutliche Stimmungslabilität, häufiges Weinen, allgemeine Irritierbarkeit, Ängstlichkeit, übermäßige Sorgen um die eigene Gesundheit oder die des Kindes, Konzentrationsstörungen, Schlaf- und Appetitstörungen. Gegebenenfalls sind niedrigschwellige, präventive Unterstützungsangebote erforderlich.

- b) Eine **postpartale Depression** entwickelt sich meist in den ersten Wochen bei einer Verstärkung der depressiven Verstimmung und zusätzlich auftretenden inneren Unruhe, Appetit-, Gewichts-, und Schlafprobleme und kann Wochen bis Monate anhalten. Charakteristisch sind ein verzögertes Handeln, Antriebslosigkeit, geringe positive Äußerungen, Erleben von Überforderung und Schuldgefühle. Viele Frauen erkranken in dieser Lebensphase erstmalig. Postpartale Depressionen sind mit Beeinträchtigungen der mütterlichen Feinfühligkeit und Störungen der Mutter-Kind-Interaktion assoziiert. Je nach Schweregrad ist eine zeitnahe pharmakologische und/oder psychotherapeutische Intervention angezeigt.
- c) **Postpartale Angst-/ Zwangsstörungen** sind gekennzeichnet durch übersteigerte Ängste und Panikattacken sowie destruktive Gedanken, das Baby betreffend. Symptome sind Übererregung, Nervosität, Anspannung, übersteigerte Achtsamkeit und stark ritualisiertes Handling. Im Vordergrund der Hilfen sollte eine psychotherapeutische Intervention stehen, um anhaltenden Interaktionsstörungen vorzubeugen.
- d) Eine **postpartale Psychose** zeigt sich als Psychose mit depressivem, manischem, schizoaffektivem oder schizophrenem Bild. Diese tritt postpartal in den ersten Wochen und Monaten auf und hält trotz Therapie oft über einen längeren Zeitraum an. Auffällig sind wirres Reden und Handeln, Misstrauen und wenig Interesse an den kindlichen Bedürfnissen. Eine Therapie ist dringend erforderlich, um die Gesundheit von Mutter und Kind nicht zu gefährden.
- e) Eine **posttraumatische Belastungsstörung** kann bei Müttern durch traumatische Geburten ausgelöst werden und bedingt ebenfalls Interaktionsprobleme zwischen Mutter und Baby. Charakteristisch sind sehr plötzliche Verhaltensänderungen, Schreckhaftigkeit, Übererregung, und vermeintliche Sprunghaftigkeit. Eine traumaspezifische Psychotherapie ist angezeigt.
- f) Trotz sinkender Prävalenzen von **Abhängigkeitserkrankungen**, können diese affektive Symptome (Depressivität und Angst) in der Postpartalzeit entwickeln oder verstärken.
- g) Aufgrund eines möglichen **Suizidrisikos** zählen psychische Störungen zu den häufigsten Ursachen der Mortalität von Müttern in der Postpartalzeit. Zu den Suizidcharakteristika von Müttern in der Postpartalzeit zählen sowohl harte Suizidmethoden (Erhängen oder Sprung aus der Höhe), als auch eine gute Bildung und soziale Situation. Psychische Erkrankungen von Müttern stellen mit etwa 5 % die häufigste Ursache für einen erweiterten Suizid (Infantizid) im ersten Lebensjahr von Kindern dar. Etwa 40 % der an einer Depression erkrankten Mütter benennen Gedanken, ihrem Kind etwas anzutun (Hornstein et al., 2006).

Nach der ICD-10 sollten psychische Erkrankungen in der Postpartalzeit nach den Kriterien der bestehenden psychischen Störung klassifiziert und durch eine zusätzliche Kodierung gekennzeichnet werden. Beispiele für mögliche Klassifikationen sind:

- *F53: Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett* (postpartale Depression, Postpartumdepression, Puerperalpsychose) oder
- *O99: Andere Erkrankungen der Mutter* (die Schwangerschaft, Wehen, Entbindung und Wochenbett komplizieren)

In ihren Symptomen und Krankheitsverläufen unterscheiden sich postpartale psychische Erkrankungen nicht von denen, die zu anderen Lebenszeitpunkten auftreten können. Bedeutsam sind jedoch ihre Auswirkungen auf die emotionale Beziehung und Bindung zwischen Mutter und Kind und somit auf den Entwicklungsverlauf der Kinder (Hornstein et al., 2006).

Auch wenn es Müttern mit postpartalen psychischen Erkrankungen meist gelingt, ihre Säuglinge ausreichend zu versorgen, ihre Grundbedürfnisse zu erkennen und diese adäquat zu beantworten, sind sie dennoch in ihren intuitiven Kompetenzen eingeschränkt. Sie besitzen Schwierigkeiten, ihre Kinder bei der Integration von Sinneserfahrungen zu unterstützen, die Aufmerksamkeit und affektive Erregung zu regulieren und die kommunikativen Fähigkeiten zu fördern. Dadurch ist der Aufbau einer adäquaten Mutter-Kind-Beziehung gefährdet (Papoušek et al., 2004).

Bei postpartal erkrankten Müttern erfolgt die Interpretation der kindlichen Signale meist als inadäquate Fehlinterpretationen, wie »Mein Kind schaut mich nicht an. Ich bin langweilig für mein Kind.«, »Mein Baby tritt mich in den Bauch. Es will mich ärgern.«. Diese haben entsprechende inadäquate Verhaltensreaktionen der Mutter zur Folge. So kann ein Teufelskreis von Fehlpassungen zwischen Mutter und Kind aktiviert werden, der die Mutter-Kind-Beziehung auf drei relevanten Ebenen belasten kann: a) auf der *Interaktions- bzw. Verhaltensebene*, b) auf der *emotionalen bzw. Bindungsebene* sowie c) auf der *Ebene des Erlebens von Selbstwirksamkeit* (Hornstein et al., 2006).

Die Auswirkungen auf diesen Ebenen sollen im Folgenden genauer dargestellt werden.

### ***Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion (Interaktions-/ Verhaltensebene)***

***Depressiv erkrankte Mütter*** zeigen sich in der Interaktion mit ihren Säuglingen häufig als passiv, mangelnd responsiv oder intrusiv, sie sind weniger emotional beteiligt oder zeigen wenig Interesse an der Interaktion mit dem Kind und äußern mehr negative Gefühle und Feindseligkeit. Reaktionen über die ausbleibende mütterliche Responsivität konnten Tronick et al. (1998) mit ihrem bereits geschilderten Still-Face-Paradigma zeigen. Auf Seiten der Säuglinge sind vermehrt negative Affekte, ein niedriges Aktivitätsniveau und ein vermeidender Blickkontakt zu beobachten. Das Abwenden des Kopfes oder das Vermeiden von Blickkontakt kann als Versuch des Kindes

interpretiert werden, sich vor der fehlenden Responsivität der Mutter zu schützen (Reck et al., 2022). Eine postpartale Depression stellt einen Risikofaktor für Defizite in der emotionalen und kognitiven Entwicklung des Kindes dar. Dabei besitzen der Interaktionsstil und die Sensitivität der Mutter einen signifikant ungünstigen Einfluss auf die kindliche Entwicklung, und nicht die depressiven Symptome (Parsons et al., 2012). Abbildung 18 veranschaulicht die Zusammenhänge kindlichen und mütterlichen Verhaltens bei einer depressiven Erkrankung der Mütter.

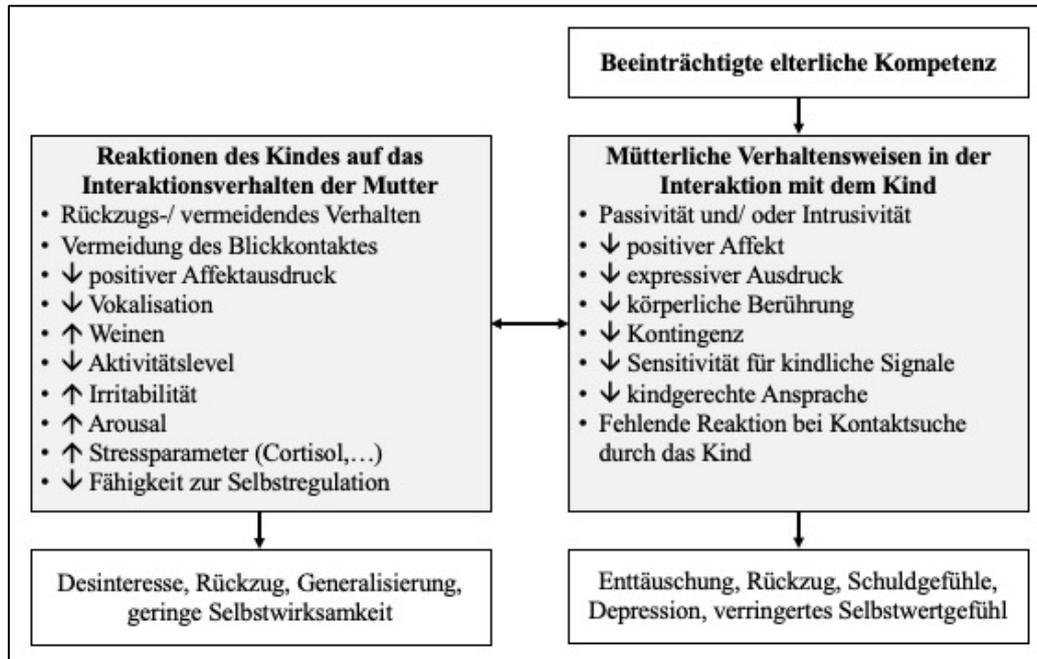


Abbildung 18. Typische Interaktionen in depressiven Mutter-Säuglings-Dyaden

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reck et al. (2022)

In der Studie von Whaley et al. (1999) zeigten Mütter mit einer *postpartalen Angststörung* eine eher kühle und negative Interaktion mit ihren Kindern sowie ein katastrophisierendes Verhalten und förderten weniger deren Autonomie. Die Kinder zwischen 7 und 14 Jahren entwickelten ebenfalls eine Angststörung. Mütter mit einer Angststörung verhielten sich bei einem für die Kinder unlösbaren Problem weniger engagiert und zogen sich sogar zurück. Mögliche Ursache könnte der von den Müttern in dieser Situation selbsterlebte Stress darstellen. Die betroffenen Kinder könnten selber eine Angststörung entwickeln, da sie weniger effektive Copingstrategien im Umgang mit Stresssituationen erworben haben (Woodruff-Borden et al., 2002). In anderen Studien zeigten Mütter mit postpartaler Angststörung in der Interaktion mit ihren Säuglingen ein höheres Ausmaß an intrusivem mütterlichen Interaktionsverhalten (Nicol-Harper et al., 2007), vermehrt positive Affekte (Kaitz et al., 2010) und eine hohe Ausprägung sowohl positiver als auch intrusiver Verhaltensweisen (Reck et al., 2012).

**Psychotische Mütter** sind unabhängig von der Symptomatik in der Interaktion mit ihren Säuglingen kaum reaktiv und aufmerksam, stimulieren ihre Kinder wenig, sind selten in synchrone und reziproke Interaktionssequenzen involviert und zeigen selten einen positiven Affekt. Die Interaktionsstörung ist umso ausgeprägter, je höher der Schweregrad der mütterlichen Psychose ist (Snellen et al., 1999).

Die Interaktion depressiver und psychotischer Mütter ist durch mangelnde Sensitivität und emotionale Unerreichbarkeit gekennzeichnet. Im Vergleich depressiver und psychotischer Mutter-Kind-Dyaden zeigten jedoch die Kinder signifikant unterschiedliches Interaktionsverhalten: Kinder psychotischer Mütter wendeten vermehrt den Blick von ihrer Mutter ab. Das mütterliche Verhalten scheint weniger durch die Psychopathologie ihrer Störung als durch unspezifische interaktive Defizite geprägt zu sein (Hornstein et al., 2006).

Die Störungen der Mutter-Kind-Interaktion können als Form **transgenerationaler Transmission** für Defizite der späteren kindlichen Entwicklung betrachtet werden (Laucht et al., 2002). Die reduzierte Kontingenz oder Responsivität der Mutter in der Interaktion mit ihrem Säugling kann aufgrund depressiver Störung generationsübergreifend weitergegeben werden. Einerseits kann bei einer Depression das apathische, wenig responsive Verhalten der Mutter zu Desinteresse und ausbleibenden Reaktionen des Kindes führen. Andererseits kann das überstimulierende, intrusive, nichtkontingente Verhalten Ursache für eine Vermeidung von Interaktion durch das Kind sein. Eine durch die negativen Folgen der mütterlichen Erkrankung inadäquate Interaktion kann die kindliche Entwicklung des Säuglings ungünstig beeinflussen. Internalisierende oder externalisierende Verhaltensauffälligkeiten können als langfristige Effekte im späteren Kindesalter die Folge sein (Laucht et al., 2002). Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie zeigte sich, dass die Kinder eine günstigere Entwicklungsprognose besitzen, wenn ihre postpartal an Depression erkrankten Mütter reaktiver interagierten und z.B. mehr Ammensprache nutzten. Im 8. Lebensjahr der Kinder kam es zu weniger Defiziten der sozioemotionalen Entwicklung bei den Kindern (ebd.).

### ***Auswirkungen auf die emotionale Beziehung der Mutter zum Kind (Bindungsebene)***

Eine **postpartale Bindungsstörung** lässt sich nach Brockington (2004) durch folgende, plötzlich auftretende, emotionale Auffälligkeiten charakterisieren:

- Mangelnde Empathie und Emotionslosigkeit,
- Ängstlichkeit und Rückzug bei der Versorgung des Kindes,
- Entfremdung, Ablehnung und Indifferenz dem Kind gegenüber,
- Mangel an Liebe; Ärger, Feindseligkeit, Wut und Hass bezogen auf das Kind,
- Impulse, dem Kind etwas anzutun.

Die Bindungsstörung der Mutter beeinträchtigt den Umgang mit dem Kind und die Entwicklung einer adäquaten Interaktion zwischen Mutter und Kind im Sinne eines wechselseitigen Teufelskreises. Diese Interaktionsstörung hat Auswirkungen auf das Befinden und den Krankheitsverlauf der Mutter. Die mütterliche Störung kann zu wechselseitigen Fehlanpassungen zwischen Mutter und Kind führen. Diese beeinträchtigen sowohl die affektive, die sozial-emotionale als auch die kognitive Entwicklung des Kindes nachhaltig (Brockington, 2004).

Studien belegen signifikante Assoziationen zwischen postpartalen Depressionen, Angststörungen und Bindungsstörungen.

In der Studie von Reck et al. (2008) zeigte sich bei 17 % der depressiven Mütter zwei Wochen nach der Geburt häufiger eine verzögerte Bindung. Eine in der frühen Postpartalzeit einsetzende reduzierte Bindung kann bei leichter Ausprägung der mütterlichen Depression auch noch ein Jahr später die emotionale Beziehung zum Kind negativ beeinflussen.

Bei Möhler et al. (2006) zeigt sich ein stabiler Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und Bindungsstörung über einen Untersuchungszeitraum von 14 Monaten, der 6 Wochen nach der Geburt besonders ausgeprägt war. Bindungsstörungen treten postpartal zu einem frühen Zeitpunkt auf und werden durch inadäquate Interaktion oder negative Kognitionen der Mütter aufrechterhalten.

Mütter mit postpartalen Angststörungen und mangelndem Bindungsverhalten schätzen das kindliche Temperament negativer ein als bei adäquatem Bindungsverhalten (Reck et al., 2008).

In der Studie von Hornstein et al. (2006) traten Bindungsstörungen signifikant häufiger bei den depressiven als bei den psychotischen Frauen auf. Auffälligkeiten im Bindungsverhalten depressiver Mütter zeigten sich in mangelnder Responsivität, Abwertung des Kindes und abrupten Stimulationsabbrüchen. Demgegenüber überstimulierten psychotische Mütter mit einer Bindungsstörung ihre Kinder eher.

### ***Auswirkungen auf das Erleben von Selbstwirksamkeit (Selbstwirksamkeitsebene)***

Für den Aufbau einer adäquaten Mutter-Kind-Beziehung ist das Erleben von Selbstwirksamkeit unabdingbar. Als Selbstwirksamkeit wird die subjektive Bewertung der Interaktion zwischen Mutter und Kind definiert, die sich in einer effektiven und zielerreichenden Kontrolle der Interaktion durch die Mutter äußert.

Die prospektive Längsschnittstudie von Samdan et al. (2022) hat die Entwicklung der Selbstwirksamkeit werdender Mütter untersucht. Frühere Geburtserfahrungen, eine Geburt im Ausland und ein höheres Maß an sozialer Unterstützung während der Schwangerschaft bewirken ein höheres Maß an mütterlicher Selbstwirksamkeit drei Monate nach der Geburt ihres Kindes.

Mütter fühlen sich beispielweise kompetent, wenn es ihnen gelingt, ihren Säugling zu beruhigen, zum Lächeln oder zum Einschlafen zu bringen. Je feinfühlicher eine Mutter die vom Kind ausgesendeten Signale wahrnimmt, richtig interpretiert sowie darauf prompt und adäquat reagiert, umso besser gelingt ihr dies, und umso kompetenter nimmt sie ihr Handeln selbst wahr. Mütter mit postpartaler Depression reagierten auf Stressreaktionen oder negatives Verhalten ihres Kindes weniger aktiv (Laurent & Ablow, 2012).

Auf der anderen Seite kann eine hohe mütterliche Feinfühligkeit bei negativen Eigenschaften des Kindes, wie ein schwieriges Temperament oder Verhaltensregulationsstörungen, weniger effektiv sein und in der Folge zu Verzweiflung und Depression führen. Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit der Mutter werden durch die zunehmende Verantwortung für die Versorgung des Säuglings immer wieder infrage gestellt. Umgekehrt erleben sich z. B. schizophrene Mütter im Gegensatz zu depressiven als kompetent und selbstwirksam, trotz objektiver massiver Interaktions- und Versorgungsdefizite (Hornstein et al., 2006).

Bei Müttern mit psychischen Erkrankungen besteht eine Diskrepanz zwischen individuellem Erleben von Selbstwirksamkeit, objektiver Kompetenz und Bindung zu ihrem Kind. An einer Depression erkrankte Mütter sind in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, die kindlichen Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu beantworten. Sie zeigen vermehrt Intrusivität, Aggressionen dem Kind gegenüber, Rückzugsverhalten und weniger positives Engagement in der Interaktion mit ihren Säuglingen auf (Reck et al., 2008).

In der Studie von Babineau et al. (2023) konnten zwei Entwicklungsverläufe der Dysregulation bei Kindern im Alter zwischen 3 Monaten und 5 Jahren gefunden werden: 94 % der Kinder zeigen eine stabile niedrige Dysregulation, währenddessen 6 % der Kinder eine stabil zunehmend hohe Dysregulation besitzen. Kinder mit geringer Dysregulation verfügen über bessere Regulationsfähigkeiten als Kinder mit hoher Dysregulation. Eine starke Dysregulation war mit einer pränatalen Depression der Mutter assoziiert. Diese Ergebnisse stimmen mit denen früherer Studien über Dysregulationsverläufe überein. Winsper & Wolke (2014) fanden in ihrer Studie, dass die Verläufe des dysregulierten Verhaltens in der Kindheit über die Zeit stabil waren. Die einzelnen Regulationsprobleme (Schreien, Schlaf- und Fütterprobleme) sagen dysreguliertes Verhalten im Laufe der Kindheit vorher. Dieser Zusammenhang verstärkt sich mit dem Auftreten mehrerer Regulationsprobleme.

Die heterogen auftretenden postpartalen Störungen und Erkrankungen stellen auch aufgrund ihrer hohen Prävalenz und Komorbidität nicht nur eine große Herausforderung für die betroffenen Familien dar sondern besitzen auch anhaltende Bedeutung für die Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems (Reck et al., 2008). Psychische Probleme oder Erkrankungen eines Elternteils können je nach der Schwere der Störung und dem Ausmaß der vorhandenen Ressourcen, eine

erhebliche Belastung für die gesamte Familie bedeuten und benötigen daher spezifische Formen der familiären Bewältigung und sozialen Unterstützung. Die Reaktionsweisen der Kinder auf die Störungen ihrer Eltern können vielfältig sein. Sie sind zum Teil störungsunspezifisch und hängen von einer großen Zahl vorhandener oder entstehender Belastungs- und Resilienzfaktoren ab (Schrappe, 2013).

Im Baby- und Kleinkindalter kann eine psychische Erkrankung eines Elternteils zu einer ungenügenden Versorgung des Kindes bei Essen und Trinken, Sauberkeit und Schutz, Schlaf und Trost führen. Auch der Mangel an elterlicher Empathie und Responsivität behindert den Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung. Diese kann zusätzlich durch einen möglichen krankheitsbedingten Ausfall einer Bezugsperson oder durch die langfristige Trennung aufgrund von Klinikaufenthalten beeinträchtigt sein (Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

Das *Modell der psychosozialen „Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern“* von Wiegand-Grefe et al. (2011) veranschaulicht die zugrundeliegenden psychosozialen Vermittlungsprozesse bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern (siehe Abbildung 19).

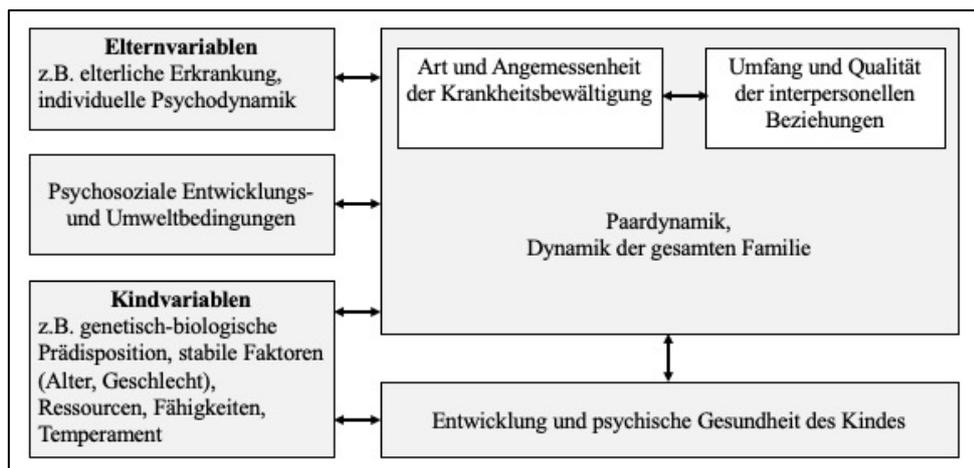


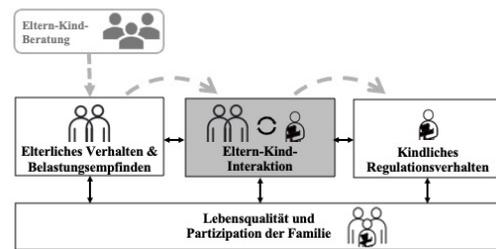
Abbildung 19. Modell psychischer Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wiegand-Grefe et al. (2011)

Neben den psychosozialen Entwicklungsbedingungen und kindbezogenen Faktoren stellen die Elternvariablen einen wesentlichen Einfluss auf das Risiko der Entwicklung einer späteren psychischen Erkrankung eines Kindes dar. Bedeutsame protektive Faktoren für eine gesunde Entwicklung der Kinder sind einerseits eine adäquate Krankheitsbewältigung innerhalb der Familie sowie andererseits Umfang und Qualität der Beziehungen innerhalb der Familie und der Austausch mit der sozialen Umwelt. Zur Operationalisierung der elterlichen Belastung aufgrund der Anpassungsprobleme ihrer Kinder kommt in dieser Forschungsarbeit das im Methodenteil beschriebene *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI; Tröster (2011))* zum Einsatz. Zu den Möglichkeiten der Prävention und Intervention wird innerhalb des Abschnitts 2.7 informiert.

## 2.5 Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

*Zur Orientierung: Der folgende Abschnitt beinhaltet die Interaktionsebene des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.*



Nach der Darstellung charakteristischer Merkmale einer gestörten Interaktion zwischen Kleinkindern und ihren Eltern wird in diesem Abschnitt der Fokus auf die neuklassifizierte *Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit* gelegt.

Die Beziehung zu den primären Bezugspersonen stellt die Basis für eine funktionale emotionale, kognitive und soziale frühkindliche Entwicklung dar. Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung sollten frühzeitig erkannt werden, um negative Auswirkungen auf die weitere Entwicklung zu verhindern. Als Leitsymptome einer beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktion werden sowohl dysfunktionale Interaktionen der Kinder als auch der Eltern beschrieben (Bolten, 2014).

- a) Das *kindliche Interaktionsverhalten* ist charakterisiert durch eine ausgeprägte Passivität, Apathie, Interesselosigkeit. Es fehlen ein spontaner Blickaustausch und visuelle Rückversicherung mit der Bezugsperson. Auffallend sind auch motorische Unruhe, Dysphorie und Ruhelosigkeit sowie das permanente Einfordern von Aufmerksamkeit. Die Explorations- und Spielbereitschaft ist im Beisein der Bezugsperson eher gehemmt; Kinder verhalten sich ängstlich, überangepasst und übervorsichtig. Es kann zu exzessivem Trotzverhalten und oppositionellem Verhalten bis hin zu aggressiven Impulsdurchbrüchen kommen (Bolten, 2014).
- b) *Dysfunktionale Interaktionsmuster der Eltern* zeigen sich in Einschränkungen der intuitiven Kommunikation. Diese können sich in nicht ausreichenden oder ausbleibenden Reaktionen der Eltern auf Blickzuwendung des Kindes oder sogar im Vermeiden von Blick- und Körperkontakt äußern. Deutlich wird eine ängstliche Angespanntheit, die zu raschem, überfürsorglichem oder intrusivem Eingreifen bei negativen Affekten des Kindes führen, ohne dem Kind die Möglichkeit zur Selbstregulation zu geben. Spontane Explorationsbedürfnisse der Kinder werden durch unbeholfenes, überängstliches Handling, Abschirmen des Kindes gegenüber dem Kontakt mit anderen Personen unterbunden. Auf der anderen Seite kann sich das elterliche Verhalten auch in einer Überstimulation mit raschem Wechsel der Angebote ohne Rücksicht auf die kindliche Aufnahmebereitschaft zeigen. Eltern fällt es schwer Rücksicht auf die Signale und Bedürfnisse der Kinder zu nehmen. Fehlende Zärtlichkeit aber

auch unvermittelt heftige Zärtlichkeitsbekundungen sind zu beobachten. Stärkste Auffälligkeiten äußern sich in Misshandlung mit manifester Vernachlässigung, inadäquater Ernährung mit mangelndem körperlichem Gedeihen, schlechtem Pflegezustand, Übergehen von Signalen der kindlichen Interaktionsbereitschaft und Übersehen von Gefahrensituationen (Bolten, 2014). Matthies et al. (2017) belegen, dass sich Mütter unabhängig von ihrer psychischen Belastung in ihrer Elternrolle unsicherer fühlen, je ausgeprägter die frühkindlichen Regulationsprobleme sind. Troutman et al. (2012) zeigen zudem, dass Mütter irritablerer Neugeborener wenige Wochen nach Geburt weniger Selbstwirksamkeit erlebten. Nach Tronick (2017) erfordert eine erhöhte kindliche Irritabilität mehr koregulatorische Fähigkeiten von den Eltern, um das Kind in seiner Entwicklung zu unterstützen.

Mit der **spezifischen Beziehungsstörung der frühen Kindheit** postulieren die DC: 0-5, orientierend an der DC: 0-3 die AWMF-Leitlinien (von Gontard et al., 2015) erstmals ein neues Störungskonzept. Unabhängig von der klinischen Diagnose einer kindlichen Störung soll damit auch eine Beeinträchtigung der Beziehungsqualität zwischen Kind und Eltern abgegrenzt werden können.

Die DC: 0-5 (2016) definiert auf der *1. Achse* eine *manifeste Beziehungsstörung* als eigene Störung der Beziehung zu einer Person mit begleitender kindlicher Symptomatik. Im diagnostischen Algorithmus wird das Bestehen einer persistierenden Störung der Emotionen oder/ und des Verhaltens des Kindes verlangt, die in der Interaktion mit einer bestimmten Bezugsperson auftritt und zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit von Kind und Familie führt. Voraussetzung für eine Diagnose ist das Bestehen einer externalisierenden oder internalisierenden Symptomatik des Kindes seit mindestens einem Monat.

Folgende Verhaltensmuster werden unterschieden:

- Oppositionelles und aggressives Verhalten
- Ängstlich-anklammerndes Verhalten, begleitet von Hypervigilanz und Verhaltenshemmung
- Selbstgefährdendes Verhalten aufgrund übermäßiger Exploration
- Verweigerung von Nahrungsaufnahme und Schlafen
- Rollenumkehr in Form nicht altersadäquater überfürsorglicher Verantwortungsübernahme des Kindes gegenüber der Bezugsperson, begleitet von emotionalen Ausbrüchen, wie z.B. ärgerliches, drohendes, strafendes Kontrollverhalten

Auf der *2. Achse* wird der *Beziehungskontext* mit Hilfe von Interaktionsbeobachtung, Anamnese, Beschreibungen und differenzierter Erhebungsverfahren umfassend beschrieben (Zeanah, 2018).

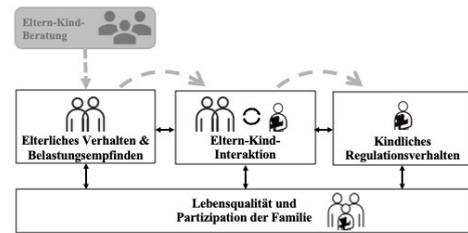
Zur Beurteilung werden die dimensionalen Aspekte der *Beziehung* und der versorgenden *Umgebung* wie folgt kategorisiert:

- a) Hinsichtlich der *Beziehung* werden sowohl die emotionale Verfügbarkeit, die Wertschätzung des Kindes als Individuum als auch die Erziehungskompetenzen der Bezugsperson erfasst. Die Dimensionen der Versorgung des Kindes durch Bezugspersonen und der Beitrag des Kindes zu der Beziehung werden mit Hilfe von Checklisten erhoben und in einer dreistufigen Skala (*Stärke, kein Grund zur Besorgnis, Sorge*) kodiert. Die Beziehung wird anschließend nach vier Stufen beurteilt: (1) eine gut adaptierte bis genügende Beziehung; (2) eine belastete und besorgniserregende Beziehung; (3) eine eingeschränkte und gestörte Beziehung; (4) eine desorganisierte und gefährdende Beziehung.
- b) Die versorgende Umgebung wird mit Hilfe einer Checkliste nach einer dreistufigen Skala (*Stärke, kein Grund zur Besorgnis, Sorge*) kodiert und ebenfalls nach vier Stufen beurteilt: (1) eine gut adaptierte bis genügende versorgende Umgebung; (2) eine belastete und besorgniserregende versorgende Umgebung; (3) eine eingeschränkte und gestörte versorgende Umgebung; (4) eine desorganisierte und gefährdende versorgende Umgebung.

Zusammenfassend stellt eine Beziehungsstörung ein Defizit dieser Beziehung mit der Folge einer gefährdeten Versorgung des Kindes dar (Zeanah, 2018). Wenngleich es vor allem mit Blick auf das Kindeswohl erforderlich ist, auf diese Verhaltensweisen im Besonderen zu achten bzw. diese differenziert zu erfassen, muss betont werden, dass die Diagnose einer frühkindlichen Störung der Eltern-Kind-Beziehung nicht vor Ende des ersten Lebensjahres gestellt werden sollte. Bei der Diagnosestellung muss zusätzlich darauf geachtet werden, dass die genannten Symptome lediglich in der Beziehung mit einer speziellen Bezugsperson zum Tragen kommen (von Gontard et al., 2020).

## 2.6 Diagnostik und Interventionen bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

*Zur Orientierung: der folgende Abschnitt behandelt die Interventionsebene des zugrundeliegenden Arbeitsmodells.*



Dieser Abschnitt betont zunächst den Stellenwert einer multimodalen Diagnostik im Zusammenhang mit Interventionen bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion. Nach der Vorstellung des diagnostischen Prozesses folgt die praxisnahe Vorstellung einsetzbarer diagnostischer Methoden. Im zweiten Teil des Abschnitts werden die präventive Bedeutung sowie der Versorgungsstand von Maßnahmen in Bezug auf Störungen des Regulationsverhaltens im frühen Kindesalter im Rahmen der Therapie und Rehabilitation verdeutlicht. Wesentlichen Anteil daran hat das gestufte Versorgungskonzept von Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Es folgt ein Überblick zu relevanten Interventionsansätzen. Zum Abschluss des Abschnitts werden Besonderheiten der Interventionen für das Kleinkindalter während der COVID-19-Pandemie verdeutlicht.

### 2.6.1 Der diagnostische Prozess bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

Diagnosen besitzen im Säuglings- und Kleinkindalter eine vergleichsweise geringe Aussagekraft aufgrund der Dynamik in dieser Entwicklungsphase, der Komplexität der Störungsmodelle sowie der mangelnden Spezifität und der hohen Komorbidität der Verhaltensweisen. Intrapyschische und interpersonale Probleme lassen sich nur schwer voneinander und von entwicklungsbedingten Krisen abgrenzen.

Auslösende und aufrechterhaltende Einflussfaktoren können die Diagnostik psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter zusätzlich erschweren (Wolke et al., 2009):

- a) *Individuelle kindliche Entwicklung*: aufgrund der Dynamik, Variabilität und geringen Stabilität innerhalb der frühkindlichen Reifungs-, Lern- und Anpassungsprozesse können einzelne Verhaltensweisen, wie Trennungsängstlichkeit und Trotzverhalten, je nach Ausmaß, als altersentsprechend betrachtet werden.
- b) *Sozialer Kontext*: die frühkindliche Entwicklung steht in enger Abhängigkeit und Wechselwirkung von der Eltern-Kind-Interaktion. Auffällige Verhaltensweisen können auch nur in bestimmten Situationen oder gegenüber bestimmten Personen auftreten. Dabei werden individuelle und familiäre Unterschiede hinsichtlich der Grenzen von Akzeptanz und Toleranz des Verhaltens deutlich.

- c) *Elterliche Belastung und Repräsentanz*: Bei Säuglingen und Kleinkindern sind die Fähigkeiten zu Krankheitswahrnehmung und Leidensdruck noch nicht ausgeprägt. Besonderheiten bzw. Auffälligkeiten im kindlichen Verhalten können zum einen durch eine umfassende Beobachtung der Interaktion von Eltern und Kind beurteilt werden. Zum anderen spielt die Einschätzung des kindlichen Verhaltens durch die Bezugspersonen eine entscheidende Rolle. Die Eltern-einschätzung kann jedoch sowohl durch die aktuelle Belastung als auch die verinnerlichte Repräsentanz der Eltern beeinflusst sein. Belastung und Repräsentanz können zu einer verzerrten Wahrnehmung und Interpretation des kindlichen Verhaltens durch die Eltern führen und sind entscheidend für das elterliche Handeln gegenüber ihrem Kind. Dies kann Schwierigkeiten im feinfühligem Verhalten der Eltern nach sich ziehen.

Notwendige Voraussetzungen für eine zuverlässige Diagnostik psychischer Störungen in der frühen Kindheit sind neben dem gezielten Beobachten von Verhaltensweisen und Interaktionen auch das Erfassen familiärer Beziehungsmuster. Dadurch ist es frühzeitig möglich Indikatoren für diese Störungen zu erkennen. Die differenzierte Diagnosestellung sollte sich sowohl auf Entwicklungsstand und individuelle Probleme des Kindes als auch auf die psychosoziale Situation der Familie beziehen.

Im Rahmen der Diagnostik frühkindlicher Symptome ist es erforderlich, Normvarianten und Normabweichungen voneinander abzugrenzen. Bei der psychopathologischen Beurteilung von Auffälligkeiten sollte der interaktionelle Kontext des Kindes mit seinen Bezugspersonen berücksichtigt werden. Um die systemische Perspektive zu beachten, werden auch im Prozess der Diagnostik nicht nur isoliert die Symptome des Kindes erfasst. Mit Blick auf frühkindliche Störungen sollten neben der somatischen Untersuchung und Entwicklungsdiagnostik auch familiäre Faktoren betrachtet werden. Dabei spielen das soziale Umfeld, die Belastungen der Eltern und die Beziehung zwischen Eltern und Kind eine wichtige Rolle (Bolten, 2020).

In der Diagnostik werden der Verlauf der Symptome, das Alter und der Entwicklungsstand eines Kindes berücksichtigt. Regulationsstörungen werden von Entwicklungsstörungen, neurologischen Auffälligkeiten und Deprivationsstörungen abgegrenzt; somatische Erkrankungen oder hirnorganische Schädigungen werden ausgeschlossen.

Der **diagnostische Prozess frühkindlicher Störungen** sollte nach Bolten (2020) verschiedene Teilbereiche beinhalten. Diese sollen es ermöglichen, den Schweregrad der Störung zu beurteilen, die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte und störungsaufrechterhaltende Faktoren zu erfassen und entsprechende Komorbiditäten auszuschließen. Dabei sollte multiprofessionell, multimethodal und multimodal vorgegangen werden. Innerhalb dieses diagnostischen Prozesses werden mehrere miteinander verknüpfte und aufeinander aufbauende Module differenziert:

Exploration der Eltern, kategoriale Klassifikation, dimensionale Symptomerfassung, differenzierte Erfassung des kindlichen Regulationsverhaltens, Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung, Beurteilung der psychosozialen Umwelt, psychometrische Entwicklungsdiagnostik, Ausschlussdiagnostik und psychopathologischer Befund (Bolten, 2020).

Innerhalb dieses Prozesses kommt es zu verschiedenen **Herausforderungen**, die die Diagnostik beeinflussen können und beachtet werden sollten (Bolten, 2020). Aufgrund des Alters der Kinder ist es erforderlich, deren Bezugspersonen als Informationsquelle für die Einschätzung des kindlichen Verhaltens mit Hilfe von Fragebögen zu nutzen. Durch die gegebenenfalls bestehende psychische Belastung der Eltern kann es zu einer falsch positiven Beurteilung kindlicher Symptome kommen (Müller & Furniss, 2013). Die Informationen außenstehender Experten, wie pädagogisch oder therapeutisch Mitarbeitende sollten einbezogen werden. Auch bei der objektiven Beobachtung des kindlichen Verhaltens besteht ein erhöhter organisatorischer Aufwand (z.B. Schlaflabor, Beobachterschulung). Aufgrund von Vorbehalten können Bezugspersonen eine Videobeobachtung ablehnen. Die Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion ist ein erforderlicher Bestandteil der Diagnostik, um Einflussfaktoren (wie z.B. das Kind als Symptomträger eines Familiensystems) bei der Beurteilung dysfunktionaler Muster zu berücksichtigen (Bolten, 2020).

In der Forschungsliteratur lassen sich verschiedene Erhebungsverfahren finden, die in internationalen Studien bei der Erhebung von frühkindlichen Regulationsstörungen zum Einsatz kommen (Kullik & Petermann, 2011). Vor allem klinische Interviews sowie standardisierte oder teilstandardisierte Elternfragebögen sind Bestandteile des bereits beschriebenen diagnostischen Prozesses und dienen der Identifikation relevanter kindlicher Symptome (Bolten, 2020).

Bei der Erfassung des frühkindlichen Regulationsverhaltens im ersten Lebensjahr eignen sich besonders halbstrukturierte Methoden, wie die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion. Demgegenüber bieten sich im zweiten Lebensjahr eher strukturierter Methoden an (Samdan et al., 2020). Im *Anhang A-3* befindet sich eine Übersicht zu den diagnostischen Modulen und Methoden.

Exemplarisch werden einzelne entwicklungsensitive Befundsysteme genauer vorgestellt.

- a) Das **Strukturierte Interview für das Vorschulalter, SIVA 0-6** (In-Albon et al., 2020) kann zur Erfassung sensorischer Verarbeitungsstörungen eingesetzt werden. Es ermöglicht durch einen modular aufgebauten Interviewleitfaden eine standardisierte und zeitökonomische Diagnostik von Kindern zwischen 3 Monaten und 6;11 Jahren. Die je nach Alter unterschiedlich zusammengestellten Fragen zu altersrelevanten Störungsbereichen orientieren sich an den Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme ICD-10, DSM-5 und DC:0-5 und entsprechen der Entwicklungsdynamik dieser Altersgruppe. Das SIVA: 0-6 nutzt altersspezifische Module für die Erfassung bestimmter Störungsbereiche.

- b) Als Beispiel eines dimensionalen Klassifikationssystems sei das Erhebungsverfahren „*Achenbach System of Empirically Based Assessment*“ – *ASEBA* (Achenbach & Rescorla, 2000) genannt. In der Version für Verhaltensauffälligkeiten für Eineinhalb- bis Fünfjährige (CBCL 1,5-5, TRF-C 1,5-5) werden die Urteile von Eltern und Erziehenden erfasst. Per Fragebogenverfahren werden psychische Auffälligkeiten anhand mehrerer Problemskalen erfasst. Ohne diesen Auffälligkeiten bestimmte Kategorien zuzuweisen, lassen sich folgende empirisch gewonnene übergeordnete Dimensionen abbilden: *externalisierende Probleme*, *internalisierende Probleme* und *Gesamtauffälligkeit*.
- c) Verhaltens- und sozial-emotionale Probleme von Säuglingen und Kleinkindern können über das *Infant Toddler Social & Emotional Assessment (ITSEA)* von Carter et al. (2003); deutsche Übersetzung von Hintermair et al. (2017) mit Hilfe eines umfassenden Fragenkatalogs (166 Fragen) erfasst werden. Sozial-emotionale Auffälligkeiten werden den Bereichen *externalisierendes und internalisierendes Verhalten* und *Dysregulation* zugeordnet. Darüber hinaus werden auf einer separaten Skala die *sozial-emotionalen Kompetenzen* der Kinder abgebildet.
- d) Das psychopathologische Befundsystem für Säuglinge und Kleinkinder *Infant & Toddler Mental Status Exam, ITMSE* (Thomas et al. (1997); übersetzt durch von Gontard (2018)) unterstützt die systematische Befunderstellung. Es berücksichtigt folgende Aspekte:
- entwicklungsbezogene Funktionen:
- *Reaktion auf neue Situationen*: Anpassung an die Untersuchungssituation
  - *Körperliches Aussehen*: Dysmorphiezeichen
  - *Selbstregulation*: Zustandsregulation, sensorische Regulation, ungewöhnliche Verhaltensweisen, Aktivitätsniveau, Aufmerksamkeitsspanne, Frustrationstoleranz
  - *Motorische Funktionen*: Muskeltonus, Koordination, motorische Tics, abnorme Bewegungen, cerebrale Anfälle
  - *Vokalisation und Sprachproduktion*: expressive und rezeptive Sprache
  - *Kognition*: logische Zusammenhänge, Lern- und Gedächtnisfunktionen
  - *Formales Denken*: Ängste, Alpträume, dissoziative Zustände, Halluzinationen
  - *Spiel*: Struktur, Inhalt, symbolische Funktion, Modulation von Aggression
- emotionale Funktionen und Verhaltensweisen:
- *Affekt und Stimmung*: Ausdrucksformen, Spannbreite, Reaktionsfähigkeit, Dauer, Intensität
- die soziale Interaktion mit den Bezugspersonen:
- *Bezogenheit* auf Bezugspersonen, Untersuchende

### **2.6.2. Notwendigkeit und Versorgungsstand differenzierter Interventionen**

Neben einer spezifischen Diagnostik erfordern frühkindliche Entwicklungs- und vor allem Regulationsstörungen eine umfassende Beratung und Intervention. Störungen der frühkindlichen Verhaltensregulation gefährden sowohl die aktuelle Bewältigung basaler altersgemäßer Entwicklungsaufgaben als auch die Eltern-Kind-Kommunikation zum kritischen Zeitpunkt der Entwicklung von Bindung und Beziehung (Cierpka, 2012).

Unbehandelt stellen frühkindliche Störungen langfristig ein erhöhtes Risiko für emotionale und soziale Entwicklungsstörungen (von Gontard et al., 2020), Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen (Schmid & Wolke, 2014), chronische Schlaf- und Essstörungen sowie Bindungs- und Beziehungsstörungen dar (Skovgaard et al., 2007).

Die frühzeitige Identifizierung der belasteten Familien und der Zugang zu einem adäquaten Hilfsangebot, sind notwendig, um langfristige negative Auswirkungen zu verhindern. Ambulante Präventionsangebote, wie Regulationsprechstunden und Eltern-Kleinkind-Beratung, stellen v.a. in Krisensituationen ein interdisziplinäres Angebot für Eltern im Umgang mit ihren Kindern dar. Sie bieten eine optimale kurz- und mittelfristige Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Aufgaben sind die diagnostische Abklärung und ggf. Behandlung möglicher körperlicher und psychischer Ursachen für die Regulationsstörungen sowie die verhaltensorientierte Beratung bzw. psychotherapeutische Betreuung von Kind und Eltern (Mall & Friedmann, 2016). Auf das Verhalten bezogene präventive Interventionen in der ambulanten Versorgung und dem häuslichen Umfeld können dazu beitragen, Regulationsstörungen effektiv reduzieren. Dabei bildet die Unterstützung der Erziehungskompetenz der Eltern eine entscheidende Grundlage für die Entwicklung der Kinder. Die Mehrdimensionalität der Erziehungskompetenz, einschließlich Erziehungseinstellungen kann im Rahmen von individualisierten Präventionsangeboten verbessert werden (Petermann & Kullik, 2011). Durch gezielte Interventionen können auch deutlich positive Effekte für die Entwicklung des Kindes in seinem Beziehungskontext wirksam werden. Es konnte ein Zusammenhang zwischen den Einstellungen von Müttern zu Kindern im Kleinkindalter und dem jeweiligen Störungsbild der Kinder gezeigt werden (Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo, 2006).

Insgesamt ist die Diskrepanz zwischen der Versorgungsrate und den Prävalenzzahlen frühkindlicher Regulationsstörungen hoch. Angesichts der hohen Prävalenzraten und der weitreichenden negativen Folgen sowohl von frühkindlichen Regulationsstörungen als auch der Belastungen der Eltern, lassen sich die in Deutschland zur Verfügung stehenden spezifischen Eltern-Kind-Behandlungsangebote als unzureichend beurteilen (Georg et al., 2023).

In 14 Mutter-Kind-Therapiezentren werden bei 71 vollstationären Behandlungsplätzen jährlich bis zu 545 Familien betreut und behandelt. Der Bedarf an Versorgungsangeboten wird bezogen auf die geschätzten Fallzahlen für stationäre Behandlungen etwa um den Faktor 10 unterschritten (Jordan et al., 2012).

Nach Aussage des *Zwischenberichtes der Bundesinitiative Frühe Hilfen* (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014) ist unklar, in welchem Ausmaß sich das Erziehungsverhalten insbesondere von Eltern mit psychosozialen Belastungen und psychischen Erkrankungen auf die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter auswirkt. Psychosozial belastete Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern werden häufig unzureichend bzw. fachlich und disziplinübergreifend nicht adäquat unterstützt und versorgt (ebd.).

Darüber hinaus existiert nur eine geringe Zahl evidenzbasierter Interventionsangebote, sowohl für die präventive als auch für die psychotherapeutische Versorgung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der betroffenen Eltern lediglich eine unzureichend wirksame Intervention in Anspruch nehmen kann. Es liegen jedoch nicht genügend belastbare Daten bzw. Studien zur Wirksamkeit von Regulationssprechstunden vor (Eickhorst et al., 2016).

In der aktuell veröffentlichten *KUNO-Kids-Gesundheitsstudie* von Kittel et al. (2023) wurden zwischen 2015 und 2019 36 % der Kinder aufgrund des exzessiven Weinens bzw. Quengels in Kinderarztpraxen vorgestellt, von denen 55 % Medikamente empfohlen bekamen und 49 % alternative Therapien, wie Osteopathie nutzten. Die Studie unterstreicht, den erhöhten Bedarf bzw. Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung.

Der *HTA-Bericht der DIMDI* (Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementär-medizinischen Interventionen bei Schreibabys in Schreiambulanzen; Korczak, Kister, & Krause-Girth, 2012) macht deutlich, dass Forschungsergebnisse zu den Wirkfaktoren und der differentiellen Wirkung verschiedener Behandlungsansätze fehlen. Indikationsbezogene Forschung ist notwendig, um mehr Sicherheit zu bekommen, welche Kinder mit spezifischen Problemen oder Störungen welche Form der Intervention benötigen. Es sollte auf die psychosozialen Belastungsfaktoren der Schwangerschaft, der psychischen Stabilität der Mütter sowie auf das Erziehungsverhalten der Eltern eingegangen werden, um die Risikofaktoren für Regulationsstörungen zu erkennen. Weiterhin sollten Strategien entwickelt werden, wie entsprechende Beratungs- und Betreuungsleistungen präventiv an die Zielgruppe vermittelt werden können. Ein entsprechender Beratungsbedarf sollte einerseits eine Manifestation kindlicher Störungen abwenden und andererseits das Kindeswohl sichern und dessen Gefährdung verhindern.

Um den beschriebenen Risiken zum Schutz des Kindeswohls effektiv zu begegnen, sollte das Ziel einer individuellen Prävention sein, in diesem Bereich nachhaltige und wissenschaftlich

validierte Intervention anzubieten. Ergebnisse entwicklungspsychologischer Studien zu Risiko- und Schutzprozessen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung deuten auf eine stabile Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe über die Zeit, bei moderater Stabilität einzelner Risikofaktoren der Familien, hin (Zimmermann et al., 2016).

Im Rahmen der Beratung und Therapie von Eltern mit Regulationsproblemen der Kinder haben sich in den letzten Jahrzehnten vielfältige Ansätze entwickelt. Ziele aller Interventionen sind die Förderung des Kindes, der Eltern und die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung (Cierpka, 2012). Die Interventionsstrategien lassen sich einerseits im Hinblick auf ein **gestuftes Versorgungskonzept** und andererseits im Hinblick auf die **Interventionsmodelle** unterscheiden. Beide Ansätze sind Bestandteil des folgenden Abschnitts.

### 2.6.3 Das gestufte Versorgungskonzept von Begleitung, Beratung und Psychotherapie

Die *Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit* (GAIMH) hat ein gestuftes Versorgungskonzept entwickelt, das auch als Standard für die Fort- und Weiterbildung dient. Dabei werden drei **Interventionsebenen** für die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern mit ihren Eltern unterschieden: Begleitung, Beratung und Psychotherapie (Pedrina & Bindernagel, 2021). Diese Ebenen lassen sich in Bezug auf ihre Merkmale und Inhalte wie folgt unterscheiden.

Die **Begleitung** stellt ein niedrigschwelliges Angebot mit dem Ziel der präventiven Alltagsbewältigung dar. Dabei muss nicht unbedingt ein spezifisches Problem bestehen. Inhalte sind das Vermitteln hilfreicher Informationen, die Aktivierung vorhandener Ressourcen sowie das Nutzen bestehender und der Aufbau neuer hilfreicher Netzwerke. Das Angebot kann pränatal beginnen (z. B. Geburtsvorbereitungskurse) und nach der Geburt fortgeführt werden (z.B. Elternschulen, Betreuungsangebote und heilpädagogische Früherziehung).

Im Mittelpunkt der **Beratung** stehen vorhandene Ressourcen der Familien. Ziel ist eine niedrigschwellige zeitnahe und entwicklungsgerechte Unterstützung im Sinne der Prävention. Beratung ist auftrags-, lösungs- und ressourcenorientiert und auf die Entwicklungsphasen des Kindes ausgerichtet. Dabei werden gemeinsam entwicklungs- und beziehungsförderliche Lösungen erarbeitet. Beratung kommt bei unterschiedlichen Belastungs- oder Krisensituationen zur Anwendung, wenn Information und Aufklärung der Eltern zu keinen Veränderungen führen bzw. wenn Maßnahmen notwendig sind, die an der Eltern-Kind-Beziehung ansetzen. Je nach Problemlage und Unterstützungsbedarf ist eine zeitlich begrenzte Intervention (5-10 Sitzungen) ausreichend. Folgende Inhalte stehen im Vordergrund: Psychoedukation über die kindliche Entwicklung, Förderung der elterlichen Feinfühligkeit für kindliche Signale, Stärkung der

Elternkompetenzen durch die Aktivierung von Ressourcen zur Versorgung des Kindes, Aufbau und Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung sowie die Unterstützung sozialer und familiärer Netzwerke.

Die **Psychotherapie** nutzt wissenschaftlich begründete Methoden mit dem Ziel, psychische Symptome zu reduzieren. Sie dient sowohl der Behandlung psychischer und/oder somatisch-funktioneller Störungen der Kinder als auch der Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Die Behandlung beginnt bereits mit den werdenden Eltern während der Schwangerschaft. Die Therapie setzt meist bei belastenden Krisensituationen ein, wenn eine langfristige und intensive Intervention mit Kind und Eltern erforderlich ist. Je nach therapeutischer Orientierung ist die Dauer des therapeutischen Angebotes meist langfristig (25 Sitzungen und mehr) und individuell unterschiedlich (ggf. höhere zeitliche Verdichtung). Inhalte sind die Klärung unbewusster Konflikte in der Eltern-Kind-Interaktion und Beziehung, die zur Symptombelastung von Eltern und Kind führen, die Fokussierung auf die Eltern-Kind-Interaktion, Beziehungs- und Bindungsentwicklung sowie die Förderung der Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit.

In Deutschland sind bereits vielfältige Angebote für die Versorgung psychosozial belasteter Familien etabliert. Ein Überblick befindet sich im *Anhang A-4*.

#### 2.6.4 Ansätze der Eltern-Kleinkind-Interventionen

Innerhalb der Prävention im frühen Kindesalter können folgende **Interventionsansätze** unterschieden werden: psychoedukative, systemische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamische, körperorientierte und somatisch-medizinische (Cierpka, Stasch, & Groß, 2007). In der beraterischen bzw. therapeutischen Praxis findet sich jedoch eine Integration der verschiedenen Elemente und Methoden aus den einzelnen Ansätzen zu einem multimodalen Behandlungskonzept (Cierpka, 2012).

Im Rahmen der **Psychoedukation** als Basis von Beratung und Interventionen kommt der Weitergabe von Informationen an die Eltern eine große Bedeutung zu. Besonders hoch belastete und psychisch instabile Eltern lassen sich durch gezielt ausgewählte Informationen beruhigen und ihren Sorgen um die Entwicklung ihrer Kinder begegnen. Dies können Informationen zur Variation der normalen kindlichen Entwicklung, zu Hintergründen von altersentsprechendem Verhalten sowie zu Diagnostik und Behandlung von kindlichen Auffälligkeiten sein (Cierpka, 2012).

Eine **Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie** kann vor allem in einer ausgeprägten Krise sowie bei Eltern mit psychischen Erkrankungen, wie postpartaler Depression und Persönlichkeitsstörungen sinnvoll sein (Pedrina, 2006). Im Mittelpunkt psychotherapeutischer Konzepte stehen die Bindungssicherheit und die Einbettung des Kindes in eine möglichst

entwicklungsfördernde Umgebung. Vorrangiges Ziel ist die Förderung der Beziehungsqualität und Interaktion zwischen Eltern und Kind. Je nach Ansatz kommen unterschiedliche Methoden und Techniken zur Anwendung (Borke et al., 2015).

Sameroff (2010) unterscheidet drei übergeordnete **Ziele** im Rahmen der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie:

- *remediation* eine zeitnahe Stabilisierung des kindlichen Verhaltens,
- *redefinition* eine Veränderung der elterlichen Einstellung und Wahrnehmung bezogen auf das Verhalten des Kindes und
- *reeducation* eine Veränderung des elterlichen Verhaltens gegenüber dem Kind.

Eine **Indikation** für eine Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie ist nach Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo (2006) unter folgenden Bedingungen angezeigt:

a) *bezogen auf die kindlichen Symptome:*

- erste Interventionen in Form von Informationen und Beratung haben zu keiner Verbesserung geführt,
- die Verhaltensprobleme der Kinder persistieren über drei Monate oder
- mehrere Bereiche der Regulation oder Interaktion sind betroffen

b) *bezogen auf das elterliche Verhalten:*

- die elterliche Feinfühligkeit gegenüber den kindlichen Signalen und/oder
- intuitive Elternkompetenzen z.B. durch psychische Erkrankungen sind wesentlich beeinträchtigt

c) *bezogen auf die Eltern-Kind-Beziehung:*

- maladaptive Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind sind zu erkennen und
- es besteht die Gefahr einer Vernachlässigung oder Misshandlung

Bolten (2014) fasst folgende **Schwerpunkte und Elemente** der Psychotherapie für das Säuglings- und Kleinkindalter zusammen:

- *Entlastung und Wertschätzung* bisheriger Lösungsversuche der Eltern mit dem Ziel deren Selbstvertrauen zu stärken
- *Ressourcenaktivierung der Eltern* unter Einbeziehung eines supportiven sozialen Kontextes aufgrund der Überforderung durch die kindlichen Probleme,
- *Psychoedukation und Entwicklungsberatung* in Bezug auf entwicklungsphysiologische und -psychologische Prozesse als Voraussetzung für weitere Interventionen

- *Beobachtung der wechselseitigen Eltern-Kind-Interaktion* auf verbaler, nonverbaler und Handlungsebene. Im Mittelpunkt stehen dabei die elterliche Feinfühligkeit und Responsivität der Eltern, Entwicklungsstand, Temperament und selbstregulative Fähigkeiten des Kindes sowie die situative Angemessenheit der Interaktion.
- *Förderung feinfühligem elterlichen Verhaltens und positiver Gegenseitigkeit*. Durch das Wahrnehmen und Interpretieren kindlicher Signale und das Erlernen adäquater Strategien zur Beruhigung werden individuelle Ressourcen der Eltern zur Verhaltensänderung herausgearbeitet.
- *Förderung des Containments* zur Verbesserung der Koregulation des kindlichen Verhaltens. Dabei werden verinnerlichte Repräsentationen nicht verarbeiteter biografischer Beziehungserfahrungen der Eltern aufgedeckt und bearbeitet, um den Eltern zu ermöglichen, die kindlichen Signale unverzerrt wahrzunehmen.
- *Förderung der Mentalisierungsfähigkeit*, um die intuitiven elterlichen Kompetenzen zu stärken und die Entwicklung einer sicheren Bindung zum Kind zu fördern.
- *Reizreduktion und geregelte Tagesstrukturierung*, um eine zusätzliche Überstimulierung zu verhindern und dem Kind den Wechsel neurophysiologischer Wach- und Ruhephasen zu ermöglichen.
- *Rückfallprophylaxe* mit den Zielen, die erarbeiteten selbstregulationsfördernden Strategien zu adaptieren und Möglichkeiten der langfristigen Entlastung für die Eltern aufzubauen (ebd.).

Es folgt ein grober Überblick zu ausgewählten Konzepten nach inhaltlichen Schwerpunkten:

***Verhaltenstherapeutische/ interaktionszentrierte Ansätze*** fokussieren direkt auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind. Durch strukturiertes Vorgehen werden die elterlichen Kompetenzen gefördert, d. h. funktionale Interaktionen verstärkt und dabei die elterliche Sensitivität für die kindlichen Signale erhöht. Ziel ist es, die Selbstwirksamkeit der Eltern zu stärken und somit indirekt durch ihr eigenes Verhalten das Verhalten ihrer Kinder positiv zu beeinflussen. Dies geschieht durch die Wissensvermittlung zu Entstehungsbedingungen von Verhalten, durch Anregungen zum Umgang mit dem kindlichen Verhalten und durch aktives Umsetzen dieser Anregungen über zielgerichtete Methoden. Beispiele präventiver verhaltenstherapeutisch/interaktionszentrierter Ansätze sind:

- *Kurzzeitintervention zur Förderung elterlicher Feinfühligkeit* (Van den Boom, 1994)
- „*Interaction guidance*“ (McDonough, 1993)
- „*The newborn behavioral observations system*“ (NBO) von Nugent (2015)

**Psychodynamische/ tiefenpsychologisch orientierte Ansätze** konzentrieren sich auf die meist unbewussten Erwartungen und Einstellungen der Eltern über sich und ihr Kind (Repräsentanz) und auf die damit korrespondierenden Beziehungsmuster. Ziel ist es, durch die Veränderung der elterlichen Repräsentanzen, der bewussten oder unbewussten Bedeutungszuschreibungen auf das Kind, die Qualität der Interaktion zu verbessern und die Symptomatik des Kindes zu reduzieren. Cierpka, Hirschmüller, et al. (2007) gehen davon aus, dass die Eltern-Kind-Interaktion durch bestimmte innere Bilder und Vorstellungen der Eltern von ihrem Kind gesteuert wird. Parallel dazu entstehen gleichzeitige Rückkopplungen der Elternvorstellungen und Interaktionserfahrungen. Im Vordergrund der Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie stehen die inneren Repräsentationen der Eltern sowie das Interaktionsverhalten mit ihrem Kind. Beispiele zu psychodynamisch/tiefenpsychologisch orientierten Ansätzen sind:

- *Säuglings-Eltern-Programme* „Don't hit my mommy!“ von Lieberman et al. (2015) oder *“Steps Toward Effective & Enjoyable Parenting” (STEEP)* von Erickson & Egeland (2004) sowie
- *Manualisierte Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT)* nach Cierpka, Hirschmüller, et al. (2007)

**Integrative und multimodale Ansätze** versuchen die einzelnen Ansätze mit Hilfe kognitiv-behavioraler, interaktioneller, systemischer und psychodynamischer Methoden und Techniken zu verbinden. Dabei steht die Eltern-Kind-Interaktion im Mittelpunkt. Die multimodalen Interventionen orientieren sich am aktuellen Bedarf der Familie und beziehen sich auf unterschiedliche Ebenen des Familiensystems. Die Ziele und eingesetzten Methoden richten sich nach Schweregrad der kindlichen Symptome, der interaktiven Störung bzw. der familiären Belastung. Die unterschiedlichen Methoden und Techniken bauen modular aufeinander auf und können folgende therapeutische Bausteine beinhalten: *verhaltensorientierte, und mentalisierungs-basierte Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie* oder *Traumatherapie* (z.B. EMDR-Behandlung). Beispiele zu integrativen und multimodalen Ansätzen sind:

- *Entwicklungspsychologische Beratung* nach Ziegenhain et al. (2004),
- *Integrative Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung/-Psychotherapie* nach Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo (2006)
- *„Ressourcen- und Körperorientierte Krisenbegleitung“* nach Diederichs (2000)
- *„Emotionelle Erste Hilfe“* nach Harms (2016),
- *Marte-Meo-Methode* (Bünder & Sirringhaus-Bünder, 2008),
- *„Sichere Ausbildung für Eltern“ (SAFE)* nach Brisch (2010) und
- *„Attachment & Biobehavioral Catch-up”(ABC)* nach Dozier & Bernard (2017)

Aktuell angewandte Interventionen im Säuglings- und Kleinkindalter sind neben dem multimodalen Ansatz auch durch eine systemisch-familientherapeutische Grundhaltung charakterisiert. Beratung und Therapie orientieren sich an den humanistischen Grundprinzipien des non-direktiven personen- bzw. klientenzentrierten Ansatzes von Rogers. Im Mittelpunkt steht die Beziehung zwischen Klienten und Beratenden. Sie ist gekennzeichnet durch eine Haltung des einführenden Verstehens bzw. Empathie, der bedingungsfreien Akzeptanz bzw. Wertschätzung und Echtheit bzw. Kongruenz. Die zugrunde liegende konstruktivistische Erkenntnistheorie sensibilisiert für eine ganzheitliche Herangehensweise und misst dem individuellen System eine wichtige Bedeutung zu (Borke et al., 2015).

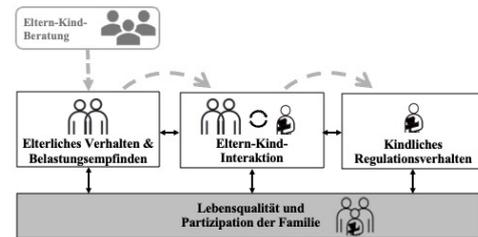
Darüber hinaus ist die Gestaltung frühkindlicher Interventionen durch einen individuellen kleinschrittigen Prozess gekennzeichnet. Dabei sollte auch der jeweilige kulturelle Kontext der Familie unbedingt berücksichtigt werden.

Beispielhaft sei das **Prozessmodell der kultursensitiven Beratung** nach Borke et al. (2015) genannt. Ziel ist eine individuelle Passung zwischen Anliegen, Kontaktgestaltung, Interventionen, Beratungs- bzw. Therapiezielen sowie dem kulturellen Hintergrund. Zentrale Elemente sind: die Klärung des Beratungsanliegens, die Fit-Misfit-Analyse und Zieldefinition, die Beratungsgestaltung sowie die Anwendung von Interventionen.

Als *Beratungsanliegen* werden zunächst kulturspezifische Vorstellungen und Erwartungen der Eltern bezogen auf das „ideale Kind“ und das optimale Elternverhalten geklärt. Das belastende Problemverhalten und die Notwendigkeit der Korrektur sowie vorhandene soziale Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen werden erfasst. Die *Fit-Misfit-Analyse* dient dem Abgleich eines kulturspezifischen Ideals mit der aktuellen Lebenswelt und mit normativen Perspektiven und Angeboten. Diese Vorstellungen werden im Spannungsfeld Normativität – Kultursensitivität positioniert. Die *Zieldefinition* stellt kulturell unterschiedliche Veränderungswünsche bzw. Beratungsziele auf. Die *Beratungsgestaltung* fokussiert auf den realisierten Kontakt mit den Eltern, der bei Bedarf Besonderheiten des Migrationsprozesses berücksichtigt. Inhalte der *Intervention* sind Psychoedukation, Erarbeiten von Lösungsansätzen sowie Klärung der Passung (Schöllhorn et al., 2016).

## 2.7 Lebensqualität und Partizipation der Familien

*Zur Orientierung: Der folgende Abschnitt thematisiert die Ebene der familienbezogenen Lebensqualität und Partizipation im zugrundeliegenden Arbeitsmodell.*



Schwerwiegende, persistierende oder multiple Regulationsschwierigkeiten können zur Erschöpfung auf Seiten der Eltern und zur Verfestigung interaktioneller Schwierigkeiten zwischen Kind und Eltern führen. Beides kann nachhaltig die kindliche Entwicklung beeinflussen und zu emotionalen und Verhaltensproblemen führen, die weit über das Kleinkindalter hinausgehen. Auch das Aufwachsen unter familiären Belastungen birgt eine Reihe an Risiken für die Kinder. Dabei wirken sich starke psychosoziale Belastungen von Eltern besonders negativ auf die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern aus (Petermann & Kullik, 2011).

Im Vordergrund des Abschnitts stehen die Lebensqualität und die Partizipation der Familie. Nach der Darstellung grundlegender Konstrukte und Modelle beschäftigen sich die nachfolgenden Abschnitte mit Faktoren, die Einfluss auf die Ausbildung von Störungen frühkindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind-Interaktion nehmen. Abschließend wird die besondere Bedeutung der psychosozialen Belastung der Familie als Risikofaktor für eine adäquate Ausprägung von Lebensqualität und Partizipation hervorgehoben.

### 2.7.1 Konstrukte zu Lebensqualität und Partizipation von Familien

Der kompensatorischen Leistung der Eltern in dem bereits dargestellten *Modell der familiären Anpassung* wird das **Konstrukt der familienbezogenen Lebensqualität** am ehesten gerecht. Dieses Konstrukt berücksichtigt sowohl das elterliche Belastungsempfinden als auch die Wahrnehmung des subjektiven Wohlbefindens, der sozialen Integration sowie der individuellen Partizipation (Schalock et al., 2002).

Zuna et al. (2011) definieren familienbezogene Lebensqualität als „dynamisches Empfinden des Wohlergehens der Familie“ (ebd.). Die dabei zu erfüllenden Voraussetzungen ergeben sich sowohl aus den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder als auch den kollektiven Bedürfnissen der gesamten Familie. Die Lebensqualität einer Familie manifestiert sich demnach im Verhältnis von Ressourcen und Bedürfnissen sowie der daraus resultierenden Zufriedenheit der Familie, aber auch anhand objektiver Lebensumstände und subjektiver Bewertungen der Familienmitglieder. Aufgrund dieser Komplexität und Dynamik lässt sich das

mehrdimensionale Konstrukt der familienbezogenen Lebensqualität mit Hilfe einzelner Domänen genauer differenzieren (Samuel et al., 2012):

- *Wohlbefinden* (physische Gesundheit, emotionale Gesundheit, finanziell-materielles Wohlergehen)
- *Beziehungen* (familieninterne Ressourcen: Partnerschaft, Familieninteraktionen und familienexterne Ressourcen: Integration in das soziale Umfeld)
- *unterstützende Faktoren* (persönliches Umfeld, Dienstleistungen, kulturelle und spirituelle Werte, medizinische und pädagogische Fachkräfte)
- *Handlungsfelder* (Freizeiterleben, Bildungs- und Karrieremöglichkeiten, Erziehung)

Die Lebensqualität einer Familie beinhaltet neben dem gesundheitlichen und emotionalen Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder auch deren Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und mit materiellen Lebensbedingungen. Diese Zufriedenheit ist maßgeblich davon abhängig, welche Unterstützung durch Familie, Freunde und Fachkräfte zur Verfügung stehen, um die mit dem Verhalten des Kindes zusammenhängenden Herausforderungen zu bewältigen (Sarimski, 2021).

Es konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zu Belastungserleben, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbezogener Lebensqualität besteht. Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen empfinden durch diese Beeinträchtigungen signifikant häufiger eine subjektive Belastung und Einschränkung in ihrer Lebensqualität.

In der Studie von Tröster et al. (2000) wurde die Stressbelastung von Müttern epilepsieerkrankter Kinder erfasst. Der Grad der Funktionsbeeinträchtigung und die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zeigten Determinanten der elterlichen Belastung. Die Verfügbarkeit einer sozialen Unterstützung erwies sich als protektiver Faktor. Die Belastung von Eltern lässt sich nicht primär auf elterliche Defizite zurückführen, sondern vorrangig auf die Anforderungen, die sich aus den Verhaltensauffälligkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen sowie den Kompetenzen des Kindes ergeben (Tröster et al., 2000).

Mit Hilfe des systemischen **ABC-X-Modells der Belastungsbewältigung** ist es möglich Faktoren und Zusammenhänge abzubilden, die eine Anpassung an die Herausforderungen aufgrund einer Erkrankung innerhalb eines Familiensystems beeinflussen (Sarimski, 2021). Im Mittelpunkt stehen dabei die kognitive Bewertung, die verfügbaren persönlichen und sozialen Ressourcen sowie die Bewältigungsstrategien der Familienmitglieder (siehe Abbildung 20).

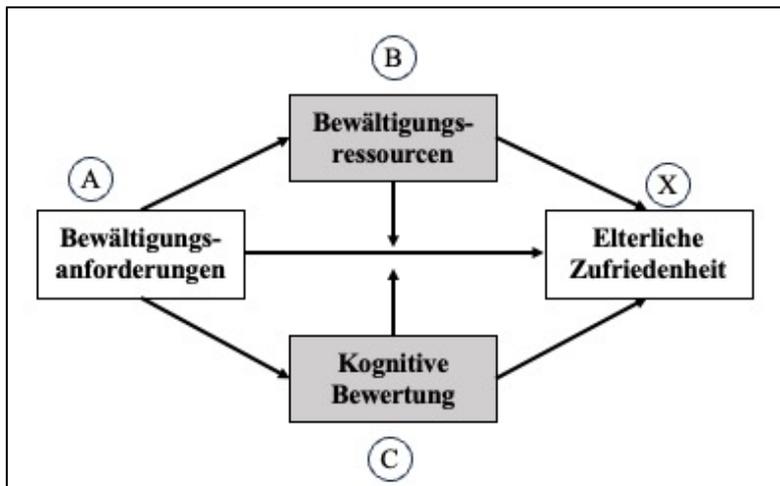


Abbildung 20. Das ABC-X-Modell der Belastungsbewältigung  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sarimski (2021)

Die Auswirkungen einer Beeinträchtigung, einer Erkrankung oder eines Verhaltensproblems eines Kindes sollte im Kontext des familiären Systems betrachtet werden. Die Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Anpassung (X) an Herausforderungen, die mit einer Beeinträchtigung verbunden sind (A), wird beeinflusst von den Bewältigungsressourcen (B) und der Bewertung der Beeinträchtigung durch die Eltern (C). Positive individuelle und soziale Ressourcen bestehen im Wissen der Eltern um die besonderen Bedürfnisse des beeinträchtigten Kindes, die elterlichen Erziehungskompetenzen, den partnerschaftlichen Zusammenhalt und die erlebte soziale Unterstützung im familiären Umfeld. Die kognitive Bewertung wird positiv unterstützt durch eine optimistische Grundhaltung, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Resilienz.

Dieses Bewältigungsmodell lässt sich mit Hilfe des „*Family Stress Model*“ (Boss et al., 2016) um die sozialen und finanziellen Ressourcen der Eltern und das familiäre Lebensumfeld erweitern. Diese stellen wichtige Einflussfaktoren für die psychische Stabilität der Eltern dar. Soziale und finanzielle Belastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für depressive Symptome und psychische Überforderung. Im Gegenzug reduziert sich das Zutrauen in die elterlichen Fähigkeiten, das eigene Leben unter den besonderen Herausforderungen durch die Probleme der Kinder erfolgreich zu bewältigen (Boss et al., 2016).

Das *Modell der Belastungsbewältigung* und das „*Family Stress Model*“ tragen der individuellen Variabilität der familiären Anpassungsprozesse Rechnung und eröffnen Perspektiven für Ansatzpunkte einer familiären Unterstützung. Die Abnahme dysfunktionaler Kognitionen durch eine gezielte Intervention stellt einen Prädiktor für die Verbesserungen der Lebensqualität der Familie dar (Terpitz et al., 2005). Vor allem soziale Faktoren beeinflussen, in welchem Maße Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen an familienunterstützenden Interventionen beteiligt werden können und eine Kooperation mit ihnen möglich ist (Sarimski, 2021).

Baker et al. (2002) zeigen, dass sich Mütter, deren Kinder im frühen Kindesalter stark ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten zeigen, insgesamt stärker belastet fühlen. Die niedrigsten Depressionswerte besitzen Mütter, die ihren Alltag als beeinflussbar einschätzen und soziale Unterstützung vor allem in der Familie erhalten. Die Belastung ist umso geringer, je aktiver und problemorientierter das Bewältigungsverhalten der Mütter ist. Alter sowie Schweregrad der Verhaltensprobleme und Funktionseinschränkungen des Kindes stehen in Zusammenhang mit der elterlichen Belastung, jedoch nicht mit der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Demgegenüber ist die familienbezogene Lebensqualität abhängig vom Belastungsempfinden der Mütter. Soziale Ressourcen, Familienbeziehungen und individuelle Bewältigungsstile, wie Optimismus in die eigene Selbstwirksamkeit besitzen in dieser Komplexität kompensatorische Funktion (Tröster, 2005b). Lenz & Köhler-Saretzki (2021) weisen darauf hin, dass eine subjektiv wahrgenommene hohe Lebensqualität eine resiliente Wirkung auf den Zusammenhang der Belastung psychisch kranker Eltern mit der Bindungsentwicklung ihrer Kinder ausübt. In der klinischen Beratungspraxis haben neben der situationsbezogenen Anleitung der Eltern im Umgang mit dem Verhalten ihrer Kinder vor allem die Aktivierung bestehender Ressourcen und der Stabilisierung der Familienbeziehungen eine wesentliche Bedeutung (Sarimski, 2021).

Das Konstrukt der Partizipation und Teilhabe wird besonders im *biopsychosozialen Modell der ICF* (International Classification of Functioning, Disability & Health) der WHO (World Health Organization) (2007) repräsentiert. Das Modell orientiert sich sehr stark an der Aktivierung von individuellen Ressourcen. Dabei spielt die Wechselwirkung von Personen- und Umweltfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung von Störungen (siehe Abbildung 21).

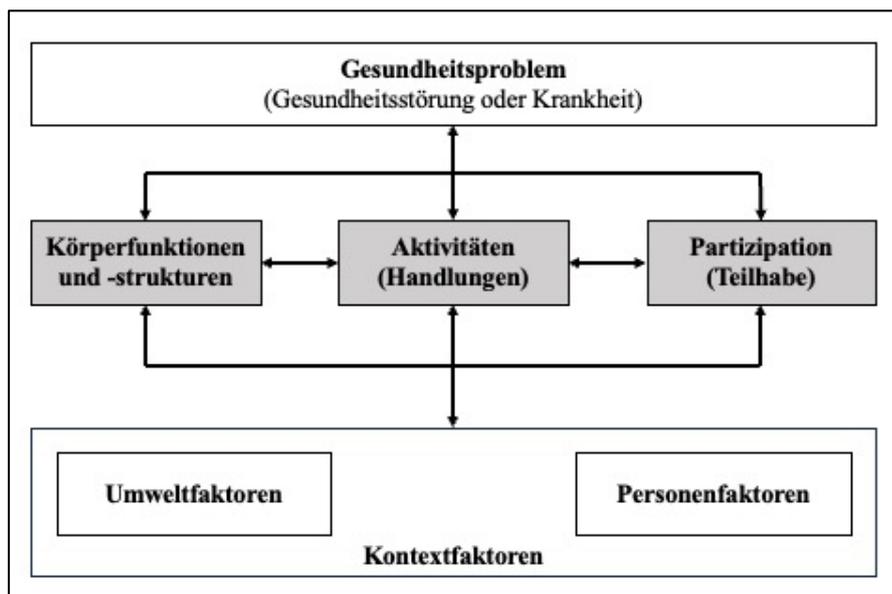


Abbildung 21. Das biopsychosoziale Modell der ICF

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schuntermann (2005)

Funktionale Gesundheit wird bestimmt durch die Interaktion von biomedizinischen Bedingungen (Körperfunktionen und -strukturen), individuellen Handlungsmöglichkeiten (Aktivitäten) sowie der Fähigkeit, selbstbestimmt Teil der Gesellschaft zu sein (Partizipation). Partizipation bzw. Teilhabe ist definiert als „die aktive und selbst bestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens“. Kleinkinder sind ihres Alters und Entwicklungsstandes gemäß lediglich sehr eingeschränkt zur Selbstbestimmung fähig. Die Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht sich in dieser Altersspanne auf die gesamte Familie und kann sich auf alle Lebensbereiche erstrecken. Somit ist der biopsychosoziale Ansatz bedeutsam für Interventionen im Rahmen der tertiären Prävention/Rehabilitation (Schuntermann, 2005).

Der Bezug auf das ICF-Modell entspricht einem familienorientierten Ansatz. Dadurch ist es möglich, bei der Gestaltung von entwicklungsförderlichen Bedingungen besonders die familiären Ressourcen, Prioritäten und Belastungen zu berücksichtigen. Basis für eine Intervention muss unter dieser Perspektive nicht notwendigerweise die Funktionseinschränkung des Kindes, sondern können auch die Umweltfaktoren und Aspekte der sozialen Teilhabe sein. Während die Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-V auf ätiologische und pathogenetische Prozesse und damit an Defiziten des Kindes fokussieren, orientiert sich der Bezug auf die ICF an den komplexen Interaktionen eines Kindes in seiner Gesamtheit (Sarimski, 2021).

Mit Bezug auf die frühkindlichen Regulationsstörungen lässt sich das ICF-Modell beispielhaft wie in Abbildung 22 darstellen.

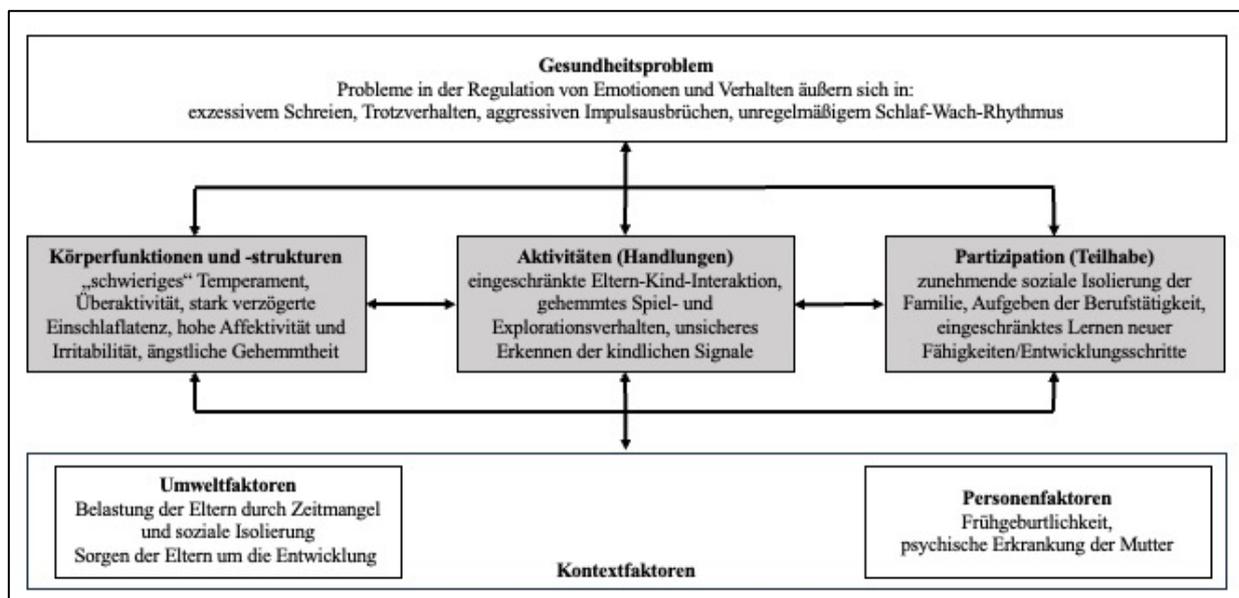


Abbildung 22. Exemplarische Anwendung des ICF-Modells auf Regulationsstörungen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Klassifikation frühkindlicher Störungen der DC: 0-5 (ZeroToThree, 2019) berücksichtigen bereits die Aspekte der Teilhabe. So fordern die klinischen Kriterien für die Diagnose von frühkindlichen Störungen des Schlafens, Schreiens und Fütter-/ bzw. Essverhaltens eine korrespondierende Belastung der Eltern.

Die Symptome der Störung oder Reaktionen der Bezugspersonen besitzen einen „*erheblichen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit des Kindes und der Familie*“: Sie „1. verursachen Stress und Leid beim Kind, 2. beeinträchtigen die Beziehungen des Kindes, 3. schränken die Teilnahme des Kindes an entwicklungsbedingt erwarteten Aktivitäten und Routinen ein, 4. schränken die Teilnahme der Familie an Alltagsaktivitäten und Routinen ein, 5. schränken die Fähigkeit des Kindes ein, neue Fertigkeiten zu lernen und zu entwickeln, oder beeinträchtigen den Entwicklungsprozess.“ (ZeroToThree, 2019, p. 146)

Im Forschungsprojekt „*Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen – Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden*“ (Liljeberg & Magdanz, 2022) wurden verschiedene Herausforderungen, Bedarfe an Unterstützung und Inklusion der betroffenen Kinder und ihrer Familien untersucht. Das Projekt ermittelt unterschiedlich starke Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, die Eltern durch die Beeinträchtigungen und Verhaltensprobleme ihrer Kinder empfinden (ebd.):

- *praktische Belastungen* (74 %): erhöhter Zeit- bzw. Anwesenheitsbedarf für die Pflege bzw. Betreuung des Kindes, häufige Arzt- bzw. Therapietermine und der damit verbundene Zeit-, Organisations- und Wegeaufwand,
- *soziale Belastungen* (13 %): eingeschränkte Freizeit-, Erholungs- und Urlaubsaktivitäten, eingeschränkte soziale Kontakte (reduzierter Freundeskreis, geringe Möglichkeiten, Freunde und Bekannte zu treffen oder neue Kontakte zu knüpfen),
- *finanzielle Belastungen* (13 %): Reduzierung der Arbeitszeit von mindestens einem Elternteil bzw. der Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit,
- *psychische Belastung* (10 %): Sorgen über den (künftigen) Gesundheitszustand des Kindes, Sorgen über ungewisse Zukunft und eigene Absicherung im Alter,
- *Gesundheitliche Belastungen/Stress und Erschöpfung* (9 %): Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen des Kindes (z. B. Sozialverhalten, Ängste), erhöhter Organisations- und Koordinierungsaufwand, die fehlende Spontanität für Aktivitäten, Verzicht auf eigene Bedürfnisse, die fehlende eigene freie Zeit,
- *familiäre Belastungen* (5 %): Vernachlässigung der Paarbeziehung, der Geschwisterkinder oder des Familienlebens.

Besonders mit Blick auf Familien mit psychosozialen Belastungen hat das Projekt folgende Ansatzpunkte an Unterstützung identifiziert (Liljeberg & Magdanz, 2022):

- *psychosoziale Unterstützung*: frühzeitiges Erkennen von Be- und Überlastung, Angebot von Krisenintervention, Unterstützung bei Partnerschaftskonflikten oder Geschwisterproblemen, Austausch mit betroffenen Familien,
- *zeitliche Entlastung*: Hinweise auf Entlastungsangebote, Vermittlung familienunterstützender Dienste, Wochenend- und Freizeitbetreuung für Geschwisterkinder,
- *sozialrechtliche Hilfen*: Beratung und Unterstützung bei der Beantragung berechtigter finanzieller Leistungen,
- *Beratung und Anleitung*: Vermittlung von Informationen über Besonderheiten der Entwicklung sowie Art und Ausprägung des problematischen Verhaltens, Erziehungsberatung zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Vermittlung spezieller Pflorgetechniken

Zur Operationalisierung der Beurteilung des familiären Anpassungsprozesses und der familienbezogenen Lebensqualität bietet sich der in der vorliegenden Studie eingesetzte *Fragebogen zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ; Tröster (2005b))* an. Dieses Screening-Verfahren eignet sich die psychosoziale Situation der Familien aus deren subjektiver Perspektive beurteilen zu lassen. Dadurch ist es möglich, Hinweise auf psychosoziale Anpassungsprobleme der Eltern zu erhalten, um ihnen frühzeitig differenzierte Unterstützung anzubieten. Der FLQ beinhaltet Fragen zu Möglichkeiten der Familie zur eigenen Entlastung und Selbstverwirklichung, zur Motivation und Funktionsfähigkeit bei Aktivitäten im Alltag sowie zum sozialen Rückhalt in der Familie. Das Verfahren wird im Methodenteil genauer vorgestellt.

### **2.7.2 Prädiktoren für die Lebensqualität und Partizipation von Familien**

Unterschiedliche Einflüsse können prädiktive Faktoren für die Entwicklung von Störungen frühkindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind-Interaktion darstellen. Diese Faktoren werden im Folgenden zunächst auf Seiten des Kindes und anschließend in Bezug auf die Eltern betrachtet. Darüber hinaus werden auch protektive Faktoren genannt, die resilienten Einfluss nehmen.

#### ***Kindbezogene Prädiktoren***

Individuelle biologische Vorbedingungen und psychosoziale Belastungsfaktoren sind wesentlich für das Entstehen von Krankheit aber auch für den Erhalt von Gesundheit. Die Vulnerabilität von Kindern gegenüber Umweltfaktoren ist im ersten Lebensjahr besonders hoch. Gleichzeitig sind die kindlichen Widerstandskräfte noch nicht sehr ausgeprägt (Schlack, 2009). Unterschiedliche Faktoren nehmen Einfluss auf die Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings bzw. des Kleinkindes.

Mit Hilfe der Identifikation dieser Prädiktoren in der Praxis ist es möglich, gezielte Maßnahmen der Prävention und Intervention zu entwickeln und frühzeitig einzusetzen. Langzeitfolgen, wie z.B. Lernbeeinträchtigungen oder Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, kann dadurch vorgebeugt, die Bezugspersonen des Kindes können entlastet und Kosten im Gesundheitssystem reduziert werden (Levin & Chisholm, 2016). Einzelne Faktoren werden nun genauer betrachtet.

Das Auftreten eines „**negativen Temperaments**“ – charakterisiert durch eine negative kindliche Reaktivität und die mangelnde Fähigkeit zur Selbstberuhigung – stellt einen Prädiktor für Schlafstörungen und Fütterstörungen dar (Weinraub et al., 2012).

Je nach Zeitpunkt besitzt **Frühgeburtlichkeit** (definiert als Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) unterschiedliche Auswirkungen auf alle Bereiche der frühkindlichen Regulation. Diese zeigen sich ebenfalls zu verschiedenen Zeitpunkten im Säuglings- und Kleinkindalter: Bei *Frühgeburtlichkeit zwischen der 32. – 37. Schwangerschaftswoche* konnte ein signifikanter Zusammenhang mit Fütterstörungen im 3. und 12. Monat nachgewiesen werden, allerdings nicht signifikant im 6. Monat (Martini et al., 2017). Ebenfalls wurde ein negativer Zusammenhang mit Schlafstörungen im 5. Monat herausgestellt (Jenni, 2009). In Bezug auf eine *frühe Frühgeburtlichkeit vor der 32. Schwangerschaftswoche* wurden mehrfache Regulationsprobleme, Fütterstörungen und Schlafstörungen zu Geburtsbeginn und mit 18 Monaten als signifikant beschrieben, jedoch nicht mit drei und sechs Monaten (Martini et al., 2017).

Als **peripartale Prädiktoren** sind Analgesiegabe, Syntocinongabe, eine kurze Austreibungsphase, ein abnormales fetales Hb und ein niedriges Gestationsalter für Regulationsstörungen allgemein und ein erhöhtes Geburtsgewicht für Schlafstörungen mit 4-6,5 Monaten und 10-12,5 Monaten bedeutsam (St. James-Roberts et al., 2001).

Regulationsprobleme, vor allem Fütterstörungen und exzessives Schreien, sind ebenfalls assoziiert mit **kindlichen Entwicklungsdefiziten**, wie Krampfanfälle, fetale Anomalität, Erbrechen, Juckreiz, ein niedriger Body-Mass-Index, ein erhöhter Kortisolspiegel, eine respiratorische Sinusarrhythmie sowie eine Phenobarbital-Gabe im ersten Jahr (Martini et al., 2017).

In Bezug auf das **Geschlecht** bestehen bei Jungen signifikante Zusammenhänge zu vermehrten Schlafstörungen. Einschlafstörungen werden signifikant assoziiert bei Mädchen mit 9 Monaten, jedoch nicht mit 5 und 12 Monaten. Sowohl zu exzessivem Schreien als auch zu Fütterstörungen konnten keine Assoziationen mit dem Geschlecht nachgewiesen werden (Weinraub et al., 2012).

### ***Elternbezogene Prädiktoren***

Vor allem gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen der Eltern wirken sich besonders negativ auf die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern aus. Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen allgemeinen elternbezogenen Faktoren, wie Gesundheit, Erziehungs-

und Bindungsverhalten und kindlichen Regulationsproblemen aufgezeigt. Besonderes Augenmerk wird weiterhin auf die Psychopathologie der Mütter und deren Auswirkung auf die Kinder psychisch erkrankter Eltern gelegt.

Hinsichtlich der **medizinischen Anamnese der Mutter**, waren Rauchen und Gewalt während der Schwangerschaft positiv, ein guter Gesundheitszustand negativ mit Regulationsproblemen verbunden (Alvik et al., 2011).

Auch einzelne **Verhaltensweisen der Eltern** besitzen eine prädiktive Wirkung auf Regulationsprobleme der Kinder, wie Co-Sleeping (das Teilen eines Bettes), Zubettbringrituale (wie am Bett verweilen bis das Kind schläft) und nächtliches Füttern (Bruni et al., 2014). Insgesamt hatte das **Stillen** gegensätzliche Wirkungen auf verschiedene Regulationsprobleme. Je mehr gestillt wurde, desto mehr Schlafprobleme hatten die Kinder und je weniger gestillt wurde, desto mehr Fütterprobleme bestanden (Weinraub et al., 2012).

Ein inkonsistentes, jedoch strenges und feindseliges **Erziehungsverhalten** besitzt negative Auswirkungen auf den kindlichen Entwicklungsverlauf. Dabei besteht für Kinder, die einem solchen Erziehungsklima ausgesetzt sind, häufig ein erhöhtes Risiko für externalisierende Verhaltensstörungen (Smeekens et al., 2007). In Bezug auf die Grundhaltung der Eltern waren Hoffnungslosigkeit, ein hoher Leistungsanspruch und Grundüberzeugungen wie z. B. Selbstaufopferung positiv mit Regulationsproblemen assoziiert. Für das Selbstwertgefühl der Mutter bestand ein negativer Zusammenhang (Farrow & Blissett, 2006).

Eine unsichere **Bindung der Eltern** zu ihrem Kind begünstigt die Ausprägung von Regulationsproblemen der Kinder allgemein. In der Studie von Nolte et al. (2006) war eine sichere Bindung positiv mit Schlafstörungen assoziiert, besonders mit Einschlafstörungen. Sicher gebundene Kinder konnten nur in Anwesenheit ihrer Eltern einschlafen und wachten zusätzlich häufiger nachts auf. Überbehütung als Erziehungsstil, die Fütteranzahl, die Adaption der Mutter und die Beziehung zwischen den Eltern waren mit Regulationsproblemen verbunden. Die Bindung zwischen Eltern und Kind wird als Indikator für die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung betrachtet. Bindungsmuster, in denen die Bezugspersonen sowohl schützend als auch ängstigend wahrgenommen werden, stehen im Zusammenhang zu externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf der kindlichen Entwicklung (Smeekens et al., 2007).

Bereits bei Säuglingen bestehen spezifische Zusammenhänge zwischen den Verhaltensweisen des Kindes sowie der **Qualität der Paarbeziehung und elterlichen Konflikten**. Sowohl die Häufigkeit und Intensität elterlicher Konflikte als auch die Art der Konfliktlösung besitzen eine wichtige Bedeutung für die kindliche Anpassungsleistung. Von Konflikten geprägte Elternbeziehungen können potenziell auf die kindliche Entwicklung einwirken: entweder direkt im Sinne von Nachahmungslernen elterlichen Verhaltens als auch indirekt im Sinne anhaltender

Verhaltensprobleme. Die Auswirkungen von Trennungen der Eltern sind weniger stark ausgeprägt als angenommen. Die mit Scheidung und Trennung einhergehenden Konflikte stellen einen bedeutsameren Prädiktor für kindliche Anpassungsprobleme dar als das Scheidungsereignis selbst (Kelly, 2000).

In Bezug auf die **Psychopathologie der Eltern**, insbesondere *präinatale Depressionen und Angststörungen der Mütter* wurden positive Assoziationen gegenüber Schlafstörungen (Alvik et al., 2011), Fütterstörungen (Micali et al., 2011) und exzessivem Schreien (Petzoldt et al., 2016) nachgewiesen. In Bezug auf *postpartale Depressionen und Angststörungen der Mütter* bestehen Assoziationen zu späteren kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten, wie zu kognitiven Beeinträchtigungen, vermehrten Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität, einem höheren Risiko ein unsicheres, unsicher-vermeidendes oder desorganisiertes Bindungsverhalten oder selber eine Angststörung zu entwickeln (Laucht et al., 2002). Es lassen sich ebenfalls Zusammenhänge zu anderen *psychischen Erkrankungen in der Familienanamnese* wie Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen sowie Drogen- und Alkoholmissbrauch (Alvik et al., 2011) bestätigen.

Wie bereits in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt, werden psychische Erkrankungen eines oder beider Elternteile als ein psychosozialer Prädiktor angesehen, der das kindliche Entwicklungsumfeld wesentlich beeinträchtigt. Die betroffenen Elternteile besitzen eine eingeschränkte Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes adäquat wahrzunehmen und sensitiv darauf zu reagieren (Ihle et al., 2002)

In Familien mit psychisch kranken Elternteilen sind psychosoziale Belastungen, die das Risiko für psychische Störungen bei Kindern erhöhen, überrepräsentiert. Dazu gehören inkonsistente Erziehungsweisen, schwerwiegende und langandauernde Paarkonflikte und ein instabiles Familienklima sowie soziale Isolation durch die Tabuisierung bzw. Ausgrenzung aufgrund der Erkrankung (Ihle et al., 2002; Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

Um diesen Risiken zum Schutz des Kindeswohls effektiv zu begegnen, ist es das Ziel der *Frühen Hilfen*, in diesem Bereich nachhaltige und wissenschaftlich validierte Prävention und Intervention anzubieten. Ergebnisse entwicklungspsychologischer Studien zu Risiko- und Schutzprozessen deuten darauf hin, dass sich Familien mit unterschiedlich hoher psychosozialer Belastung über die Zeit jeweils einer stabilen Risikogruppe zuordnen lassen (Zimmermann et al., 2016). Im Mittelpunkt der Versorgung stehen die frühe Erfassung beeinflussender Faktoren und gleichzeitig die Stärkung potenzieller Ressourcen mit Hilfe geeigneter Präventionsansätze.

### ***Protektive Faktoren***

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, warum viele Kinder trotz vielfältiger Belastungen und Risiken gesund bleiben bzw. sich normal entwickeln. Als „Resilienz“ wird die Fähigkeit definiert, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen. Sie kann als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken betrachtet werden (Wustmann, 2005). Im Fokus der Resilienzforschung steht die Identifikation protektiver Faktoren als personale und soziale Ressourcen. Diese sollten das Potenzial besitzen, Risiken abzuschwächen und negative Folgeaktionen zu reduzieren. In der Literatur werden als protektive Faktoren für die Qualität der Bindung von Kind und Bezugspersonen vor allem die *mütterliche Feinfühligkeit* und die *intuitiven elterlichen Kompetenzen* (Ainsworth et al., 1978), „Attunement“, Affektmarkierung, Affektspiegelung, „mis-match & repair“ und Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 2022) sowie „Emotional Availability“ (Biringen et al., 2014) und „Reflective Functioning“ (Slade et al., 2020) genannt. Im Folgenden werden weitere Beispiele kind-, familien- und umweltzentrierter Schutzfaktoren zusammengefasst.

### ***Kindzentrierte Schutzfaktoren***

- Protektive Wirkung der biologischen, nicht veränderbaren Bedingungen besitzen folgende **Temperamentsmerkmale**: Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, soziale Kontaktfreude und eine überwiegend positive Stimmungslage (Egle et al., 2002).
- Auch die Zugehörigkeit zum **weiblichen Geschlecht** besitzt protektive Wirkung. Insbesondere im frühen Kindesalter werden Mädchen als weniger vulnerabel für psychosozialen Stress verstanden. Studien zeigen, dass Mädchen bis zur Pubertät seltener an psychischen Erkrankungen leiden als Jungen (Ihle et al., 2002).
- Der Bereich der **praktischen Intelligenz** bestimmt im Alltag mit, wie gut die Anpassungsfähigkeit an die Umgebungsbedingungen ausgeprägt ist (Luthar, 2006).
- Als protektive Faktoren zeigten sich in einer längsschnittlichen Betrachtung von Kindern mit Risikofaktoren vor allem ein aktives Temperament, eine höhere Intelligenz, ein konstruktiver Umgang mit Konflikten und eine vermehrte Selbstkontrolle im Vorschulalter (Job et al., 2020).

### ***Familien- und umweltzentrierte Schutzfaktoren***

- Die **stabile Eltern-Kind-Beziehung** und eine **sichere kindliche Bindung** mindestens zu einer primären Bezugsperson gelten als prädiktive Faktoren für eine positive Entwicklung (Svanberg, 1998).
- **Merkmale des Erziehungsklimas und des Erziehungsstils**: protektive Wirkung besitzt eine autoritative Erziehung sowohl für Kinder, die unter risikoreichen Umständen aufwachsen, als

auch für Kinder, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser Erziehungsstil zeichnet sich durch ein warmes, unterstützendes, aber dennoch forderndes und Grenzen setzendes Elternverhalten aus, das die kindliche Autonomie unterstützt (Schmidt-Denter, 2000).

- Eine **gute Paarbeziehung der Eltern** und ein weitestgehend **positives, stabiles Familienklima** bilden den weiteren Rahmen der Schutzfaktoren innerhalb des Familiensystems (Ravens-Sieberer et al., 2007).
- **Sozialer Rückhalt und Unterstützung** besitzen große Bedeutung für belastete Kinder. Dazu gehören ein stabiles, tragfähiges und Sicherheit vermittelndes soziales Netzwerk, die soziale Integration in ein Peer-Netzwerk (Kontakt zu Gleichaltrigen) sowie in eine Gemeinde, Vereine oder eine Glaubensgemeinschaft (Lenz & Köhler-Saretzki, 2021).

### 2.7.3 Psychosoziale Belastung als Risikofaktor der Lebensqualität und Partizipation

Risikofaktoren als Gesamtheit unterschiedlicher Bedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter. Psychosoziale Faktoren treten im Zusammenhang mit der wechselseitigen Interaktion von individuellem Empfinden und sozialen Situationen auf (Laucht et al., 2000). Im Folgenden werden die Charakteristika der Familie sowie Interaktions- und Beziehungsaspekte als besonders bedeutsam für den kindlichen Entwicklungsverlauf näher betrachtet.

Positive Zusammenhänge mit Regulationsproblemen bestehen hinsichtlich einzelner **Faktoren des soziökonomischen Status der Eltern**, wie der Ethnie, dem Zusammenleben in einer großen Familie sowie dem Bildungsstand und der Berufstätigkeit des Vaters (Hyödynmaa & Tammela, 2005).

Als schwierige familiäre Rahmenbedingung werden neben einem *niedrigen Bildungsniveau*, insbesondere der Mutter (Ayoub et al., 2009), die *Armut der Familien in den ersten Lebensjahren des Kindes* diskutiert, die meist in Verbindung mit stark beengten Wohnverhältnissen auftritt (Bradley et al., 2001). Das eigentliche Familieneinkommen besitzt keinen direkten Einfluss, sondern nimmt eine Mediatorrolle über weitere familiäre Risikokonstellationen ein. Diese gehen häufig mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einher (Qualität der häuslichen Lernumgebung, Eltern-Kind-Beziehung, elterliches Erziehungsverhalten) (Foster et al., 2005).

Es existieren keine eindeutigen Belege dafür, dass Kinder mit *Migrationserfahrung* gefährdeter für Entwicklungsauffälligkeiten sind als Kinder, die unter ansonsten ähnlichen Lebensbedingungen in ihrem Herkunftsland aufwachsen. Der Prozess der Migration selbst und die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit nehmen jedoch Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern (Stevens & Vollebergh, 2008).

Für eine spätere körperliche oder psychische Erkrankung der Kinder sind einzelne familienbezogene Belastungsfaktoren bedeutsam, wie das *Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt*, der *Verlust wichtiger Bezugspersonen*, ein *geringer Altersabstand in der Geschwisterfolge* unter 24 Monaten, eine *längere Trennung von den Eltern im ersten Lebensjahr* sowie eine *hohe Risikogesamtbelastung* (Kindler & Künster, 2013).

In einer Überblicksarbeit zu psychosozialen Risiken unterscheidet Heilig (2014) zwischen familiären Beziehungsstrukturen und Rahmenbedingungen der Familie. Diese spielen für die ersten beiden Lebensjahre eine besondere Rolle und stellen einen der stärksten Prädiktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten über die gesamte frühe Kindheit hinweg dar.

Psychosoziale Umweltfaktoren innerhalb der frühkindlichen Entwicklung stellen einen signifikanten Einfluss auf die spätere Entwicklung und Gesundheit der Kinder dar. Einzelne Studien belegen den signifikanten Einfluss psychosozialer Umweltfaktoren innerhalb der frühkindlichen Entwicklung auf die spätere Entwicklung und Gesundheit der Kinder. Im Vordergrund stehen dabei Belastungen, die im Zusammenhang mit der prä-, peri- und postnatalen Entwicklung auftreten. Aufgrund der neuronalen Dynamik können Embryo bzw. Säugling in diesem Entwicklungszeitraum nur über geringe Bewältigungs- und Schutzmöglichkeiten gegenüber Umweltfaktoren verfügen (Schlack, 2009).

Frühkindliche Regulationsstörungen besitzen langfristige negative Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und gehen mit einer erhöhten Prävalenz von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten einher. Es zeigen sich erhöhte Prävalenzraten frühkindlicher Probleme der Emotions- und Verhaltensregulation vorzugsweise in sozioökonomisch belasteten Familien. Eine niedrige Schulbildung der Mutter und Migration sind vor allem mit einem erhöhten Risiko für das gemeinsame Auftreten mehrerer frühkindlicher Regulationsprobleme verbunden (Olsen et al., 2019). Zwei ausgewählte Studien sollen die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf die kindliche Entwicklung veranschaulichen.

Die prospektive *Mannheimer Risikokinderstudie* (Laucht et al., 2000) hatte zum Ziel, den Entwicklungsprozess von Kindern mit unterschiedlichen Risikobelastungen abzubilden und Schutzfaktoren zu finden die dabei helfen, diese Belastungen zu kompensieren. 362 Kinder wurden, jeweils im Alter von drei Monaten, 2, 4, 5, 8 und 11 Jahren untersucht. Kinder psychosozial hochbelasteter Familien zeigten bereits mit drei Monaten deutliche Defizite der kognitiven und sozialemotionalen Entwicklung. Der Entwicklungsrückschritt vergrößerte sich im Kleinkindalter erheblich und blieb in diesem Ausmaß bis zum Alter von 11 Jahren bestehen.

Ziel der *Bielefelder Invulnerabilitätsstudie* (Lösel et al., 1990) war es herauszufinden, welche Schutzfaktoren außerhalb einer Familie die Resilienz von Kindern mit einem hohen

Entwicklungsrisiko positiv beeinflussen. 146 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren aus Institutionen der Heimbetreuung wurden im Hinblick auf psychosoziale Faktoren unter belasteten Entwicklungsbedingungen untersucht. Jugendliche mit einem stabil resilienten Verhalten zeigten weniger impulsives Verhalten, benannten realistischere Zukunftsperspektiven, hatten ein größeres Selbstvertrauen und weniger vermeidendes Bewältigungsverhalten, waren leistungsmotivierter und zeigten bessere Schulleistungen. Weiterhin hatten sie eine feste Bezugsperson außerhalb ihrer Familie, waren zufriedener mit der sozialen Unterstützung und hatten eine bessere Beziehung zur Schule. Sie erlebten das Erziehungsklima in den Heimen harmonischer und normorientierter.

### **Folgen frühkindlicher Störungen für die weitere Entwicklung**

Regulationsstörungen belasten auch signifikant häufiger die Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern sowie deren Partizipation und Lebensqualität. In der sensiblen Entwicklungszeit des Säuglings und Kleinkindes können geringfügige Störungen und Probleme über negativ-gegenseitige Rückkoppelungsprozesse und wechselseitige Eskalationen in der Interaktion mit den Eltern zu Intensivierung und Chronifizierung von Symptomen beim Kind und in den Eltern-Kind-Beziehungen führen (Papoušek et al., 2004). Vor allem familiäre Belastungssituationen können zu einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung führen, die sich in ablehnendem bzw. aggressivem Verhalten der Eltern gegenüber ihrem Kind äußern kann (Sidor et al., 2017).

Mit Regulationsstörungen gehen meist eine erhebliche Belastung und Gefährdung für die kindliche Entwicklung, seine psychische Gesundheit und das Kindeswohl im Allgemeinen einher. Bei den Eltern von Kindern mit Regulationsstörungen imponieren hohe Raten von pränatalen organischen Faktoren, von pränatalem Stress, Ängsten, Depression und unbewältigten Konflikten sowie von aktuellen Belastungen durch kindliche Temperamentsauffälligkeiten, Paarkonflikte der Eltern, Konflikte mit den Herkunftsfamilien, soziale Isolation und eingeschränkte Ressourcen im Rahmen einer psychischen Störung der Mutter (Papoušek et al., 2004).

Vergleichsweise hohe Raten von Kindesmisshandlungen bzw. -vernachlässigungen, bis hin zu erheblicher körperlicher Gewalt, wie Schütteln oder Schlagen des Säuglings aufgrund exzessiven Schreiverhaltens machen dies deutlich (Bindt & Schulte-Markwort, 2017). Insbesondere Säuglinge, deren Eltern schon durch andere Risiken vorbelastet sind (z.B. Arbeitslosigkeit, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen) gelten als gefährdet (Barr et al., 2009).

Durch eine erhöhte sozioökonomische Belastung der Eltern, können die Feinfühligkeit der Mütter gegenüber ihrem Kleinkind, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, die Familienfunktionalität insgesamt sowie langfristig das Kindeswohl und die allgemeine Entwicklung der Kinder negativ beeinflusst werden. Angststörungen von Müttern erwiesen sich als ein robuster Prädiktor für exzessives Weinen (Sidor et al., 2017).

### 3 Aktueller Stand der Forschung

Dieses Kapitel präsentiert empirische Befunde zu den relevanten Themen der vorliegenden Dissertation. Zunächst werden bedeutsame Hintergründe zur Wirksamkeitsforschung dargestellt. Dem folgen Ergebnisse der durchgeführten systematischen Literaturrecherche zu Wirksamkeitsstudien im Rahmen des Forschungsthemas. Abschließend wird der Forschungsstand im Bereich der Lebensqualität bei Kindern und ihren Familien näher betrachtet.

#### 3.1 Wirksamkeitsforschung bei Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

In der Psychotherapieforschung wird die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (*effectiveness*) von der Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen (*efficacy*) (Lambert, 2013) abgegrenzt. Es kommen unterschiedliche methodische Designs zum Einsatz, z.B. prospektive Kontroll- und Vergleichsgruppendesigns oder retrospektive Katamnese-Designs (Fuchs-Strizek et al., 2011). Randomisiert kontrollierte Studien (RCT) gelten als erstrebenswert. Neben der allgemeinen Wirksamkeitsforschung beschäftigt sich die spezifische Wirksamkeitsforschung mit der Frage, unter welchen Bedingungen therapeutische Interventionen bei bestimmten Störungen effektiv und nützlich sein können (Effectiveness-Forschung) (Lambert, 2013). Aufgrund der Komplexität des Wirksamkeitskonstrukts hat sich für die Evaluation von Interventionen die Anwendung multimethodaler Messungen bewährt (Michalak et al., 2003). Die Wirksamkeit von Interventionen kann neben der indirekten Veränderungsmessung zusätzlich mit Hilfe von direkten Methoden erfasst werden.

Bezogen auf die *indirekte Veränderungsmessung primärer Kriterien* wie die Symptomreduktion stellen Effektstärken relevante Maße für die Beurteilung der Wirksamkeit therapeutischer Methoden dar. Bei der *Effektstärke Cohen's  $d_{ppc}$*  nach Morris (2008) handelt es sich um eine standardisierte Mittelwertdifferenz (SDM), die mit Hilfe geeigneter Erhebungsverfahren den Therapieerfolg in einem Prä-post-Design bzw. in einem Kontrollgruppen-Design erfasst. Als weiteres Maß für die Effektivität einer Behandlung dient der *Reliable Change Index (RCI)*. Der RCI gilt als klinische Signifikanz bzw. Kennwert zuverlässiger Veränderung (Jacobson & Truax, 1992). Anhand des RCI kann geprüft werden, ob die Veränderungen im Verlauf der Eltern-Kind-Beratung stärker ausgeprägt sind, als dies aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit der intraindividuellen Messungen in Bezug auf die Normstichprobe zu erwarten war.

Für die *direkte Messung des Behandlungserfolges* eignet sich die Analyse beratungsrelevanter Variablen, wie Wartezeit oder Umfang der Behandlungseinheiten sowie die unmittelbare Erfassung der subjektiven Beratungszufriedenheit. In diesem Zusammenhang hat sich der im Methodenteil genauer beschriebene standardisierte *Fragebogen zur Beurteilung von Behandlungen (FBB)*; Matzejat & Remschmidt (1998)) als valides Erhebungsverfahren

herausgestellt. Der FBB ermöglicht die retrospektive Beurteilung von Behandlungserfolg (als Parameter der Ergebnisqualität) und Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf (als Parameter der Prozessqualität) von Zielgruppen mit einer Behandlung einer bestimmten Störung. Michalak et al. (2003) bestätigen in ihrer Studie, dass direkte und indirekte Messungen der Wirksamkeit von Interventionen zwei voneinander unabhängige Faktoren darstellen.

Die Herausforderung der **Wirksamkeitsforschung bei frühkindlichen Regulations- und Verhaltensproblemen** besteht darin, altersentsprechende Entwicklungsschritte und Effekte von Interventionen in Bezug auf die Wirksamkeit voneinander zu trennen. Dadurch ist es möglich, Rückschlüsse auf den Einfluss von Reifung und Entwicklung einerseits und auf die Wirkung von Interventionen andererseits zu ziehen. Die Entwicklung in den ersten Lebensjahren ist durch eine dynamische Veränderung der psychomotorischen, neurophysiologischen und psychologischen Funktionen innerhalb von alle zwei bis drei Monate wechselnden Zeitfenstern charakterisiert (Stern, 1998). Diese Prozesse können auch spontane Remissionen von Entwicklungsrückschritten und Reifungskrisen beinhalten.

Um Interventionseffekte getrennt von Reifungsprozessen empirisch nachweisen zu können, sollten bei der Planung von Studien ausreichend große zeitliche Interventionsphasen (etwa zehn Sitzungen innerhalb maximal drei Monaten) berücksichtigt werden.

Darüber hinaus sollten Kontrollgruppen genutzt werden, die keine spezifische Intervention erhalten. Dabei stellen ein geplantes Auslassen eines notwendigen Interventionsangebotes, eine freiwillige Randomisierung sowie eine „treatment as usual“-Gruppe (TAU) ethische Dilemmata dar (Lambert, 2013). Gerade mit Blick auf diesen vulnerablen Entwicklungsprozess würde man Kindern und ihren Eltern förderliche Interventionen vorenthalten und benachteiligen.

Bisherige Studien haben sich auf den Vergleich von Interventionsverfahren untereinander beschränkt. Dabei konnten nur wenige differenzielle Effekte nachgewiesen werden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Verfahren nach unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen (Gesprächspsychotherapie, psychodynamische bzw. psychoanalytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) ähnlich oder sogar gleich wirksam sind (Robert-Tissot et al., 1996).

### 3.2 Systematische Literaturrecherche zu Wirksamkeitsstudien

Dieser Abschnitt informiert über die durchgeführte systematische Literaturrecherche zu Wirksamkeitsstudien in Bezug auf Interventionen bei Störungen der frühkindlichen Regulation und der Eltern-Kind-Interaktion. Nach der Darstellung der zugrundeliegenden Methodik wird über die Eigenschaften und Inhalte der eingeschlossenen Studien berichtet, bevor die wichtigsten Studienergebnisse zusammengefasst und die Studien abschließend kritisch eingeordnet werden.

#### 3.2.1 Methodik der durchgeführten systematischen Literaturrecherche

Ziel der Literaturübersicht ist es, einen Einblick über aktuelle Studien zur Wirksamkeit von Eltern-Kleinkind-Interventionen zu erhalten. Dabei wird der Fragestellung nachgegangen, wie effektiv Interventionen auf die kindlichen Symptome, die elterliche Belastung und die Eltern-Kind-Interaktion sind.

Für die Erstellung einer **Suchstrategie** zur systematischen Recherche geeigneter Studien wurden zunächst die Kriterien des *Patient/ population Intervention Comparison Outcome (PICO)*-Schema (Corrall et al., 2002) berücksichtigt:

<i>P – Patient/ population:</i>	<i>Frühkindliche Regulationsstörungen</i>
<i>I – Intervention:</i>	<i>Psychotherapie, Beratung, Programme, Edukation</i>
<i>C – Comparison:</i>	<i>randomisierte kontrollierte Studien (RCT)</i>
<i>O – Outcome:</i>	<i>a) Reduzierung der frühkindlichen Regulationsprobleme</i>
	<i>b) Reduzierung der elterlichen Belastung</i>
	<i>c) Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion</i>

Mit Hilfe der **Datenbanken** PubMed, Psyn dex, Web of Science wurden die zuvor definierten Suchbegriffe in folgenden **Kombinationen** angewandt:

*(sleep\*problem\* OR feed\*problem\* OR excessive crying OR regulat\*problem\*disorder\*) AND (infant\* OR newborn\* OR toddler\* OR baby OR babies) AND (psychotherapy OR advice OR counseling OR program\* OR intervention\*) AND (efficacy OR effectiveness) AND (RCT OR randomized controlled trial)*

Als **Limitierungen bzw. Einschlusskriterien** mussten die Studien in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht sein, die Stichprobe aus Eltern und Kleinkindern bis zum Alter von 36 Monaten bestehen sowie als Behandlungsformen psychologische Interventionen, Beratungen, Behandlungsprogramme oder Edukationen beinhalten. Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien, zu deren Kontrollgruppen Teilnehmer ohne Behandlung, mit einer Standardbehandlung (TAU) einer Placebo- oder einer Wartelistengruppe zählen. Die Recherche wurde zusätzlich durch eine manuelle Literatursuche ergänzt. Grundlage der Interventionen sollte ein definiertes Manual sein, die Interventionen konnten in einem beliebigen Setting und Zeitraum erfolgen und sollten von einem interdisziplinären Team von Behandelnden durchgeführt werden.

**Kriterien zum Ausschluss** von Studien waren:

- Alter der Kinder > 36 Monate
- organische Ursachen, angeborene Behinderungen, Intelligenzminderung, spezifische Erkrankungen/ Störungen/ Syndrome, wie Autismus-Spektrum-Störung, Brader-Willi-Syndrom als Erklärung der Verhaltensauffälligkeiten
- Frühgeborene (preterm), Kinder mit Übergewicht, Spezial-/ Sondenernährung
- medizinische Interventionen: Einsatz von Medikamenten, Vitaminen, Operationen
- spezielle Interventionen: Ernährungsprogramme, Akupunktur, Interventionen der Frühen Hilfen, Einsatz von Hebammen
- ausschließlich psychotherapeutische Interventionen bei mütterlicher postpartaler Depression, PTBS sowie Angststörung ohne Berücksichtigung des kindlichen Verhaltens
- Versorgungsstudien, prospektive Studien, Studienprotokolle, Dissertationen, Buchkapitel, systematische Reviews, Studien zu ökonomischen, ethischen oder epidemiologischen Fragen

Für die Studienaushwahl wurde nach den Richtlinien des *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-Statement* (Moher et al., 2011) vorgegangen. Das Flussdiagramm in Abbildung 23 stellt den Ablauf der Recherche dar.

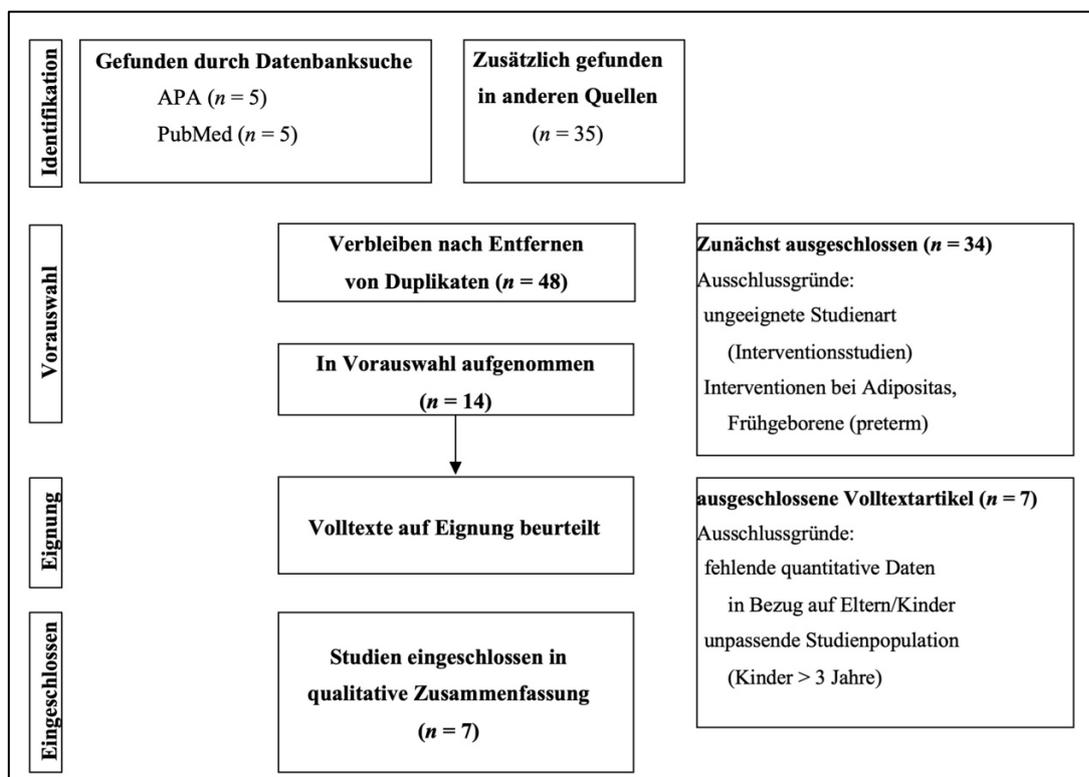


Abbildung 23. PRISMA-Flussdiagramm

Quelle: Eigene Darstellung

Eine Übersicht zu allen in die Vorauswahl aufgenommenen Studien befindet sich im *Anhang B*.

### 3.2.2 Eigenschaften und Bewertung der eingeschlossenen Studien

Für die einzelnen eingeschlossenen Studien ( $n = 7$ ) wurden jeweils die Art der Regulationsprobleme, die angewandten Interventionsformen sowie die zuvor festgelegten Outcome-Parameter systematisch erfasst. Der Veröffentlichungszeitraum umfasst die Jahre von 2001 bis 2021. Die Gesamtteilnehmerzahl liegt bei  $n = 1.536$  Eltern-Kind-Dyaden (878 in Interventionsgruppen, 659 in Kontrollgruppen). In den Studien wurden jeweils Interventionsgruppen mit einer TAU-Kontrollgruppe verglichen und follow-up-Erhebungen durchgeführt (bei 6, 8, 12 Wochen und 6 Monaten). In den Studien kamen unterschiedliche **Interventionsformen** zur Anwendung: *Eltern-Kind-Psychotherapie, Beratungsangebote* sowie *Elterntrainings bzw. Verhaltensprogramme*.

Tabelle 3 fasst die eingeschlossenen Studien anhand dieser Interventionsform zusammen.

Tabelle 3

*Übersicht zu den eingeschlossenen Studien getrennt nach Interventionsformen*

Studienautoren (Jahr) Land	Regulations- probleme	Stichprobenumfang	Interventionen
<i>Eltern-Kind-Psychotherapie</i>			
Georg, Cierpka, et al. (2021) Deutschland	Schlafen, Füttern, Schreien	Gesamt: $N = 154$ IG $N = 81$ (fPIP) KG $N = 73$ (TAU)	fokussierte Eltern-Kind- Psychotherapie (fPIP)
Mattheß et al. (2021) Deutschland	Schlafen, Füttern, Schreien	Gesamt: $N = 32$ IG: $N = 16$ (PIP) KG: $N = 16$ (TAU)	Eltern-Kind- Psychotherapie (PIP)
<i>Beratungsangebote</i>			
Hiscock et al. (2014) Australien	Schlafen, Schreien	Gesamt: $N = 547$ IG: $N = 273$ (Berat.) KG: $N = 274$ (TAU)	Beratung: Infos per DVD, telefonische Beratung, Elterngruppe
Rouzafzoon et al. (2021) Iran	Schlafen	Gesamt: $N = 82$ IG: $N = 41$ (BSI) KG: $N = 41$ (TAU)	Beratung (BSI): Broschüre, Einzelsitzung, Folgeanrufe
Salisbury et al. (2012) USA	Schlafen, Füttern, Schreien	Gesamt: $N = 62$ IG: $N = 31$ (FCI) KG: $N = 31$ (TAU)	familienzentrierte Therapie (FCI)
<i>Elterntrainings/ Verhaltensprogramme</i>			
Popp et al. (2019) Deutschland	Schlafen, Füttern, Schreien	Gesamt: $N = 49$ IG: $N = 28$ (BTP) KG: $N = 21$ (TAU)	Baby Triple P (BTP)
St. James-Roberts et al. (2001) UK	Schlafen, Schreien, Füttern	Gesamt: $N = 610$ IG1: $N = 205$ (VT) IG2: $N = 202$ (EP) KG: $N = 203$ (TAU)	Verhaltensprogramm (VT) Erziehungsprogramm (EP)

*Anmerkung.* TAU = Treatment as usual

Als **Outcome-Parameter** erfassten die meisten Studien mehrere Bereiche der frühkindlichen Regulation; die Studie von Rouzafzoon et al. (2021) bezieht sich lediglich auf das kindliche Schlafverhalten. Die Messung der primären Outcome-Parameter (kindliche Regulationsprobleme) erfolgte über Verhaltenstagebücher, standardisierte Fragebögen, Verhaltensanalysen und diagnostische Interviews. Die sekundären Outcome-Parameter (elterliche Stimmung, Belastung, Depressivität, Angst) wurde über entsprechende Veränderungsmaße der Verfahren erfasst.

Die **Qualität der Studien** wurde mit Hilfe des *Qualitätsratingsystems von Moncrieff et al. (2001)* bewertet. Dabei wurden folgende unterschiedlich gewichtete Indikatoren evaluiert:

- *Indikator 0*: unzureichende Stichprobengröße ( $n < 50$ ), kurzer Studienzeitraum ( $< 3$  Monate), mangelhafte Anzahl an Indikatoren, nicht randomisierte Allokation, wenige/keine Angaben zur Demographie, zu geringe Ergebnispräsentation, unangemessene statistische Analysen
- *Indikator 1*: angemessene Stichprobengröße ( $n = 50-100$ ), adäquate Studienlänge (3-6 Monate), moderate Anzahl an Indikatoren, quasi randomisierte Allokation mit möglicher Verzerrung; angemessene demographische Angaben, Ergebnispräsentation und statistische Analysen
- *Indikator 2*: optimal große Stichprobengröße ( $n > 100$ ), langer Studienzeitraum einschl. follow-up ( $> 6$  Monate), umfassende Anzahl an Indikatoren, randomisierte Allokation, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien; vollständige demographische Angaben, doppelverblindete Durchführung, umfassende Ergebnispräsentation, umfassende und angemessene statistische Analysen

Tabelle 4 fasst die vorgenommenen Bewertungen anhand dieser Indikatoren zusammen.

Tabelle 4

*Bewertung der eingeschlossenen Studien nach definierten Indikatoren*

Studien	Stichprobengröße	Studienzeitraum	Allokation	Demographie	Verblindung	Ergebnisse	Statistik	Fazit
Georg, Cierpka, et al. (2021)	2	1	2	2	2	2	2	<b>2</b>
Mattheß et al. (2021)	0	1	2	2	2	2	2	<b>1</b>
Hiscock et al. (2014)	2	1	2	1	2	2	2	<b>2</b>
Rouzafzoon et al. (2021)	1	0	2	2	1	2	2	<b>1</b>
Salisbury et al. (2012)	1	0	2	2	1	2	2	<b>1</b>
Popp et al. (2019)	0	1	2	2	1	2	2	<b>1</b>
St. James-Roberts et al. (2001)	2	1	2	2	2	2	2	<b>2</b>

*Anmerkungen.* Indikatoren: 0 = unzureichend, 1 = angemessen, 2 = optimal

Die Qualität der Studien kann als sehr heterogen bewertet werden. Durch das Ratingsystem von Moncrieff et al. (2001) wird deutlich, dass sich die Studien sowohl hinsichtlich der Angaben über die Rekrutierung als auch in Bezug auf die Stichprobengröße sowie hinsichtlich der eingesetzten Erhebungsverfahren zur Diagnose der Regulationsstörungen unterscheiden. Auch die Diagnosekriterien für Regulationsstörungen variieren in den Studien. Dies erschwert einen direkten Vergleich der Studienergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit der dokumentierten Interventionen.

Im Folgenden werden die eingeschlossenen Studien genauer charakterisiert und hinsichtlich methodischer Merkmale beurteilt. Für die Auswertung werden mit Hilfe der aus den Studien ermittelten Mittelwerte und Standardabweichungen die standardisierten Mittelwertdifferenzen (SDM) berechnet sowie die Effektstärken und 95%-Konfidenzintervalle ermittelt.

**Georg, Cierpka, et al. (2021) *The Efficacy of Brief Parent-Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A Randomized Controlled Trial***

Hintergrund: Die Autoren untersuchten in ihrer randomisiert kontrollierten Studie die Wirksamkeit der manualisierten psychodynamisch-beziehungsorientierten Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT oder fPIP) bei diagnostizierten Regulationsstörungen in den Bereichen Schreien, Schlafen und Füttern. Die Effektivität der Kurzzeitintervention wurde mit einer kinderärztlichen Regelbehandlung (TAU) verglichen. Teilnehmende waren 154 Mütter und Säuglinge im Alter von 4 bis 15 Monaten. Diese wurden randomisiert auf die beiden Studienbedingungen, fPIP ( $n = 81$ ) oder TAU ( $n = 73$ ) zugewiesen. Die Drop-out-Rate im follow-up lag bei 6 %. Über einen Zeitraum von 12 Wochen beinhaltete die manualisierte Behandlung durch fPIP eine 90-minütige Erstsitzung sowie 3 Folgetermine á 50 Minuten; die Regelbehandlung erfolgte durch den Kinderarzt. Zur Erfassung der Wirksamkeit wurden standardisierte Fragebögen (Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen; Parenting Stress Index; Symptom Checklist; Parental Reflective Functioning Questionnaire; Zufriedenheitsfragebogen) und Verhaltenstagebücher eingesetzt sowie zusätzlich Interaktionsbeobachtungen von Eltern und Kindern videographiert.

Primäre Endpunkte waren die regulatorischen Symptome und die Remissionsrate der Säuglinge, operationalisiert durch die Dauer der Schrei-/ Quengel-, Schlaf-, und Fütterepisoden an vier aufeinander folgenden Tagen sowie die von den Eltern erlebten Schwierigkeiten der Verhaltensregulation des Kindes. Sekundäre Endpunkte waren die psychische Belastung der Eltern, Depression, elterlicher Stress, mütterliche Selbstwirksamkeit, elterliche Mentalisierungsfähigkeit und die von den Beobachtern bewertete emotionale Verfügbarkeit der Eltern. Die Bewertungen erfolgten zu Studienbeginn und am Ende der Behandlung nach 12 Wochen.

**Ergebnisse:** Die fPIP war der TAU überlegen hinsichtlich der Reduzierung der Gesamtsymptome der Regulationsprobleme bei den Säuglingen ( $F[1,152] = 8.71, p = .004, \eta^2 = 0.05, CI = 0.01-0.12$ ), und hinsichtlich einer signifikant höheren Remissionsrate des nächtlichen Aufwachens ( $\chi^2[1] = 4,71, p = .030, OR = 3.12, 95\%-CI [1.21, 9.22]$ ). Mütter in fPIP zeigen eine reduzierte psychische Belastung im Vergleich zu Müttern in TAU ( $F[1,152] = 13.72, p = .001, \eta^2 = 0.08, 95\%-CI [0.03, 0.16]$ ). Die fPIP führt zu einer Abnahme der Depressivität im Vergleich zu TAU ( $F[1,152] = 10.20, p = .002, \eta^2 = 0.06, 95\%-CI [0.02, 0.13]$ ). Ein Trend deutet darauf hin, dass fPIP zu einer erhöhten mütterlichen Selbstwirksamkeit und elterlichen Mentalisierungsfähigkeit führte.

**Kommentar:** Die Wirksamkeit der fSKEPT wurde in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht. Vergleichsgröße ist eine pädiatrische Regelbehandlung (TAU). Die Allokation zu den Studienbedingungen erfolgte durch eine elektronische Randomisierung und doppelte Verblindung. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Die primären und sekundären Zielkriterien wurden zu Studienbeginn (T1) und zu Behandlungsende nach zwölf Wochen (T2) erhoben. Es kam zu höherem Drop-out bei Müttern ohne deutsche Staatsbürgerschaft, die TAU stellte eine schwächere Vergleichsbedingung dar. Es fehlt eine Bewertung der Interaktionsqualität in schwierigen Situationen. Die Studie erfüllt dennoch wissenschaftliche Standards und lässt sich als Evidenzlevel 1B (RCT höherer Qualität) bewerten.

**Mattheß et al. (2021) *Potential efficacy of parent-infant psychotherapy with mothers and their infants from a high-risk population: a randomized controlled pilot trial***

**Hintergrund:** Ziel der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie (RCT) war die Untersuchung der Wirksamkeit der Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) bei Müttern und ihren Säuglingen, die in Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen leben. Dafür wurden insgesamt 34 Mutter-Kind-Paare in die Interventionsgruppe oder Standardgruppe (CAU) randomisiert. Anhand videographierter Spielinteraktionen und verschiedener anderer Variablen wurden zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (Baseline, 3-Monats- und 6-Monats-Follow-Up) die Veränderung der Feinfühligkeit, der psychopathologischen Symptome, des Belastungserlebens und der reflexiven Funktion der Mütter sowie Veränderungen der Mutter-Kind-Bindung und der kindlichen Entwicklung erhoben. Die SKEPT ist eine psychotherapeutische Intervention, in der Mutter und Kind gemeinsam behandelt werden. Sie zielt auf einen sicheren Bindungsaufbau und Verbesserung der Feinfühligkeit ab. Die SKEPT wird durch speziell weitergebildete und in der Methode zertifizierte Therapeuten und Therapeutinnen durchgeführt und findet einmal wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten und zusätzlich zu den bestehenden sozialpädagogischen Angeboten in den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen statt. Die CAU-Gruppe erhält die

sozialpädagogischen Maßnahmen, welche in den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen angeboten werden. Nach einem Wartezeitraum von sechs Monaten kann eine zusätzliche psychoedukative Nachbetreuung stattfinden.

Primärer Endpunkt war die Feinfühligkeit der Mutter in der Interaktion mit dem Kind, gemessen anhand der Subskala 'Sensitivity' der Emotional-Availability-Scale (EAS) am Ende der 6-monatigen Intervention. Die Auswertung der 10-minütigen Videoaufnahmen geschieht durch Verblindung. Sekundäre Endpunkte waren die mütterlichen psychopathologischen Symptome, erhoben mit dem Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), postpartale Depression, erhoben durch die Edinburgh Postnatale Depressionsskala, mütterliche reflexive Funktion, durch den Parental Reflective Functioning Questionnaire und strukturelle Beeinträchtigungen (Inventar zur Persönlichkeitsorganisation), psychische Stabilität (Symptom-Checklist), sowie ihr Stresserleben (Eltern-Belastungs-Inventar), kindliche Entwicklung (Entwicklungstest ET-6-6-R) und die Mutter-Kind-Bindung (Fremde-Situations-Test und Parental Bonding Questionnaire).

Ergebnisse: Mütter, die an der PIP teilnahmen, zeigten nach 6 Monaten deutliche Verbesserungen in Bezug auf ihre Sensibilität, psychischen Probleme, Stress und depressiven Symptome. Es gibt einige Hinweise auf weniger depressive Symptome und geringeres mütterliches Leiden nach 6 Monaten PIP-Intervention, die jedoch keine Signifikanz erreichten ( $F[1, 8] = 2.57$ ,  $p = .147$ ,  $\eta^2 = 0.24$ ). Die Intention-to-treat-Analyse ergab, dass die Scores unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit zwischen T1 und T3 signifikant abnahmen (Parameterschätzung  $-6.01$ , 95% CI  $[-9.77, -2.25]$ ). Die Summenwerte der mütterlichen Belastung zeigten keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen ( $F[1,8] = 2.92$ ,  $p = .126$ ,  $\eta^2 = 0.19$ ). Jedoch war die Subskala für mütterliche Belastung bei T3 in der CAU-Gruppe (MCAU = 75.7) höher als in der PIP-Gruppe (MPIP = 60.2), ein Effekt, der sich einer Signifikanz in der ANCOVA annäherte ( $F[1,8] = 4.34$ ,  $p = .063$ ,  $\eta^2 = 0.19$ ).

Kommentar: Die Wirksamkeit der PIP wurde in einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie untersucht. Vergleichsgröße ist eine pädiatrische Regelbehandlung (CAU). Die Allokation zu den Studienbedingungen erfolgte randomisiert; die Endpunkte wurden verblindet erhoben. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Es kam zu einem hohen Drop-out (20 %). Da für die Pilotstudie nur eine kleine Stichprobe genutzt werden konnte, sind die Daten lediglich orientierend für die geplante RCT-Studie. Die heterogene und kleine Stichprobengröße kann die Ergebnisinterpretation einschränken. Es zeichnen sich jedoch bereits Effekte der Eltern-Kind-Psychotherapie bezogen auf die Erhöhung der mütterlichen Sensitivität sowie der Reduzierung der mütterlichen Depressivität und psychischen Belastung ab. Aufgrund der zu kurzen follow-up-Phase sind die Therapieeffekte noch nicht konsolidiert. Es kann zu Verzerrungen durch die Selbstbeurteilung in den Fragebögen und Screenings gekommen sein.

**Hiscock et al. (2014) *Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial.***

Hintergrund: Die randomisiert kontrollierte Studie mit 781 Säuglingen, die im Alter von 32 Wochen oder später in 42 Gesundheitszentren in Melbourne, Australien, geboren wurden. Das follow-up erfolgte im Säuglingsalter von 4 und 6 Monaten. Die Intervention umfasst die Bereitstellung von Informationen über normale Schlaf- und Schreimuster von Säuglingen, Eingewöhnungstechniken, medizinische Ursachen des Weinsens und Elternselbstfürsorge, geliefert per Broschüre und DVD (im Säuglingsalter von 4 Wochen), telefonische Beratung (8 Wochen) und Elterngruppe (13 Wochen) versus einer guten Kinderbetreuung. Zu den Endpunkten gehörten von der Pflegekraft berichtete Nachtschlafprobleme des Säuglings (primärer Endpunkt), der Tagesschlaf des Säuglings, Schrei- und Fütterungsprobleme, Schreien und Schlafdauer, Depressionssymptome der Pflegeperson, Anwesenheit beim nächtlichen Aufwachen und Änderungen der Säuglingsnahrung (sekundäre Endpunkte).

Ergebnisse: Säuglinge in der Interventionsgruppe, die mehr als 11 Mahlzeiten innerhalb von 24 Stunden erhielten, zeigten gegenüber der Kontrollgruppe eine um 87 % niedrigere Wahrscheinlichkeit, tagsüber Schlafprobleme zu haben (OR = 0.13, 95%-CI [0.03, 0.54]) sowie eine um 73 % niedrigere Wahrscheinlichkeit, Schreiprobleme zu haben (OR = 0.27, 95%-CI [0.08, 0.86]). Diese Wirkung trat bei diesen Kindern nach 4 Monaten auf, jedoch nicht nach 6 Monaten. Es kam zu keinen signifikanten Unterschieden bei den Schlafproblemen von Säuglingen zwischen den Gruppen. Eltern innerhalb der Interventionsgruppe begleiteten nach 6 Monaten mehr als 20 Minuten lang das Aufwachen ihrer Säuglinge (41 % vs. 51 %, angepasstes OR = 0.66, 95%-CI [0.46, 0.95]).

Kommentar: Die Allokation zu den Studienbedingungen erfolgte durch computergenerierte Randomisierung. Die Studie wurde doppelblind durchgeführt. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Das follow-up erfolgte mit hoher drop-out-Rate (30 %) in einem zu kurzen zeitlichen Abstand, um einen Effekt zu zeigen. Die Beratung zeigt eine geringe Wirksamkeit in Bezug auf das Schreien und Schlafen von häufig gestillten Säuglingen. Möglicherweise liegt eine ineffektive Informationsvermittlung aufgrund zu spät erfolgter persönlicher Kontaktaufnahme vor.

**Rouzafoon et al. (2021) *The effects of infant behavioural sleep interventions on maternal sleep and mood, and infant sleep: A randomised controlled trial***

Hintergrund: Die Studie untersuchte die Auswirkungen einer präventiven verhaltensbezogenen Schlafintervention (BSI) auf das Schlafverhalten von Säuglingen, die Schlafqualität der Mutter und Depressionen. Von August 2018 bis April 2019 wurde eine klinische randomisierte multizentrische kontrollierte Studie mit 82 Müttern und ihren Säuglingen im Alter von 2–4 Monaten im Iran durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt BSI, die eine individuelle 90-minütige

Unterrichtssitzung, eine Broschüre, Sprachnachrichten und Folgeanrufe beinhaltete, während die Kontrollgruppe eine Schulung zur allgemeinen Säuglingssicherheit erhielt. Einzelheiten zum Schlaf des Säuglings, zur Schlafqualität der Mutter und zur postnatalen Depression wurden anhand des Schlaftagebuchs, des Pittsburgh Sleep Quality Index und der Edinburgh Postnatal Depression Scale vor und 8 Wochen nach dem Training gemessen.

Ergebnisse: In der Studie werden positive Wirkungen einer frühen präventiven verhaltensbezogenen Schlafintervention sowohl auf das Schlafverhalten der Säuglinge, auf die mütterliche Stimmung sowie auf den mütterlichen Schlaf gezeigt. Die durchschnittliche „Nachtschlafzeit“ und die „längste selbstregulierte Nachtschlafzeit“ der Säuglinge verlängerten sich um 81 Minuten ( $p < .001$ ), die durchschnittliche Einschlafzeit senkte sich gegenüber der Kontrollgruppe von 00:30 Uhr auf 22:20 Uhr. Zudem kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der Schlafqualität und Depressivität der Mütter ( $p < .05$ ).

Kommentar: Die randomisierte Allokation zu den Studienbedingungen der multizentrischen Parallel-Kontrollstudie erfolgte computer-generiert; eine verblindete Durchführung konnte aufgrund des Bildungsgrades der Teilnehmer nicht gewährleistet werden. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Es werden positive Effekte einer präventiven Beratung in Bezug auf das Schlafverhalten der Kinder, die mütterliche Stimmung und den mütterlichen Schlaf deutlich. Auswirkungen auf eine mütterliche Depression konnten nicht nachgewiesen werden; Gründe können im frühen Einsatz der Beratung und in der kurzen Zeit der Nachsorge liegen. Der kurze Zeitraum der Nachsorge kann die Konsolidierung der Effekte einschränken. Vorteile sind die individuellen Einzelberatungen statt Gruppensitzungen.

**Salisbury et al. (2012) *A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic***

Hintergrund: Die randomisierte Kontrollgruppenstudie untersuchte die Effektivität einer individualisierten familienzentrierten Behandlung bei der Behandlung von Säuglingskoliken. Die Familien wurden randomisiert der Interventionsgruppe oder der Gruppe mit Standardbehandlung zugewiesen. Inhalt der Behandlung waren individualisierte Behandlungspläne zur Unterstützung von Schlaf, Füttern, Routinen und psychischer Gesundheit der Familie. Gegenüber der Standardbehandlung kam es bei der familienbasierten Behandlung zu einer Reduktion des Säuglingsschreiens, verlängerten Schlafphasen und zur Reduktion der Zeit, die für das Füttern aufgebracht wurde. Ergebnisse deuten darauf hin, dass die familienbasierte Behandlung die Rate an Säuglingskoliken schneller verringert als standardmäßige pädiatrische Behandlung.

Ergebnisse: Säuglinge in der Interventionsgruppe schliefen 2 Wochen nach der Behandlung länger und Eltern verbrachten 2, 6 und 10 Wochen nach der Behandlung weniger Zeit mit dem Füttern als bei Säuglingen in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zeigen, dass gegenüber der

pädiatrischen Standardversorgung eine individualisierte familienbasierte Behandlung die Reduktionsrate des Schreiens von Säuglingen beschleunigte.

Kommentar: Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Die Familien wurden den beiden Studiengruppen durch balancierte Randomisierung zugeteilt. Dadurch wurde eine gerechte Anzahl zwischen den beiden Gruppen sichergestellt. Eine Doppelverblindung war nicht möglich. Ein Intent-to-treat-Design konnte nicht implementiert werden, da keine Outcome-Daten von Studienabbruchern erhoben wurden. Die Studie konnte Behandlungseffekte bezogen auf das Schreien, Schlafen und Füttern von Säuglingen sowie auf medizinische Kontakte und die Elternzufriedenheit zeigen. Die Zeitspanne der Studie erscheint sehr kurz und die Stichprobengröße relativ klein. Die Studie sollte repliziert werden, um die Aussagen zu untermauern.

**Popp et al. (2019) *The relevance of infant outcome measures: A Pilot-RCT comparing Baby Triple P positive parenting program with care as usual***

Hintergrund: In der Pilotstudie wurden Machbarkeit und Wirksamkeit von Baby Triple P – einem vorgeburtlichen Elterstraining – untersucht. Gesunde werdende Ersteltern wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Baby Triple P-Elterstrainingsgruppe oder einer Pflege-wie-üblich-Kontrollgruppe zugeteilt. Es wurde erwartet, dass 78 Paare von Ersteltern rekrutiert werden. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass Eltern und ihre Säuglinge in der Elterstrainingsgruppe signifikant weniger Psychopathologie-/ Regulationsprobleme und eine bessere Partnerschaftsqualität aufweisen als Teilnehmer in der Kontrollgruppe. Das Baby Triple P Elterstraining bestand aus 8-Sitzungen, das in vier Gruppensitzungen vor der Geburt und vier Telefonsitzungen nach der Geburt durchgeführt wurde.

Primäre Endpunkte: Die Anzahl der Symptome bei BSI 18 zur Messung psychischer Belastungen und psychiatrischer Störungen und der Beziehungsfragebogen PFB-K erfassten die Partnerschaftszufriedenheit vor der Geburt (T1) und zwei Monate nach der Geburt (T2). Mit einem diagnostischen Interview (Baby-DIPS) wurden die Schweregrade (0-8, > 4 weist auf eine klinisch übertragene Störung hin) von Regulationsproblemen bei Säuglingen beim Weinen, Schlafen und Fütterverhalten 6 Monate nach der Geburt (T3) bewertet.

Sekundäre Endpunkte: Die Qualität der Elternschaft 2 Monate nach der Geburt (T2), 6 Monate nach der Geburt (T3) wurden mit Hilfe konstruierter Fragebögen erhoben. Elternbezogenes Verhalten und Kognitionen wurden mit der Parenting Sense of Competence Scale (PSOC; T2, T3) mit beiden Elternteilen und dem Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; T2) nur bei Müttern bewertet. Darüber hinaus erfassten explorative Fragebögen programmspezifische elterliche Fähigkeiten und pädagogische Elemente, wie die Anzahl der von den Eltern angewandten Beruhigungsstrategien oder das Wissen über die Entwicklung eines Säuglings (T2, T3). Die Anzahl

der Symptome 2 Monate nach der Geburt (T2) in der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, T2) zur Messung der Schwere postnataler Depressionssymptome, in der Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) zur Bewertung der Symptome von Depressionen, Angst und Stress, sowie in der Oslo Social Support Scale (OSS-3) zur Messung der subjektiven Höhe der sozialen Unterstützung, die die Eltern erhalten.

Ergebnisse: Gegenüber der Kontrollgruppe konnten signifikante Unterschiede bzgl. Häufigkeit der Perioden, in denen die Säuglinge wach und zufrieden waren ( $t[25] = 2.29, p = .031, d = 0.88$ ) und bzgl. Häufigkeit des Weinens ( $t[25] = 2.21, p = .041, d = 0.87$ ) sowie in der Dauer (min) des exzessiven Weinens ( $t[25] = 2.15, p = .042, d = 0.83$ ) in der Interventionsgruppe gezeigt werden. Die Studie ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Anzahl der Ernährungsprobleme ( $\chi^2[1] = 0.86, p = .358, d = 0.33$ ), der Einschlafprobleme ( $\chi^2[1] = 0.44, p = .512, d = 0.23$ ), des Weinens und in der Gesamtzahl der Verhaltensprobleme ( $\chi^2[1] = 0.55, p = .469, d = 0.24$ ).

Ebenso konnten keine Unterschiede von Schlafen, Essen, Weinens, Aufregung und Körperkontakt bzgl. Häufigkeit ( $t[25] = 1.46, p = .167, d = 0.57$ ) und bzgl. Dauer ( $t[25] = 1.59, p = .132, d = 0.79$ ) sowie ein geringfügiger Unterschied in der Häufigkeit des Weinens ( $t[25] = 1.73, p = .090, d = 0.67$ ) gefunden werden.

Eltern der BTP- und CAU-Gruppe berichten von ähnlichen Schlafmustern am Tag und in der Nacht: Säuglinge in der BTP-Gruppe schliefen 3.58 und in der CAU-Gruppe 3.77 mal am Tag ( $t[25] = 0.03, p = .741, d = 0.13$ ) und wachten 1.81 (BTP) vs. 2.46 (CAU) mal während des Tages auf ( $t[25] = 1.35, p = .190, d = 0.54$ ). Eltern in der BTP-Gruppe berichten von einer geringen Frustration über das Schreiverhalten ihrer Säuglinge, ohne signifikante Gruppenunterschiede, ( $t[25] = 1.49, p = .154, Cohens d = 0.58$ ).

Kommentar: Die Studie zur Wirksamkeit des BTP beim Übergang zur Elternschaft erfolgte durch randomisierte Allokation zu den Studienbedingungen und doppelverblindete Durchführung. Da für die Pilotstudie nur eine kleine Stichprobe (aufgrund geringer Teilnahmebereitschaft) genutzt werden konnte, lassen sich die Daten lediglich orientierend für die geplante RCT-Studie nutzen. Es zeichnen sich jedoch bereits Effekte des frühen Einsatzes des Verhaltenstrainings in Bezug auf das Schreiverhalten der Säuglinge im Alter von 6 Monaten ab. Schreien stellt die größte Sorge und Belastungsquelle für Eltern dar. Hinsichtlich der Fütter- und Schlafprobleme der Säuglinge wurden geringe, in Bezug auf das elterliche Kompetenzgefühl keine Effekte gefunden.

**St. James-Roberts et al. (2001) *Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems.***

Hintergrund: Ziel der COSI (Crying or Sleeping Infants)-Studie war die Bewertung der Wirksamkeit eines Verhaltensprogramms zur Vorbeugung von Weinen und Schlafproblemen bei Säuglingen, das in den ersten 3 Lebensmonaten durchgeführt wurde. Dabei war interessant, welche Elemente des Verhaltensprogramms die Eltern umsetzten und ob das Verhaltensprogramm gegenüber einer erzieherischen Intervention oder die Standardbehandlung wirksamer war, das Weinen des Säuglings zu reduzieren und das nächtliche Schlafen zu fördern.

Es handelt sich um eine dreiarmlige prospektive RCT. Mütter und Neugeborene wurden durch eine randomisierte computergenerierte Allokation den drei Studienbedingungen Verhaltensprogramm ( $n = 205$ ), pädagogische Intervention ( $n = 202$ ) oder Kontrollgruppe ( $n = 203$ ) zugeordnet. Die Studie wurde doppelt verblindet durchgeführt. Es wurden Verhaltenstagebücher verwendet, die vor der Randomisierung und im Alter von 3, 6, 9 und 12 Wochen von den Eltern geführt wurden, um die Umsetzung der Interventionen und das Verhalten des Säuglings, einschließlich Schreien und Schlafen, zu messen. Weinen und Schlafprobleme wurden mit Fragebögen im Alter von 9 Monaten nachverfolgt.

Die Verhaltensintervention bestand aus drei Komponenten: 1) das Bereitstellen einer zentralen Nahrung zwischen 22:00 Uhr und 24:00 Uhr, 2) die Interaktion während der Nacht zu minimieren und 3) die Intervalle zwischen den nächtlichen Fütterungen zu verlängern.

Die primären Endpunkte waren unterbrechungsfreie Nächte (d. h. die Anzahl der Nächte pro Woche, in denen Eltern angaben, dass ihr Baby mindestens 5 Stunden geschlafen hat), Muster von Aufregung und Weinen der Babys sowie das allgemeine Wohlbefinden der Mütter und ihre Herangehensweise an die Elternschaft.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in der Menge des Weinens, das sich während der 12 Wochen allmählich verringerte. Im Alter von 12 Wochen berichteten, signifikant mehr Mütter in der Verhaltensgruppe, dass ihre Babys 7 unterbrechungsfreie Nächte hatten (61 %), verglichen mit der Erziehungs- (53 %) und der Kontrollgruppe (50 %). Die Bildungs- und Kontrollgruppe unterschieden sich in keinem Alter signifikant. Nach 6 und 12 Wochen waren Mütter, die der Verhaltensrichtlinie zugeteilt wurden, strukturierter in ihrer Herangehensweise an die Elternschaft und bewerteten sie als bequemer. Mit 9 Monaten hatten ihre Babys eher eine regelmäßige Schlafenszeit. Wenn Mütter einem Verhaltensprogramm folgten, schliefen 10 % mehr Babys im Alter von 12 Wochen mindestens 5 Stunden nachts, ohne ihre Eltern zu stören. Dieses verbesserte Schlafmuster hielt bis zum Alter von 9 Monaten an. Mütter in dieser Gruppe berichteten auch von einem größeren Gefühl der Kontrolle und einem größeren Vertrauen in ihre Fähigkeit, damit umzugehen.

Ergebnisse: Das Aufklärungsprogramm veränderte das elterliche Fürsorgeverhalten nicht. Bezogen auf Elemente im Verhaltensprogramm wurde die Hauptmahlzeit zwischen 22:00 und 0:00 nicht implementiert, die Verlängerung der Fütterungsintervalle nach der 3. Woche, anfänglich eingeführt, aber später nicht beibehalten. Das Betonen der Tag- und Nacht-Unterschiede wurde in der Verhaltensgruppe durchgeführt. Es kam zu einem Anstieg um 10 % der Säuglinge, die mit 12 Wochen nachts 5 oder mehr Stunden durchschliefen. Eltern aus Verhaltensprogrammen suchten weniger Hilfe wegen Wein- und Schlafproblemen der Kinder zwischen 3 und 9 Monaten. Im Schreiverhalten der Säuglinge konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Kommentar: Die Studie besitzt methodische Stärken, da sie in einer großen Stichprobe und einem langen follow-up angelegt (12 Wochen), für den Randomisierungsprozess ein computergenerierter Zufallsplan verwendet und die Randomisierung für Forscher und Teilnehmer verblindet wurde. Das Behandlungsprotokoll wurde manuell erstellt und die Einhaltung evaluiert. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert, standardisierte Fragebögen eingesetzt und die primären und sekundären Zielkriterien wurden zu Studienbeginn (T1) und auch nach 12 Wochen (T5) erhoben. Die Studie erfüllt wissenschaftliche Standards und lässt sich als Evidenzlevel 2B (RCT niedriger Qualität) bewerten. Das edukative Programm verändert das elterliche Pflegeverhalten nicht. In der Verhaltensgruppe wurde die Einführung einer Hauptmahlzeit zwischen 22 Uhr und Mitternacht nicht übernommen und die Verlängerung der Essenszwischenräume nach der 3. Lebenswoche nur zu Beginn übernommen jedoch nicht beibehalten. Eltern der Verhaltensgruppe betonen die Unterschiede zwischen Tages- und Nachtzeit häufiger. Dies hat einen Anstieg von 10 % der Säuglinge zur Folge, die in der 12. Lebenswoche mehr als 5 Stunden in der Nacht durchschlafen. Zwischen den Gruppen bestand kein signifikanter Unterschied im Schreiverhalten. Mit Blick auf das Schreiverhalten können keine positiven Effekte ausgemacht werden. Es fehlen Gründe für die Nicht-Teilnahme, um einen Selektionsbias auszuschließen sowie eine Verblindung zu vermeiden.

Abschließend wurde eine *Analyse der Studien* durchgeführt, die aufgrund der berichteten Endpunkte miteinander vergleichbar waren. Ausgeschlossen wurden diesbezüglich die Studien von Mattheß et al. (2021) und St. James-Roberts et al. (2001).

Bezogen auf *Regulationsprobleme* lagen die beobachteten SMD der Studien zwischen -0.54 und 0.02, wobei die Mehrheit der Schätzungen negativ war (75 %). Die geschätzte SMD basierend auf dem Random-Effects-Modell betrug -0.18 (95%-CI [-0.44, 0.08]). Das durchschnittliche Ergebnis unterschied sich nicht signifikant von Null ( $z = -1.34, p = .179$ ). Laut Q-Test können die wahren Ergebnisse als heterogen bezeichnet werden ( $Q[3] = 9.11, p = .028, \text{Tau}^2 = 0.04, I^2 = 53.3 \%$ ). Das 95%-Konfidenzintervall für die wahren Ergebnisse beträgt -0.62 bis 0.27. Obwohl das durchschnittliche Ergebnis als negativ eingeschätzt wird, kann das tatsächliche Ergebnis in einigen Studien tatsächlich positiv sein. Eine Untersuchung der studentisierten Residuen ergab, dass die Studie von Georg, Cierpka, et al. (2021) einen Wert von mehr als  $\pm 2.498$  aufwies und im Kontext dieses Modells ein potenzieller Ausreißer sein könnte. Den Cook-Distanzen zufolge konnte keine der Studien als übermäßig einflussreich angesehen werden. Weder die Rangkorrelation noch der Regressionstest deuteten auf eine Funnel-Plot-Asymmetrie hin ( $p = .750$  bzw.  $p = .675$ ).

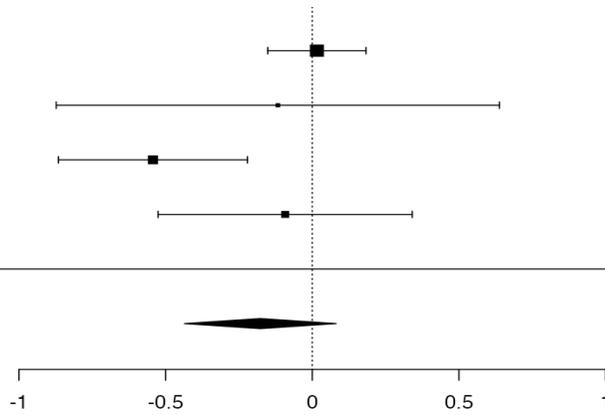
Bezogen auf die *elterliche Belastung* lagen die beobachteten SMD der vier Studien zwischen -0.37 und -0.07, wobei alle Schätzungen negativ waren. Die geschätzte SMD basierend auf dem Random-Effects-Modell betrug -0.17 (95%-CI [-0.31, -0.04]). Daher wich das durchschnittliche Ergebnis deutlich von Null ab ( $z = -2.46, p = .014$ ). Laut Q-Test gab es keine signifikante Heterogenität der tatsächlichen Ergebnisse ( $Q[3] = 1.31, p = .727, \text{Tau}^2 = 0.00, I^2 = 0.0 \%$ ). Eine Untersuchung der studentisierten Residuen ergab, dass keine der Studien einen Wert größer als  $\pm 2.49$  aufwies und es daher im Kontext dieses Modells keine Hinweise auf Ausreißer gab. Den Cook-Distanzen zufolge konnte keine der Studien als übermäßig einflussreich angesehen werden. Weder die Rangkorrelation noch der Regressionstest deuteten auf eine Funnel-Plot-Asymmetrie hin ( $p = .750$  bzw.  $p = .562$ ).

In Tabelle 5 werden mit Hilfe von forest plots die Ergebnisse der in die Analyse eingeschlossenen Studien graphisch veranschaulicht.

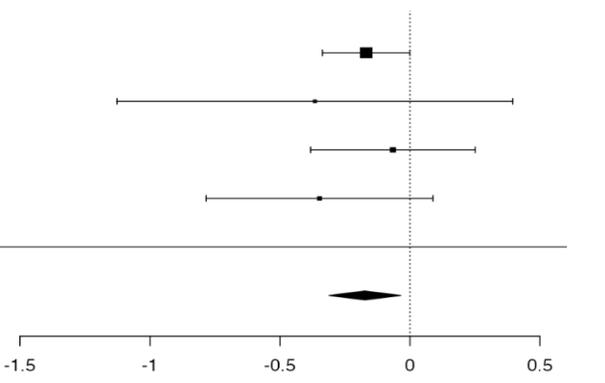
Tabelle 5

*Effektstärken und Forest-plots zu Regulationsproblemen und elterlicher Belastung*

<i>Regulationsprobleme</i>	Intervention			Control			<i>d</i>	<i>95%-CI</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>		
Hiscock et al. (2014)	3.13	1.73	273	3.10	1.45	274	0.02	-0.15, 0.18
Popp et al. (2019)	5.12	1.53	14	5.33	1.93	13	-0.12	-0.87, 0.64
Georg, Cierpka, et al. (2021)	2.06	0.27	81	2.21	0.28	73	-0.54	-0.87, -0.22
Rouzafzoon et al. (2021)	2.50	0.95	41	2.60	1.18	41	-0.09	-0.53, 0.34
							-0.17	-0.39, 0.05

<i>Elterliche Belastung</i>	Intervention			Control			<i>d</i>	<i>95%-CI</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>		
Hiscock et al. (2014)	5.10	4.00	273	5.80	4.30	274	-0.17	-0.34, 0.00
Popp et al. (2019)	2.21	0.51	14	2.39	0.44	13	-0.37	-1.13, 0.40
Georg, Cierpka, et al. (2021)	128.23	32.08	81	130.41	34.32	73	-0.07	-0.07, 0.25
Rouzafzoon et al. (2021)	7.22	4.29	41	9.07	6.10	41	-0.35	-0.78, 0.09
							-0.17	-0.31, 0.04



### 3.2.3 Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse der recherchierten Studien

Mit Hilfe von systematisch recherchierten Studien wurde in diesem Abschnitt die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention und Behandlung frühkindlicher Regulationsstörungen untersucht. Diese konnte jedoch nur in wenigen RCT-Studien nachgewiesen werden. Bei der Durchsicht der recherchierten Studien wird deutlich, dass es sich bei den meisten Studien um epidemiologische, longitudinale oder klinische Studien ohne RCT handelt und wenige Studien zum Nachweis der Effektivität einer spezifischen Intervention existieren. Die Ergebnisse der in die Analyse eingeschlossenen Studien sind wenig oder kaum vergleichbar, da unterschiedliche Endpunkte definiert wurden sowie verschiedene Methoden der Randomisierung und Allokation zu nicht vergleichbaren Studiengruppen genutzt wurden. Aus den Ergebnissen ergeben sich dennoch folgende forschungsweisende Erkenntnisse:

Den dargestellten Verfahren der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie liegt jeweils ein theoretisches Konstrukt zugrunde; sie wird entsprechend eines evaluierten Manuals durchgeführt:

Bei Georg, Cierpka, et al. (2021) steht die *fokussierte Eltern-Kind-Psychotherapie (fPIP)* im Mittelpunkt. Dabei handelt es sich um eine manualisierte psychodynamisch und beziehungsorientierte Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie, bestehend aus einer Einzelsitzung mit den Eltern über 90 Minuten sowie drei Sitzungen mit dem Säugling/ Kleinkind und den Eltern für jeweils 50 Minuten. Der Behandlungsfokus ist entweder konflikt- oder strukturbezogen.

Die *Eltern-Kind-Psychotherapie (PIP)* bei Mattheß et al. (2021) zielt darauf ab, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern, indem sie die Fähigkeit der Eltern unterstützt, affektive Zustände des Kindes zu mentalisieren. Dabei wird durch die Arbeit an internen Arbeitsmodellen (optimale kindliche Entwicklung und Bindungssicherheit) die elterliche Selbstreflexion und Sensibilität gefördert. PIP arbeitet mit Reframing, einer angemessenen Auseinandersetzung in einem unterstützenden Rahmen, Psychoedukation, der Entwicklung von Handlungsstrategien und Video-Feedback.

Die dargestellten Studien machen deutlich, dass die Eltern-Kleinkind-Psychotherapie gegenüber den jeweiligen Kontrollgruppen eine nachgewiesene Wirksamkeit besitzt:

Hinsichtlich der primären Outcome-Parameter (kindliches Regulationsverhalten) zeigen sich Reduzierung des Gesamtniveaus der Regulationssymptome und eine höhere Remissionsrate des nächtlichen Aufwachens (Georg, Cierpka, et al., 2021).

Bezogen auf die sekundären Outcome-Parameter (elterliche Belastung, psychische Symptome) zeigen sich eine Reduzierung der psychischen Belastung und Depressivität (Georg, Cierpka, et al., 2021; Mattheß et al., 2021) sowie eine Erhöhung der emotionalen Verfügbarkeit der Mütter (Mattheß et al., 2021).

Die beiden Beratungskonzepte fokussieren die Verbesserung des kindlichen Schlafverhaltens und damit die elterliche Zufriedenheit:

Die Inhalte des Beratungsansatzes bei Hiscock et al. (2014) waren die Aufklärung über kindliches Schlafverhalten, elterliche Selbstfürsorge und über individuell zugeschnittene Schlaf unterstützende Maßnahmen. Die Beratung erfolgte über Informationen einer Broschüre, einer Anleitungs-DVD, persönlichen Telefonaten und Gruppensitzungen.

Das präventive Konzept *BSI (behavioural sleep intervention)* bei Rouzafzoon et al. (2021) umfasste eine individuelle 90-minütige Unterrichtssitzung, eine Broschüre, Sprachnachrichten und Folgeanrufe.

Die beiden Beratungsangeboten unterscheiden sich in ihrer Relevanz hinsichtlich der Wirksamkeit:

Bezogen auf die primären Outcome-Parameter (kindliches Regulationsverhalten) zeigen sich eine Reduzierung der Schrei- und Schlafprobleme bei den Kindern, die häufiger gestillt wurden, dies jedoch mit geringerer Wirkdauer (Hiscock et al., 2014); sowie eine verlängerte Schlafzeit (Rouzafzoon et al., 2021).

Bezogen auf die sekundären Outcome-Parameter (elterliche Belastung, psychische Symptome) werden eine Reduzierung der Begleitung der Säuglinge durch die Eltern (Hiscock et al., 2014) sowie eine Verbesserung der mütterlichen Schlafqualität (Rouzafzoon et al., 2021) nachgewiesen.

Die Trainings unterscheiden sich hinsichtlich des zugrunde liegenden theoretischen Konstrukts:

Der *Präventionsansatz* bei St. James-Roberts et al. (2001) umfasst zwei Schwerpunkte: Das Verhaltensprogramm besteht aus drei Elementen (Erstellung eines strukturierten Tagesablaufs für den Säugling mit der Betonung des Unterschieds zwischen Tag und Nacht; Etablieren der Hauptmahlzeit des Kindes zwischen 22 Uhr und Mitternacht; Verlängerung von Fütterzwischenräumen nach der dritten Lebenswoche des Säuglings. Das aufklärungsbezogene Programm beinhaltet schriftliche Handlungsempfehlungen, für die Eltern.

Im *Elterntaining Baby Triple P* bei Popp et al. (2019) lernen junge Eltern die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen, es entsprechend zu beruhigen, Schlafgewohnheiten zu fördern und Stresssituationen zu bewältigen. Ziele sind auch, den Übergang zur Elternschaft zu erleichtern und die eigene Paarbeziehung zu stärken.

Bei beiden Trainingskonzepten bestehen sowohl eine hohe klinische Relevanz als auch ein praktischer Nutzen. Elterntrainings und Verhaltensprogramme besitzen vielfältige Effekte:

Bei St. James-Roberts et al. (2001) verlängerte sich die nächtliche Schlafzeit im verhaltensorientierten Programm um 13 % und im Aufklärungsprogramm um 11 %, signifikante Gruppenunterschiede lassen sich erst ab 6 Wochen finden. Beim verhaltensorientierten Programm

finden sich mit 6 Wochen verlängerte Fütterintervalle. Ein signifikanter Gruppenunterschied im Schreiverhalten lässt sich nicht nachweisen.

Popp et al. (2019) weisen häufigere Perioden der Zufriedenheit sowie geringere Dauer und Häufigkeit des Weinens der Säuglinge nach; bei den Eltern reduziert sich die Frustration über das Schreien der Kinder.

In der Zusammenschau der nicht in die Analyse eingeschlossenen Studien lassen sich folgende Erkenntnisse gewinnen:

Studien zu bindungs- und kognitiv-behavioralen Ansätzen zeigen, dass sich frühere und kürzere Interventionen effektiver auf die Reaktionsfähigkeit der Eltern auswirken als später und langfristig einsetzende (Hommel, 2022).

In Studien zu Ansätzen der psychodynamisch fundierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Therapie (SKEPT) konnte gezeigt werden, dass die psychodynamische SKEPT die Eltern-Kind-Beziehung sowie die mütterliche Sensitivität und psychische Gesundheit im Vergleich zur Kontrollbehandlung verbessert wurde (Salomonsson et al., 2015).

Psychodynamische Verfahren sind gegenüber verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen nicht überlegen. Beide Ansätze können als nachhaltig wirksam eingeschätzt werden, das kindliche Verhalten, die elterlichen Kompetenzen und die Eltern-Kind-Interaktion zu verbessern sowie die elterliche Belastung zu reduzieren (Robert-Tissot et al., 1996).

Studien zu Gruppen-Elterntrainingsprogrammen zeigen eine Verbesserung der emotionalen und verhaltensbezogenen Anpassung der Kinder in den Interventionsgruppen (Barlow et al., 2005).

Bei isoliert angewandten Interventionen zeigen sich eine systematische Symptomreduktion, eine verbesserte dyadische Interaktion zwischen Eltern und Kind, eine Zunahme des Selbstvertrauens und eine Abnahme negativer Affekte bei der Mutter. Interventionen nach unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen können als gleich wirksam eingeschätzt werden, da sich kaum differenzielle Effekte ergaben (Mihelic et al., 2017).

Die meisten Studien zur Behandlung des exzessiven Schreiens basieren auf Populationen von Säuglingen bis zum 3. Lebensmonat. Die Beurteilung der Therapiewirksamkeit wird oft durch die in dieser Zeit auftretende Spontanremission eingeschränkt. Es fehlen randomisiert-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze. Therapeutische Wirksamkeiten konnten für verhaltensorientierte Verfahren bzw. Elterntrainings und für tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte Ansätze gezeigt werden. Psychotherapie der Eltern-Kind-Interaktion sollte Vorrang vor pharmakologischen Interventionen der Kinder haben (Wurmser, 2009).

Zur Wirksamkeit einzelner Interventionen bei frühkindlichen Schlafstörungen liegen einige RCT-Studien vor: verhaltensorientierte/ behaviorale Techniken, wie Elternanleitungen zur

Etablierung von Schlafhygiene, Bett Routinen, angepassten Beruhigungsmaßnahmen und Löschung, Massage oder der pharmakologischen Behandlung mit Melatonin (Bruni et al., 2014).

Therapieempfehlungen zur Behandlung von Fütterstörungen besitzen meist einen niedrigen Evidenzgrad. Es existieren Meinungen von Forschenden, Einzelfallbeschreibungen oder nicht randomisierte klinische Studien. Nur bei der „Fütterstörung, assoziiert mit medizinischen Erkrankungen“ und der „Fütterstörung, assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes“ sind randomisiert kontrollierte Studien mit eindeutig positiven Therapieerfolgen durchgeführt worden (Chatoor, 2012).

### 3.3 Zum Stand der Lebensqualitätsforschung bei Kindern und ihren Familien

Dieser Abschnitt informiert über den aktuellen Forschungsstand zur Lebensqualität von Familien.

Die ersten Forschungsaktivitäten im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beschränkten sich auf die Perspektive von Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2006). Zur Beurteilung der Lebensqualität im Kontext der Kinderpsychologie wurden verschiedene Erhebungsverfahren zur Einschätzung der psychosozialen Auswirkungen einzelner Behinderungen und Erkrankungen zunächst aus Elternsicht, später auch aus Sicht des Kindes selbst entwickelt. So entstanden verschiedene Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen sowohl aus der krankheitsübergreifenden als auch aus der krankheitsspezifischen Perspektive (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).

Beispiele für validierte Erhebungsverfahren sind: der *Child Health Questionnaire (CHQ)*: Landgraf (2020)) und das *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQoL)*: Varni et al. (1999)) bzw. die in Deutschland entwickelten *Lebensqualitätsfragebogen für Kinder (KINDL)* (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) und das *Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder (ULQIE)* (Goldbeck & Storck, 2002).

Demgegenüber bestehen lediglich vereinzelte Ansätze, Verfahren zur Beurteilung der Auswirkungen der Krankheitsverarbeitung auf die subjektive Lebensqualität von Familien zu entwickeln. Dabei sind vor allem Kinder mit einer chronischen Erkrankung aufgrund ihrer krankheitsbedingten Abhängigkeit besonders in ihre Familie eingebunden. Bei den bisherigen Ansätzen zur Erforschung von Auswirkungen einer chronischen Erkrankung von Kindern auf deren Familie können drei Perspektiven unterschieden werden (Tröster et al., 2000):

- 1) *Objektivierung der elterlichen Anforderungen*, die sich aufgrund der Erkrankung oder Behinderung eines Kindes entwickeln. Inhalte von Untersuchungen sind der zeitliche Aufwand bei der Betreuung und Versorgung chronisch kranker Kinder, die berufliche Integration der

Eltern, die finanzielle Belastung der Familien und krankheitsbedingte Anforderungen in Bezug auf das Management der Erkrankung.

- 2) *Erfassung psychischer Auffälligkeiten von Müttern* mit dem Ziel Hinweise auf deren psychosoziale Anpassung zu erhalten.
- 3) *Erfassung des elterlichen Belastungserlebens*, das mit der Erziehung und Versorgung von Kindern mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung verbunden ist.

Ausgangspunkte dieser Perspektiven und Ansätze stellen lediglich die Beeinträchtigungen und Einschränkungen dar, die sich für die Eltern aufgrund der Krankheit des Kindes ergeben. Diese Ansätze lassen sich als eher defizitorientiert charakterisieren, da sie die individuellen und familiären Anpassungsleistungen der Beteiligten weniger berücksichtigen. Darüber hinaus entsprechen die objektiv gemessenen Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen nicht dem subjektiven Erleben der Eltern. Dabei kann auf standardisierte Erhebungsverfahren zurückgegriffen werden. Diese erfassen elterliche Belastung, wie z.B. der *Parenting Stress Index* (Abidin, 1995). Dessen deutsche Version *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)* (Tröster, 2011) wird in der vorliegenden Studie eingesetzt.

Einzelne Studien verdeutlichen, dass sich Mütter, deren Kinder aufgrund ihrer Behinderung ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten ausbilden, insgesamt stärker belastet fühlen (Baker et al., 2002). Demgegenüber zeigen Mütter geringe Depressionswerte, denen es gelingt, trotz dieser Belastungen ihr Leben als sinnhaft und kontrollierbar einzuschätzen und zusätzlich über eine befriedigende soziale Unterstützung verfügen (Feldman et al., 2007). Müttern mit einem starken familiären Zusammenhalt gelingt die Anpassung an die Bedürfnisse des Kindes und die Entwicklung neuer Alltagsroutinen besser. Ein aktiver, problem-orientierter Bewältigungsstil hilft Müttern sich weniger belastet zu fühlen als Eltern, die eine Auseinandersetzung mit der Beeinträchtigung vermeiden, bzw. zu Wunschenken oder Selbstvorwürfen tendieren (Baker et al., 2002). Neben den objektivierbaren Indikatoren bleibt jedoch festzustellen, dass die aus den Beeinträchtigungen der Kinder resultierenden elterlichen Anforderungen zu einer erheblichen Einschränkung der Möglichkeiten zur psychosozialen Anpassung sowie zur Aktivität und Selbstentfaltung der Familien führen. Diese subjektive Perspektive besitzt wesentliche Bedeutung bei der Indikation, Planung und Evaluation von familienorientierten Interventionen (Tröster et al., 2000).

Das bereits beschriebene *Konzept der familienbezogenen Lebensqualität* stellt eine Möglichkeit dar, die psychosoziale Situation der Familien aus dieser subjektiven Perspektive zu erfassen. Einzelne Ansätze sind in der Forschungsliteratur zu finden: beispielsweise zur Erfassung der Lebensqualität von Eltern mit asthmakranken Kindern das *Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire* (Juniper et al., 1996) oder zur Erhebung der elterlichen Lebensqualität

bei Kindern mit einer Intelligenzminderung das *Comprehensive Quality of Life Scale ComQOL* (Cummins, 1997).

Durch den Einsatz geeigneter Erhebungsverfahren soll in dieser Forschungsarbeit versucht werden, diesem Defizit gerecht zu werden. Beispielsweise enthält der in der vorliegenden Arbeit genutzte *Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS; Groß et al. (2013))* Items, die auf die Belastung der Eltern, speziell durch das problematische Regulationsverhalten der Kinder fokussieren. Mit Hilfe der *Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Familiensituation* sollen Eltern ihre Unzufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand, den finanziellen Verhältnissen, den Wohnverhältnissen sowie den Spielmöglichkeiten des Kindes einschätzen.

### 3.4 Forschungsstand im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Da die beschriebene Studie in den Zeitraum der COVID-19-Pandemie fiel, widmet sich dieser Abschnitt ersten Forschungserkenntnissen in Bezug auf den Gegenstand dieser Dissertation, die im Zusammenhang mit dieser besonderen Ausgangslage stehen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass während dieser Zeit die Lebenslagen der Familien auf unterschiedliche Weise durch gesamtgesellschaftliche und individuelle Faktoren nachteilig beeinflusst wurden (Renner et al., 2021). Es bestanden direkte Risiken, wie Erkrankungen und Tod von Familienangehörigen sowie auch die verordneten Infektionsschutzmaßnahmen: Quarantänemaßnahmen in Kindertageseinrichtungen, Einschränkung persönlicher Kontakte, Verlagerung der Tätigkeiten auf den häuslichen Bereich. Aber auch indirekte Auswirkungen, wie zunehmende existenzielle Nöte der Familien, Überforderung und eskalierende Konflikte sowie eine insgesamt sinkende Lebenszufriedenheit nahmen erheblichen Einfluss (ebd.).

Damit gehen auch erhebliche Veränderungen im Familiengefüge sowie psychosoziale und wirtschaftliche Belastungen der Familien einher. Dies betrifft Familien in prekären Lebenssituationen in besonderem Maße, v. a. durch den Wegfall alltäglicher Strukturen und Helfersysteme, aufgrund wiederholter Lockdowns, Schulschließungen, Quarantänemaßnahmen sowie durch soziale Isolation und eingeschränkte Freizeitmöglichkeiten (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al., 2021).

Wie in Abbildung 24 veranschaulicht, ist die SARS-CoV-2-Pandemie neben Problemen in der Wirtschaft und im gesellschaftlichen Miteinander auch mit erheblichen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und ihren Eltern verbunden (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al., 2021).

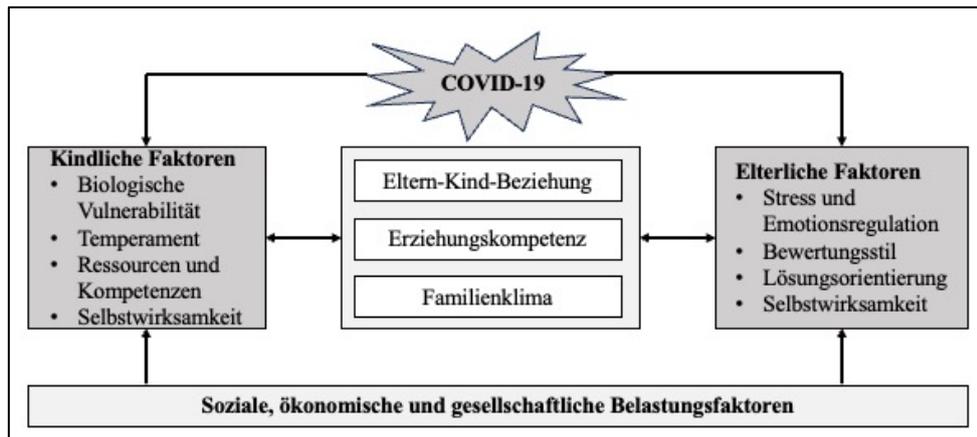


Abbildung 24. Kindliche Entwicklung im Kontext von COVID-19-bedingten Belastungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stadler and Walitza (2021)

Einerseits ergibt sich bei Kindern und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme, wie eine erhöhte Reizbarkeit, Angst und depressive Symptome, verringerte Lebensqualität und Schlafstörungen (Fegert et al., 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Otto, et al., 2021). Andererseits zeigen sich die Auswirkungen der Pandemie auch bei vulnerablen Gruppen wie bei Schwangeren, Müttern nach der Geburt und Kleinkindern, insbesondere in Familien mit bereits bestehenden Risikofaktoren (McDonald et al., 2021; Thapa et al., 2020).

Erste Studien bestätigen neben dem mangelnden Wohlbefinden auch Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit (Burki, 2020). Beispiele dafür sind erhöhte depressive Symptome und Angstsymptome, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und Schlafstörungen (Berthelot et al., 2020; Hessami et al., 2020). Als Folge konnte auch gezeigt werden, dass die Dynamik zwischen mütterlicher Belastung und kindlichen Verhaltensproblemen zunimmt (Asbury et al., 2021; Burki, 2020; Prime et al., 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al., 2021). Insbesondere Mütter mit verstärkten depressiven Symptomen hatten vermehrt Schwierigkeiten, die Probleme in der Selbstregulation ihrer Säuglinge, wie vermehrtes Schlafen und Weinen, wahrzunehmen und darauf hilfreich mit koregulatorischem Verhalten zu reagieren (Perez et al., 2022).

Während der SARS-CoV-2-Pandemie haben sich die Probleme und Störungen der Emotions- und Verhaltensregulation bei unter sechsjährigen Kindern zwischen 15.3 % und 43.0 % erhöht (Schmidt et al., 2021). Bei 21.7 % der Säuglinge zeigten sich vermehrt Schlafprobleme, bei 12.3 % häufiges und schwer zu tröstendes Schreien, bei 1.6 % exzessives Schreien und bei 3.8 % verstärkte Fütterprobleme (Tettenborn et al., 2022). Im Kleinkindalter kam es bei 25 % zu verstärktem Schreien, bei 26 % zu vermehrten Schlafproblemen und bei 31 % zu erhöhtem Trotzverhalten (Schmidt et al., 2021). Regulationsprobleme sind bei 23.3 % der Säuglinge und Kleinkinder mit der Entwicklung von Verhaltensproblemen in der späteren Kindheit assoziiert (Galling et al., 2023).

In der Online-Befragung „CoviFAM“ (Tettenborn et al., 2022) wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Einschränkungen der COVID-19-Pandemie auf die Belastung der Mütter mit Kleinkindern sowie auf die kindliche Verhaltensregulation auswirkt.

Die befragten Mütter gaben eine Zunahme des Schreiens ( $M = 2.11$ ,  $SD = 1.36$ ), der Einschlaf- ( $M = 2.18$ ,  $SD = 1.46$ ), der Durchschlafprobleme ( $M = 2.07$ ,  $SD = 1.41$ ) und der Essprobleme ( $M = 1.51$ ,  $SD = 1.05$ ) an, gegenüber Müttern, die keinen Versorgungsmangel erlebten ( $F[1,575] \geq 4.08$ ,  $p \leq .05$ ).

Durch die Regulationsprobleme ihrer Kinder fühlten sich etwa 20 % der Mütter stärker belastet. 17–21 % berichten über vermehrten elterlichen Stress, eine verringerte Qualität der Bindung zum Kind und weniger Zufriedenheit mit der Partnerschaft.

Mütter, die einen Mangel an medizinischer, psychotherapeutischer oder sonstiger Versorgung erlebt hatten, berichteten insgesamt eine signifikant höhere Belastung ( $F[3,573] = 7.68$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .04$ ) durch das Exzessive Schreien ( $M = 2.94$ ,  $SD = 1.45$ ), durch das Schlafverhalten ( $M = 2.51$ ,  $SD = 1.49$ ) sowie durch das Fütter- und Essverhalten ihrer Kinder ( $M = 1.94$ ,  $SD = 1.35$ ;  $F[1,575] \geq 6.71$ ,  $p \leq .05$ ).

In der Gegenüberstellung mit der Vergleichsgruppe lässt sich bei mehr als einem Drittel der befragten Mütter ein erhöhtes Risiko für eine depressive Episode (EPDS:  $M = 7.53$ ,  $SD = 5.45$ ) sowie ein erhöhtes Stresserleben (PSS-10:  $M = 17.65$ ,  $SD = 6.71$ ) erkennen.

Die Studie zeigt, dass die pandemiebedingte Belastung durch den zeitweisen eingeschränkten Zugang zum Versorgungssystem, durch die Betreuung von mehr als einem Kind sowie durch das junge Alter der Kinder noch verstärkt wurde. Eine gute Bindung zum Kind und eine höhere Zufriedenheit mit der Partnerschaft verringerte die mütterliche Belastung (Tettenborn et al., 2022).

Insgesamt zeigt sich, dass besonders in krisenhaften Situationen, das Säuglings- und Kleinkindalter als vulnerabel betrachtet werden muss. Dies betrifft sowohl die Entwicklung und Manifestation kindlicher Probleme in der Emotions- und Verhaltensregulation als auch die Einschränkung der Interaktionsqualität von Kind und Bezugspersonen und damit verbunden auch die Zunahme an Belastung innerhalb der Familie. Im Zusammenhang mit der Pandemie wird auch deutlich, dass dem erhöhten Bedarf an spezifischer Diagnostik und Interventionen entsprochen werden muss (Hommel, 2022).

## 4 Problemaufriss, Fragestellungen und Hypothesen

Das Kapitel führt ausgehend von den zugrundeliegenden Theorien und recherchierten Quellen auf den Schwerpunkt dieser Forschungsarbeit über. Nach Herleitung des Untersuchungsgegenstandes, werden die Forschungsfragen dieser Studie dargestellt und abschließend die abgeleiteten konfirmatorischen und explorativen Hypothesen vorgestellt und erläutert.

### 4.1 Problemaufriss und Untersuchungsgegenstand

Frühkindliche Regulationsstörungen besitzen eine hohe gesamtgesellschaftliche Bedeutung. Der zunehmende Bedarf an niedrigschwelliger Beratung und spezialisierter Therapie stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen (Borke et al., 2015). Persistierende Regulations- und Verhaltensprobleme der Kinder verursachen aufgrund ihrer ungünstigen Prognose hohe und langfristige Aufwendungen und Belastungen des Sozialsystems (Wurmser, 2009).

Die theoretischen Hintergründe der vorangegangenen Kapitel und insbesondere die Erkenntnisse der recherchierten Forschungsliteratur zeigen, dass für den Bereich der Regulationsstörungen im Kleinkindalter vorrangig epidemiologische, longitudinale oder klinische Studien existieren, von denen die meisten nicht die Kriterien der RCT erfüllen. In den recherchierten Studien fehlen Parameter zur Beurteilung der subjektiven und objektiven Belastung der Eltern. Dies ist jedoch im klinischen Kontext und im Rahmen der Eltern-Kleinkind-Beratung und Therapie essenziell. Deutlich wird auch, dass bisher keine Studien existieren, die spezifisch die Auswirkungen von Regulationsproblemen auf die Lebensqualität der Eltern und Familien fokussieren. Die existierenden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität beschränken sich bisher auf Familien von Kindern mit einer angeborenen bzw. erworbenen meist körperbezogenen oder intellektuellen Beeinträchtigung (Tröster, 2005b). Die vorliegende Forschungsarbeit versucht diese diagnostische Ressource auf den Bereich des Kleinkindalters zu erweitern.

*Aus dem HTA-Bericht der DIMDI (KorczaK et al., 2012) lässt sich ableiten, dass ein weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Ergebnisqualität von spezialisierten Interventionen besteht. Studien zur Wirksamkeit von spezifischen Interventionen bezogen auf Kinder mit Regulationsproblemen sind rudimentär. Insbesondere die Wirksamkeit niedrigschwelliger Angebote einer interdisziplinären Beratung im Bereich der frühkindlichen Entwicklung hat bisher kaum Beachtung gefunden. Demgegenüber wird die präventive Funktion der Familienberatung durch ihre Verankerung im Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz hervorgehoben, mit dem Ziel, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken und eine Gefährdung des Kindeswohls vorzubeugen (Schrappe, 2013).*

Aufgrund der mangelnden Studienlage, gerade für den noch relativ jungen Bereich der Kleinkindberatung, ist es zusätzlich erforderlich auch epidemiologische Erkenntnisse zu gewinnen bzw. zu erweitern. Von Interesse sind das Ausmaß und die Veränderung klinischer Parameter, wie die Symptomausprägung des kindlichen Regulationsverhaltens. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der Versorgungsrate und den Prävalenzzahlen frühkindlicher Regulationsstörungen. Im Rahmen der Evaluationsforschung sollten mögliche Hinweise zur inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der Beratung abgeleitet werden können. Dies ist auch mit Blick auf die Aus- und Weiterbildung für die Begleitung, Beratung und Therapie von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern notwendig (Georg et al., 2023).

Die Evaluation der Wirksamkeit im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist insofern relevant, um zu prüfen, ob der beschriebene Beratungsansatz Adressaten-gerecht ist und die gestellten Ziele nachweisbar erreicht werden können. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die im klinischen Alltag gesammelten Erfahrungen empirisch zu untermauern sowie Anpassungen bzw. Erweiterungen des angewandten Beratungskonzeptes vorzunehmen. Aufgrund der reduzierten Publizität des Angebots an Beratungsstellen in der Versorgungslandschaft kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu leisten, den Stellenwert der Kleinkindberatung insgesamt zu erhöhen.

Im Fokus dieser Forschungsarbeit steht die Wirksamkeit der spezifischen Beratung im Rahmen einer ambulanten Versorgung. Die Wirksamkeitsevaluation besitzt nicht nur klinische Relevanz und Qualitätssicherung in Bezug auf die praxisnahen Interventionen, sondern ist auch bedeutsam für ableitbare Implikationen weiterführender Forschung im Bereich der Rehabilitationspädagogik. So können der Impact der kindlichen Regulationsprobleme und der elterlichen Belastung nicht nur auf die Lebensqualität, sondern auch auf die Partizipation der Familien übertragen werden.

Die relevanten Aspekte der vorliegenden Evaluation entsprechen dem bereits dargestellten Arbeitsmodell, das dieser Dissertation zugrunde liegt. Im Mittelpunkt dieser Studie stehen das Regulationsverhalten der Kinder und dessen Auswirkungen auf die Belastung und die Lebensqualität der Eltern bzw. Familien. Von Interesse ist, in welchem Maße eine Beratung sowohl das kindliche Verhalten als auch die Belastung der Eltern günstig beeinflussen kann, um somit die Lebensqualität der Familie zu verbessern. Es stellt sich die Frage, ob es Gruppen von Familien gibt, die von der Beratung mehr profitieren als andere. Die im nächsten Abschnitt dargelegten Forschungsfragen decken die Ebenen des skizzierten Arbeitsmodells ab.

## 4.2 Konfirmatorische Forschungsfragen und -hypothesen

Dieser Studie liegen die im Folgenden dargestellten konfirmatorischen (zwei allgemeine und zwei übergeordnete) Fragestellungen zugrunde, die mit Hilfe differenzierter Forschungshypothesen konkretisiert werden. Die Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich jeweils auf die Analysen der primären Endpunkte: *kindliche Regulationsprobleme*, *sozial-emotionale Probleme der Kinder*, *elterliches Belastungsempfinden*, *familienbezogene Lebensqualität*.

Die ersten beiden **allgemeinen Fragestellungen** betrachten die Merkmale der beiden Studiengruppen.

### **Forschungsfrage 1** *Unterscheiden sich die primären Endpunkte zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf?*

Mit dieser Fragestellung sollen die besonderen Charakteristika der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt vor der Beratung abgebildet werden. Auf Seiten der Familien, die das Beratungsangebot in Anspruch nehmen, werden ausgeprägte Probleme im Regulationsverhalten der Kinder, ein erhöhtes Belastungsempfinden bei den Eltern sowie eine weniger stark wahrgenommene Lebensqualität der Familien vermutet.

Folgende Forschungshypothesen sollen zu dieser Fragestellung beantwortet werden:

- Hypothese 1a: Die *kindlichen Regulationsprobleme* sind bei Familien mit Beratungsbedarf größer als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 1b: Die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* sind bei Familien mit Beratungsbedarf größer als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 1c: Das *elterliche Belastungsempfinden* ist bei Familien mit Beratungsbedarf höher als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 1d: Die *familienbezogene Lebensqualität* ist bei Familien mit Beratungsbedarf geringer als bei Familien ohne Beratungsbedarf.

### **Forschungsfrage 2** *Unterscheiden sich die primären Endpunkte zwischen Familien mit geringer und hoher psychosozialer Belastung?*

Mit dieser Fragestellung sollen die besonderen Charakteristika von Familien mit unterschiedlich hoher psychosozialer Belastung in der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt vor der Beratung abgebildet werden. Auf Seiten der Familien, mit hoher psychosozialer Belastung, werden ausgeprägte Regulations- und sozial-emotionale Probleme der Kinder, ein erhöhtes Belastungsempfinden bei den Eltern sowie eine weniger stark wahrgenommene Lebensqualität der Familien vermutet.

Folgende Forschungshypothesen sollen zu dieser Fragestellung genauer beantwortet werden:

Hypothese 2a: Die *kindlichen Regulationsprobleme* sind bei Familien mit einer hohen psychosozialen Belastung größer als bei Familien mit einer geringen psychosozialen Belastung.

Hypothese 2b: Die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* sind bei Familien mit einer hohen psychosozialen Belastung größer als bei Familien mit einer geringen psychosozialen Belastung.

Hypothese 2c: Das *elterliche Belastungsempfinden* ist bei Familien mit einer hohen psychosozialen Belastung größer als bei Familien mit einer geringen psychosozialen Belastung.

Hypothese 2d: Die *familienbezogene Lebensqualität* ist bei Familien mit einer hohen psychosozialen Belastung niedriger als bei Familien mit geringer psychosozialer Belastung.

Die beiden folgenden **übergeordneten Fragestellungen** beziehen sich auf zum einen auf die generelle und zum anderen auf die differentielle Komponente der Wirksamkeit.

**Forschungsfrage 3** *Verändern sich die primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt und unterscheiden sich diese Veränderungen zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf?*

Die Frage zur *generellen Wirksamkeit* untersucht, ob die Beratung zur Veränderung der kindlichen Regulationsprobleme (wie bspw. zu verringerten Problemen im Schrei-, Schlaf- und Essverhalten), der sozial-emotionalen Probleme (wie bspw. der Empathiefähigkeit), der elterlichen Belastung (wie bspw. zu einer niedrigen Ausprägung der empfundenen Belastung, gering ausgeprägte depressive Symptomatik, reduzierte Wahrnehmung der Eltern-Kind-Beziehung als „dysfunktional“), und der familienbezogenen Lebensqualität (wie bspw. zu erweiterten Möglichkeiten der sozialen Teilhabe) führt. Es wird vermutet, dass die Inanspruchnahme der Beratung in der Regulationssprechstunde sowohl mit Veränderungen auf Seiten der Kinder als auch auf Seiten der Eltern und der Familien assoziiert ist. Dadurch können Rückschlüsse auf die generelle Wirksamkeit der Beratung in der Inanspruchnahmepopulation gewonnen werden. Die Analyse der Vergleichsgruppe ermöglicht es, Unterschiede in der Veränderung der jeweiligen Endpunkte bei Familien mit Beratungsbedarf gegenüber Familien ohne Beratungsbedarf zu erkennen.

Folgende spezifische Hypothesen sollen bei dieser Fragestellung genauer beantwortet werden:

- Hypothese 3a: Die *Regulationsprobleme der Kinder* reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt bei Familien mit Beratungsbedarf stärker als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 3b: Die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt bei Familien mit Beratungsbedarf stärker als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 3c: Das *Belastungsempfinden der Eltern* reduziert sich zum zweiten Messzeitpunkt bei Familien mit Beratungsbedarf stärker als bei Familien ohne Beratungsbedarf.
- Hypothese 3d: Die *Lebensqualität der Familien* erhöht sich zum zweiten Messzeitpunkt bei Familien mit Beratungsbedarf stärker als bei Familien ohne Beratungsbedarf.

**Forschungsfrage 4** *Unterscheiden sich die Veränderungen der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt zwischen Familien mit geringer und hoher psychosozialer Belastung?*

Mit Blick auf die *differenzielle Wirksamkeit* wird untersucht, wie wirksam das Beratungsangebot der Regulationssprechstunde insbesondere für Eltern mit hoher psychosozialer Belastung ist. Es wird vermutet, dass sich zwei Gruppen von hoch- und niedrig-profitierenden Familien finden. Es wird davon ausgegangen, dass die Beratung aufgrund der erhöhten psychosozialen Belastung einer Familie zu einer geringeren Veränderung der genannten Endpunkte führt. Hochbelastete Familien profitieren somit weniger von der Beratung als Familien mit einer geringen Belastung.

Folgende spezifische Hypothesen sollen beantwortet werden:

- Hypothese 4a: Die *kindlichen Regulationsprobleme* reduzieren sich bei Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt weniger stark als bei Eltern mit einer geringen Belastung.
- Hypothese 4b: Die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* reduzieren sich bei Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt weniger stark als bei Eltern mit einer geringen Belastung.
- Hypothese 4c: Das *elterliche Belastungsempfinden* reduziert sich bei Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt weniger stark als bei Eltern mit einer geringen Belastung.
- Hypothese 4d: Die *familienbezogene Lebensqualität* erhöht sich bei Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt weniger stark als bei Eltern mit einer geringen Belastung.

### 4.3 Explorative Forschungsfragen

Neben den soeben formulierten konfirmatorischen Fragestellungen soll auch zwei explorativen Fragestellungen nachgegangen werden, die sich ebenfalls auf die genannten Endpunkte beziehen.

**Forschungsfrage 5** *Welche Faktoren sind mit der Veränderung der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt assoziiert?*

Zum einen soll untersucht werden, ob auf Subskalenebene *Faktoren der primären Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (prä)* Einfluss auf die primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt (post) ausüben, d. h. ob und in welche Richtung sich ein Endpunkt in Abhängigkeit eines oder mehrerer anderer Endpunkte verändert. Zum anderen werden entwicklungspsychologische Aspekte untersucht. Dazu zählen *kindbezogene Faktoren* (z. B. Geschlecht und Alter der Kinder, Frühgeburtlichkeit, Anzahl an Geschwistern), *mütterbezogene Faktoren* (z. B. Bildungsstand, Berufstätigkeit, psychische Erkrankungen) und *familienbezogene Faktoren* (Beziehungsstatus der Eltern, einschneidende Lebensereignisse).

**Forschungsfrage 6** *Bestehen Zusammenhänge zwischen den beratungsbezogenen Faktoren und den Veränderungen der primären Endpunkte?*

Die Wirksamkeit der Beratung wird anhand der direkten Messung des Beratungserfolges über den Einfluss beratungsrelevanter Variablen (*Wartezeit, Beratungsumfang und -dauer, Teilnahme des Vaters*) sowie über die unmittelbare Erfassung der *Beratungszufriedenheit* analysiert.

## 5 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel stellt die organisatorischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Studie vor. Nach der Darstellung von Studiendesign und Studienpopulation wird der geplante Ablauf der Studie geschildert. In diesem Zusammenhang folgen Informationen zur Aufklärung der an der Studie teilnehmenden Eltern, die Studienbedingungen sowie ein Überblick zum zeitlichen Ablauf der Studie. Anschließend wird das Konzept der niedrighschwelligigen Beratung im Kinderzentrum erläutert. Nach der Vorstellung der Erhebungsverfahren, die zur Erfassung der einzelnen Studienendpunkte eingesetzt wurden, schließt die Erläuterung zur Bildung der Gruppen unterschiedlicher psychosozialer Belastung dieses Kapitel ab.

### 5.1 Studiendesign

Für das nicht randomisierte Parallelgruppendesign der Studie wurden zwei Untersuchungsbedingungen bzw. zwei Studienarme geplant: eine Interventions- und eine Vergleichsgruppe. Die *Interventionsgruppe* besteht aus Familien, die im Rahmen der Regulationssprechstunde des Kinderzentrums ein interdisziplinäres Beratungsangebot erhielten. Die *Vergleichsgruppe* setzt sich aus Familien zusammen, mit denen der Kontakt über ausgewählte Kindertagesstätten hergestellt wurde und die diese Beratung nicht nutzten. Abbildung 25 veranschaulicht die beiden Studienarme.

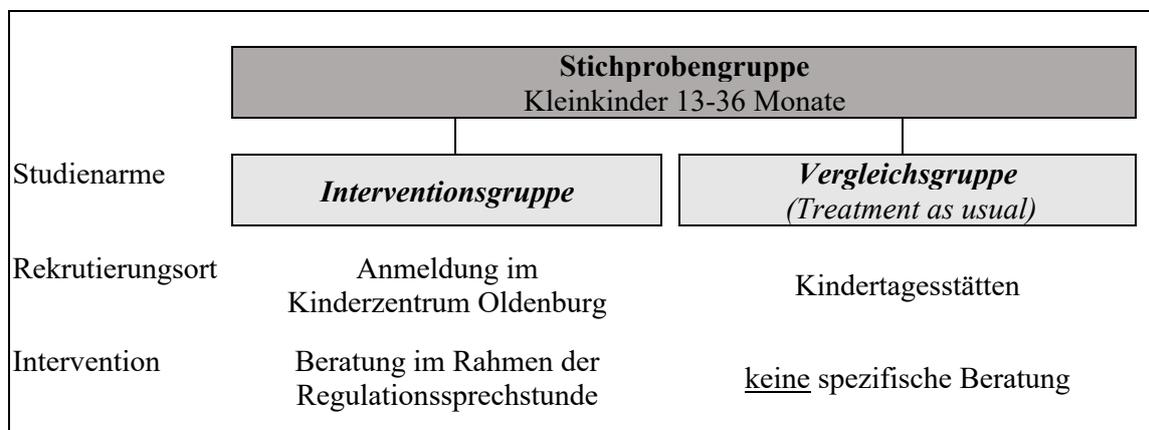


Abbildung 25. Übersicht zu den Studienarmen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Intervention beinhaltet eine interdisziplinäre Beratung, die ausschließlich im *Kinderzentrum Oldenburg* (Sozialpädiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes Oldenburg) stattfindet. Familien von Kindern mit Regulationsproblemen, die sich per Überweisung von niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten im Kinderzentrum für diese Beratung angemeldet haben, bilden die Interventionsgruppe der Studie. Weitere Ausführungen zum Beratungskonzept erfolgen in *Abschnitt 5.6*.

Aufgrund des hohen Leidensdrucks und des Interventionsbedarfs der Familien war es ethisch nicht vertretbar, in Folge einer Randomisierung im Zusammenhang mit der Studie nur einer Gruppe den Zugang zu dem Beratungsangebot zufällig zu ermöglichen bzw. nicht zu ermöglichen. Die fehlende randomisierte Zuweisung der Probanden setzt jedoch einerseits die interne Validität der Untersuchung herab. Andererseits wird die externe Validität des Designs dadurch erhöht, dass die Daten unter klinisch repräsentativen Bedingungen erhoben werden.

Auf eine Kontrollgruppe im testtheoretischen Sinne konnte in dieser Studie ebenfalls nicht zurückgegriffen werden, da ein Vorenthalten einer Beratungsleistung ethisch nicht vertretbar gewesen wäre. Die Vergleichsgruppe wurde in der Funktion einer Treatment-as-usual-Gruppe (TAU) geplant, da sie keine spezifische Beratung zu Regulationsproblemen in Anspruch genommen hat. Diese Vergleichsgruppe wurde über ausgewählte *Kindertagesstätten* des Diakonischen Werkes Oldenburg rekrutiert. Dabei wurde auf fünf Einrichtungen zurückgegriffen, um eine entsprechend große Vergleichsstichprobe zu gewinnen. Die Mitarbeitenden der Einrichtungen wurden im Vorfeld über das Forschungsvorhaben informiert und gebeten, dieses durch die Motivation der Eltern zu unterstützen.

Abbildung 26 stellt das Studiendesign für die beiden Studiengruppen zu den beiden Messzeitpunkten graphisch dar. Der genaue Studienablauf wird in *Abschnitt 5.3* erläutert.

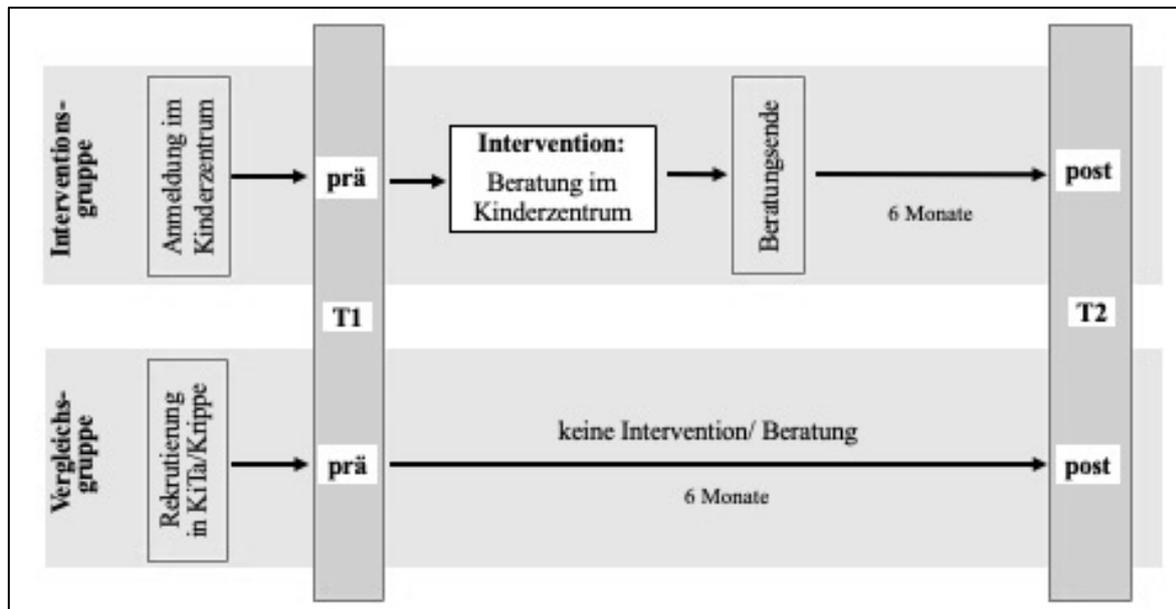


Abbildung 26. Studiendesign für die Studiengruppen mit den Messzeitpunkten

Quelle: Eigene Darstellung

*Anmerkungen.*

Interventionsgruppe: T1/prä: vor Beginn der Erstberatung, T2/post: 6 Monate nach der Beratung

Vergleichsgruppe: T1/prä: bei Studieneinschluss, T2/post: 6 Monate nach Studieneinschluss

Der kurze Zeitraum der Messwiederholung von sechs Monaten stützt sich vor allem auf die rasch fortschreitenden Entwicklungsprozesse und zunehmenden Meilensteine in diesem Lebensalter, wodurch die Kontrolle des Einflusses reifungs- und interventionsbedingter Effekte auf die Symptomatik bei längeren Untersuchungszeiträumen schwer möglich ist (Windaus, 2021).

## 5.2 Studienpopulation

Für die beiden Studiengruppen mussten als **Einschlusskriterien** das Alter der Kinder zwischen 12 und 36 Lebensmonaten liegen und die Eltern über ausreichende Deutschkenntnisse zum Beantworten der Fragebögen verfügen. In die *Interventionsgruppe* wurden Eltern eingeschlossen, die sich aufgrund von Verhaltensproblemen ihres Kindes in der Regulationssprechstunde angemeldet haben. Bereits bei der Anmeldung wurden die diagnostischen Kriterien nach den Diagnostic Classification ZeroToThree (2019) oder nach den Leitlinien der AWMF (Nr. 028/028, (Gontard u. a., 2015)) angewandt.

In beiden Studiengruppen galten als **Ausschlusskriterien** mangelnde Deutschkenntnisse der Eltern sowie der klinische Verdacht auf eine schwere Beeinträchtigung, wie Intelligenzminderung, neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Infantile Zerebralparese), tiefgreifende Entwicklungsstörung (z.B. Autismus-Spektrum-Störung) oder eine Alkoholembryopathie. In der *Vergleichsgruppe* führt die Anmeldung in der Regulationssprechstunde zum Studienausschluss.

Aufgrund der in *Abschnitt 5.8* erläuterten konfirmatorischen Fallzahlberechnung ergab sich ein optimaler **Stichprobenumfang** von 51 Studieneinheiten pro Studienarm. Eine Studieneinheit entspricht einer Familie, bestehend aus Kind und Eltern. Nach Berücksichtigung eines geschätzten Drop-Outs waren 168-184 Studieneinheiten erforderlich.

Die **Rekrutierung der Teilnehmer** erfolgte für die *Interventionsgruppe* im Rahmen der Anmeldung in der Regulationssprechstunde des Kinderzentrums (entsprechend der Verfügbarkeit einer Beratungsressource) und für die *Vergleichsgruppe* (TAU) über die direkte Ansprache und Motivation der Mitarbeitenden in den ausgewählten fünf Kindertagesstätten.

## 5.3 Studienablauf

Alle Eltern, sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe, wurden vor Studienbeginn schriftlich und mündlich über Wesen und Tragweite der geplanten Studie, insbesondere über den möglichen Nutzen für Ihre Gesundheit und eventuelle Risiken, aufgeklärt.

Die Teilnahme der zu befragenden Eltern an der Studie war freiwillig. Ihre Zustimmung wurde durch Unterschrift auf einer Einwilligungserklärung dokumentiert. Die Zustimmung konnte jederzeit, ohne Angabe von Gründen zurückgezogen werden. Für die Interventionsgruppe hatte dies keine Nachteile für eine mögliche weitere Beratung im Kinderzentrum.

Das Studienprotokoll wurde vor Studienbeginn der *Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Oldenburg* zur berufsrechtlichen Beratung vorgelegt. Erst nach dem positiven Ethikvotum, d. h. bei Bestätigung der uneingeschränkten Zustimmung zum Studienprotokoll wurde mit der Studie bzw. der Rekrutierung der Eltern begonnen. Das Studienmaterial wird im *Anhang C* abgedruckt.

Die Studie startete mit Vorliegen des Ethikvotums im Januar 2020. Die Gesamtdauer der Studie war für zwei bis vier Jahre geplant und teilte sich in zwei Phasen ein: Phase 1 mit der Rekrutierung bis zum Erreichen des erforderlichen Stichprobenumfangs (geplante Dauer: 1-2 Jahre) und Phase 2 mit der Datenauswertung und Ergebnisveröffentlichung (geplante Dauer: 1-2 Jahre).

Abbildung 27 gibt einen Überblick zum geplanten Studienablauf für die beiden Studiengruppen.

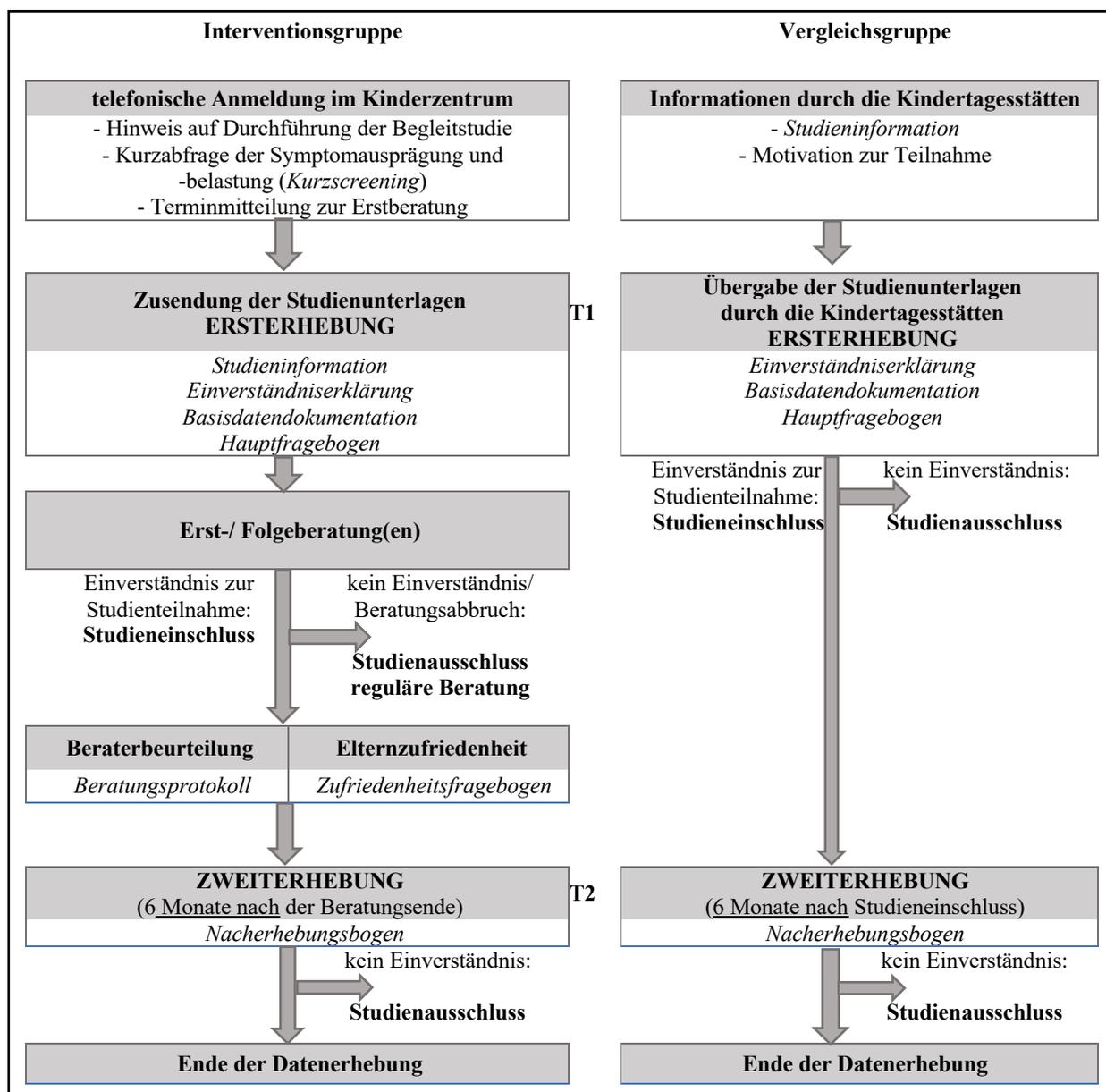


Abbildung 27. Flussdiagramm zum Studienablauf

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Erhebung der Studienendpunkte (primäre und sonstige Endpunkte) wurden mit Hilfe der in *Abschnitt 5.4* beschriebenen Erhebungsverfahren die entsprechenden Informationen je nach Studienarm zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst. Tabelle 6 gibt einen Überblick darüber, zu welchem Messzeitpunkt in den jeweiligen Studiengruppen die einzelnen Erhebungsverfahren eingesetzt wurden. Die Erhebungsverfahren werden im *Anhang C* abgedruckt.

Tabelle 6

*Studienendpunkte, Erhebungsverfahren und Messzeitpunkte getrennt nach Studiengruppen*

Studienendpunkte	Erhebungsverfahren	Messzeitpunkte			
		Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
		T1	T2	T1	T2
<i>Primäre Endpunkte</i>					
kindliche Regulationsprobleme	SFS	x	x	x	x
sozial-emotionale Probleme	BITSEA	x	x	x	x
elterliches Belastungsempfinden	EBI	x	x	x	x
familienbezogene Lebensqualität	FLQ	x	x	x	x
<i>Sonstige Endpunkte</i>					
Ausprägung und Belastung der kindlichen Probleme	Kurzscreening	x <sup>1</sup>			
Soziodemographische Daten	Basisdokumentation	x	x	x	x
Beratungsinhalte	Beratungsprotokoll		x <sup>2</sup>		
Klinische Informationen (Diagnosen nach ICD-10/DC: 0.5)	Beratungsprotokoll		x <sup>2</sup>		
Zufriedenheit mit der Beratung	FBB		x <sup>2</sup>		

*Anmerkungen.*

Erhebungsverfahren:

SFS: Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (Groß et al., 2013)

BITSEA: Brief Infant-Toddler Social & Emotional Assessment (Briggs-Gowan et al., 2004)

EBI: Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster, 2011)

FLQ: Familienbezogene Lebensqualität (Sarimski, 2009; Tröster, 2005)

FBB: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmidt, 1998)

Messzeitpunkte:

Interventionsgruppe: <sup>1</sup> – bei Anmeldung im Kinderzentrum; T1 – vor Beginn der Erstberatung

<sup>2</sup> – bei Abschluss der Beratung; T2 – 6 Monate nach Beratungsende

Vergleichsgruppe: T1 – bei Studieneinschluss; T2 – 6 Monate nach Studieneinschluss

Bezogen auf die Interventionsgruppe wird im Folgenden der Einsatz der jeweiligen Erhebungsverfahren zu den verschiedenen Studienzeitpunkten erläutert.

- Bei der telefonischen Anmeldung wurden von einer Mitarbeiterin im Kinderzentrum mit Hilfe des **Kurzscreening** die von den Eltern wahrgenommene Ausprägung und Belastung der kindlichen Probleme erfasst.
- Vor Beginn der Beratung (Messzeitpunkt T1) wurden von den Eltern mit Hilfe des **Hauptfragebogens** folgende Informationen erfragt:
  - a) *Basisdokumentation*: soziodemographische Daten, Vorstellungsgrund und Erwartung an die Beratung; Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten,
  - b) *SFS: Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen* (Groß et al., 2013),
  - c) *BITSEA: Brief Infant-Toddler Social & Emotional Assessment* (Briggs-Gowan et al., 2004),
  - d) *EBI: Eltern-Belastungs-Inventar* (Tröster, 2011),
  - e) *FLQ: Fragebogen familienbezogene Lebensqualität* (Tröster, 2005b).
- Während der Beratung und zum Ende der Beratung wurden von den Beraterinnen mit Hilfe des **Beratungsprotokolls** folgende Inhalte dokumentiert:
  - a) *ICD-10 – International Classification of Diseases* (Remschmidt, 2017),
  - b) *DC: 0-5 – Diagnostic Classification (ZeroToThree)*, 2016),
  - c) *Beratungsinhalte* (angesprochene Inhalte bzw. durchgeführte Maßnahmen der Beratung).Mit Hilfe des **Zufriedenheitsbogens** wurden von den Eltern Informationen zum *FBB – Fragebogen zur Behandlungsbeurteilung* (Mattejat & Remschmidt, 1998) erhoben.
- 6 Monate nach Ende der Beratung (Messzeitpunkt T2): wurden von den Eltern mit Hilfe des **Nacherhebungsbogens** erneut Informationen zu den Fragebögen *SFS, BITSEA, EBI, FLQ* erhoben.

Das Studienmaterial wird im *Anhang C* abgedruckt.

#### 5.4 Darstellung der eingesetzten Erhebungsverfahren

Die in der Studie eingesetzten Verfahren sollen in diesem Abschnitt genauer beschrieben und ihre Bedeutung für die Erfassung der einzelnen Studienendpunkte verdeutlicht werden.

##### *primärer Endpunkt Regulationsprobleme der Kinder*

Mit dem **Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen – SFS** (Groß et al., 2013) steht ein validiertes deutschsprachiges Erhebungsverfahren zur Verfügung, das bereits in verschiedenen Studien eingesetzt wurde (Georg, Cierpka, et al., 2021; Perez et al., 2022; Sidor et al., 2017).

Der SFS erfasst die drei typischen Problembereiche des frühkindlichen Regulationsverhaltens – Schreien bzw. Quengeln, Füttern und Schlafen. Der Fragebogen wurde auf der Grundlage der englischsprachigen Fragebögen zum Schreien von St. James-Roberts et al. (2001) und zum Schlafen von Seifer et al. (1996) konstruiert. Mit insgesamt 47 Items wird die Symptomtrias der Regulationsstörungen inhaltlich abgedeckt (Hofacker et al., 2007).

Der SFS bezieht sich auf eine „typische“ Woche im Familienalltag mit dem Kind. Die Entwicklung der drei Original-Subskalen (Schreien, Quengeln und Schlafen; Füttern; Koregulation) erfolgte faktorenanalytisch (Groß et al., 2013). Es kann ein Gesamtscore zur generellen Einschätzung der Regulationsfähigkeit gebildet werden. Um ein homogenes Antwortformat zu erhalten, werden die Fragen auf einer vierfach abgestuften Likert-Skala nach der Häufigkeit (1 = „nie/alle paar Wochen“, 2 = „manchmal/1-3mal pro Woche“, 3 = „häufig/4-6mal pro Woche“, 4 = „immer/täglich“) beantwortet. Hohe Werte weisen auf ausgeprägte Probleme der Kinder hin, sich im jeweiligen Bereich zu regulieren. Die Items zur elterlichen Belastung bezüglich der drei Verhaltensbereiche fragen nach deren Intensität (1 = „überhaupt nicht“, 2 = „ein wenig“, 3 = „ziemlich/sehr“). Hohe Werte spiegeln eine hohe Belastung der Eltern aufgrund der Regulationsprobleme ihrer Kinder wider. Wie in Tabelle 7 zu erkennen ist, verfügen alle Subskalen und die Gesamtskala über eine hohe interne Konsistenz.

Tabelle 7

*Statistische Kennwerte des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)*

aus Groß et al. (2013)

Subskalen	Itemanzahl	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's $\alpha$
Skala 1: Schreien, Quengeln und Schlafen	24	1.75	0.50	.89
Skala 2: Füttern	13	1.28	0.37	.82
Skala 3: Koregulation	12	2.33	0.59	.81
<i>Gesamtskala SFS</i>	<i>49</i>	<i>1.80</i>	<i>0.39</i>	<i>.90</i>

*Anpassung und Erweiterung.* Der Ursprungsfragbogen wurde für die Erfassung der kindlichen Regulationsprobleme im ersten Lebensjahr entwickelt. Da die vorliegende Stichprobe dieser Arbeit jedoch Kinder bis zum Alter von drei Jahren umfasst, wurde für die Subskala Schreien, Quengeln und Schlafen mit der aktuellen Stichprobe eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Ziel war es auch, die einzelnen Regulationsbereiche differenzierter abzubilden und der Entwicklung der Selbstregulation im Kleinkindalter Rechnung zu tragen. Mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (siehe Abschnitt 5.8) wurde folgende Zweifaktorlösung gefunden:

- a) Faktor *Trotzverhalten* enthält 6 Items zur Schreifrequenz und zu Trotz- und Wutanfällen der Kinder (Cronbach's  $\alpha = 0.83$ ). Die Schreifrequenz beinhaltet die Häufigkeit des Weinens der Kinder am Morgen, Nachmittag, Abend und in der Nacht.
- b) Faktor *Schlafverhalten* umfasst 15 Items: 6 Items zur Schlafdauer, 3 Items zum Einschlafen, 3 Items zum Schlafverhalten in der Nacht sowie 3 Items zu Ursachen für die Schlafprobleme, ebenfalls mit einer guten internen Konsistenz (Cronbach's  $\alpha = 0.88$ )

In einer alternativ berechneten Dreifaktorlösung konnten in einem Faktor 3 Items zusammengefasst werden, die die von den Eltern erlebte Belastung infolge der drei Verhaltensbereiche abbilden. Die interne Konsistenz dieses Faktors ist jedoch als zweifelhaft zu beurteilen (Cronbach's  $\alpha = 0.51$ ). Aus diesem Grund wird dieser Faktor nicht in die Analyse einbezogen.

In einzelnen Items lassen sich die **Diagnosekriterien der Regulationsstörungen** abbilden:

- *Wessel-Kriterium zum Vorliegen exzessiven Schreiens (Dreiregel)*: das Schreiverhalten der Kinder tritt an länger als 3 Stunden am Tag, an mehr als 3 Tagen in der Woche und über mehr als 3 Wochen auf,
- *Kriterium für Trotzverhalten*: die Trotzanfälle der Kinder treten mindestens 3mal am Tag für mindestens 15 Minuten Dauer auf,
- *Kriterium für Einschlafstörungen*: die Einschlafzeit beträgt über 30 Minuten,
- *Kriterium für Durchschlafstörungen*: die Kinder erwachen mindestens 3mal/ Nacht.

*Bedeutung für die Studie.* Die entwickelten Subskalen des SFS stellen die Basisparameter der Studie (primärer Endpunkt) dar, um im Zeitverlauf Veränderungen der Problembereiche des Regulationsverhaltens der Kinder sowie in der Belastung der Eltern durch dieses Verhalten zu überprüfen. Der SFS kam zu beiden Messzeitpunkten zum Einsatz: vor der Beratung (T1) und 6 Monate nach der Beratung (T2). Über den Zeitverlauf wird eine Reduzierung der Werte in den jeweiligen Skalen erwartet (vgl. *Forschungshypothese 3a*).

Der eingesetzte Fragebogen umfasst insgesamt 47 Items, die sich auf die folgenden, in Tabelle 8 zusammengefassten Subskalen verteilen:

Tabelle 8

*Subskalen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)*

*nach Groß et al. (2013)*

<i>Skalen</i>	<i>Erfasste Inhalte (Items im Fragebogen)</i>
<i>Gesamtskala</i>	beschreibt Probleme im Regulationsverhalten der Kinder und in der Koregulation durch die Eltern sowie deren Belastung durch die Regulationsprobleme der Kinder (Items 1-47)
<i>Original-Subskalen</i>	
Skala 1: Schreien und Schlafen	- Schrei-, Trotz-, Wutanfälle und Schreifrequenz der Kinder (ohne Wessel-Regel) (Items 1-6) - Probleme im Schlafverhalten der Kinder (Items 22-30, 35-40) - Belastung der Eltern durch Schrei- u. Schlafprobleme (Items 8,47)
Skala 2: Füttern	- Schwierigkeiten in der Fütter-/ Essenssituation (Items 9-20) - Belastung der Eltern durch die Fütterprobleme (Item 21)
Skala 3: Koregulation	- von den Eltern angewandte Beruhigungsstrategien, um dem Kind zu helfen, Emotionen und Verhalten selbst zu regulieren (Items 7, 31-34, 41-46)
<i>erweiterte Subskalen (auf Basis der konfirmatorischen Faktorenanalyse; siehe Abschnitt 5.8)</i>	
Trotzverhalten	- Schreifrequenz (Items 1-4) - Trotzverhalten (Item 6) - Belastung durch das Schreien (Item 8)
Schlafprobleme	- Probleme in der Schlafdauer (Items 22-27) - Probleme beim Schlafen in der Nacht (Items 28-30) - Ursachen für die Schlafprobleme (Items 35-37) - Probleme beim Einschlafen (Items 38-40) - Belastung durch die Schlafprobleme (Item 47)

***primärer Endpunkt Sozial-emotionale Probleme der Kinder***

Der Fragebogen **Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment – BITSEA** (Briggs-Gowan et al., 2004) dient der Einschätzung eines umfassenden Spektrums von sozial-emotionalen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Alter von 12 bis 36 Monaten. Hoch ausgeprägte sozial-emotionale Probleme im Kleinkindalter gelten als Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter (Briggs-Gowan et al., 2004). Mit Hilfe des BITSEA ist es möglich, Bereiche der sozialen und emotionalen Entwicklung zu erfassen und damit Abweichungen des psychosozialen Verhaltens frühzeitig zu erkennen. Auf einer drei-stufigen Likert-Skala (1 = „nicht/ selten“, 2 = „etwas/ manchmal“, 3 = „immer/ oft“) geben die Eltern an, wie gut die genannten Aussagen auf ihre aktuelle Situation in den letzten sieben Tagen zutreffen.

Der BITSEA umfasst 23 Items, die sich folgenden Subskalen zuordnen lassen:

- Skala 1 „*externalisierende Verhaltensweisen*“ (Items 2, 18, 27, 28, 30, 33) beinhaltet nach außen gerichtetes Verhalten wie Aktivität/ Impulsivität, Aggression/ Trotz und Aggression unter Gleichaltrigen;
- Skala 2 „*internalisierende Verhaltensweisen*“ (Items 3, 8, 9, 11, 12, 32) bezieht sich auf die Stimmungslage eines Kindes und beinhaltet Verhalten wie allgemeine Ängstlichkeit, Trennungsangst, Depressivität sowie
- Skala 3 „*Dysregulationsprobleme*“ (Items 4, 6, 7, 14, 16, 17, 21, 23, 24, 26, 34) erfasst Probleme der sensorischen Verarbeitung und Verhaltensregulation.

Aus den Werten der Subskalen kann eine *Gesamtskala sozial-emotionale Probleme* gebildet werden. Hohe Werte auf der Gesamtskala bzw. den Subskalen des BITSEA bedeuten von den Eltern als stark eingeschätzte Probleme im sozial-emotionalen Verhalten.

Der BITSEA kam bereits in verschiedenen Studien zum Einsatz (Alakortes et al., 2015; Bindernagel & Diez Grieser, 2018; Karabekiroglu et al., 2010). Die interne Konsistenz liegt für die Gesamtskala der sozial-emotionalen Probleme bei Cronbach's  $\alpha = 0.79$  ( $n = 209$ ,  $M = 0.30$ ,  $SD = 0.25$ ; (Briggs-Gowan et al., 2004).

*Bedeutung für die Studie.* Das BITSEA kam in dieser Erhebung zu zwei Messzeitpunkten zum Einsatz: vor der Beratung (T1) und 6 Monate nach der Beratung (T2). Erwartet werden im Zeitverlauf reduzierte Problemwerte (vgl. *Forschungshypothese 3b*).

### ***primärer Endpunkt Belastungsempfinden/ subjektiv erlebte Belastung der Eltern***

Das **Eltern-Belastungs-Inventar – EBI** (Tröster (2011)) misst die subjektiv erlebte elterliche Belastung in der Eltern-Kind-Beziehung vor und nach der Beratung, um die Veränderung von Beeinträchtigungen spezifischer elterlicher Funktionsbereiche zu erfassen. Das Inventar wurde aus dem englischsprachigen *Parenting Stress Index (PSI)* von Abidin (1995) entwickelt. Den beiden Dimensionen Elternbereich und Kinderbereich sind ursprünglich 48 Items zu Belastungsaspekten zugeordnet, die im Zusammenhang mit der Betreuung und Erziehung eines Kindes stehen.

*Theoretischer Hintergrund.* Tröster (2011) definiert elterliche Belastung als „spezifische Form des Stresses, der entsteht, wenn die von den Eltern wahrgenommenen Ressourcen zur Bewältigung von Aufgaben in Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes durch die aktuellen Anforderungen, mit denen sie sich konfrontiert sehen, beansprucht oder überbeansprucht werden...“. Das in diesem Rahmen postulierte Eltern-Stress-Modell dient der Beschreibung der Eltern-Belastung und geht von einer wechselseitigen Einflussnahme von elterlicher Belastung und anderen Determinanten aus, die zu dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktionen führen können.

*Anpassung:* Diese Studie nutzt lediglich die *Items des Elternbereichs*. Es hat sich gezeigt, dass sich die Inhalte der Items des Kinderbereichs auf Probleme von Vorschul- und Schulkindern hinzielen und sich somit nicht für die Zielgruppe von Kindern zwischen 12 und 36 Monaten eignen. Zusätzlich kann sich die Beschränkung auf Items des Elternbereichs positiv auf die zeitliche Ökonomie des Fragebogeneinsatzes auswirken und durch eine reduzierte Beanspruchung das Antwortverhalten der Eltern erhöhen.

Die sieben Subskalen umfassen jeweils 4 Items (insgesamt 28 Items) und beschreiben Belastungsfaktoren, die auf Einschränkungen elterlicher Funktionen zurückgehen. Diese stellen Einschränkungen der Ressourcen dar, die den Eltern zur Bewältigung der Anforderungen in der Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes zur Verfügung stehen. Die beeinträchtigten Funktionsbereiche besitzen bidirektionale Wechselwirkungen und können sowohl Ursache als auch Folge der elterlichen Belastung darstellen. So erschwert beispielsweise einerseits eine mangelnde soziale Unterstützung die Bewältigung elterlicher Anforderungen und erhöht damit deren empfundene Belastung. Andererseits schränkt diese Belastung die Möglichkeiten der Eltern ein, sich aktiv mit dem sozialen Umfeld auszutauschen. Diese Belastungsfaktoren lassen sich in vier *elterliche Ressourcen* und drei *spezifische Verhaltensdispositionen* unterscheiden. Abbildung 28 veranschaulicht die beiden Gruppen von Belastungsfaktoren sowie die Wechselwirkung der einzelnen Subskalen des Elternbereichs des EBI.

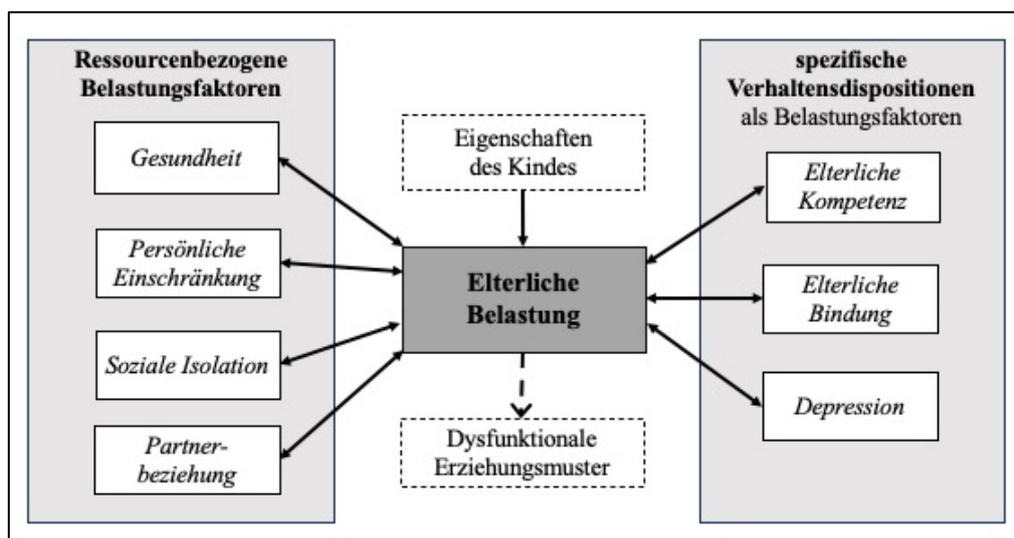


Abbildung 28. Das Eltern-Belastungs-Inventar

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2011)

Tabelle 9 gibt einen Überblick zu den erfassten Inhalten der einzelnen Subskalen des EBI (Tröster, 2011) sowie Beispielhinweise zur Interpretation hoher Skalenwerte.

Tabelle 9

*Subskalen des Elternbereichs des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI)**nach Tröster (2011)*

<i>Subskala</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Beispiele für Hinweise hoher Skalenwerte</i>
<i>ressourcenbezogene Belastungsfaktoren</i>		
<i>Gesundheit</i> (Items 1, 4, 7, 9)	gesundheitliche Beeinträchtigungen	- Einschränkungen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit der Eltern
<i>Persönliche Einschränkung</i> (Items 2, 3, 11, 12)	Einschränkungen der persönlichen Lebensführung	- Gefühl der mangelnden Selbstentfaltung, der Fremdbestimmung und -kontrolle durch die elterliche Rolle - Zurückstellen eigener Bedürfnisse zugunsten familiärer Pflichten
<i>Soziale Isolation</i> (Items 5, 6, 8, 10)	mangelnde Integration der Eltern in ein soziales Netz	- geringes Selbstvertrauen, soziale Kontakte zu knüpfen/aufrechtzuerhalten - Gefühl, mit der Kinderziehung auf sich allein gestellt zu sein - eingeschränkte Verfügbarkeit sozialer Unterstützung
<i>Partnerbeziehung</i> (Items 21, 23, 26, 28)	Dysfunktionale Partnerbeziehungen	- Einschränkungen in der Partnerschaft durch Anforderung als Eltern - Konflikte und Auseinandersetzungen in Bezug auf die Erziehung - mangelnde Unterstützung
<i>spezifische Verhaltensdispositionen</i>		
<i>Elterliche Kompetenz</i> (Items 13, 16, 19, 20)	Zweifel der Eltern an den eigenen Kompetenzen	- Unsicherheit, die Anforderungen in der Erziehung und Betreuung des Kindes zu bewältigen - geringes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Erziehungsprobleme zu lösen und Entscheidungen zu treffen
<i>Bindung</i> (Items 14, 15, 17, 18)	beeinträchtigte emotionale Beziehung der Eltern zu ihrem Kind	- distanzierte und unsichere Bindung, die sich in emotionsarmer Interaktion oder in Problemen die kindlichen Bedürfnisse zuverlässig wahrzunehmen und richtig einzuschätzen äußern kann
<i>Depression</i> (Items 22, 24, 25, 27)	depressive Stimmungen und Kognitionen der Eltern	- mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten - Selbstvorwürfe und Schuldgefühle bei auftretenden Problemen - eingeschränkte emotionale Verfügbarkeit - Mangel an psychischer Energie für die Kindererziehung

Das EBI wurde bereits in verschiedenen Studien eingesetzt (Lenz & Köhler-Saretzki, 2021; Sprengeler et al., 2021). Die interne Konsistenz der EBI-Gesamtskala und der Subskalen lässt sich als hoch interpretieren (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

*Statistische Kennwerte des Elternbereichs des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) aus Tröster (2011)*

Subskalen	Itemanzahl	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's $\alpha$
Gesundheit	4	9.10	3.72	.75
Persönliche Einschränkung	4	10.10	3.97	.82
Soziale Isolation	4	8.14	3.13	.63
Partnerbeziehung	4	10.58	4.15	.80
Elterliche Kompetenz	4	8.21	3.74	.83
Bindung	4	7.27	3.46	.61
Depression	4	7.42	2.99	.75
<i>Gesamtskala Elternbereich des EBI</i>	28	<i>60.81</i>	<i>18.64</i>	<i>.93</i>

Die Items sind auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft genau zu“) zu beantworten. Für die Gesamtskala können T-Werte und für die Subskalen Stanine-Werte berechnet werden. Für die Gesamtskala und für jede Subskala können drei Cut-off-Kategorien angewendet werden: „Normbereich“ (T-Wert < 60 bzw. Stanine-Wert < 7), „starke Belastung“ (T-Wert = 60–69 bzw. Stanine-Wert = 7-8) und „sehr starke Belastung“ (T-Wert  $\geq$  70 bzw. Stanine-Wert 9).

*Bedeutung für die Studie.* Die subjektiv erlebte elterliche Belastung in der Eltern-Kind-Beziehung wurde vor (T1) sowie 6 Monate nach der Beratung (T2) gemessen, um die Veränderung von Beeinträchtigungen spezifischer elterlicher Funktionsbereiche zu erfassen. Erwartet wird ein abnehmendes Gesamtmaß im Zeitverlauf (vgl. *Forschungshypothese 3c*).

### ***primärer Endpunkt Lebensqualität der Familie***

Der **Fragebogen zur familienbezogenen Lebensqualität – FLQ** (Tröster, 2005b) enthält Aussagen, die bedeutsame Aspekte zum persönlichen Wohlbefinden von Eltern beinhalten, die in erheblichem Maß in die Betreuung und Versorgung ihres Kindes eingebunden sind. Es stellt ein mehrdimensionales Inventar zur Erfassung von Selbstbeurteilungen des persönlichen Wohlbefindens dar. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 1 = „nie/fast nie“ bis 5 = „sehr häufig“) beurteilen die Eltern, wie oft sie innerhalb der letzten 7 Tage die genannten Ressourcen nutzen konnten. Jeweils 6 Items lassen sich folgenden drei Subskalen zuordnen:

- *Subskala „Entlastung und Selbstverwirklichung“* thematisiert Möglichkeiten der Eltern, sich selbst zu entlasten und eigenen Interessen nachzugehen (Items 1-3, 12, 16, 18).
- *Subskala „Energie und Aktivität“* fokussiert auf die eigene Motivation und Funktionsfähigkeit im Alltag der Familie (Items 4-6, 8-10).
- *Subskala „Sozialer Rückhalt in der Familie“* beinhaltet die Möglichkeiten der Unterstützung und des Durchsetzungsvermögens innerhalb der Familie (Items 7, 11, 13-15, 17).

Aus diesen drei Skalen kann ein FLQ-Gesamtwert gebildet werden. In Studien an zwei Stichproben von Müttern mit epilepsiekranken Kindern wurden die Reliabilität, faktorielle und externe Validität nachgewiesen. Die subjektive Lebensqualität korrelierte substantiell mit der mütterlichen Belastung (negativ) sowie der familiären Funktionsfähigkeit und Adaptivität des mütterlichen Bewältigungsverhaltens (Tröster, 2005b). Der FLQ kam in weiteren Evaluationsstudien zum Einsatz (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2006; Sarimski, 2009; Terpitz et al., 2005). Die interne Konsistenz der FLQ-Gesamtskala und der Subskalen lässt sich als hoch beurteilen (vg. Tabelle 11).

Tabelle 11

*Statistische Kennwerte des Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ) aus Tröster (2005b)*

Subskalen	Itemanzahl	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's $\alpha$
Entlastung und Selbstverwirklichung	6	15.5	5.4	.92
Energie und Aktivität	6	17.8	4.7	.88
Sozialer Rückhalt in der Familie	6	18.9	5.7	.89
<i>Gesamtskala FLQ</i>	<i>18</i>	<i>52.2</i>	<i>13.6</i>	<i>.94</i>

*Bedeutung für die Studie.* Der FLQ wurde zur Erfassung der von den Eltern erlebten Lebensqualität zu den Messzeitpunkten T1 und T2 eingesetzt. Erwartet wird eine Erhöhung des FLQ-Gesamtwertes im Zeitverlauf der Studie (vgl. *Forschungshypothese 3d*).

### **Sonstiger Endpunkt *Beratungszufriedenheit***

Der **Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung, FBB** (Mattejat & Remschmidt, 1998) erfasst mit Hilfe zweier Skalen wesentliche Aspekte bei der Beurteilung der Beratung: der symptombezogene Erfolg der Beratung und die Beziehungs- und Kooperationsqualität während der Beratung. Der FBB ist so konzipiert, dass er unabhängig von den jeweiligen Therapiemethoden und -settings zur Qualitätssicherung einer Beratung eingesetzt werden kann. Anhand einer 5-Punkt-Likert-Skala (1 = „schlecht“, 2 = „unzureichend“, 3 = „mäßig“, 4 = „gut“, 5 = „sehr gut“) erfasst der FBB die subjektive Beurteilung zweier Aspekte der Versorgungsqualität:

- die *Ergebnisqualität*; Subskala 1: Beurteilung des Beratungserfolgs (Items 1, 5, 12, 17-20) und
- die *Prozessqualität*; Subskala 2: Beurteilung des Behandlungsverlauf (Items 2-11, 13-16, 21).

Aus den Werten beider Skalen lässt sich ein *Wert der Gesamtzufriedenheit mit der Beratung* (21 Items) berechnen (zwischen 1 = „am ungünstigsten“ und 5 = „am günstigsten“).

Die interne Konsistenz liegt für die verschiedenen Subskalen im Mittel bei über Cronbach's  $\alpha = 0.80$ . Des Weiteren konnte eine Retestreliaibilität zwischen  $r = .68$  und  $r = .77$  ermittelt werden; die Konstruktvalidität konnte faktorenanalytisch bestätigt werden (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Der Fragebogen FBB wurde effektiv für die Erfassung des Therapieerfolges und der Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt (Mattejat & Remschmidt, 2006).

Der Fragebogen kam in verschiedenen Evaluationsstudien zur Anwendung. In der Studie von Cropp et al. (2008) korreliert der direkt von den Kindern und Jugendlichen eingeschätzte Behandlungserfolg stärker mit der Beziehung zum therapeutischen Team und mit der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung. In einer Studie zur subjektiven Beurteilung der Behandlungszufriedenheit von Jugendlichen mit Essstörungen zeigte sich eine mittlere bis gute Übereinstimmung der Patienten-, Eltern- und Therapeutenurteile (Schneider et al., 2010). Die Studie von Moschner et al. (2018) zur Zufriedenheit von postpartal depressiv erkrankten Müttern mit einem spezifischen Elterngruppentraining ergab eine hohe bis sehr hohe Gesamtzufriedenheit. Gegenüber der TAU-Gruppe schätzten die Mütter der Interventionsgruppe die Zufriedenheit mit der Behandlung ihres Kindes höher ein.

*Bedeutung für die Studie.* Die Beurteilung der Beratung erfolgte nach Abschluss aller Beratungstermine. Die Zielgröße ermöglicht die Auswertung der subjektiven Versorgungsqualität i. S. einer Zufriedenheit mit der Beratung (vgl. *Forschungsfrage 6*).

### ***Soziodemographische Daten***

Im Rahmen der Vorbereitung auf diese Studie wurde der bereits bestehende Anmeldebogen der Regulationssprechstunde durch relevante Items erweitert. Mit der daraus resultierenden *Basisdokumentation* werden verschiedene sozio-demographische Informationen erhoben:

- Besonderheiten der Schwangerschaft und Geburt
- Entwicklungsaspekte des Kindes in den ersten Lebensmonaten
- Alter, Bildungsstand, Berufsausübung, Gesundheit bzw. Erkrankungen der Eltern
- Anzahl, Alter, ggf. Verhaltensprobleme der Geschwister
- Familiensituation (Beziehungsstatus, Aufenthalt und Betreuung des Kindes, Sorgerecht, besondere Lebensereignisse)

*Bedeutung für die Studie.* Die gewonnenen Informationen der *Basisdokumentation* dienen der Stichprobenbeschreibung und der Erhebung möglicher psychosozialer Faktoren mit Assoziation zu den primären Endpunkten. Die Informationen wurden zu den Messzeitpunkten T1 und T2 erhoben.

### ***Allgemeine Zufriedenheit mit der Lebenssituation***

Die Einschätzung der Unzufriedenheit mit der aktuellen Familiensituation erfolgte anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = „sehr gut“ bis 4 = „unzureichend“) zu vier Aspekten (Gesundheitszustand, finanzielle Verhältnisse, Wohnverhältnisse und Spielmöglichkeiten für das Kind).

*Bedeutung für die Studie:* Die Informationen wurden zu den Messzeitpunkten T1 und T2 erhoben.

### ***Inanspruchnahme bisheriger Unterstützungsangebote***

Die Eltern wurden befragt, welche stationären oder ambulanten Hilfen sie wie häufig in Anspruch genommen haben und wie zufrieden sie damit waren.

*Bedeutung für die Studie.* Diese Informationen wurden zum ersten Messzeitpunkt erhoben.

### ***Erwartungen an die Beratung***

Bei der Anmeldung der Eltern wurden von einer Mitarbeiterin des Kinderzentrums in einem **Kurzscreening** verschiedene grundlegende Informationen erfasst, wie: Anmeldegrund und von den Eltern wahrgenommene Problemausprägung/-belastung, Empfehlung zur Vorstellung in der Eltern-Kind-Beratung, beeinträchtigende Erkrankungen des Kindes.

*Bedeutung für die Studie.* Die Erwartungen an die Beratung wurden zum Zeitpunkt der Anmeldung erfasst.

### ***Beratungsinhalte***

Die Beraterinnen dokumentieren im für diese Studie entwickelten *Beratungsprotokoll* die bei der jeweiligen Beratung thematisierten Inhalte. Dazu gehören angesprochene Aspekte aber auch angewandte Methoden, wie z.B. Edukation/ Entwicklungsberatung, Modellvermittlung, z.B. SORCK, Aktives Zuhören, vermittelte Strategien zur Entlastung, Rückmeldung von Befunden, Hinweise auf Hilfen, Verhaltensbeobachtung, Videoberatung, Kurzinterventionen. Darüber hinaus werden die von den Beraterinnen mit den Eltern besprochenen Empfehlungen dokumentiert, wie z.B. Wiedervorstellung, weiterführende externe Diagnostik, Medikation, Therapien (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie), Sozialberatung, Frühförderung, Psychomotorik, Familienberatung, Frühe Hilfen, Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienentlastender Dienst, Video-Home-Training, Eltern-Säuglings-Psychotherapie, Ambulante Psychotherapie.

*Bedeutung für die Studie.* Die Dokumentation der individuell eingesetzten Inhalte und Methoden mit Hilfe des *Beratungsprotokolls* fand unmittelbar nach den ersten Beratungsterminen statt, wurde bei weiteren Beratungsterminen ergänzt und dient als Zusatzinformation.

## **5.5 Gruppen unterschiedlicher psychosozialer Belastung**

Für die Klassifizierung der Familien in unterschiedlich stark belastete Gruppen wurde auf die statistische *Methode der Latenten Klassenanalyse (LCA)* zurückgegriffen.

Der personenzentrierte Ansatz der LCA stellt eine geeignete Alternative zur üblicherweise angewandten kumulativen Klassifizierung mit Hilfe einfacher Summation der Risikofaktoren dar. Bei der kumulativen Methode sind abhängig von der Anzahl erfasster distaler und proximaler Risikofaktoren die befragten Familien in drei Belastungsgruppen (niedrig, mittel, hoch) eingeteilt worden. Die kumulative Zuordnung zu den Belastungsgruppen, anhand der empirischen

Forschungsbefunde in den Bereichen Entwicklungspsychopathologie und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung (Papoušek & Hofacker, 2004), erfolgt kriterienorientiert: eine geringe Belastung (ein einzelner Risikofaktor besitzt geringe negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern), eine mittlere Belastung (zwei bis drei Risikofaktoren ergeben signifikante negative Auswirkungen) sowie eine hohe Belastung (besteht bei vier und mehr Risikofaktoren). Dabei wird davon ausgegangen, dass einerseits die Einteilung in diese drei Risikogruppen im Säuglings- und Kleinkindalter der Kinder relativ stabil ist und andererseits, dass dauerhaft belastete Familien von dauerhaft weniger- oder unbelasteten Familien unterschieden werden können (Zimmermann et al., 2016). Ein Nachteil der kumulativen oder additiven Risikoindizes ist es, dass sie zugrundeliegende Mechanismen und Kombinationen von Risiken nicht abbilden, sondern lediglich die unterschiedlichen Konstellationen von Risikofaktoren zusammenfassen und anhand von Schwellenwerten voneinander trennen. So werden beispielsweise Risikofamilien mit einer hohen psychosozialen Belastung identifiziert, wenn bei diesen mindestens drei Belastungsfaktoren vorliegen (Ziegenhain et al., 2010).

Demgegenüber nutzt die LCA interne Kriterien zur Beurteilung empirischer Klassen und gibt eine Häufigkeitsverteilung der analysierten Klassen innerhalb der untersuchten Stichprobe an (Bacher & Vermunt, 2010). Die in latenten Klassen ermittelten Subjekte der Stichprobe zeigen ein ähnliches Antwortverhalten. Dadurch können Unterschiede in den beobachteten Antwortmustern inhaltlich bedeutsam erklärt werden. Diesem Klassifizierungsmodell liegt eine Maximum-Likelihood-Schätzung zugrunde, die auf die höchste Wahrscheinlichkeit der Klassenzugehörigkeit abzielt. Diese Schätzung ermöglicht es, alle verfügbaren Daten einzubeziehen, auch solche mit zufallsbedingt fehlenden Werten. Ziel ist es, ein möglichst sparsames Modell zu erstellen, das mit möglichst wenigen latenten Klassen auskommt. Die LCA stellt einen modellbasierten Ansatz zur Verfügung und ermöglicht eine Abschätzung der Modellgüte.

Das für die vorliegende Arbeit genutzte *Inventar an analysierten Belastungsfaktoren* orientiert sich an validen distalen und proximalen Risikoereignissen in Bezug auf die Beurteilung von Erziehungsproblemen, Entwicklungsauffälligkeiten und Kindeswohlgefährdungen (Kindler & Künstler, 2013). Dabei beziehen sich distale Faktoren auf zeitlich zurückliegende indirekt wirkende Ereignisse; proximale Faktoren beinhalten zeitlich nähere, stressbesetzte Ereignisse, die sich unmittelbar auswirken.

Als *soziodemographische Merkmale der Familie* wurden der Status als Alleinerziehende, ein niedriger Bildungsstatus nach ISCED (UNESCO, 2012) sowie die Betreuung weiterer junger Kinder (bis zum Alter von 3 Jahren) und die Unzufriedenheit mit der aktuellen Familiensituation genutzt.

Zu den erfassten *Merkmalen der Mutter* zählen neben pränatalen Besonderheiten (Gebrauch von Alkohol oder Nikotin, seelische/ sozial Belastungen) auch Konstellationen um die Geburt (junges Alter der Mutter, psychische Schwierigkeiten). Zusätzlich wurden drei Subskalen des *Elterlichen Belastungsinventars (EBI; Tröster (2011))* genutzt, um anhand validierter Stanine-Werte die aktuelle Belastungssituation der Mutter zum Zeitpunkt der Befragung abzubilden.

Als *kindliche Merkmale* wurden perinatale Schwierigkeiten einer Frühgeburtlichkeit bzw. eines zu geringen Geburtsgewichtes, sowie Belastungen der Eltern durch das aktuelle Verhalten des Kindes (negative Emotionalität als ein Temperamentsaspekt sowie auffälliges Schrei-, Ess-, Schlafverhalten).

Die zum ersten Messzeitpunkt (T1) erfassten psychosozialen Belastungsfaktoren lassen sich anhand der folgenden drei Dimensionen der Risikofaktoren gliedern (Tabelle 12):

Tabelle 12

*Risikofaktoren zur Beurteilung der psychosozialen Belastung der Familie*

<i>Merkmalsdimension</i>			
Wirkung	Nr.	Risikofaktor	Kurzbeschreibung
<i>Merkmale der Familie</i>			
distal	1	alleinerziehend	Bezugsperson lebt getrennt oder mit neuem Partner
	2	niedrige Bildung	max. Haupt-/ Realschul-/ kein Berufsabschluss
	3	jüngere Kinder	> 2 Kinder zwischen 0-36 Monaten
proximal	4	Familiensituation	Unzufriedenheit mit der Lebenssituation der Familie
<i>Merkmale der Mutter</i>			
distal	5	Substanzgebrauch	Alkohol und/oder Nikotin (pränatal)
	6	seelische Belastungen	seelische Belastungen (pränatal)
	7	soziale Belastungen	soziale Belastungen (pränatal)
	8	junges Alter der Mutter	Mutter zum Zeitpunkt der Geburt < 24 Jahre
	9	psychische Situation	psychische Schwierigkeiten (postnatal)
proximal	10	Tendenz zu Depressivität	EBI-Subskala Depression ( $SN > 7$ )
	11	Geringe Sensitivität	EBI-Subskala Bindung ( $SN > 7$ )
	12	Kompetenzzweifel	EBI-Subskala Elterliche Kompetenz ( $SN > 7$ )
<i>Merkmale des Kindes</i>			
distal	13	Perinatale Probleme	Frühgeburt < 37. SSW/ Geburtsgewicht < 2500 g
proximal	14	Negative Emotionalität	Negative Affektivität (Wut- bzw. Trotzanfälle)
	15	Belastendes Schreien	Elternbelastung durch das Schreien des Kindes
	16	Belastendes Essverhalten	Elternbelastung durch schwieriges Essverhalten
	17	Belastendes Schlafen	Elternbelastung durch Schlafprobleme des Kindes

*Anmerkung.* SN: Stanine-Werte der jeweiligen Subskalen des *Elterlichen Belastungsinventars EBI; Tröster (2011)*

Für die Analyse der Merkmale wurde eine dichotome Einteilung vorgenommen (0 = „Kriterium nicht erfüllt“ und 1 = „Kriterium erfüllt“) und die Anzahl der Belastungsfaktoren ermittelt. In *Abschnitt 6.2.3* werden die Ergebnisse der Auswertung zur psychosozialen Belastung berichtet.

Für die Bestimmung der Anzahl an Klassen mit Hilfe der durchgeführten LCA anhand der 17 Risikofaktoren wurden die Log-Likelihood-Funktion und entsprechende Informationskriterien genutzt. Bei einer Lösung mit 2 Klassen erreichten die Informationsmaße  $CAIC = 1780.793$ ,  $BIC = 1745.793$  und  $AIC = 1647.417$  jeweils ihr Minimum. Die normierte Entropie  $\pi = 0.835$  lässt die Qualität der Klassenzuordnung als zufriedenstellend beurteilen, da das Entropy-Maß über die Güte der Klassifikation nahe „1“ ist. Die LCA klassifiziert 56.3 % der Familien als gering und 43.7 % als psychosozial hoch belastet.

Tabelle 13 fasst die Parameter der LCA zusammen.

Tabelle 13

*Parameter der latenten Klassenanalyse mit Angaben zu Modelfit und Modellvergleich*

Modelfit								
Klassen	LL	AIC	BIC	ABIC	CAIC	G <sup>2</sup>	$\chi^2$	Entropie $\pi$
2	-789.71	1649.42	1745.79	1635.16	1780.79	360.52	2897521.88	0.835
Modellvergleich								
Klassen	LL	AIC	BIC	ABIC	CAIC	G <sup>2</sup>	$\chi^2$	<i>p</i>
1	-849.94	1733.88	1780.69	1726.95	1797.69	413.95	13869584.84	.563
2	-789.71	1649.42	1745.79	1635.16	1780.79	360.52	2897521.88	.437

*Anmerkungen.* Die Analyse wurde durchgeführt mit dem poLCA R-Paket (Linzer & Lewis, 2011). LL = Log-likelihood, AIC = Akaike's Informationskriterium, BIC = Bayesian Informationskriterium, ABIC = adjustiertes Bayesian Informationskriterium, CAIC = korrigiertes Akaike's Informationskriterium, G<sup>2</sup> = Likelihood ratio Statistik;  $\chi^2$  = Pearson Chi-Quadrat (Bacher & Vermunt, 2010)

Die ursprünglich geplante Unterteilung der Belastungsgruppen ausschließlich anhand der T-Wert-Grenzen der Gesamtskala des EBI wurde verworfen. Durch die Klassifizierung anhand der Kumulation ist es nun möglich, auch die Skala des elterlichen Belastungsempfindens in Bezug auf unterschiedliche Belastungsgruppen zu analysieren. Eine Datenkonfundierung aufgrund doppelt enthaltener Variablenausprägungen (Gesamtskala des EBI als Gruppierungsvariable und als abhängige Variable in der Varianzanalyse mit Messwiederholung) wurde somit vermieden.

## 5.6 Beratungskonzept der Regulationssprechstunde im Kinderzentrum

Der folgende Abschnitt stellt die Beratungsmaßnahme vor, die in der Studiengruppe zur Anwendung gekommen ist.

Die **Beratung in der Regulationssprechstunde** stellt ein niedrigschwelliges Präventionsangebot des *Kinderzentrums Oldenburg - Sozialpädiatrisches Zentrums* dar. Schwerpunkt des ärztlich geleiteten ambulanten Zentrums ist die interdisziplinäre Diagnostik, Therapie sowie Beratung und Unterstützung von Familien, deren Kinder bis zum 18. Lebensjahr aufgrund von komplexen Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen bzw. drohenden oder manifesten Behinderungen nicht allein von der allgemeinen kinderärztlichen Regelversorgung profitieren. Die Regulationssprechstunde richtet sich an Familien von Kindern bis zum dritten Lebensjahr, die Probleme mit der Emotions- und Verhaltensregulation besitzen. Vorrangiges Ziel der Sprechstunde ist es, mit Hilfe frühzeitiger Interventionen diese Familien in akuten Krisensituationen zu unterstützen. Dadurch ist es möglich schwierigen Interaktionsmustern und damit einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten bzw. Entwicklungsverzögerungen der Kinder entgegenzuwirken sowie die Belastung der Eltern der Familie zu verringern und die Lebensqualität und soziale Teilhabe der Familie zu erhöhen.

Das Beratungskonzept nimmt vorrangig Bezug auf das „*Münchener Modell*“ an. Dieses Modell der „integrativen Eltern-Säuglings-/ Kleinkindberatung und Psychotherapie“ wurde in der 1991 am kbo-Kinderzentrum München (Sozialpädiatrisches Zentrum, Institut für Sozialpädiatrie) eröffneten „Spezialambulanz für Schreibabys“ vom Ehepaar Mechthild und Hanus Papoušek etabliert und weiterentwickelt. Das systemische und entwicklungsdynamische Modell geht davon aus, dass frühkindliche Probleme der Emotions- und Verhaltensregulation im Kontext einer nicht abgestimmten Koregulation durch die Bezugspersonen bei der gemeinsamen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben stehen. Entsprechend der bereits beschriebenen *Symptomtrias* verfolgen die individuell ausgerichteten Interventionen folgende Ziele: Verbesserung der kindlichen Regulationsprobleme, Unterstützung und Entlastung der Eltern sowie das Ermöglichen positiver Erfahrungen der Interaktion und Beziehung zwischen Eltern und Kind (Papoušek & Wollwerth, 2006).

Die ambulanten Kontakte kommen meist durch die Überweisungen von niedergelassenen Kinderärzten zustande. Die Beratung in der Regulationssprechstunde des Kinderzentrums erfolgt multimodal. Die 60 bis 120 Minuten dauernde *Erstberatung* beinhaltet ein umfangreiches Anamnesegespräch durch eine Psychologin und eine Physio- bzw. Ergotherapeutin. Es wird davon ausgegangen, dass bereits der erste Beratungskontakt Einfluss auf die Eltern-Kind-Interaktion hat (Papoušek & Wollwerth, 2006). Die individuell vereinbarten *Folgeberatungen*, zum Teil auch telefonisch, dauern jeweils etwa eine Stunde und sind im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ angelegt.

Im Falle neuer Krisen im Verlauf der Entwicklung des Kindes werden weitere Folgeberatungen angeboten.

Im Mittelpunkt der Beratung stehen die Bereiche, die zum aktuellen Zeitpunkt die Eltern-Kind-Beziehung am stärksten beeinflussen. Dazu zählen u.a. das Verständnis der Eltern für das Regulationsverhalten ihrer Kinder (z.B. über das Wahrnehmen von kindlichen Signalen), die Informationen der Eltern in Bezug auf die kindliche Entwicklung (z.B. realistische Erwartungen) sowie die elterlichen Kompetenzen innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung (z.B. angemessene Reaktionen auf das kindliche Verhalten). Auf dieser Basis wird eine interdisziplinäre Beratung in Form einer seriellen Kurzintervention angeboten. Diese orientiert sich an den Leitlinien der AMWF (Gontard, Möhler, & Bindt, 2015), ist konzeptübergreifend und beinhaltet ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze, die gezielt auf die individuellen Bedürfnisse von Kind und Eltern abgestimmt werden. Besondere Beachtung finden dabei die familiären Ressourcen, meist unter Einbezug des Umfelds der Familie. Die Eltern-Kleinkind-Beratung des Kinderzentrums lässt sich durch folgende Ansätze charakterisieren:

- **Der sozialpädiatrische Ansatz** beinhaltet ein *niedrigschwelliges regionales Angebot*, das die Familien aufgrund einer möglichst geringen Hürde zeitnah in Anspruch nehmen können. Aufgrund der *multidisziplinären Kooperation*: ist es möglich das gemeinsame Handeln verschiedener Fachkräfte (u. a. aus Pädagogik, Medizin, Therapie, Psychologie) zu koordinieren und optimal einzusetzen. Mit Hilfe der *systemischen Perspektive* gelingt es, unterschiedliche Entwicklungsbereiche zu berücksichtigen. Das *multimodale Interventionskonzept* nutzt individuell abgestimmte Methoden (Mall & Friedmann, 2016).
- **Der interkulturelle Ansatz** berücksichtigt die unterschiedlichen Voraussetzungen, Erwartungen, Wertevorstellungen und Möglichkeiten der Eltern (Schöllhorn et al., 2016).
- **Der familienzentrierte und ressourcenorientierte Ansatz** nutzt die individuellen Ressourcen der gesamten Familie (Cierpka, 2012).

Folgende etablierte **Methoden** kommen zur Anwendung:

- a) **Entwicklungspsychologische Beratung:** einschließlich ausführlicher Anamnese und entwicklungsneurologischer Untersuchung, Hinweisen zum Handling und zur Tagesstrukturierung sowie Anleitung zum Spiel- und Bewegungsverhalten (Ziegenhain et al., 2010).
- b) **Edukation:** gezielte Informationen zu entwicklungspsychologischen Fragestellungen helfen den Eltern das Verhalten ihrer Kinder objektiver einzuschätzen und stellen damit eine zeitnahe Entlastung dar. Themen können die „normale“ kindliche Entwicklung und deren Abweichungen sowie das Bedürfnis des Kindes nach Selbstwirksamkeit sein (Cierpka, 2012).

- c) **Ressourcenorientierung und -aktivierung:** die Eltern werden dabei ermutigt und unterstützt, ggf. bereits bestehende Hilfen im direkten familiären Umfeld und Freundeskreis in Anspruch zu nehmen, bzw. professionelle Entlastungsangebote zu initiieren. Dabei spielt auch die Einbeziehung der Väter bzw. anderer Bezugspersonen eine wichtige Rolle (von Klitzing et al., 2015).
- d) **Psychotherapeutische Kurzinterventionen:** ausgewählte Techniken unterstützen die Eltern dabei, ihre eigene Rolle, ihre Paarbeziehung sowie die Erwartungen an ihr Kind und an die eigene Erziehungskompetenz zu reflektieren. Folgende Techniken kommen zur Anwendung:
- *Verhaltenstherapeutische Ansätze* zur gezielten Anpassung des Verhaltens von Eltern und Kind (Sarimski & Papoušek, 2000).
  - *Interaktionsdiagnostik und -beratung* mit tlw. videogestützter Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und Hilfestellung zu Veränderungen im Beziehungsverhalten (*Interactional Guidance* (Balldin et al., 2016).
  - *Psychologische Elterngespräche* finden zur ersten Entlastung der Eltern statt. Dabei steht die Eltern-Kind-Beziehung im Mittelpunkt. Dies ist vor allem bei längeren Behandlungen, wie z.B. bei Ess- und Affektstörungen aber auch bei Schlafstörungen und Regulationsstörungen erforderlich (Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo, 2006).
  - *Die psychoanalytische/ psychodynamische Eltern-Kind-Therapie* basiert auf dem Konzept von Fraiberg et al. (2003) und stellt den Einfluss elterlicher Repräsentanzen und Projektionen auf die Beziehung und Interaktion zwischen Eltern und Kind in den Fokus. Dabei sollen projektive Verzerrungen reduziert werden. Die psychodynamisch orientierte Therapie fokussiert auf die Repräsentanzen der Eltern, im Sinne der Arbeit mit unbewusst verinnerlichteten ungelösten Konflikten („Gespenst“) in der eigenen Entwicklungserfahrung und überlagerten projektiven Attribuierungen. Diese können es Eltern erschweren, die Signale ihres Kindes zu verstehen bzw. diese verzerrt wahrzunehmen.
  - Das Konzept „*Watch, Wait and Wonder*“ (Cohen et al., 2002) ermöglicht einen kindzentrierten Zugang zur Eltern-Kind-Therapie. Eltern sollen versuchen, sich vom Verhalten des Kindes leiten zu lassen und keinerlei Aktivitäten zu initiieren. Anschließend werden die Erfahrungen mit den Eltern reflektiert, ohne das elterliche Verhalten zu korrigieren.

Die Auswahl der Methoden und Techniken ist von der Symptomatik aber auch der individuellen Familiensituation abhängig. Bei *Schlafstörungen* kommen eher verhaltenstherapeutische Verfahren und psychotherapeutische Gespräche zur Anwendung. Bei *Regulationsstörungen* geht es eher um eine Ressourcenaktivierung und eine entwicklungspsychologische Beratung.

### **5.7 Hinweise zur Forschungsethik (Nutzen-Risiko-Abwägung)**

Dieser Abschnitt schildert die im Vorfeld der vorliegenden Studie getroffenen Maßnahmen zur Einhaltung der ethischen Forschungsvoraussetzungen. Wichtige Aspekte sind der individuelle Nutzen bzw. die Belastungen und Risiken, die mit der Studienteilnahme verbunden sind, die definierten Kriterien zum Abbruch der Studie sowie das Statement zur ärztlichen Vertretbarkeit.

#### *Vorteile und Nutzen durch die Studie*

Bereits die Entscheidung zur Anmeldung in der Regulationssprechstunde, die Auseinandersetzung mit den in den Erhebungsverfahren erfragten Aspekten sowie die niederschweligen Inhalte innerhalb des ersten Beratungstermins können eine erste Unterstützung des Familiensystems bedeuten und bereits Veränderungen in der Wahrnehmung und des Verhaltens hervorbringen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Differenzierung und Beurteilung des kindlichen Verhaltens nach klinischen Kriterien, die Edukation von Entstehungsbedingungen sowie die Vermittlung und Anregung grundlegender Modifikationen von elterlichen Einstellungen und Verhaltensweisen eine entlastende Wirkung besitzen können.

Die Stellung einer nach klinischen Kriterien erhobenen Diagnose kann für die betroffenen Eltern eine Erleichterung darstellen, wenn die wahrgenommenen Schwierigkeiten eine objektivierbare Benennung erhalten und damit eine Erklärung dysfunktionalen Verhaltens verbunden ist. Weiterhin ist durch eine Diagnosestellung die Öffnung zu einer spezifischen Versorgungsmaßnahme, wie Frühförderung, Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems möglich.

#### *Mögliche Belastungen und Risiken durch die Studie*

Für das Ausfüllen der Fragebögen wird jeweils maximal eine Zeit von 45 Minuten eingeplant. In einer Pilotierungsphase soll die Handhabung der Fragebogenpakete überprüft bzw. angepasst werden. Die Konfrontation v.a. mit den Themen Einfluss des elterlichen Verhaltens sowie Eltern-Kind-Beziehung kann zur übermäßigen Fokussierung auf dysfunktionale Aspekte bei bestehender Belastung und zu Unterstützungsbedarf führen. Fragen nach persönlichen Angaben, zur Vorgeschichte oder eigenen Symptomen, Erkrankungen, Störungen/ Belastungen, zu inneren Einstellungen, zu Emotionen, Fähigkeiten und Beziehungen können Stress und Leiden sowie emotionale Reaktionen verursachen, wie z.B. Angst, Traurigkeit oder auch Beeinträchtigungen und Negativbewertungen von Selbsteinschätzung und Selbstwert auslösen. Es ist zu erwarten, dass diese nicht über das im alltäglichen Leben zu erwartende Maß hinausgehen.

Diese Aspekte stellen Inhalte der Beratung dar und können somit durch die interdisziplinär Beratenden zeitnah aufgefangen werden, um das Risiko einer zusätzlich auftretenden Belastung zu minimieren. In diesem Zusammenhang besteht die Möglichkeit, eine über eine Belastung

hinausgehende seelische Störung/ psychische Erkrankung aufzudecken. Auf diese wird im Rahmen der Beratung eingegangen werden und entsprechende Unterstützung entweder direkt angeboten oder Kontakt zu externen Angeboten einer psychosozialen Unterstützung hergestellt.

Die Beratenden verfügen aufgrund ihrer Fachrichtung über eine ausreichende Qualifizierung, eine entsprechende Belastung zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Dies erfolgt für die Eltern aufgrund des Gebotes der Schadensvermeidung als auch aufgrund des Respekts. Die betroffenen Eltern werden zeitnah und professionell begleitet. Somit kann einem auftretenden Risiko entsprechend adäquat begegnet werden. Dabei wird maximale Vertraulichkeit gewährleistet und nicht mit Täuschung gearbeitet.

Innerhalb der klinischen Stichprobe könnte angenommen werden, dass es in Einzelfällen zu einer übermäßigen Fokussierung problematischer Situationen und einer gleichzeitigen Erkenntnis über mangelnde individuelle Emotionsregulationsstrategien bei den Teilnehmern direkt und/oder ihren Familien kommt. Da sich die Teilnehmenden der klinischen Stichprobe im Prozess der multiprofessionellen Beratung befinden, kann davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich kein zusätzliches Risiko für die Gesundheit der Teilnehmer und ihrer Familien besteht.

Eine derartige Entwicklung ist bei der Vergleichsstichprobe als sehr gering einzuschätzen. Darüber hinaus ist aber auch für mögliche Einzelfälle eine Anbindung an pädiatrische bzw. psychiatrische Versorgung der Teilnehmer, durch die beteiligten Institutionen gewährleistet, so dass auch hier von keiner Risikolage für die Teilnehmer und deren Familien auszugehen ist. Bei einer undifferenzierten Auslegung der klinischen Kriterien kann eine Diagnose zu einer Stigmatisierung und Pathologisierung der betroffenen Familie führen. Dies kann weitere Schwierigkeiten und Verunsicherungen hervorrufen, die ohne diese Diagnose nicht aufgetreten wären.

Darüber hinaus kann es auch zu ungerechtfertigten Schuldzuweisungen kommen, da in einer Diagnosestellung zwangsläufig nicht alle an einer schwierigen oder auffälligen Situation beteiligten Personen und Umwelten sowie deren gemeinsame Wechselwirkungen berücksichtigt werden können. Eine gestellte Diagnose kann zu einer wahrgenommenen Verfestigung der Symptome bzw. Schwierigkeiten führen, wenn diese Diagnose als überdauernd wahrgenommen wird und den Blick auf die alltäglichen Veränderungen verschließt.

Als *Abbruchkriterien* wurden die Rücknahme der Zustimmung zur Studienteilnahme, eine stationäre Behandlung aufgrund krisenhafter Verschlechterung sowie die Inanspruchnahme einer Beratung zu Regulationsproblemen innerhalb der Vergleichsgruppe definiert.

#### *Statement zur ärztlichen Vertretbarkeit*

Die Ergebnisse der Studie besitzen eine erhebliche klinische Relevanz. Bei dem Angebot handelt es sich um eine niedrighschwellige Kurzintervention in Form einer Beratung. Eine körperlich-

medizinische Diagnostik erfolgte lediglich im Rahmen der Regulationssprechstunde durch die kinderärztliche Untersuchung der Kinder im Säuglingsalter. Diese besitzt jedoch keine Relevanz für diese Studie. Eine apparative Diagnostik, ein invasiver Eingriff bzw. eine Medikation fanden zu keinem Zeitpunkt statt. Somit kann die Intervention aus medizinischer Sicht als unbedenklich bewertet werden. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der *Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte* der jeweiligen Landesärztekammern in den jeweils aktuellen Fassungen, der *Deklaration von Helsinki* in der aktuellen Fassung von 2013 sowie dem *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)* und der *Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DGSVO)* durchgeführt.

### **5.8 Erläuterung zur statistischen Methodik**

Nach allgemeinen Hinweisen zu den eingesetzten statistischen Analyseverfahren werden Besonderheiten der durchgeführten statistischen Testverfahren bezogen auf die jeweiligen Forschungsfragen dargestellt. Anschließend folgen Hinweise auf das statistische Vorgehen bezogen auf die einzelnen Studienendpunkte. Darauffolgend werden die Maßnahmen zur Berücksichtigung der statistischen Grundlagen und zur Überprüfung der statistischen Voraussetzungen veranschaulicht. Abschließend werden die genutzten Maße der Effektstärke und des Reliable Change Index (RCI) erläutert.

#### ***Allgemeine Hinweise zum Einsatz der statistischen Verfahren***

Für die detaillierte Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptive Statistiken, Häufigkeits- und Mittelwertvergleiche (Signifikanztests) durchgeführt.

Zur Überprüfung der Haupthypothesen (Unterschiede zwischen den Studiengruppen, generelle und differentielle Wirksamkeit) wurden zu den primären Studienendpunkten Varianzanalyse (ANOVA) zum ersten Messzeitpunkt ohne Messwiederholung und zum zweiten Messzeitpunkt mit Messwiederholung durchgeführt. Für einzelne Parameter wurden die Mittelwerte der Subgruppen mittels Cohens Effektstärken verglichen.

Explorative Zusammenhangsprüfungen zwischen kindlichen Regulations- und sozial-emotionalen Problemen, elterlichem Belastungsgrad und familienbezogener Lebensqualität sowie in Bezug auf die Beratungszufriedenheit wurden mit Hilfe von Korrelations- bzw. Regressionsanalysen durchgeführt. Theoriegeleitete lineare multiple Regressionsanalysen sollten den Einfluss ausgewählter unabhängiger Variablen auf kindliche Probleme, Belastungsgrad und Lebensqualität darstellen. Eine Mediationsanalyse wurde durchgeführt, um Assoziationen zwischen den Endpunkten aufzudecken.

Die Datenbearbeitung (Eingabe und Auswertung) erfolgte unter Einsatz der Software *IBM SPSS Statistics 29*<sup>®</sup> (IBM-Corp., 2023), der SPSS-Erweiterung *PROCESS*<sup>©</sup> (Version 4.2) nach

Hayes (2022) sowie der Software *JASP*, Version 0.18.1 (JASP-Team, 2023). Die konfirmatorische Faktorenanalyse wurde mit dem *R-Paket Lavaan*, Version 0.6.15 (Rosseel, 2012) und die Latente Klassenanalyse mit dem *R-Paket polCA* (Linzer & Lewis, 2011) durchgeführt. Die deskriptiven Angaben ( $M$ ,  $SD$ ,  $SE$ ) sowie die Maße der statistischen Analyseverfahren ( $F$ ,  $r$ ,  $R^2$ ,  $B$ ,  $Beta$ ,  $T$ ) werden mit zwei Nachkommastellen, die statistische Signifikanz ( $p$ ) und das Effektstärkemaß (Cohen's  $d$ ) jedoch mit drei Nachkommastellen berichtet.

### ***Hinweise zu den statistischen Verfahren bezogen auf die Fragestellungen der Studie***

Tabelle 14 gibt zunächst einen Überblick zu den in der Studie angewandten statistischen Testverfahren. Diese werden anschließend bezogen auf die jeweiligen Forschungsfragen genauer erläutert. Dabei wird auf Besonderheiten zu den einzelnen Verfahren hervorgehoben.

Tabelle 14

#### *Überblick zu den durchgeführten statistischen Verfahren*

Inhalte/Fragestellungen	Statistische Verfahren
Stichproben- beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deskriptive Statistik mit Mittelwert <math>M</math>, Standardabweichung <math>SD</math>, Häufigkeiten <math>n</math> mit Prozent (%)</li> <li>- Häufigkeitsvergleich (der Gruppenzugehörigkeit) für kategoriale/dichotome Variablen: Chi<sup>2</sup>-Test</li> <li>- einfache Mittelwertvergleiche für kontinuierliche Variablen: Mann Whitney-U-Test</li> <li>- Suche nach Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Beratung: binäre bzw. binomiale logistische Regressionsanalysen</li> </ul>
<i>Fragen 1 und 2</i> Querschnittanalysen zu primären Endpunkten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- statistische Kennwerte, Test auf Normalverteilung, interne Konsistenz, Interkorrelationen</li> <li>- Mittelwertvergleiche: einfaktorielle Varianz-/Kovarianzanalysen (ANOVA/ANCOVA)</li> <li>- Zusammenhangsanalysen: bivariate Korrelationsanalysen, lineare Regressionsanalysen</li> </ul>
<i>Fragen 3 und 4</i> Längsschnittanalysen zu den primären Endpunkten (prä-post-Analysen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA<sub>rm</sub>) bzw. Kovarianzanalysen mit Messwiederholung (ANCOVA<sub>rm</sub>)</li> <li>- Zusammenhangsanalysen: bivariate Korrelationsanalysen, lineare Regressionsanalysen</li> </ul>
<i>Fragen 5 und 6</i> explorative Zusammenhangs- prüfung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bivariate Korrelationsanalysen, lineare Regressionsanalysen</li> <li>- Mediationsanalyse nach PROCESS®</li> </ul>

### *Fragestellungen 1 und 2*

Für die vier primären Endpunkte (*kindliche Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, elterliches Belastungsempfinden und familienbezogene Lebensqualität*) wurden neben der deskriptiven Statistik (interne Konsistenzen und Interkorrelationen) jeweils unterschiedliche inferenzstatistische Analysen durchgeführt: *Mittelwertvergleiche* (einfaktorielle Varianzanalysen) zwischen den Studiengruppen (Interventions-/ Vergleichsgruppe) und zwischen Familien mit unterschiedlichem Belastungsgrad sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den beiden Studiengruppen.

Die *Auswertung der Endpunkte zu relevanten kindbezogenen Faktoren* (Kindesalter, Geschlecht des Kindes, Schwangerschaftswoche, Geschwisterstatus) und *elternbezogene Faktoren* (Alter der Mütter, Bildungsstatus der Eltern nach ISCED, Berufstätigkeit der Mütter, Vorliegen psychischer Probleme, mütterliche Depressivität, einschneidende Lebensereignisse, Anwendung von Koregulationsstrategien) erfolgte mit Hilfe bivariater Korrelationsanalysen und einfaktorieller Varianzanalysen, getrennt nach Gesamtstichprobe, Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe.

Bei der *Analyse von Prädiktoren* für die primären Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (T1) wurden ebenfalls kind- und elternbezogene Faktoren in den bivariaten Korrelationsanalysen und linearen Regressionsanalysen berücksichtigt.

*Zusammenhänge zwischen den Endpunkten* wurden mit Hilfe von bivariaten Korrelationsanalysen und linearen Regressionsanalysen zunächst an der Gesamtstichprobe und getrennt nach Studiengruppen analysiert, um zu prüfen, inwieweit das Ausmaß der Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (T1) erklärt werden kann.

### *Fragestellungen 3 und 4*

Mit Hilfe der Daten der analysierbaren Interventionsstichprobe (vollständige Datensätze zu T1 und T2 ohne Drop-out) wurden zu den primären Endpunkten (Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, Belastungsempfinden, Lebensqualität) jeweils *zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholung* durchgeführt. Diese dienten der Klärung der Unterschiedshypothesen, zum einen bezogen auf beide Studiengruppen (Familien mit und ohne Beratungsbedarf) und zum anderen bezogen auf beide Belastungsgruppen (hohe Belastung; geringe Belastung). Die Analyse der Vergleichsgruppe ermöglicht es, Unterschiede in der Veränderung der jeweiligen Endpunkte bei Familien mit und ohne Beratungsbedarf zu erkennen. Darüber können letztendlich Rückschlüsse auf die generelle und differentielle Wirksamkeit der Beratung gewonnen werden.

Die Modelle der Varianzanalysen mit Messwiederholung enthielten folgende zwei Faktoren: den Messwiederholungsfaktor (Innersubjektfaktor) „Messzeitpunkt“ mit den Ausprägungen *prä*

(T1) und *post* (T2) sowie den jeweiligen Gruppierungsfaktor (Zwischensubjektfaktor) „Studiengruppe“ mit den Ausprägungen *Interventionsgruppe* (mit Beratungsbedarf) und *Vergleichsgruppe* (ohne Beratungsbedarf) bzw. „psychosozialer Belastungsgrad“ mit den Ausprägungen *geringe* und *hohe Belastung*. Die 2x2-Varianzanalysen geben zunächst Aufschluss über mögliche Wechselwirkungen zwischen Messzeitpunkten und Studiengruppen bzw. Belastungsgruppen (*Interaktionseffekt*) zu der Frage: *Verändern sich die Mittelwerte der abhängigen Variablen in den Studien- bzw. Belastungsgruppen unterschiedlich über die Messzeitpunkte?*

Bei nicht signifikantem oder bei ordinalem Interaktionseffekt konnten die signifikanten Haupteffekte global interpretiert werden (Döring, 2023). Der Einfluss der beiden Faktoren auf die abhängigen Variablen wird anhand folgender Fragen analysiert:

- a) Unterscheiden sich die Mittelwerte der abhängigen Variablen zu den beiden Messzeitpunkten (*Zeit- bzw. Innersubjekteffekt*)? sowie
- b) Unterscheiden sich die Mittelwerte der abhängigen Variablen zwischen den beiden Studien- bzw. Belastungsgruppen (*Gruppen- bzw. Zwischensubjekteffekt*)?

Berechnet wurden die deskriptive Statistik sowie die Statistik der ANOVA mit Signifikanz *p* und Effektstärke Cohen's *d*.

Ein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit bedeutet, dass sich die Variable *Zeit* in Abhängigkeit von der Variablen *Gruppe* unterscheidet. In diesem Fall wurden zusätzlich einfache Effekte zwischen den Studien- bzw. Belastungsgruppen zu der Frage analysiert: *Welche der beiden Studien-/ Belastungsgruppen verändert sich stärker über die Messzeitpunkte?* Berechnet wurden die Differenzwerte, der Standardfehler *SE*, die Signifikanz *p* sowie die Effektstärke Cohen's *d*.

### *Fragestellungen 5 und 6*

Zur explorativen Prüfung der Zusammenhänge wurden *bivariate Korrelationen* durchgeführt. Theoriegeleitete *lineare Regressionsanalysen* wurden durchgeführt, um den möglichen Einfluss einzelner Faktoren differenzierter zu prüfen. Bezogen auf die Interventionsgruppe wird ebenfalls mit Hilfe theoriegeleiteter *linearer Regressionsanalysen* geprüft, inwieweit sich einzelne Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt und andere Faktoren als Prädiktoren eignen, um die Veränderungen der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt zu erklären. Folgende Faktoren wurden für die einzeln durchgeführten Regressionsanalysen berücksichtigt:

- *Subskalen der primären Endpunkte* zum ersten Messzeitpunkt (T1): Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, Belastungsempfinden, Lebensqualität
- *Subskalen der sonstigen Endpunkte* unmittelbar nach der Beratung: Beratungszufriedenheit
- *Kindbezogene Faktoren*: Alter und Geschlecht der Kinder

- Mutterbezogene Faktoren: Alter, psychische Probleme/Depressivität, Zufriedenheit mit der Inanspruchnahme von Hilfen
- Familienbezogene Faktoren: Anzahl an Geschwistern, Bildungsstand, Berufstätigkeit, Beziehungsstatus, Zufriedenheit mit der Lebenssituation, einschneidende Lebensereignisse
- Beratungsbezogene Faktoren: Wartezeit zwischen Anmeldung und Beratung, Anzahl an Konsultationen und Dauer der Beratung, Teilnahme des Vaters an der Beratung

Abschließend wurde eine *Mediationsanalyse* nach Hayes (2022) unter Nutzung von PROCESS© (Version 4.2) durchgeführt, um zu überprüfen, ob die kindlichen Regulationsprobleme die familienbezogene Lebensqualität vorhersagt und ob diese Assoziation durch das elterliche Belastungsempfinden vermittelt wird.

### ***Hinweise zum statistischen Vorgehen bezogen auf die einzelnen Studienendpunkte***

Bezogen auf den **primären Endpunkt kindliche Regulationsprobleme** wurden zur Vorbereitung der Auswertung des *Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen, SFS* (Groß et al., 2013) die Rohwerte der Gesamtskala sowie die Rohwerte der drei Subskalen (Skala 1: *Schreien, Quengeln und Schlafen*, Skala 2: *Füttern*, Skala 3: *Koregulation*) zu Summenwerten addiert. Umgepolte Items wurden für die Auswertung korrigiert und für jede Subskala und für die Gesamtskala Mittelwerte berechnet. Zur besseren Differenzierung der ersten Subskala (*Schreien, Quengeln und Schlafen*) wurden erweiterte Subskalen berechnet, indem inhaltlich entsprechende Items zwei Faktoren zugewiesen wurden. Die beiden erweiterten Subskalen wurden wie folgt definiert:

- die Subskala *Trotzverhalten* erfasst die Schreifrequenz und die Trotzanfälle der Kinder sowie die Belastung der Eltern durch das Trotzverhalten
- die Subskala *Schlafprobleme* erfasst Probleme der Kinder in der Schlafdauer, beim Einschlafen, beim Schlafen in der Nacht, Ursachen für die Schlafprobleme sowie die Belastung der Eltern durch diese Schlafprobleme

Wie bereits in *Abschnitt 5.4* angekündigt, wurde die Passung dieser beiden Faktoren mit Hilfe einer **konfirmatorischen Faktorenanalyse** überprüft. Diese wird im Folgenden beschrieben:

*Methodik:* Um die Originalsubskala *Schreien, Quengeln und Schlafen* besser zu differenzieren, wurde diese Skala in zwei inhaltlich getrennte Faktoren aufgeteilt: Der erste Faktor *Trotzverhalten* enthält insgesamt drei Variablen, wobei eine Variable aus vier zusammengefassten Items gebildet wurde. Der zweite Faktor *Schlafprobleme* enthält fünf Variablen, wobei eine Variable (Schlafdauer) aus sechs zusammengefassten Items und drei Variablen (Ein- und Durchschlafprobleme) aus jeweils drei zusammengefassten Items gebildet wurden. Mit den acht übernommenen Variablen wurde die Passung zwischen den erhobenen

Daten der Stichprobe und dem postulierten 2-Faktoren-Modell untersucht. Es wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit Maximum-Likelihood-Schätzverfahren für ordinale Daten mit der Annahme kontinuierlich verteilter latenter Variablen mit Hilfe des Statistik-Pakets Lavaan, Version 0.6.15 (Rosseel, 2012) durchgeführt.

*Ergebnisse:* Ein exakter Modell-Fit liegt in diesem Modell nicht vor, da der  $\chi^2$ -Test signifikant wurde ( $\chi^2[19] = 37.376, p = .007$ ); es weist jedoch auf ein akzeptables Modell hin ( $\chi^2/df < 2$ ). Dies erklärt sich durch den eher geringen Stichprobenumfang von  $n = 116$  sowie die hohe Anzahl an verwendeten Items. Da auch die weiteren Modellfit-Indizes im Rahmen der erwünschten Grenzwerte liegen (CFI = 0.974, TLI = 0.962) muss das Modell nicht verworfen werden (T-CFI und TLI jeweils  $> .95$ ). Ein näherungsweise Modell-Fit kann angenommen werden, da die untere Intervallgrenze des RMSEA = 0.092 (90%-CI [0.04, 0.14]) unter 0.05 liegt (Hu & Bentler, 1999). Es besteht eine adäquate oder mäßige Modellpassung. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das 2-Faktoren-Modell der Faktoren *Trotzverhalten* und *Schlafprobleme* trotz leichter Modellmiss-Spezifikationen beibehalten werden kann.

Abbildung 29 veranschaulicht das Diagramm des berechneten Modells.

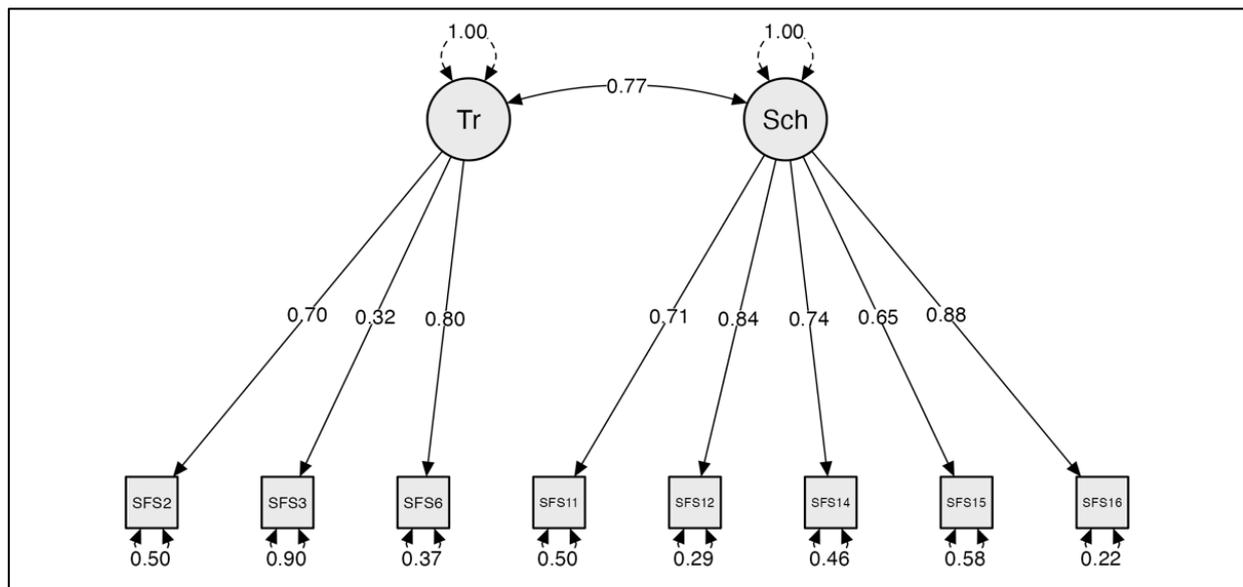


Abbildung 29. Modelldiagramm der konfirmatorischen Faktorenanalyse

für die Subskala „Schreien, Trotzen, Schlafen“ des Fragebogens SFS

Quelle: Statistik-Paket Lavaan, Version 0.6.15 (Rosseel, 2012)

*Anmerkungen.* Angegeben sind die standardisierte Kovarianz zwischen den beiden Faktoren, die Parameterschätzer und die Schätzer der Residualvarianzen der einzelnen Items. Tr = Trotzverhalten, Sch = Schlafprobleme

Zur Vorbereitung der Auswertung des **primären Endpunktes sozial-emotionale Probleme**, wurden die Rohwerte der einzelnen Subskalen des *Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment, BITSEA* (Briggs-Gowan et al., 2004) zu Summenwerten addiert und für jede Subskala Mittelwerte berechnet.

Bezogen auf den **primären Endpunkt elterliches Belastungsempfinden** wurden zur Vorbereitung der Auswertung des Elternbereichs des *Eltern-Belastungs-Inventars, EBI* (Tröster, 2011) die Rohwerte der einzelnen Subskalen zu Summenwerten addiert und für jede Skala Mittelwerte berechnet. Entsprechend der Normwerte die Studie von Tröster (2011) wurden die Summenwerte der Subskalen in normierte Stanine-Werte (*ST*) und die Summenwerte der Gesamtskala in T-Werte (*T*) übertragen. Stanine-Werte  $ST \geq 7$ , deuten auf eine starke Belastung in der jeweiligen Subskala hin. Bezogen auf die Gesamtskala entsprechen T-Werte  $< 60$  dem Normbereich; T-Werte  $\geq 60$  stellen Indikatoren für eine starke Belastung und T-Werte  $\geq 70$  Indikatoren für eine sehr starke Belastung dar.

Bezogen auf den **primären Endpunkt familienbezogene Lebensqualität** wurden zur Vorbereitung der Auswertung die Rohwerte der einzelnen Subskalen des *Fragebogens zur Familienbezogenen Lebensqualität, FLQ* (Tröster, 2005b) zu Summenwerten addiert. Umgepolte Items wurden für die Auswertung der Subskalen bzw. der Gesamtskala korrigiert. Für die weitere Auswertung wurden für jede Skala Mittelwerte berechnet.

Zur Vorbereitung der Auswertung des **sonstigen Endpunktes Beurteilung der Behandlung**, wurden die Rohwerte der einzelnen Subskalen des Fragebogens *FBB* (Mattejat & Remschmidt, 1998) zu Summenwerten addiert und für jede Subskala Mittelwerte berechnet.

### ***Erläuterung statistischer Grundlagen***

*Fallzahlschätzung.* Um einen für die Hypothesenentscheidung notwendigen optimalen Stichprobenumfang zu berechnen, wurden als Kriterien das  $\alpha$ -Fehlerniveau auf  $p < .05$  und das  $\beta$ -Fehlerniveau auf  $p < .20$  festgelegt, was einer  $\alpha/\beta$ -Fehlerkonstellation entspricht. Es sollte mindestens eine mittlere Effektstärke von 0.5 erreicht werden. Nach einer Berechnung mit dem Programm G-power (Erdfelder et al., 1996) ergab sich ein optimaler Stichprobenumfang von 51 Studieneinheiten (entspricht einer Familie) pro Untersuchungsbedingung. Das bedeutet:  $3 \times 51 = 153$  Studieneinheiten. Bei einer vorab geschätzten Drop-Out-Quote von 10-20 % wurde es notwendig 168-184 Studieneinheiten in die Studie einzuschließen (intention-to-treat) (Dupont & Plummer, 1998).

*Umgang mit fehlenden Werten.* Die Daten wurden auf fehlende Werte überprüft. Die Analyse ergab lediglich bei einzelnen soziodemographischen Variablen fehlende Werte zum Alter der Mutter  $n = 3$ , zum Alter des Vaters  $n = 2$  zum Bildungsabschluss des Vaters  $n = 1$ . Es wurden keine Imputationsverfahren angewandt, da diese Werte nicht bedeutsam für inferenzstatistische Hypothesenauswertung sind. In zwei Fällen lagen als fehlende Werte jeweils Daten in einzelnen Skalen vor; bei einem Datensatz zum ersten Messzeitpunkt, im anderen Datensatz zum zweiten Messzeitpunkt. Fehlende Werte für diese einzelnen Fälle wurden durch den jeweiligen Stichprobenmittelwert ersetzt.

*Einsatz von Kovariaten.* Beide Studiengruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Alters der Kinder hochsignifikant voneinander (vgl. *Abschnitt 6.2.1*). Im Rahmen der Hypothesenüberprüfung mit Gruppenvergleichen wurde zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme eine Kovarianzanalyse durchgeführt und damit über das Kindesalter kontrolliert. Bei bedeutsamen Interaktionseffekten im Rahmen der Varianz- bzw. Kovarianzanalysen mit Messwiederholung ANOVA / ANCOVA wurden gegebenenfalls Post-Hoc t-Tests berechnet, um die Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. zwischen den Messzeitpunkten lokalisieren zu können.

*Irrtumswahrscheinlichkeit.* Die berichteten Ergebnisse wurden mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha \leq 5\%$  ( $\alpha$  = Fehlerwahrscheinlichkeit) als signifikant interpretiert ( $\alpha \leq 10\%$  entspricht einem statistischen Trend); somit wurde das Signifikanzniveau auf zweiseitig  $p \leq .05$  festgelegt. Eine Signifikanz bedeutet, dass der gemessene Zusammenhang oder Unterschied in der Stichprobe mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% auch in der Grundgesamtheit gegeben ist (Döring & Bortz, 2016). Interpretation der Signifikanz: \*  $p < .05$  signifikant, \*\*  $p < .01$  sehr signifikant, \*\*\*  $p < .001$  höchst signifikant.

### ***Überprüfung der statistischen Voraussetzungen***

Als Vorbereitung der Datenanalyse bezogen auf die einzelnen Endpunkte wurden die Voraussetzungen zum **Vorliegen der Normalverteilung** mit Hilfe des *Shapiro-Wilk Tests* überprüft. Ein signifikantes Ergebnis ( $p < .05$ ) bedeutet eine Verletzung der Normalverteilung. Bei den Gesamtskalen lag jeweils Normalverteilung vor (siehe Tabellen zu den jeweiligen Endpunkten). Dies ist bedeutsam für die Auswahl der statistischen Verfahren. Es wurden parametrische Analyseverfahren angewandt, da zusätzlich davon ausgegangen wird, dass die Stichprobe ausreichend groß ist ( $df_{\text{Fehler}} > 30$ ). Somit wird das Kriterium für Robustheit parametrischer Testverfahren erfüllt und jeweils eine Maximierung der Teststärken erreicht. Als Kontrolle wurden zusätzlich non-parametrische Verfahren genutzt. Bei Abweichungen in der Signifikanz wurden die Angaben des non-parametrischen Verfahrens berichtet.

Um die **interne Konsistenz** der verwendeten Konstrukte zu bestimmen, wurde mit Hilfe der *Reliabilitätsanalyse* für die Subskalen und Gesamtskalen der einzelnen Erhebungsverfahren der entsprechende Wert für Cronbach's  $\alpha$ . Zur Interpretation:  $\alpha \geq 0.9$  exzellent,  $0.9 > \alpha \geq 0.8$  gut,  $0.8 > \alpha \geq 0.7$  akzeptabel,  $0.7 > \alpha \geq 0.6$  fragwürdig,  $0.6 > \alpha \geq 0.5$  schlecht,  $0.5 > \alpha$  inakzeptabel Blanz (2021).

Als Voraussetzung für die *einfaktoriellen und zweifaktoriellen Varianzanalysen bzw. Kovarianzanalysen mit und ohne Messwiederholung* wurden neben der Normalverteilung auch die **Varianzhomogenität** über den *Levene-Test der abhängigen Variablen* in der Gesamtgruppe und den Faktor-Untergruppen (Studiengruppen und Belastungsgruppen) geprüft. Bei einer Verletzung der Voraussetzung ( $p < .05$ ) wurde dennoch jeweils das parametrische Analyseverfahren durchgeführt, da von dessen Robustheit ausgegangen wurde.

Als Voraussetzungen zu den *multiplen linearen Regressionanalysen* wurden für das jeweilige Regressionsmodell auf **Kollinearität** und **Homoskedastizität** sowie mit Hilfe der *Durbin-Watson-Statistik* auf das Vorliegen störender Autokorrelationen überprüft. Berechnet wurden die Angaben zur Anpassungsgüte/Varianzaufklärung des Regressionsmodells mit korrigiertem  $R^2$ ,  $\Delta R^2$ , RMSE (Root Mean Square Error) und dem Signifikanzniveau  $p$  sowie die Regressionsstatistik mit Regressionskoeffizient  $B$ , Standardfehler  $SE$ , standardisiertem Regressionskoeffizienten  $Beta$ , Teststatistik  $t$  und Signifikanzniveau  $p$ .

### **Maße der Effektstärke**

Für den Bericht der Teststatistik wurde die **Effektstärke Cohen's  $d$**  genutzt, um eine einheitliche Darstellung und besseren Vergleich zu ermöglichen. Zur Interpretation von Cohen's  $d$ :  $d < 0.20$  kein Effekt,  $d < 0.50$  kleiner Effekt,  $d < 0.80$  mittlerer Effekt,  $d \geq 0.80$  großer Effekt (Cohen, 1988). Bezogen auf die einfaktoriellen und zweifaktoriellen Varianzanalysen (ANOVA) bzw. Kovarianzanalysen (ANCOVA) wurde das ausgegebene partielle Eta Quadrat ( $\eta_p^2$ ) als korrigierter Wert und bezogen auf die Analyse von Häufigkeitsverteilungen in  $\chi^2$ -Tests wurde die Effektstärke Cramer's  $V$  in Cohen's  $d$  umgerechnet und berichtet.

Die Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messungen innerhalb einer Studiengruppe erfolgte mit Hilfe der **Effektstärke  $d_{RM}$**  (Cohen's  $d$  Repeated Measures) nach Morris (2008). Dabei wurde die Standardabweichung des Prä-Tests berücksichtigt, da dieser nicht durch die Intervention beeinflusst wurde. Die Korrektur der Standardabweichung erfolgte über die Korrelation zwischen der Prä-Post-Messung.

Die Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messungen zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe erfolgte mit der **Effektstärke  $d_{ppc}$**  (Cohen's  $d$  Prä-Post-Control) nach Morris (2008). Dabei wurde die Gewichtung an der gepoolten Standardabweichung der Prä-Messung vorgenommen, da diese nicht durch die Intervention beeinflusst wurde.

Um die Effektivität hinsichtlich der jeweiligen Veränderungen einzuschätzen, wurde der **Reliable Change Index (RCI)** für alle abhängigen Variablen ermittelt. Der RCI gilt als klinische Signifikanz und lässt sich als Kennwert zuverlässiger Veränderung nutzen (Jacobson & Truax, 1992). Anhand des RCI konnte geprüft werden, ob die Veränderungen im Verlauf der Eltern-Kind-Beratung stärker ausgeprägt sind, als dies aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit der intraindividuellen Messungen in Bezug auf die Normstichprobe zu erwarten war. Zur Berechnung des RCI wurde die *Differenz der Mittelwerte* der Gesamtskalen der primären Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (prä) und zum zweiten Messzeitpunkt (post) ins *Verhältnis zur jeweiligen Reliabilität* (Cronbach's Alpha) und *der Standardabweichung* des jeweiligen Erhebungsverfahrens in der Normstichprobe gesetzt. Betragswerte größer 1,96 identifizieren eine signifikante intraindividuelle Veränderung auf dem Signifikanzniveau = 5 % (Jacobson & Truax, 1992).

Folgende Formel wurde zur Berechnung des RCI genutzt:

$$RCI = \frac{(M_{prä} - M_{post})}{SD_{diff}} \text{ mit } SD_{diff} = \sqrt{2} \times SE^2 \text{ und } SE = SD_{norm} \times \sqrt{1 - rtt_{norm}}$$

$M_{prä}$  = Mittelwert der Skalenwerte zum ersten Messzeitpunkt,

$M_{post}$  = Mittelwert der Skalenwerte zum zweiten Messzeitpunkt,

$SD_{norm}$  = Standardabweichung der jeweiligen Normstichprobe,

$rtt_{norm}$  = Reliabilität des Erhebungsverfahrens in der Normstichprobe, hier Cronbach's  $\alpha$ ).

## 5.9 Datenmanagement und Datenschutz

Der folgende Abschnitt beinhaltet Aspekte zum Umgang mit den Studiendaten, wie Datensicherheit, Anonymisierung und Pseudonymisierung.

### *Umgang mit Daten, Gewährleistung der Datensicherheit*

Alle Informationen zu den im Kinderzentrum Oldenburg angemeldeten Patienten und deren Eltern unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des *Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)* sowie der *Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DGSVO)*. Die Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Daten erfolgte in Papierform mit Hilfe von entsprechenden Erhebungsverfahren. Die eingesetzten Fragebögen befinden sich im *Anhang C*.

Die Erhebungsverfahren sind sowohl Bestandteil der medizinischen Dokumentation des Kinderzentrums als auch Grundlage für die individuelle Beratung. Aus diesem Grund verbleiben die Originalaufzeichnungen in der jeweiligen Patientenakte, die 10 Jahre in einem gesicherten Archiv des Kinderzentrums aufbewahrt werden. Für die Verarbeitung der Studiendaten wurden von den Erhebungsverfahren Kopien angefertigt und diese den Studienunterlagen beigelegt. Die unterschriebenen Einwilligungserklärungen der Eltern zur Studienteilnahme wurden davon getrennt aufbewahrt. Die Datenverarbeitung erfolgte mit Hilfe einer SPSS-Datenbank. Die Überprüfung der

Richtigkeit der Dateneingabe erfolgte durch Range-, Validitäts- und Konsistenzchecks. Die Daten wurden vor unberechtigtem Zugang mit einem Passwort gesichert.

### ***Aspekte der Anonymisierung und Pseudonymisierung***

Aufgrund des Studiendesigns einer Längsschnittuntersuchung (6 Monate nach der Erstberatung bzw. nach Studieneinschluss) war eine nachträgliche Zuordnung der erhobenen Daten zu einer bestimmten Person erforderlich.

Für die *Interventionsgruppe* im Kinderzentrum wurden aus diesem Grund alle personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) in pseudonymisierter Form mittels einer Personen-Identifikationsliste erfasst. Die Identifikation der Familien erfolgte mit Hilfe eines Studien-Codes (Buchstaben-Nummerncodes), welcher auf allen Erhebungsverfahren, jedoch nicht auf den Einverständniserklärungen der Eltern zur Studienteilnahme vermerkt wurde. Der Studienkoordinator hatte zu keinem Zeitpunkt Einblick in diese Personen-Identifikationslisten. Alle Mitarbeitenden des Kinderzentrums sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verantwortung wird vom Leiter des Kinderzentrums übernommen. Die mittels Studien-Code pseudonymisierten patientenbezogenen Daten wurden im Prozess der Dateneingabe anonymisiert. Alle Personen-Identifikationslisten wurden mit Hilfe eines Aktenvernichters nach Abschluss der Datenerhebung vernichtet. In der Folge ist keine Zuordnung von Personendaten und Studien-Code möglich. Somit wird ein Rückschluss auf die Identität der Personen bei der Datenauswertung und Ergebnisveröffentlichung ausgeschlossen. Bis zur Vernichtung der Personen-Identifikationsliste konnten die Eltern die Löschung der von ihnen erhobenen Daten mit Wirkung auf die Zukunft verlangen. Diese Möglichkeit wurde nicht genutzt.

Für die *Vergleichsgruppe* in den fünf Kindertagesstätten wurde an keiner Stelle der Erhebung der Name der Eltern und der Kinder erfragt. Die Antworten und Ergebnisse wurden unter einem persönlichen Codewort gespeichert, das die Eltern selbst anhand einer Regel erstellt haben und für Dritte, einschließlich Mitarbeitende der Kindertagesstätten und den Studienleiter unbekannt war. Es war unmöglich, die Daten mit den Personen in Verbindung zu bringen. Die anonymisierten Daten werden mindestens 10 Jahre gespeichert. Die Eltern können jederzeit die Löschung der von ihnen erhobenen Daten verlangen. Für die Erstellung Ihres Codeworts erhielten die Eltern eine Anleitung. Diese Anleitung verblieb bei den Eltern, damit diese ggf. später die Löschung der Daten mit Wirkung auf die Zukunft verlangen können. Die Verantwortung wird vom Fachbereichsleiter Kindertagesstätten des Diakonisches Werkes Oldenburg übernommen.

### ***Widerruf, Datenlöschung***

Die Zustimmung zur Studienteilnahme konnte von den Eltern jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere Versorgung im Kinderzentrum zurückgezogen werden. Auf Wunsch der Eltern wurde eine weitere Beratung unabhängig von der Studie gewährleistet. Bei Rücktritt von der Studie wurde bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet.

### **5.10 Anpassung der Studie an die COVID19-Situation**

Die in dieser Dissertation beschriebene Studie fiel in den Zeitraum der COVID-19-Pandemie. Wichtige Aspekte sind hinsichtlich der Umsetzung und Interpretation der Studienergebnisse zu berücksichtigen. Die Beratung fand während der Pandemie ohne Unterbrechung statt. Die Organisation der Beratungstermine im Kinderzentrum wurde mehrfach vor verschiedene Herausforderungen gestellt; Terminvergaben und Kontaktaufnahmen zu den Eltern waren erschwert, Termine wurden aufgrund von Erkrankungen kurzfristig abgesagt oder verschoben. Die Zahl der anwesenden Bezugspersonen war zeitweise eingeschränkt, d.h. es konnte entweder nur die Mutter oder nur der Vater an der Beratung teilnehmen. Einzelne Termine wurden nicht in Präsenz, sondern als Telefon- oder Videoberatung durchgeführt.

Nicht wenige Familien konnten nicht zum zweiten Messzeitpunkt kontaktiert werden, Fragebögen wurden nicht zurückgesandt, andere Familien haben ohne Angabe von Gründen nicht an der Studie teilgenommen bzw. ihre Teilnahme vorzeitig beendet. In der Folge hat sich der gesamte zeitliche Rahmen der Datenerhebung wesentlich verzögert.

Das ursprünglich geplante Untersuchungsdesign sah eine Unterteilung der Interventionsgruppe vor. Auf der Basis der rein organisatorisch begründeten Verfügbarkeit einer freien Beratungsressource im ambulanten Versorgungssetting des Kinderzentrums sollten die Kind-Eltern-Triaden zur *Interventionsgruppe ohne* und zur *Warte-Interventionsgruppe mit* zeitlicher Verzögerung zugewiesen werden. Die Trennung der Gruppen sollte mit Hilfe des Mittelwertes der Abweichungen vom Anmeldedatum und dem Datum der Erstvorstellung (27 Tage) erfolgen. Diese Trennung hätte zu gleichgroßen Gruppen geführt. Bei einer Abweichung unterhalb dieses Wertes wäre die angemeldete Familie der Interventionsgruppe zugeordnet worden. Bei einer Abweichung, die dem Mittelwert entspricht oder größer ist, hätte eine Zuordnung zur Warte-Integrationsgruppe stattgefunden. Ziel war es, durch diese nicht-randomisierte Zuweisung Interventionseffekte aufzuzeigen, die mit denen aus randomisierten Studien vergleichbar sein können (Leichsenring et al., 2005; Shadish et al., 2000).

## 6 Ergebnisse

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung werden zunächst die soziodemographischen Daten der Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt (T1) mit Hilfe der Methoden der deskriptiven Statistik beschrieben. In der anschließenden Querschnitt-Analyse folgen Mittelwertvergleiche (Signifikanztests, t-Tests, Varianzanalysen) hinsichtlich der geplanten Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt. Im zweiten Teil wird in der Längsschnitt-Analyse der zum zweiten Messzeitpunkt (T2) auswertbare Datensatz mit dem Datensatz des ersten Messzeitpunktes verglichen. Dabei kommen unterschiedliche statistische Auswertungsmethoden, wie Varianzanalysen mit Messwiederholung, Korrelations- bzw. Regressionsanalysen zur Anwendung.

### 6.1 Erhebungszeitraum, Rücklaufstatistik und Drop-out-Analyse

Das Flussdiagramm in Abbildung 30 bietet einen Überblick zum Rücklauf der Gesamtstichprobe.

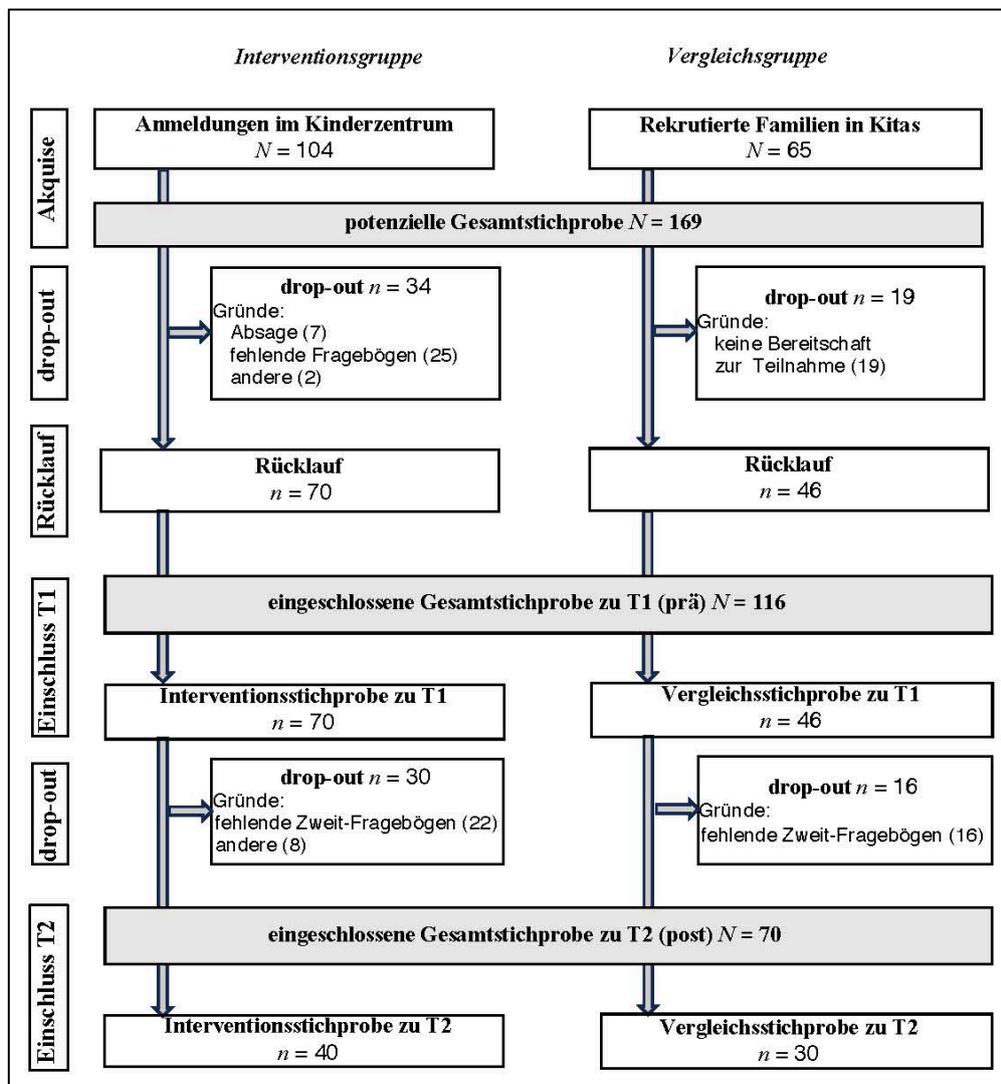


Abbildung 30. Flussdiagramm zu Rücklauf und Drop-out

Quelle: Eigene Darstellung

In die Studie sollten potenziell  $n = 169$  Familien aufgenommen werden (in der Interventionsgruppe  $n = 104$  Anmeldungen; in der Vergleichsgruppe  $n = 65$  rekrutierte Familien).

Die reale Gesamtstichprobe besteht jedoch zu T1 aus  $N = 116$  Familien; dies entspricht einer Rücklaufquote von 68.6 %; in der Interventionsgruppe  $n = 70$  (67.3 %), in der Vergleichsgruppe  $n = 46$  (70.8 %). Die Gesamtstichprobe liegt damit etwa 10-17 % unter der ursprünglichen Planungsgröße (intent-to-treat: insgesamt 128-139 Eltern-Kind-Paare; 64-70 pro Studiengruppe).

Zu T2 wurden bei  $N = 70$  (60.3 % der ursprünglichen Gesamtstichprobe) Daten erhoben. Somit beträgt die Abbruch-/Drop-out-Rate zu T2  $n = 46$  (39.7 % der Gesamtstichprobe).

In der **Interventionsgruppe** haben sich im geplanten Erhebungszeitraum (vom 01.01.2020 bis 31.09.2022) insgesamt  $n = 104$  Kinder und ihre Familien zur Beratung in der Regulationsprechstunde angemeldet. Davon sind zu T1  $n = 70$  Familien (60,3 % der eingeschlossenen Gesamtstichprobe bzw. 76.3 % der Interventionsgruppe) eingeschlossen. Insgesamt konnten  $n = 34$  Familien (64.1 % der Drop-out-Gruppe bzw. 32.7 % der Interventionsgruppe) nicht in die Studie nicht erfasst werden: davon hatten  $n = 7$  ihre Teilnahme abgesagt bzw. ihr Einverständnis zurückgenommen, von  $n = 25$  wurden keine Fragebögen zurückgesandt, bei  $n = 2$  gab es andere Gründe. Zu T2 konnten  $n = 40$  Eltern (56.5 % der eingeschlossenen Gesamtstichprobe bzw. 57.1 % der Interventionsgruppe) eingeschlossen werden. Aufgrund der zu diesem Zeitpunkt nicht zurückgesandten Zweit-Fragebögen beträgt die Drop-out-Rate  $n = 30$  (65.2 % der Drop-out-Gruppe bzw. 42.9 % der Studiengruppe).

Die **Vergleichsgruppe** (Normstichprobe ohne Beratungsbedarf) konnte planmäßig erhoben werden: T1 erfolgte im Januar 2020, T2 im Juni 2020. Für die Vergleichsgruppe wurden über die Leitungen der Kindertagesstätten insgesamt  $n = 65$  Familien rekrutiert. Davon haben sich zu T1  $n = 46$  Familien (39.7 % der eingeschlossenen Gesamtstichprobe bzw. 70.8 % der Vergleichsgruppe) bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Insgesamt  $n = 19$  Familien (35.8 % der Drop-out-Gruppe bzw. 29.2 % der Vergleichsgruppe) haben aus unterschiedlichen Gründen abgesagt, waren zur Teilnahme nicht bereit oder wurden telefonisch nicht erreicht. Zu T2 konnten  $n = 30$  Eltern (43.5 % der Gesamtstichprobe bzw. 65.2 % der Vergleichsgruppe) befragt werden. Ebenfalls aufgrund nicht zurückgesandter Zweit-Fragebögen beträgt die Drop-out-Rate zu T2  $n = 16$  (34.0 % der Drop-out-Gruppe bzw. 34.8 % der Vergleichsgruppe).

Tabelle 15 fasst die Gesamtstichprobe, die jeweils zu den Messzeitpunkten eingeschlossenen Teilstichproben sowie die jeweiligen Drop-out-Stichproben für die Studiengruppen zusammen.

Tabelle 15

Übersicht zur Verteilung der Teilstichproben zu den beiden Messzeitpunkten

Teilstichproben der Studie	Studiengruppen						Gesamtstichprobe	
	Interventionsgruppe			Vergleichsgruppe			n	Anteil%
	n	%	Anteil%	n	%	Anteil%		
<i>potenzielle Gesamtstichprobe</i>	104	100.0	61.5	65	100.0	38.5	169	100.0
Stichprobe zu T1	70	76.3	60.3	46	70.8	39.7	116	68.6
Drop-out zu T1	34	32.7	64.2	19	29.2	35.8	53	31.4
<i>Stichprobe zu T2</i>	40	57.1	56.5	30	65.2	43.5	70	60.3
Drop-out zu T2	30	42.9	65.2	16	34.8	34.0	46	39.7

Anmerkung. Messzeitpunkte: T1: erster Messzeitpunkt (prä), T2: zweiter Messzeitpunkt (post)

Eine **Drop-out-Analyse** soll zeigen, ob sich die zum zweiten Messzeitpunkt in der Studie verbliebenen Familien (eingeschlossene Stichprobe:  $n = 70$ ) von den ausgeschiedenen Familien (Drop-out:  $n = 46$ ) signifikant in ihren soziodemographischen Merkmalen unterscheiden.

Zum Vergleich der Häufigkeiten der Gruppenzugehörigkeit wurden  $\chi^2$ -Tests für folgende Variablen durchgeführt: *ausfüllende Person* (leibliche Mutter, leiblicher Vater, leibliche Mutter und Vater, andere), *Geschlecht des Kindes* (männlich, weiblich), *Geschwisterstatus* (Einzelkind, Geschwister), *Beziehungsstatus der Eltern* (zusammenlebend, nie zusammengelebt, getrennt lebend), *Berufstätigkeit der Bezugspersonen* (berufstätig, arbeitssuchend, Elternzeit, anders). Aufgrund der Abweichung von der Normalverteilung wurden darüber hinaus Mann-Whitney-U-Tests für das *Alter der Kinder und Eltern* und die *Anzahl der Geschwister* durchgeführt.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Häufigkeiten der zu T2 eingeschlossenen Stichprobe und der Drop-out-Stichprobe hinsichtlich der Parameter Geschlecht, Alter, Geschwisteranzahl, Beziehungsstatus der Eltern. Lediglich hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mütter in der Interventionsgruppe ließ sich ein signifikanter Unterschied feststellen ( $\chi^2[3] = 11.53, p = .009$ ). Alle Ergebnisse der Drop-out-Analysen werden im *Anhang in den Tabellen D-1 und D-2* abgebildet.

In keiner der erhobenen Variablen wurden signifikante Unterschiede der Häufigkeiten in der Gruppenzugehörigkeit festgestellt. Die Häufigkeiten der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Daten der Endpunkte. Somit ist eine Verzerrung der Daten durch systematisches Ausscheiden aus der Interventionsgruppe unwahrscheinlich.

## 6.2 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Abschnitt wird die Auswertung der soziodemographischen Merkmale sowohl für die Gesamtstichprobe als auch getrennt nach Interventions- und Vergleichsgruppe zum ersten Messzeitpunkt (T1) dargestellt. Es werden die verschiedenen Charakteristika der Kinder und der Bezugspersonen (Eltern) beschrieben. Anschließend werden die Besonderheiten zur psychosozialen Belastung der Familien charakterisiert. Am Ende des Abschnitts folgt die Auswertung relevanter Informationen innerhalb der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt der Anmeldung.

### 6.2.1 Charakteristika der Kinder

Tabelle 16 fasst die deskriptive Statistik zu den Merkmalen der Kinder zusammen, bevor diese im Anschluss detailliert dargestellt werden.

Tabelle 16

*Deskriptive Statistik zu Charakteristika der Kinder*

Merkmalsdimension Merkmale	Gesamtstichprobe N = 116		Studiengruppen				Teststatistik		
	n	%	Interventions- gruppe n = 70		Vergleichs- gruppe n = 46		$\chi^2$	df	V
<i>Geschlecht</i>									
weiblich	59	50.9	36	51.4	23	50.0	0.02	1	0.01
männlich	57	49.1	34	48.6	23	50.0			
divers	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
<i>Altersgruppe</i>									
12 bis 18 Monate	42	36.2	35	50.0	7	15.2	18.19***	3	0.39
19 bis 24 Monate	25	21.5	15	21.4	10	21.7			
25 bis 30 Monate	30	25.9	14	20.0	16	34.8			
> als 30 Monate	19	16.4	6	8.6	13	28.3			
<i>Familienstatus</i>									
leibliches Kind	114	98.3	68	97.1	46	100.0	1.34	1	0.11
Pflegekind	2	1.7	2	2.9	0	0.0			
Adoptivkind	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
anderes	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
<i>Geschwisterstatus</i>									
Einzelkind	57	49.1	37	52.9	20	43.5	0.98	1	0.09
Geschwisterkind	59	50.9	33	47.1	26	56.5			
<i>Frühgeburtlichkeit</i>									
nein	93	85.3	55	82.1	38	90.5	1.45	1	0.12
ja	16	14.7	12	17.9	4	9.5			
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>		<i>W</i>	<i>r</i>	
Alter	22.73 (7.41)		20.14 (6.70)		26.67 (6.72)		768.50***	.52	
Geschwisteranzahl	0.61 (0.81)		0.63 (0.78)		0.80 (0.83)		1416.50	.12	

Anmerkungen. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cramér's  $V$

Die Gesamtstichprobe der Kinder besteht zum Zeitpunkt vor der Beratung aus  $N = 116$  Kindern; bezogen auf die **Geschlechterverteilung** umfasst die Stichprobe insgesamt etwas mehr Mädchen ( $n = 59$ , 50.9 %) als Jungen ( $n = 57$ , 49.1 %): in der Interventionsgruppe ( $n = 70$ ) sind  $n = 36$  Mädchen (51.4 %) und  $n = 34$  Jungen (48.6 %), in der Vergleichsgruppe ( $n = 46$ ) sind  $n = 23$  Mädchen (50.0 %) und  $n = 23$  Jungen (50.0 %), bei keinem Kind besteht eine diverse Geschlechtsangabe. Die Häufigkeiten der Geschlechterverteilung unterscheiden sich zwischen den Gruppen nicht signifikant ( $\chi^2 [1, N = 116] = 0.02, p = .880, d = 0.03$ ).

Das **Gesamalter** liegt zwischen 12 und 41 Monaten ( $N = 116, M = 22.73, SD = 7.41$ ); in der Interventionsgruppe zwischen 12 und 36 Monaten ( $n = 70, M = 20.14, SD = 6.70$ ) und in der Vergleichsgruppe zwischen 14 und 41 Monaten ( $n = 46, M = 26.67, SD = 6.72$ ). In Bezug auf das Alter ist die gesamte Stichprobe nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test:  $W = 0.95, p < .001$ ); bezogen auf die einzelnen Studiengruppen liegt lediglich in der Vergleichsgruppe eine Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test: IG:  $W = 0.90, p < .001$ , VG:  $W = 0.97, p = .255$ ).

In Bezug auf ihr Gesamalter unterscheiden sich die Kinder zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe hochsignifikant (Mann-Whitney-U-Test:  $W = 768.50, p < .001, r = .52$ ). Die Kinder der Interventionsgruppe ( $M = 20.14, SD = 6.70$ ) sind 6.54 Monate jünger (Mittelwertdifferenz 95%-CI [-9.06, -4.02]) als die Kinder der Vergleichsgruppe ( $M = 26.47, SD = 6.14$ ). In Bezug auf die **Altersgruppen** unterscheiden sich die Häufigkeiten der Kinder in beiden Studiengruppen ebenfalls signifikant ( $\chi^2 [3, N = 116] = 18.19, p < .001, d = 0.86$ ). Die größte Alterskategorie bilden Kinder im Alter von 12 bis 18 Monaten. Abbildung 31 stellt die Verteilung der Altersgruppen der Kinder in den Studiengruppen getrennt nach Geschlecht dar.

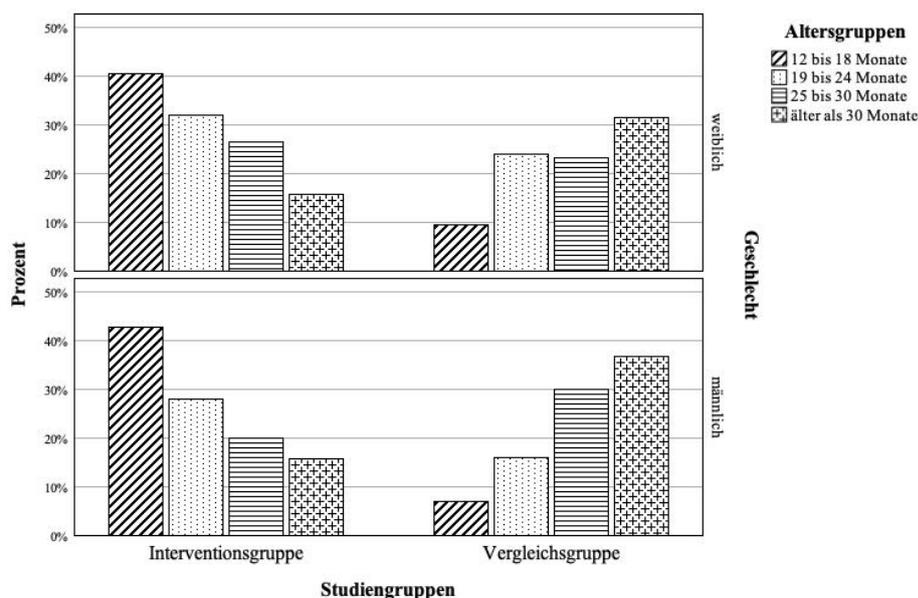


Abbildung 31. Verteilung der Altersgruppen der Kinder in den Studiengruppen getrennt nach dem Geschlecht der Kinder

Bezogen auf den **Geschwisterstatus** besteht die Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt aus annähernd gleich großen Gruppen an *Einzelkindern* ( $n = 57, 49.1\%$ ; Interventionsgruppe:  $n = 37, 64.9\%$ ; Vergleichsgruppe:  $n = 20, 35.1\%$ ) und *Geschwisterkindern* ( $n = 59, 50.9\%$ ; Interventionsgruppe:  $n = 33, 55.9\%$ , Vergleichsgruppe:  $n = 26, 44.1\%$ ). Bezogen auf die Häufigkeiten im Geschwisterstatus besteht zwischen den beiden Studiengruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2 [1, N = 116] = 0.98, p = .323, d = 0.18$ ). Bezogen auf die *Anzahl der Geschwister* haben  $n = 40$  aller Kinder ( $34.5\%$ ) ein Geschwisterkind (Interventionsgruppe  $n = 24, 34.3\%$ ; Vergleichsgruppe  $n = 16, 34.8\%$ ),  $n = 16$  Kinder ( $13.8\%$ ) haben zwei Geschwister (Interventionsgruppe  $n = 7, 10.0\%$ ; Vergleichsgruppe  $n = 9, 19.6\%$ ) und  $n = 3$  Kinder ( $2.6\%$ ) haben drei Geschwister (Interventionsgruppe  $n = 2, 2.9\%$ ; Vergleichsgruppe  $n = 1, 2.2\%$ ). Interventions- und Vergleichsgruppe unterscheiden sich bezogen auf die Geschwisteranzahl nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test:  $W = 1416.5, p = .234$ ).

Der **Geburtszeitpunkt** der Kinder der Gesamtstichprobe ( $N = 109$ ) liegt zwischen der 32. und der 42. Schwangerschaftswoche ( $M = 39.05, SD = 2.07$ ). Die beiden Studiengruppen (Interventionsgruppe:  $M = 38.81, SD = 2.22$ ; Vergleichsgruppe:  $M = 39.43, SD = 1.77$ ) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Mann-Whitney-U-Test:  $W = 1213.0, p = .218, r = -.14$ ).

Eine **Frühgeburtlichkeit** liegt in der Gesamtstichprobe bei  $n = 16$  Kindern vor ( $n = 12$  Kinder in der Interventionsgruppe,  $n = 4$  Kinder in der Vergleichsgruppe). Die Studiengruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Häufigkeiten der Frühgeburtlichkeit der Kinder nicht signifikant voneinander ( $\chi^2 [1, N = 109] = 1.45, p = .229, d = 0.23$ ).

### 6.2.2 Charakteristika der Bezugspersonen/ Eltern

*Anmerkung.* Um den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen und alle an der Studie Teilnehmenden diskriminierungsfrei einzubeziehen, wurde in der Befragung der Eltern auf die geschlechtsneutrale Bezeichnung „Bezugsperson“ zugegriffen. In der deskriptiven Analyse hat sich gezeigt, dass die beiden Bezugspersonengruppen zum größten Teil in einem Geschlecht repräsentiert sind. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf der Ergebnispräsentation bei Bezugsperson A von „Müttern“ und bei Bezugsperson B von „Vätern“ gesprochen.

Tabelle 17 fasst die wichtigsten Merkmale der Bezugspersonen zusammen. Die Ergebnisse werden im Folgenden erläutert. Einzelne relevante Merkmale der Bezugspersonen werden jeweils zunächst für die Gesamtstichprobe und anschließend für die beiden Studiengruppen berichtet.

Tabelle 17

## Deskriptive Statistik zu Charakteristika der Bezugspersonen

Merkmalsdimension Merkmale		Gesamtstichprobe N = 116		Studiengruppen				Teststatistik		
		n	%	Interventions- gruppe n = 70		Vergleichs- gruppe n = 46		$\chi^2$	df	V
n	%			n	%	n	%			
<i>Geschlecht</i>										
Bezugsperson „A“ (Mütter)	weiblich	113	97.4	68	97.1	45	97.8	0.05	1	0.02
	männlich	3	2.6	2	2.9	1	2.2			
	divers	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
Bezugsperson „B“ (Väter)	weiblich	5	4.5	4	6.1	1	2.2	2.35	2	0.15
	männlich	105	94.6	62	93.9	43	95.6			
	divers	1	0.9	0	0.0	1	2.2			
<i>Altersgruppe</i>										
Mütter	< 25 Jahre	20	17.2	12	17.1	8	17.4	13.31**	2	0.34
	26 bis 39 Jahre	88	88.0	58	58.0	30	65.2			
	> 39 Jahre	8	6.9	0	0.0	8	17.4			
Väter	< 25 Jahre	20	17.2	11	15.7	9	19.6	3.56	2	0.18
	26 bis 39 Jahre	65	56.0	44	62.9	21	45.7			
	> 39 Jahre	31	26.7	15	21.4	16	34.8			
<i>Beziehungsstatus</i>										
	zusammenlebend	108	93.1	62	88.6	46	100.0	5.65	2	0.22
	nie zusammengelebt	6	5.2	6	8.6	0	0.0			
	getrennt lebend	2	1.7	2	2.9	0	0.0			
<i>Berufstätigkeit</i>										
Mütter	berufstätig	56	50.9	26	38.8	30	69.8	10.93*	3	0.32
	arbeitssuchend	5	4.5	3	4.5	2	4.7			
	Elternzeit	39	35.5	31	46.3	8	18.6			
	anders	10	9.1	7	10.4	3	6.9			
Väter	berufstätig	99	92.5	61	93.8	38	90.5	1.82	3	0.13
	arbeitssuchend	3	2.8	2	3.1	1	2.4			
	Elternzeit	1	0.9	0	0.0	1	2.4			
	anders	4	3.7	2	3.1	2	4.8			
<i>Bildungsstatus</i>										
Mütter	niedrige Bildung	35	38.9	25	49.0	10	25.6	7.65*	2	0.29
	mittlere Bildung	45	50.0	19	37.3	26	66.7			
	hohe Bildung	10	11.1	7	13.7	3	7.7			
Väter	niedrige Bildung	28	34.1	20	45.5	8	21.1	17.39***	2	0.46
	mittlere Bildung	43	52.4	14	31.8	29	76.3			
	hohe Bildung	11	13.4	10	22.7	1	2.6			
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	W	r	
<i>Alter</i>										
	Bezugsperson „A“ (Mütter)	104	32.65 (5.20)	65	31.69 (4.46)	39	34.26 (5.96)	1014.0		.20
	Mütter bei Geburt	104	30.76 (5.14)	65	30.02 (4.56)	39	31.99 (5.89)	1083.0		.15
	Bezugsperson „B“ (Väter)	97	36.58 (6.78)	59	35.66 (6.58)	38	38.00 (6.92)	918.0		.18

Anmerkungen. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cramér's  $V$

Bezogen auf das **Geschlecht** setzt sich die Gruppe der „Bezugsperson A“ (im Folgenden „Mütter“) in der Interventionsgruppe aus  $n = 68$  (97.1 %) weiblichen und  $n = 2$  (2.9 %) männlichen Personen und in der Vergleichsgruppe aus  $n = 45$  (97.8 %) weiblichen und  $n = 1$  (2.2 %) männlichen Personen zusammen. Die Gruppe der „Bezugsperson B“ (im Folgenden „Väter“) besteht in der Interventionsgruppe aus  $n = 62$  (88.6 %) männlichen und  $n = 4$  (5.7 %) weiblichen Personen und in der Vergleichsgruppe aus  $n = 43$  (93.4 %) männlichen, aus  $n = 1$  (2.2 %) weiblichen und aus  $n = 1$  (2.2 %) diversen Personen. Zwischen den Gruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede ( $p > .05$ ).

Das **Durchschnittsalter** der Mütter liegt bei  $M = 32.7$  Jahren ( $n = 104$ ,  $SD = 5.20$ ,  $Min = 23$ ,  $Max = 56$ ) und der Väter bei 36.5 Jahren ( $n = 98$ ,  $SD = 6.78$ ,  $Min = 20$ ,  $Max = 54$ ). In Bezug auf das **Gesamalter** sind die Mütter in der Gesamtstichprobe und in beiden Studiengruppen nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test: Gesamt:  $p = < .001$ ; IG:  $p = .007$ , KG:  $p = .004$ ), das Gesamalter der Väter ist hingegen in der Gesamtstichprobe und in beiden Studiengruppen normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test: Gesamt:  $p = .502$ ; IG:  $p = .814$ , KG:  $p = .390$ ). Zwischen den beiden Studiengruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede des Alters der Mütter (Mann-Whitney-U-Test:  $p = .088$ ) und der Väter (Student-T-Test:  $p = .097$ ).

Die **Altersgruppe der Bezugspersonen** zwischen 26 und 39 Jahren stellt jeweils den größten Anteil (50.0 % bzw. 40.5 %) dar. Besonders niedrig ist die Zahl der über 40-jährigen Mütter ( $n = 8$ , 6.9 %) im Vergleich mit der Anzahl der Väter in dieser Altersgruppe ( $n = 31$ , 26.7 %). In der Interventionsgruppe finden sich keine Mütter, die älter als 40 Jahre sind. Bei den unter 25-jährigen Eltern haben in jeder der beiden Gruppen jeweils  $n = 20$  Bezugspersonen (17.2 %) das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht. In Bezug auf die Häufigkeiten der Altersgruppen unterscheiden sich die beiden Studiengruppen in der Gruppe der Mütter hoch signifikant ( $\chi^2 [2] = 13.31$ ,  $p = .001$ ,  $d = 0.72$ ), in der Gruppe der Väter hingegen nicht signifikant ( $\chi^2 [2] = 3.56$ ,  $p = .169$ ,  $d = 0.36$ ).

Das **Durchschnittsalter der Mütter zur Geburt ihrer Kinder** liegt in der Gesamtstichprobe bei  $M = 30.76$  ( $SD = 5.14$ ). Mütter der Interventionsgruppe sind bei der Geburt ihres Kindes etwas jünger ( $M = 30.02$ ,  $SD = 4.56$ ) als Mütter der Vergleichsgruppe ( $M = 31.99$ ,  $SD = 5.85$ ). Hinsichtlich des Alters der Mütter zur Geburt ihrer Kinder besteht im Mittelwertvergleich der Studiengruppen kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test:  $p = .217$ ).

Der **Bildungsstatus der Eltern** wird auf Grundlage der internationalen Standardklassifikation von Bildungsabschlüssen (ISCED) abgebildet (UNESCO, 2012). Dabei entspricht einer niedrigen Bildung maximal der Erwerb der mittleren Reife, einer mittleren Bildung eine Berufsausbildung bzw. eine Hochschulreife und einer hohen Bildung ein Meister- bzw. Hochschulabschluss. In der Interventionsgruppe besitzen insgesamt mehr Eltern entweder einen niedrigen oder einen höheren

Bildungsstatus, wohingegen Eltern der Vergleichsgruppe vermehrt einen mittleren Bildungsstatus besitzen. In Bezug auf den Bildungsstatus ist die Gruppe der Bezugspersonen mit Abitur/Allg. Hochschulreife am häufigsten vertreten:  $n = 39$  Mütter (43.3 %) und  $n = 40$  Väter (48.2 %). Weiterhin haben jeweils  $n = 18$  Mütter (20.0 %) und  $n = 18$  Väter (21.7 %) mindestens einen Realschulabschluss. Über keinen Schulabschluss verfügt keine der Bezugspersonen.

In Bezug auf die Häufigkeiten des Bildungsstatus‘ unterscheiden sich zwischen den Studiengruppen die Mütter signifikant ( $\chi^2 [2] = 7.65, p = .022, d = 0.53$ ) und die Väter hoch signifikant ( $\chi^2 [2] = 17.39, p < .001, d = 0.84$ ). Abbildung 32 und Abbildung 33 stellen die Verteilung des Bildungsstatus‘ der Bezugspersonen in den Studiengruppen grafisch dar.

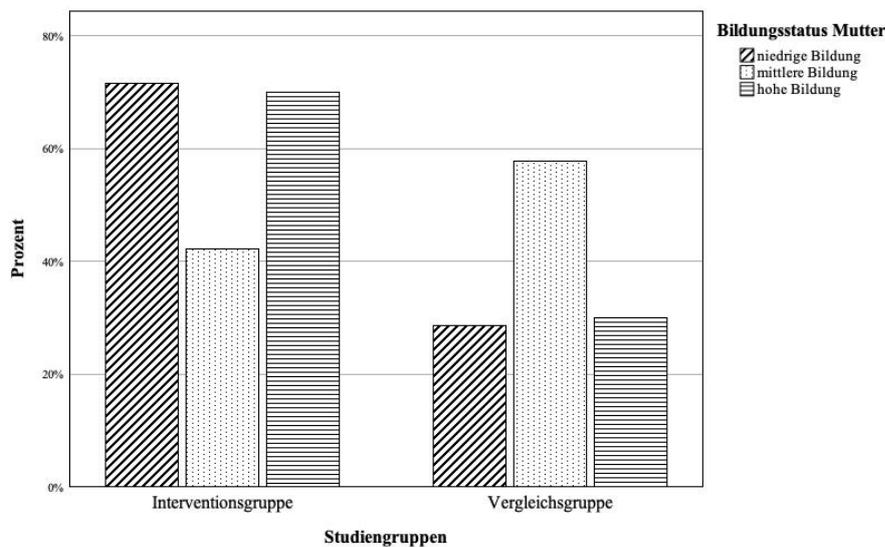


Abbildung 32. Verteilung des Bildungsstatus‘ der Mütter in den Studiengruppen

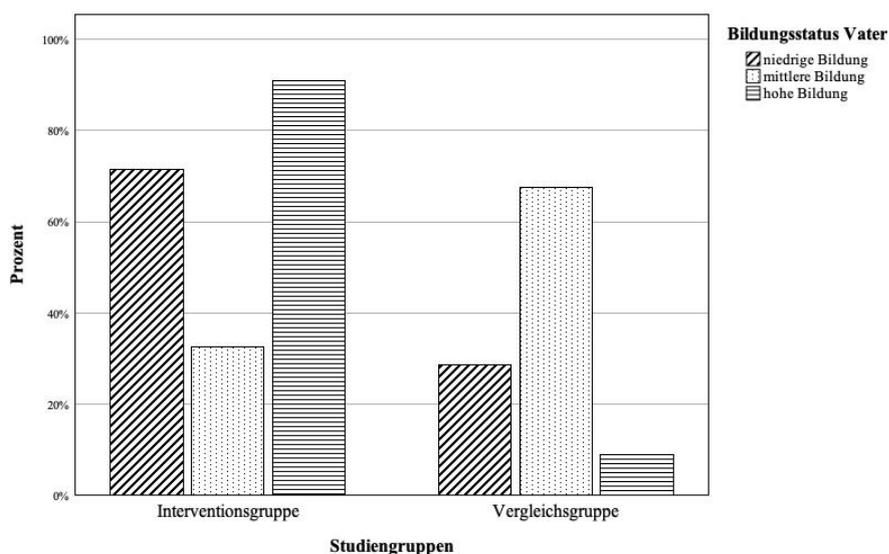


Abbildung 33. Verteilung des Bildungsstatus‘ der Väter in den Studiengruppen

Gegenüber der Vergleichsgruppe finden sich in der Interventionsgruppe mehr Mütter und Väter sowohl mit einem niedrigen (Mütter: 49.0 %, Väter: 45.5 %) als auch mit einem hohen Bildungsabschluss (Mütter: 13.7 %, Väter: 22.7 %). In der Vergleichsgruppe sind mehr Mütter und Väter mit einem mittleren Bildungsabschluss (Mütter: 66.7 %, Väter: 76.3 %) vertreten. Eine ausführliche Übersicht der deskriptiven Statistik zum Bildungsstatus der Bezugspersonen befindet sich im *Anhang in Tabelle D-3*.

Bezogen auf die **Berufstätigkeit** sind zum ersten Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe weniger Mütter berufstätig ( $n = 26$ , 38.8 %) als in der Vergleichsgruppe ( $n = 30$ , 69.8 %). Demgegenüber befanden sich in der Interventionsgruppe  $n = 39$  Mütter in Elternzeit (35.4 %), in der Vergleichsgruppe lediglich  $n = 8$  (18.6 %). Hinsichtlich der Häufigkeiten des Arbeitsverhältnisses unterscheiden sich die Mütter der beiden Studiengruppen signifikant ( $\chi^2 [3] = 10.93$ ,  $p = .012$ ,  $d = 0.65$ ). Väter sind sowohl in der Interventionsgruppe ( $n = 61$ , 93.8 %) als auch in der Vergleichsgruppe ( $n = 38$ , 90.5 %) überwiegend berufstätig. Die Väter unterscheiden sich in den Studiengruppen hinsichtlich der Häufigkeiten des Arbeitsverhältnisses nicht signifikant ( $\chi^2 [3] = 1.82$ ,  $p = .611$ ,  $d = 0.25$ ).

Hinsichtlich des **Beziehungsstatus** handelt es sich in der Mehrzahl der Bezugspersonen um die leiblichen Eltern (Mütter  $n = 114$ , 98.3 %, Väter  $n = 107$ , 95.5 %). In der gesamten Stichprobe leben die meisten Eltern zusammen ( $n = 108$ , 93.1 %), das bedeutet, dass die Kinder bei beiden Eltern leben und beide Bezugspersonen das Sorgerecht für ihr Kind besitzen. Sechs Familien leben getrennt (1.7 %), zwei Bezugspersonen haben nie zusammengelebt (5.2 %). Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Häufigkeiten des Beziehungsstatus' ( $\chi^2 [2] = 5.65$ ,  $p = .059$ ,  $d = 0.45$ ), des *Sorgerechts* ( $\chi^2 [3] = 6.37$ ,  $p = .095$ ,  $d = 0.48$ ) und in Bezug auf den *Status als leibliches/ Pflegekind* ( $\chi^2 [1] = 1.34$ ,  $p = .248$ ,  $d = 0.22$ ); es handelt sich in keinem Fall um Adoptivfamilien. *Alleinerziehende Mütter* ( $n = 8$ , 11.4 %) finden sich ausschließlich in der Interventionsgruppe ( $\chi^2 [1] = 5.53$ ,  $p = .019$ ,  $d = 0.45$ ).

**Einschneidende Lebensereignisse** spielen bei Bezugspersonen von  $n = 52$  (44.8 %) Kindern zum Zeitpunkt der Befragung eine Rolle. Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeiten des Auftretens einschneidender Lebensereignisse nicht signifikant voneinander ( $\chi^2 [1] = 3.11$ ,  $p = .078$ ,  $d = 0.33$ ). Am häufigsten wurden als einschneidendes Lebensereignis *Umzug* ( $n = 21$ , 22.6 %), *neuer Arbeitsplatz* ( $n = 17$ , 18.3 %), *Krankheit*, *Verlust*, *Tod eines Angehörigen/ Freundes* ( $n = 12$ , 12.9 %) sowie *finanzielle Sorgen* ( $n = 11$ , 11.8 %) genannt.

Von den Befragten werden als **Belastungen während der Schwangerschaft** am häufigsten *starke Übelkeit/Erbrechen* ( $n = 30$ ), *seelische Belastungen* ( $n = 28$ ), die *Einnahme von Medikamenten bzw. Substanzen* ( $n = 24$ ), *vorzeitige Wehen* ( $n = 16$ ) und *starke Blutungen* ( $n = 7$ ) genannt. Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeiten folgender Belastungen signifikant voneinander: *Medikamente/ Substanzen* ( $\chi^2 [1] = 4.59, p = .032, d = 0.41$ ), *vorzeitiger Wehen* ( $\chi^2 [1] = 5.48, p = .019, d = 0.44$ ) und *starker Blutungen* ( $\chi^2 [1] = 5.00, p = .025, d = 0.42$ ). Bei den Müttern der Interventionsgruppe werden insgesamt häufiger Belastungen berichtet.

Bezogen auf **Komplikationen im Zusammenhang mit der Geburt** werden am häufigsten *Sauerstoffmangel* ( $n = 9$ ), *Gelbsucht* ( $n = 9$ ), *Nabelschnurumschlingung* ( $n = 8$ ) und *vorzeitiger Blasensprung* ( $n = 7$ ) genannt. Zwischen den Häufigkeiten in den Gruppen bestehen folgende signifikante Unterschiede: Mütter der Interventionsgruppe berichten häufiger von *Blutungen* ( $\chi^2 [1] = 7.00, p = .008, d = 0.51$ ), *Medikamenten* ( $\chi^2 [1] = 7.00, p = .008, d = 0.51$ ), *Beatmung* ( $\chi^2 [1] = 6.00, p = .014, d = 0.47$ ), *vorzeitigem Blasensprung* ( $\chi^2 [1] = 6.12, p = .013, d = 0.47$ ) und *Gelbsucht* ( $\chi^2 [1] = 5.83, p = .026, d = 0.46$ ).

Über **psychische Schwierigkeiten** berichten in der Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt  $n = 23$  Mütter (in der Interventionsgruppe:  $n = 17, 24.3\%$  und in der Vergleichsgruppe  $n = 7, 15.2\%$ ). Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Häufigkeiten psychischer Schwierigkeiten nicht signifikant voneinander ( $\chi^2 [1] = 1.39, p = .238, d = 0.22$ ). Die psychischen Schwierigkeiten bestanden in Baby Blues, depressiver Verstimmung, Wochenbettdepression.

Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der **Häufigkeiten der Inanspruchnahme einzelner Hilfen** signifikant: Familien der Interventionsgruppe nutzen vermehrt folgende Hilfen: *Geburtsvorbereitungskurse* ( $\chi^2 [1] = 5.07, p = .024, d = 0.43$ ), *Hebammenhilfe* ( $\chi^2 [1] = 6.25, p = .012, d = 0.48$ ) und *Eltern-Kind-Angebote* ( $\chi^2 [1] = 8.25, p = .004, d = 0.55$ ). *Besuche von Ehrenamtlichen* wurden häufiger von Familien der Vergleichsgruppe genutzt ( $\chi^2 [1] = 8.22, p = .004, d = 0.55$ ).

Bezogen auf die Einschätzung der **Qualität der Familiensituation** unterscheiden sich die Interventions- ( $M = 1.61, SD = 0.49$ ) und Vergleichsgruppe ( $M = 1.58, SD = 0.44$ ) laut Student-T-Test (es besteht Varianzhomogenität lt. Levene-Test;  $p = .466$ ) nicht signifikant ( $t[64] = 0.30, p = .763, d = 0.07$ ). Ebenso bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeiten der einzelnen Qualitätsmerkmale: *eigener Gesundheitszustand* ( $\chi^2 [2] = 1.78, p = .555, d = 0.25$ ), *finanzielle Verhältnisse* ( $\chi^2 [3] = 1.32, p = .724, d = 0.21$ ), *Wohnverhältnisse* ( $\chi^2 [2] = 4.43, p = .109, d = 0.40$ ), *Spielmöglichkeiten für das Kind* ( $\chi^2 [2] = 0.76, p = .685, d = 0.16$ ).

### 6.2.3 Psychosoziale Belastung der Familien

Aufgrund der in *Abschnitt 5.5* beschriebenen latenten Klassenanalyse (LCA) lassen sich zwei Gruppen psychosozialer Belastung differenzieren: Familien mit geringer und mit hoher Belastung. Die Mehrzahl der Familien ( $n = 65$ ) der Gesamtstichprobe ist nicht oder geringfügig belastet. Diese Familien berichten im Durchschnitt von  $M = 2.11$  (95%-CI [1.77, 2.45],  $SD = 1.40$ ) Risikofaktoren. In dieser Gruppe ist es am wahrscheinlichsten, dass die Familien keinen Risikofaktor angeben. Demgegenüber berichten hochbelastete Familien ( $n = 51$ ) im Durchschnitt von  $M = 4.92$  (95%-CI [4.41, 5.43],  $SD = 2.85$ ) Risikofaktoren. Faktoren, die in der geringbelasteten Gruppe nur selten anzutreffen sind, besitzen in dieser Gruppe eine große Bedeutung. So ist es am wahrscheinlichsten, dass hier alle Risikofaktoren anzutreffen sind. Die beiden Belastungsgruppen unterscheiden sich bezogen auf die Anzahl der Risikofaktoren signifikant sowohl in der Gesamtstichprobe (Mann-Whitney-U-Test:  $W = 356.00$ ,  $p < .001$ ,  $r = .79$ ) als auch in der Interventionsgruppe ( $W = 135.00$ ,  $p < .001$ ,  $r = .78$ ) und in der Vergleichsgruppe ( $W = 48.00$ ,  $p < .001$ ,  $r = .79$ ). Tabelle 18 fasst die deskriptive Statistik der Belastungsgruppen getrennt nach Studiengruppen zusammen.

Tabelle 18

*Deskriptive Statistik der LCA getrennt nach Studiengruppen und Gesamtstichprobe*

Studiengruppen	Klassenzuordnung nach LCA										Teststatistik			
	Klasse 1 der LCA					Klasse 2 der LCA					$W$	$r$		
	Anteil		Risikofaktoren			Anteil		Risikofaktoren						
$n$	%	$M$	$SD$	Min	Max	$n$	%	$M$	$SD$	Min	Max			
Interventionsgruppe $n = 70$	34	48.6	3.09	1.68	0	6	36	51.4	4.86	2.15	1	11	135.0***	.779
Vergleichsgruppe $n = 46$	31	67.4	2.07	1.57	0	6	15	32.6	2.93	2.02	0	6	48.0***	.794
Gesamtstichprobe $n = 116$	65	56.0	2.11	1.40	0	5	51	44.0	4.92	1.85	2	11	356.0***	.785

*Anmerkungen.* Klasse 1: geringe Belastung, Klasse 2: hohe Belastung; die durchschnittliche Anzahl an Risikofaktoren wurde a posteriori durch die höchste Klassenzugehörigkeitswahrscheinlichkeit bestimmt. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Zugehörigkeit zu den beiden Belastungsgruppen signifikant ( $\chi^2 [1] = 3.99$ ,  $p = .046$ ,  $d = 0.38$ ). Der Anteil der Eltern, die eine höhere psychosoziale Belastung besitzen, ist gegenüber der Vergleichsgruppe ( $n = 15$ , 32.61 %) in der Interventionsgruppe ( $n = 36$ , 51.42 %) größer. Familien mit einer hohen Belastung berichten in der Interventionsgruppe im Durchschnitt eine höhere Anzahl an Risikofaktoren ( $M = 4.86$ ,  $SD = 2.15$ ) als in der Vergleichsgruppe ( $M = 2.93$ ,  $SD = 2.02$ ). Die Risikofaktoren nehmen in der Interventionsgruppe ein größeres Ausmaß an (Maximum 11) als in der Vergleichsgruppe (Maximum 6). Abbildung 34 veranschaulicht die Unterschiede zwischen den Studiengruppen.

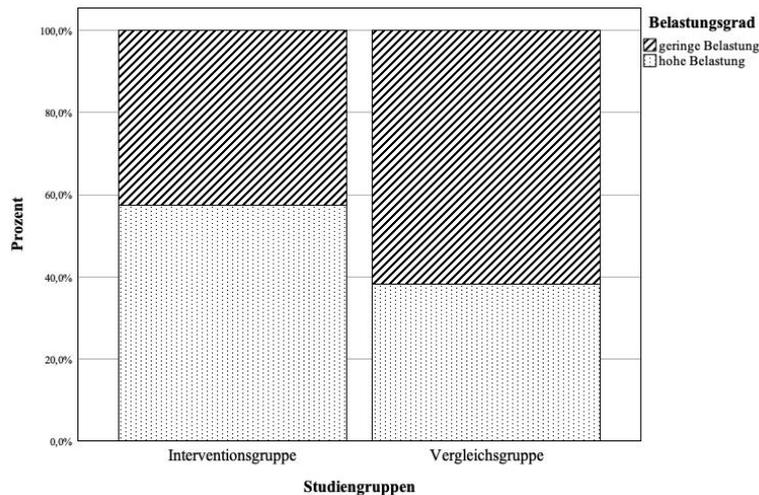


Abbildung 34. Verteilung des psychosozialen Belastungsgrad in den Studiengruppen

Bezogen auf die **Interventionsgruppe** unterscheiden sich die beiden Belastungsgruppen hinsichtlich der Verteilung einzelner Risikofaktoren. In der Gruppe hochbelasteter Familien treten folgende charakteristische Risikofaktoren signifikant häufiger auf:

- familienbezogene Risikofaktoren: *Unzufriedenheit mit der Qualität der Familiensituation* ( $\chi^2[1] = 4.83, p = .028, d = 0.54$ ), vor allem bezogen auf den Parameter *Wohnverhältnisse* ( $\chi^2[2] = 6.90, p = .032, d = 0.66$ ),
- mutterbezogene Risikofaktoren: *psychische Schwierigkeiten* ( $\chi^2 [1] = 8.60, p = .003, d = 0.75$ ), *Tendenz zu Depressivität* ( $\chi^2 [1] = 18.34, p < .001, d = 1.19$ ), *geringes Einfühlungsvermögen gegenüber dem Kind* ( $\chi^2 [1] = 36.73, p < .001, d = 2.10$ ), *Zweifel an der elterlichen Kompetenz* ( $\chi^2[1] = 44.07, p < .001, d = 2.61$ ) und
- kindbezogene Risikofaktoren: *negative Emotionalität (Wut/Trotz)* ( $\chi^2 [1] = 17.19, p < .001, d = 1.14$ ) und *marginal Frühgeburtlichkeit* ( $\chi^2 [1] = 3.04, p = .081, d = 0.43$ ).

Bezogen auf die **Vergleichsgruppe** unterscheiden sich die beiden Belastungsgruppen hinsichtlich der Verteilung einzelner Risikofaktoren. In der Gruppe hochbelasteter Familien treten folgende charakteristische Risikofaktoren signifikant häufiger auf:

- mutterbezogene Risikofaktoren: *pränataler Substanzgebrauch* ( $\chi^2 [1] = 4.64, p = .031, d = 0.67$ ), *Tendenz zu Depressivität* ( $\chi^2 [1] = 18.00, p < .001, d = 1.60$ ), *geringes Einfühlungsvermögen gegenüber dem Kind* ( $\chi^2 [1] = 14.26, p < .001, d = 1.34$ ) und *Zweifel an der elterlichen Kompetenz* ( $\chi^2 [1] = 37.35, p < .001, d = 4.16$ ) und
- kindbezogene Risikofaktoren: *negative Emotionalität (Wut/Trotz)* ( $\chi^2 [1] = 6.90, p = .009, d = 0.84$ ) und *belastendes Schreiverhalten* ( $\chi^2 [1] = 10.71, p = .081, d = 1.10$ ).

Die Tabellen D-4 und D-5 im Anhang fassen die Verteilung und Unterschiede zwischen den Belastungsgruppen in beiden Studiengruppen in Bezug auf die Risikofaktoren zusammen.

In Bezug auf die **Inanspruchnahme von Hilfen** unterscheidet sich die Interventionsgruppe signifikant von der Vergleichsgruppe. Eltern mit einem hohen Belastungsgrad nutzen häufiger folgende Hilfen: *Schwangerschaftsberatungsstellen* ( $n = 6$ , 17.1 %,  $\chi^2[1] = 3.66$ ,  $p = .056$ ,  $d = 0.47$ ), *spezielle Beratungsangebote* ( $n = 4$ , 11.4 %,  $\chi^2[1] = 4.01$ ,  $p = .045$ ,  $d = 0.49$ ) sowie *Familien-/Erziehungsberatungsstellen* ( $n = 5$ , 13.9 %,  $\chi^2[1] = 4.80$ ,  $p = .029$ ,  $d = 0.54$ ). Eltern mit geringem Belastungsgrad nehmen vermehrt folgende Hilfen *Geburtsvorbereitungskurse* ( $n = 25$ , 75.8 %,  $\chi^2[1] = 8.21$ ,  $p = .004$ ,  $d = 0.73$ ) in Anspruch. In der Vergleichsgruppe nutzen Eltern mit einem hohen Belastungsgrad das Angebot von *Familien-/Erziehungsberatungsstellen* signifikant häufiger ( $n = 4$ , 28.6 %,  $\chi^2[1] = 9.72$ ,  $p = .002$ ,  $d = 1.04$ ) als Eltern mit einem niedrigen Belastungsgrad.

#### 6.2.4 Besonderheiten der Inanspruchnahme der Kleinkindberatung

Dieser Abschnitt charakterisiert wichtige Hintergründe, die unmittelbar mit der Beratung zusammenhängen. Dazu gehören Informationen wie Anmeldegründe, Anzahl, Dauer und Art der Beratungstermine, die Wartezeit, die beteiligten Berufsgruppen, die eingesetzten Inhalte und Methoden in den Beratungsterminen sowie die gestellten Diagnosen. Abschließend werden mögliche Prädiktoren berichtet, die helfen die Inanspruchnahme der Beratung vorauszusagen.

Während der telefonischen Anmeldung zur Beratung im Kinderzentrum wurden die Eltern zu einzelnen **Problembereichen** ihrer Kinder befragt (Kurzscreening). Eltern benennen als *isoliertes Problem* am häufigsten das Schlafen ihrer Kinder ( $n = 53$ , 75.5 %); weniger relevant sind Fütterprobleme ( $n = 6$ , 8.6 %). Bei den *kombinierten Problemen* ( $n = 11$ , 15.7 %) werden als zweifaches Problem ( $n = 10$ ) gemeinsam mit Schlafproblemen auch Schreien und Fütterprobleme bzw. als dreifaches Problem ( $n = 1$ ) mit Schlafproblemen, Unruhe und Spielprobleme genannt.

Die *Ausprägung der Schlafprobleme* ihrer Kinder werden von den Eltern meist als „stark“ ( $n = 23$ , 43.4 %) bis „sehr stark“ ( $n = 28$ , 52.8 %) und der *Grad an Belastung* durch die Schlafprobleme als „ziemlich belastend“ ( $n = 17$ , 32.1 %) bis „sehr belastend“ ( $n = 32$ , 60.4 %) beurteilt. Bezogen auf das Alter treten die Schlafprobleme bei Kindern zwischen 12 und 18 Monaten am häufigsten auf und werden in dieser Altersgruppe am häufigsten als „sehr stark“ ausgeprägt ( $n = 18$ , 69.2 %) und am häufigsten als „sehr belastend“ ( $n = 17$ , 65.4 %) beurteilt. Bei älteren Kindern (über 30 Monate) werden zum größten Teil Schlafprobleme benannt. Diese werden von den Eltern in dieser Altersgruppe als „weniger stark“ ausgeprägt und als „weniger belastend“ wahrgenommen.

Bezogen auf die mehrfach genannten Problembereiche stellt Tabelle 19 die Häufigkeit der Nennungen, die Problemstärke, die Belastungen durch diese Probleme sowie die Verteilung der Probleme über die Altersgruppen der Kinder und über den Grad der psychosozialen Belastung der Familien dar.

Tabelle 19

*Problembereiche bei der Anmeldung zur Beratung (Mehrfachantworten)*

Merkmale	Ausprägungen	Problembereiche									
		Unruhe		Schreien		Schlafen		Füttern		Spiel	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Häufigkeit</i>		1	1.2	5	6.2	63	77.8	11	13.6	1	1.2
<i>Problemstärke</i>	leicht	0	0.0	0	0.0	3	4.8	0	0.0	0	0.0
	stark	0	0.0	2	40.0	25	39.7	4	36.4	0	0.0
	sehr stark	1	100.0	3	60.0	35	55.6	7	63.6	1	100.0
<i>Belastung durch die Probleme</i>	ein wenig	0	0.0	0	0.0	4	6.3	1	9.1	0	0.0
	ziemlich	0	0.0	1	20.0	19	30.2	6	54.5	1	100.0
	sehr	1	100.0	4	80.0	40	63.5	4	36.4	0	0.0
<i>Altersgruppen</i>	12-18 Monate	0	0.0	2	40.0	31	48.4	6	54.5	0	0.0
	19-24 Monate	0	0.0	3	60.0	13	20.3	4	36.4	0	0.0
	25-30 Monate	1	100.0	0	0.0	14	21.9	0	0.0	1	100.0
	älter als 30 Monate	0	0.0	0	0.0	6	9.4	1	9.1	0	0.0
<i>Belastungsgrad</i>	geringe Belastung	0	0.0	1	20.0	32	50.0	4	36.4	0	0.0
	hohe Belastung	1	100.0	4	80.0	32	50.0	7	63.6	1	100.0

**Empfehlungen**, eine Eltern-Kleinkind-Beratung im Kinderzentrum in Anspruch zu nehmen, erfolgten zu 81.4 % durch die behandelnden Kinderärztinnen/ Kinderärzte und zu 5.7 % über das Jugend- bzw. Gesundheitsamt.

Ihre konkreten **Erwartungen an die Beratung** konnten die Eltern in Form eines Freitextes am Ende des Hauptfragebogens angeben. Die Eltern erhofften sich lösungsbezogene Hilfen und Unterstützung im Zusammenhang mit dem problembehafteten Schlafen, der Ernährung sowie dem Verhalten ihrer Kinder. Die meisten Eltern wünschten sich bei ihrem Kind einen regelmäßigen Schlafrythmus zu finden, das Ein- oder Durchschlafen zu verbessern, allein zu schlafen. Andere Eltern fragten nach Anregungen, das selbstständige und regelmäßige Essen ihres Kindes zu fördern, sowie feste Nahrung zu sich zunehmen. Darüber hinaus erhofften sich die Eltern, besser mit der Unruhe, den Schrei- und Wutanfällen ihres Kindes umzugehen sowie konkrete Tipps, damit sich das Kind besser entspannen könne. Fragen zu Möglichkeiten der eigenen persönlichen Entlastung fanden sich nicht. Im *Anhang E* finden sich die von den Eltern formulierten Aussagen zu ihren Erwartungen an die Beratung.

Die *Wartezeit* der Familien vom Tag der telefonischen Anmeldung bis zum Termin des Erstgesprächs betrug durchschnittlich 26 Tage ( $M = 26.39$ ,  $SD = 19.81$ ), minimal 3 Tage und am längsten 101 Tage. Die Differenz von Anmeldetag und Tag des Erstgesprächs wurde in drei Gruppen mit unterschiedlicher Anzahl der Tage an Wartezeit aufgeteilt. Eine geringe Wartezeit wird für eine Dauer zwischen 3 und 14 Tagen, eine mittlere Wartezeit zwischen 15 und 31 Tagen und eine hohe Wartezeit ab einer Dauer mehr als 31 Tage definiert. Tabelle 20 zeigt wie sich die Interventionsstichprobe über diese drei Gruppen verteilt.

Tabelle 20

*Gruppierung der Wartezeit*

Gruppen der Wartezeit	Belastungsgrad									
	geringe Belastung $n = 34$						hohe Belastung $n = 36$			
	$n$	%	$M$	$SD$	$Min$	$Max$	$n$	%	$n$	%
kurz (3-14 Tage)	21	30.0	9.43	3.39	3	14	12	35.3	9	25.0
mittel (15-31 Tage)	30	42.9	22.37	6.18	15	31	14	41.2	16	44.4
lange (> 31 Tage)	19	27.1	51.47	20.06	32	101	8	23.5	11	27.1
Gesamt	70	100.0	26.39	19.81	3	101				

Die beiden Belastungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in Bezug auf die Häufigkeitsverteilung der Wartezeit ( $\chi^2[2] = 0.98$ ,  $p = .613$ ,  $d = 0.18$ ). Abbildung 34 veranschaulicht die Verteilung der Wartezeit in den Gruppen geringer und hoher psychosozialer Belastung.

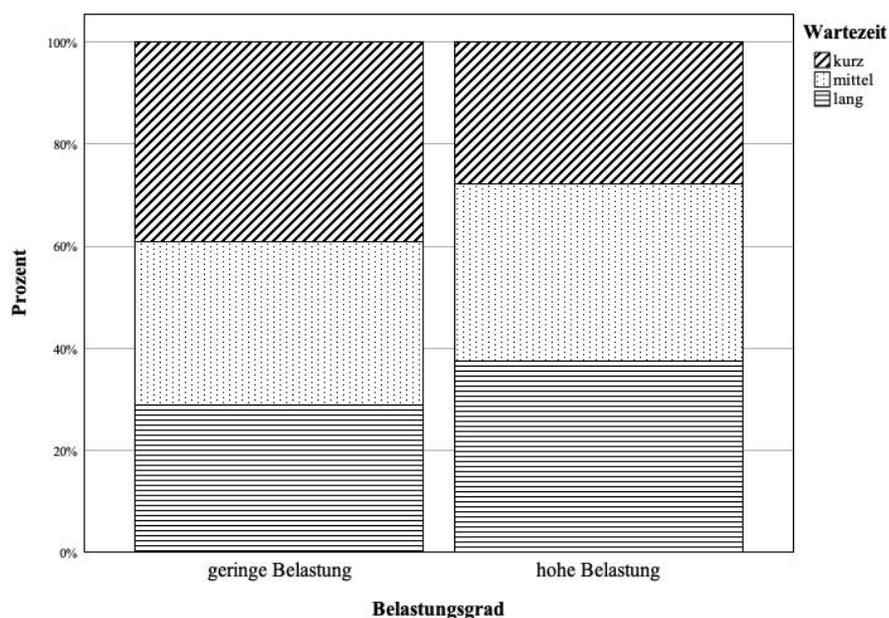


Abbildung 35. Verteilung der Wartezeit in den Belastungsgruppen

Bezogen auf die *Anzahl der Beratungstermine* wurden im Durchschnitt 3 Termine in Anspruch genommen ( $M = 3.10$ ,  $SD = 1.43$ ,  $Min = 1$ ,  $Max = 6$ ). Es fanden 70 Erstgespräche, 59 erste Folgegespräche, 37 zweite Folgegespräche, 25 dritte Folgegespräche, 15 vierte Folgegespräche und 3 fünfte Folgegespräche statt.

Die *Dauer der Beratungstermine* betrug im Durchschnitt 72 Minuten ( $M = 72.05$ ,  $SD = 20.38$ ,  $Min = 37.5$ ,  $Max = 120.0$ ).

Hinsichtlich der *Art der Beratungstermine* wurden von den Erstterminen ( $n = 70$ ) die meisten als persönlicher Kontakt durchgeführt ( $n = 62$ , 88.6 %), 5 Termine fanden telefonisch (7.1 %) und 3 Termine als Videotelefonkontakt (4.3 %) statt. Alle Folgetermine erfolgten telefonisch. Die Erstgespräche wurden zum überwiegenden Teil (81.4 %) von Psychologinnen allein und darüber hinaus in Kombination mit einer Physio- oder Ergotherapeutin (18.6 %) durchgeführt. Die weiteren Gespräche erfolgten dann mit jeweils einer der Beraterinnen allein.

In den Beratungsterminen wurden zu einem hohen Anteil die *Inhalte und Methoden* der Edukation (17.9 %), des Aktiven Zuhörens (17.4 %), der Entwicklungsberatung (17.1 %), der Verhaltensbeobachtung (16.2 %), der Modellvermittlung (11.2 %) sowie Hinweisen auf Hilfen (6.2 %), der Befundrückmeldung (5.6 %) und der Entlastung (3.5 %) eingesetzt. Videoberatung spielt kaum eine Rolle (0.3 %).

Als *Erstdiagnosen* nach dem *Klassifikationssystem ICD-10* besitzen folgende Diagnoseschlüssel einen großen Anteil: F51.0 *Nichtorganische Insomnie* (56 %) sowie F51.8 *Sonstige nichtorganische Schlafstörungen* (18 %) sowie F50.8 *Sonstige Essstörung* (6 %) (siehe *Abbildung 36*).

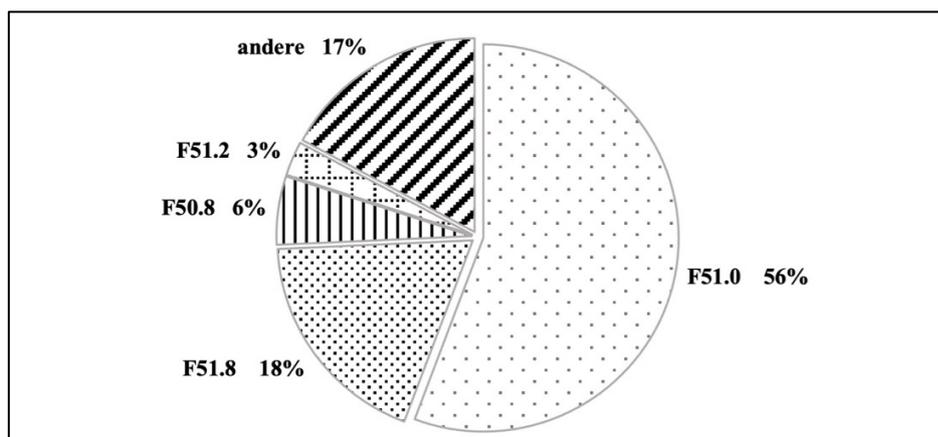


Abbildung 36. Verteilung der Erstdiagnosen nach ICD-10

Nach dem Klassifikationssystem DC:0-5 wurden folgende Diagnoseschlüssel vergeben: 60.1 *Einschlafstörungen* (63 %) sowie 60.9 *Andere Schlafstörungen in der Säuglings-/Kleinkindzeit* (17 %) (siehe Abbildung 37).

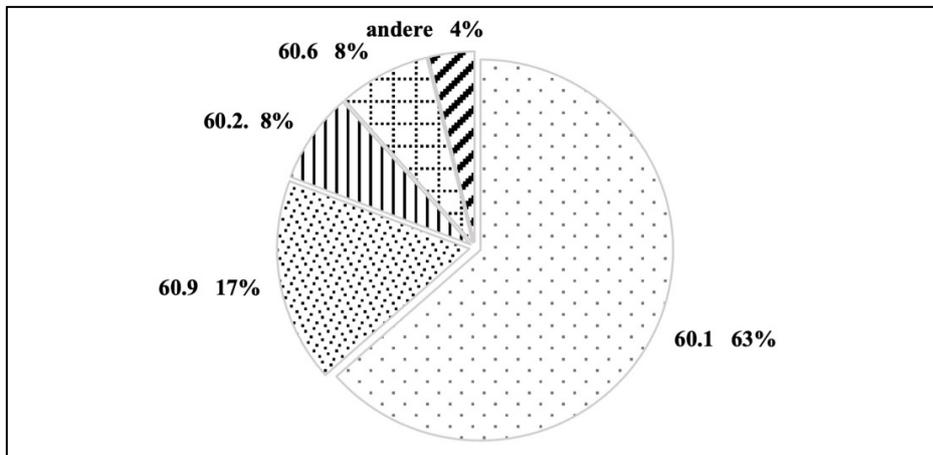


Abbildung 37. Verteilung der Erstdiagnosen nach DC:0-5

### **Mögliche Prädiktoren einer Inanspruchnahme der Beratung**

Abschließend wurden *binäre bzw. binomiale logistische Regressionsanalysen* durchgeführt, um zu prüfen, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Die logistische Regressionsanalyse für die **kindbezogenen Faktoren** Alter und Geschlecht des Kindes, Frühgeburtlichkeit und Geschwisterstatus zeigt, dass das Modell als Ganzes signifikant ist und eine mittlere Varianzaufklärung besitzt ( $\chi^2(104) = 26.844, p < .001, n = 116$ , Nagelkerkes  $R^2 = .296$ ). Ein geringeres Alter der Kinder ( $b = -0.16, OR = 0.85, Wald = 18.86, p < .001$ ) und die Frühgeburtlichkeit eines Kindes ( $b = 1.77, OR = 5.84, Wald = 5.86, p = .015$ ) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Für die **mütterbezogenen Faktoren** Alter, Berufsstatus und psychische Erkrankung der Mutter zeigt sich ebenfalls, dass das logistische Regressionsmodell insgesamt signifikant ist und eine mittlere Varianzaufklärung besitzt ( $\chi^2(82) = 16.96, p < .001, n = 85$ , Nagelkerkes  $R^2 = .244$ ). Ein geringeres Alter der Mütter ( $b = -0.15, OR = 0.86, Wald = 6.49, p = .011$ ) und Mütter in Elternzeit ( $b = 1.37, OR = 3.92, Wald = 6.70, p = .010$ ) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 21 fasst alle Ergebnisse der für die kind- und die mütterbezogenen Faktoren getrennt durchgeführten logistischen Regressionsanalysen zusammen.

Tabelle 21

*Logistische Regressionsanalyse zu Prädiktoren der Inanspruchnahme einer Beratung*

Faktoren	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>	<i>z</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	95%-CI Odds Ratio	
							UG	OG
<i>kindbezogene Faktoren</i>								
(Konstante)	4.249	0.956	70.025	4.447	19.772***	1	10.762	455.630
Kindesalter	-0.161	0.037	0.852	-4.343	18.861***	1	0.792	0.916
Geschlecht (männlich)	-0.285	0.458	0.752	-0.622	0.387	1	0.307	1.845
Frühgeburtlichkeit	1.764	0.729	5.835	2.421	5.862*	1	1.399	24.334
Geschwisterkind	-0.284	0.454	0.753	-0.626	0.392	1	0.309	1.832
<i>mütterbezogene Faktoren</i>								
(Konstante)	5.252	2.068	190.976	2.539	6.447*	1	3.314	11006.257
Alter der Mutter	-0.152	0.060	0.859	-2.549	6.495*	1	0.764	0.965
Berufsstatus (Elternzeit)	1.367	0.528	3.923	2.589	6.702**	1	1.394	11.040
psychische Erkrankung (ja)	-0.656	0.664	0.519	-0.988	0.977	1	0.141	1.906

*Anmerkungen.* Beratung Stufe 'Beratung' kodiert als Klasse 1. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

### 6.3 Querschnittsanalysen zu den primären Endpunkten

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht die Beantwortung der allgemeinen Forschungsfragen:

- **Forschungsfrage 1:** *Unterscheiden sich die primären Endpunkte zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf?*
- **Forschungsfrage 2:** *Unterscheiden sich die primären Endpunkte zwischen Familien mit geringer und hoher psychosozialer Belastung?*

Berichtet werden die Ergebnisse der durchgeführten inferenzstatistischen Analysen für die vier primären Endpunkte *kindliche Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, elterliches Belastungsempfinden und familienbezogene Lebensqualität*.

Im ersten Teil werden jeweils für die einzelnen Endpunkte zunächst die *statistischen Kennwerte* (deskriptive Statistiken, Tests auf Normalverteilung, interne Konsistenzen und Interkorrelationen) angegeben. Anschließend werden zur Hypothesenprüfung jeweils die Ergebnisse der *Mittelwertvergleiche* (zweifaktorielle ANOVA bzw. ANCOVA) *zwischen den Studiengruppen* und *zwischen Familien mit unterschiedlichem Belastungsgrad* sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den beiden Studiengruppen präsentiert.

Im zweiten Teil folgen *Auswertungen der vier Endpunkte zu relevanten kind- und elternbezogenen Faktoren* getrennt nach Gesamtstichprobe, Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe nach der Anwendung der bivariaten Korrelationsanalysen und einfaktoriellen ANOVAs.

Im dritten Teil werden *signifikante Zusammenhänge zwischen den Endpunkten* mit Hilfe von bivariaten Korrelationsanalysen berichtet. Einzelne lineare Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um zu prüfen inwieweit andere Faktoren das Ausmaß der Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (T1) erklären können.

#### 6.3.1 Auswertung zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme (SFS)

*Anmerkungen.* Die Informationen wurden mit Hilfe der Items des *Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)*; Groß et al. (2013) erhoben. Hohe Werte auf den Skalen des SFS bedeuten stärker ausgeprägte Regulationsprobleme der Kinder sowie größere Schwierigkeiten der Eltern, angemessen auf das Regulationsverhalten ihrer Kinder zu reagieren.

*Statistische Kennwerte.* Bezogen auf die Gesamtskala und die Skala 1 (Schreien, Quengeln, Schlafen) des SFS liegt eine *Normalverteilung* vor (Shapiro-Wilk  $p = .266$ ). Die weiteren Subskalen sind nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk  $p < .05$ ). Die *interne Konsistenz* des SFS kann sowohl in der Gesamtskala als auch in den Subskalen als „gut“ interpretiert werden (Cronbach's  $\alpha = 0.89$ ). Tabelle 22 fasst die statistischen Kennwerte zusammen.

Tabelle 22

Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des SFS

Skalen des SFS	Item- anzahl				95%-CI		Shapiro- Wilk	Cronbach's $\alpha$
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG		
Originalskalen								
<i>Gesamtskala</i>	47	1.94	0.42	0.04	1.87	2.02	0.99	0.89
<i>Skala 1: Schreien, Quengeln, Schlafen</i>	23	2.05	0.57	0.05	1.94	2.15	0.98	0.90
<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	13	1.52	0.54	0.05	1.43	1.62	0.87***	0.86
<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	11	2.18	0.67	0.06	2.06	2.30	0.97*	0.77
erweiterte Skalen								
<i>Trotzverhalten</i>	11	1.95	0.63	0.06	1.84	2.07	0.96**	0.83
<i>Schlafprobleme</i>	16	2.10	0.61	0.06	1.99	2.21	0.97*	0.88

Anmerkungen. Gesamtstichprobe  $N = 116$ ; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Insgesamt bestehen folgende starke Korrelationen zwischen allen Subskalen des SFS:

- die *Gesamtskala des SFS* korreliert mit den Subskalen *Schlafprobleme* ( $r = .86$ ,  $p < .001$ ), *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $r = .85$ ,  $p < .001$ ), *Koregulation* ( $r = .70$ ,  $p < .001$ ) und *Trotzverhalten* ( $r = .60$ ,  $p < .001$ ),
- die Subskala *Schreien, Quengeln, Schlafen* korreliert mit den Subskalen *Schlafprobleme* ( $r = .96$ ,  $p < .001$ ) und *Trotzverhalten* ( $r = .77$ ,  $p < .001$ ),
- die Subskalen *Schlafprobleme* und *Trotzverhalten* korrelieren miteinander ( $r = .59$ ,  $p < .001$ ).

*Hypothesenprüfung.* Im Folgenden wird über die Ergebnisse der durchgeführten ANCOVA berichtet. Da von einer Varianzhomogenität über die beiden Studien- und Belastungsgruppen hinweg ausgegangen werden kann (Levene-Test  $F[1,114] = 0.01$ ,  $p = .918$ ), wurde das *Kindesalter* als Kovariate verwendet. Damit kann über den Einfluss des Alters der Kinder kontrolliert werden.

Es konnte kein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Belastungsgrad nachgewiesen werden. Der Unterschied zwischen den Gruppen bezogen auf die Regulationsprobleme der Kinder wird nicht durch den Belastungsgrad der Eltern beeinflusst.

Es bestehen signifikante Haupteffekte über die Studiengruppen: die Mittelwerte der kindlichen Regulationsprobleme unterscheiden sich zwischen den beiden Studiengruppen sowohl in der Gesamtskala als auch in einzelnen Subskalen des SFS hochsignifikant. Die Effekte lassen sich als groß interpretieren. In der Gesamtskala weist die Interventionsgruppe ( $M = 2.15$ ,  $SD = 0.35$ ) gegenüber der Vergleichsgruppe ( $M = 1.62$ ,  $SD = 0.30$ ) höhere Mittelwerte auf ( $F[1,111] = 34.27$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.11$ ). Diese Effekte sind besonders hoch in den Subskalen *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $F[1,111] = 47.02$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.30$ ) und *Schlafprobleme* ( $F[1,111] = 49.96$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.34$ ).

Es besteht ein signifikanter Haupteffekt über den Belastungsgrad: die Mittelwerte der Regulationsprobleme der Kinder unterscheiden sich zwischen Eltern mit geringem und hohem Belastungsgrad sowohl in der Gesamtskala als auch in den meisten Subskalen des SFS hochsignifikant. Bezogen auf die Gesamtskala beurteilen hochbelastete Eltern sowohl in der Interventionsgruppe ( $M = 2.28$ ,  $SD = 0.32$ ) als auch in der Vergleichsgruppe ( $M = 1.82$ ,  $SD = 0.34$ ) die Regulationsprobleme ihrer Kinder als stärker ausgeprägt als Eltern mit geringerer Belastung (Interventionsgruppe:  $M = 2.02$ ,  $SD = 0.33$ , Vergleichsgruppe:  $M = 1.52$ ,  $SD = 0.23$ ). Dieser Effekt ( $F[1,111] = 28.01$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.00$ ) lässt sich als groß interpretieren. Weitere besonders große Effekte ergeben sich in der Subskala *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $F[1,111] = 21.78$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.89$ ), der Subskala *Schlafprobleme* ( $F[1,111] = 18.04$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.81$ ) und in der Subskala *Trotzverhalten* ( $F[1,111] = 15.47$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.75$ ). Das Profildiagramm in Abbildung 38 veranschaulicht diese Ergebnisse bezogen auf die Gesamtskala des SFS.

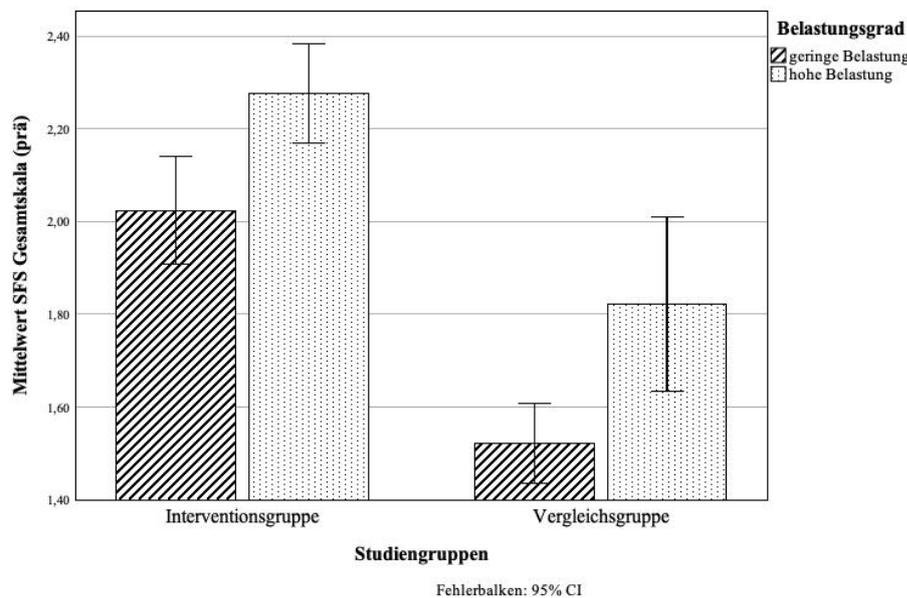


Abbildung 38. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des SFS getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Einerseits sind die kindlichen Regulationsprobleme (Mittelwerte des SFS) bei Familien mit Beratungsbedarf größer als bei Familien ohne Beratungsbedarf (Hypothese 1a). Andererseits sind die Regulationsprobleme bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung größer als bei gering belasteten Familien (Hypothese 2a).

Tabelle 23 fasst die deskriptive Statistik und die einzelnen Effekte der zweifaktoriellen ANCOVA zum Endpunkt *kindliche Regulationsprobleme* zusammen.

Tabelle 23

Zweifaktorielle ANCOVA der Skalen des SFS zu T1

Skalen des SFS	Studiengruppen		Belastungsgrad				Haupteffekt		Haupteffekt		Interaktionseffekt		
			geringe Belastung		hohe Belastung		Studiengruppe		Belastungsgrad		Studiengruppe x Belastungsgrad		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (1,111)	<i>d</i>	<i>F</i> (1,111)	<i>d</i>	<i>F</i> (1,111)	<i>d</i>	
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.15	0.35	2.02	0.33	2.28	0.32	34.27***	1.11	28.01***	1.00	0.39	0.11
	VG	1.62	0.30	1.52	0.23	1.82	0.34						
<i>Subskalen</i> <i>Skala 1: Schreiben, Quengeln, Schlafen</i>	IG	2.34	0.45	2.20	0.39	2.46	0.47	47.02***	1.30	21.78***	0.89	1.92	0.26
	VG	1.61	0.41	1.45	0.26	1.93	0.49						
<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	IG	1.64	0.60	1.57	0.64	1.72	0.55	2.46	0.30	3.64	0.36	0.06	0.06
	VG	1.34	0.37	1.29	0.24	1.46	0.54						
<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.35	0.65	2.14	0.69	2.54	0.55	0.95	0.18	8.44**	0.55	1.56	0.24
	VG	1.94	0.61	1.92	0.67	1.97	0.48						
<i>Trotzverhalten</i>	IG	2.14	0.63	1.89	0.55	2.36	0.62	12.58***	0.76	15.47***	0.75	0.04	0.06
	VG	1.67	0.52	1.53	0.38	1.97	0.64						
<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.43	0.47	2.32	0.48	2.53	0.45	49.96***	1.34	18.04***	0.81	3.32	0.35
	VG	1.60	0.45	1.44	0.31	1.94	0.50						

*Anmerkungen.* Studiengruppen: IG (Interventionsgruppe)  $n = 70$ , geringe Belastung  $n = 34$ , hohe Belastung  $n = 36$ ; VG (Vergleichsgruppe)  $n = 46$ , geringe Belastung  $n = 31$ , hohe Belastung  $n = 15$ ; es besteht Varianzhomogenität (Levene-Test  $p > .05$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cohen's  $d$ ; Kovariate: Kindesalter

### 6.3.2 Auswertung zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme (BITSEA)

*Anmerkungen.* Die Informationen wurden mit Hilfe der Items des Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA; (Briggs-Gowan et al., 2004)) erhoben. Hohe Werte bedeuten stark ausgeprägte Probleme im sozial-emotionalen Verhalten.

*Statistische Kennwerte.* Bezogen auf die Gesamtskala liegt keine Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk  $p < .001$ ). Die interne Konsistenz des BITSEA kann als „gut“ (Cronbach's  $\alpha = 0.83$ ) interpretiert werden. Tabelle 21 fasst die statistischen Kennwerte zusammen.

Tabelle 24

*Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des BITSEA*

Skalen des BITSEA	Item-anzahl				95%-CI		Shapiro-Wilk	Cronbach's Alpha $\alpha$
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG		
<i>Gesamtskala</i>	23	1.58	0.30	0.03	1.52	1.63	0.93***	0.83
<i>Subskalen</i>								
Externalisieren	6	1.43	0.40	0.04	1.36	1.50	0.87***	0.70
Internalisieren	6	1.43	0.39	0.04	1.36	1.50	0.86***	0.71
Dysregulation	11	1.73	0.36	0.03	1.67	1.79	0.99	0.73

*Anmerkungen.* Gesamtstichprobe  $N = 116$ ; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Die Gesamtskala des Fragebogens BITSEA besitzt starke Korrelationen zu den Subskalen *Externalisieren* ( $r = .70$ ,  $p < .001$ ), *Internalisieren* ( $r = .76$ ,  $p < .001$ ) und *Dysregulation* ( $r = .88$ ,  $p < .001$ ).

*Hypothesenprüfung.* Im Folgenden werden die Effekte der durchgeführten ANCOVA zum Endpunkt *sozial-emotionale Probleme* berichtet. Beide Studiengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Kindesalters. Da von einer Varianzhomogenität über die beiden Studien- und Belastungsgruppen hinweg ausgegangen werden kann (Levene-Test  $F[1,114] = 0.01$ ,  $p = .918$ ), wurde das *Kindesalter* als Kovariate verwendet. Damit kann über den Einfluss des Alters der Kinder kontrolliert werden.

Es konnte kein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Belastungsgrad nachgewiesen werden. Der Unterschied zwischen den Gruppen bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme der Kinder wird nicht durch den Belastungsgrad der Eltern beeinflusst. Im Folgenden werden die analysierten Haupteffekte berücksichtigt.

Bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme der Kinder besteht ein hochsignifikanter Haupteffekt über die Studiengruppen: die Mittelwerte der Gesamtskala des BITSEA unterscheiden sich zwischen den beiden Studiengruppen hochsignifikant. Gegenüber der Vergleichsgruppe

( $M = 1.39$ ,  $SD = 0.21$ ) weist die Interventionsgruppe ( $M = 1.63$ ,  $SD = 0.32$ ) einen höheren Mittelwert auf ( $F[1,111] = 13.61$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.70$ ). Dieser Effekt ist besonders hoch in der Subskala *Dysregulation* ( $F[1,111] = 41.10$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.22$ ).

Bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme der Kinder besteht ein hochsignifikanter Haupteffekt über den Belastungsgrad: die Mittelwerte der Gesamtskala des BITSEA unterscheiden sich zwischen Eltern mit geringem und hohem Belastungsgrad hochsignifikant. Bezogen auf die Gesamtskala des BITSEA schätzen hochbelastete Eltern die sozial-emotionalen Probleme ihrer Kinder sowohl in der Interventionsgruppe ( $M = 1.78$ ,  $SD = 0.34$ ) als auch in der Vergleichsgruppe ( $M = 1.52$ ,  $SD = 0.27$ ) als stärker ausgeprägt ein als Eltern mit geringerer Belastung (Interventionsgruppe:  $M = 1.46$ ,  $SD = 0.17$ , Vergleichsgruppe:  $M = 1.32$ ,  $SD = 0.14$ ). Dieser Effekt ( $F[1,111] = 26.67$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.98$ ) lässt sich als groß interpretieren. Weitere besonders große Effekte ergeben sich in den Subskalen *Dysregulation* ( $F[1,111] = 25.39$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.96$ ) und *Internalisieren* ( $F[1,111] = 18.30$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.81$ ). Ein weniger großer Effekt zeigt sich bezogen auf die Subskala *Externalisieren* ( $F[1,111] = 7.28$ ,  $p = .008$ ,  $d = 0.51$ ). Das Profildiagramm in Abbildung 39 veranschaulicht diese Ergebnisse bezogen auf die Gesamtskala des BITSEA.

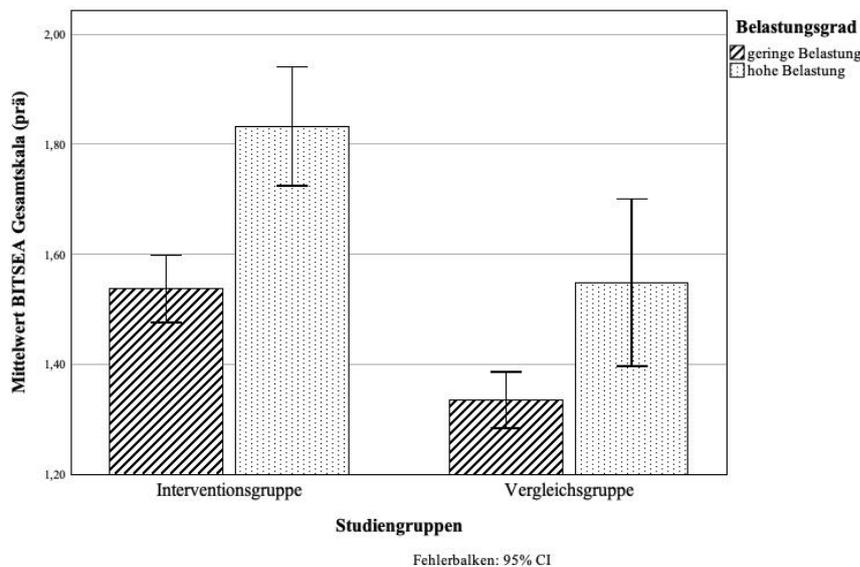


Abbildung 39. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala BITSEA getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Zum einen sind die sozial-emotionalen Probleme (Mittelwerte des BITSEA) bei Familien mit Beratungsbedarf größer als bei Familien ohne Beratungsbedarf (Hypothese 1b). Zum anderen sind die sozial-emotionalen Probleme bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung größer als bei gering belasteten Familien (Hypothese 2b). Tabelle 25 fasst die deskriptive Statistik und die einzelnen Effekte der zweifaktoriellen ANCOVA zusammen.

Tabelle 25

## Zweifaktorielle ANCOVA Skalen des BITSEA zu T1

Skalen des BITSEA	Studiengruppen		Belastungsgrad				Haupteffekt Studiengruppe		Haupteffekt Belastungsgrad		Interaktionseffekt Studiengruppe x Belastungsgrad		
			geringe Belastung		hohe Belastung		$F(1,111)$	$d$	$F(1,111)$	$d$	$F(1,111)$	$d$	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$							
<i>Gesamtskala</i>	IG	1.69	0.30	1.54	0.18	1.83	0.32	20.35***	0.86	28.86***	1.02	0.73	0.17
	VG	1.41	0.22	1.34	0.14	1.55	0.28						
<i>Subskalen</i>													
Externalisieren	IG	1.48	0.45	1.29	0.27	1.33	0.28	2.91	0.03	7.28**	0.51	3.68	0.36
	VG	1.36	0.30	1.65	0.52	1.42	0.34						
Internalisieren	IG	1.49	0.43	1.29	0.28	1.68	0.45	1.43	0.23	18.30***	0.81	1.26	0.21
	VG	1.35	0.32	1.28	0.25	1.50	0.40						
Dysregulation	IG	1.91	0.29	1.80	0.27	2.02	0.28	41.10***	1.22	25.39***	0.96	0.41	0.13
	VG	1.46	0.26	1.37	0.19	1.64	0.30						

*Anmerkungen.* Studiengruppen: IG (Interventionsgruppe)  $n = 70$ , geringe Belastung  $n = 34$ , hohe Belastung  $n = 36$ ; VG (Vergleichsgruppe)  $n = 46$ , geringe Belastung  $n = 31$ , hohe Belastung  $n = 15$ ; es besteht Varianzhomogenität (Levene-Test  $p > .05$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cohen's  $d$ ; Kovariate: Kindesalter

### 6.3.3 Auswertung zum Endpunkt elterliches Belastungsempfinden (EBI)

*Anmerkungen.* Die Informationen wurden mit Hilfe der Items des *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)*; Tröster (2011) erhoben. Hohe Werte auf den Skalen des EBI bedeuten eine von den Eltern stärker wahrgenommene Belastung, die durch das Verhalten der Kinder hervorgerufen wurde.

*Statistische Kennwerte.* Bezogen auf die Gesamtskala des EBI liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk  $p > .05$ ). Die interne Konsistenz des EBI kann in den beiden Subskalen *Persönliche Einschränkung* und *Elterliche Kompetenz* als „gut“ und in der Gesamtskala als „exzellent“ interpretiert werden (Cronbach's  $\alpha = 0.91$ ). Tabelle 26 fasst die statistischen Kennwerte zusammen.

Tabelle 26

*Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des EBI*

Skalen des EBI	Item- anzahl	95%-CI					Shapiro- Wilk	Cronbach's Alpha $\alpha$
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG		
<i>Gesamtskala</i>	28	2.74	0.71	0.07	2.61	2.86	0.99	0.91
<b>Subskalen</b>								
<i>Gesundheit</i>	4	3.08	1.00	0.09	2.90	3.26	0.97**	0.75
<i>Persönliche Einschränkung</i>	4	2.88	1.03	0.10	2.69	3.06	0.97*	0.80
<i>Soziale Isolation</i>	4	2.50	1.00	0.09	2.32	2.68	0.96**	0.73
<i>Elterliche Kompetenz</i>	4	2.47	1.03	0.10	2.28	2.66	0.94***	0.82
<i>Bindung</i>	4	2.12	0.82	0.08	1.97	2.26	0.94***	0.72
<i>Partnerbeziehung</i>	4	3.05	0.99	0.09	2.87	3.23	0.98*	0.74
<i>Depression</i>	4	3.06	0.98	0.09	2.88	3.24	0.98*	0.78

*Anmerkungen.* Gesamtstichprobe  $N = 116$ ; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Es bestehen hohe Korrelationen der Gesamtskala gegenüber allen Subskalen des EBI: *Gesundheit* ( $r = .69, p < .001, d = 1.90$ ); *Persönliche Einschränkung* ( $r = .79, p < .001, d = 2.56$ ); *Soziale Isolation* ( $r = .74, p < .001, d = 2.21$ ); *Elterliche Kompetenz* ( $r = .80, p < .001, d = 2.62$ ); *Bindung* ( $r = .63, p < .001, d = 1.62$ ); *Partnerbeziehung* ( $r = .68, p < .001, d = 1.84$ ); *Depression* ( $r = .71, p < .001, d = 2.03$ ). Darüber hinaus korreliert die Subskala *Bindung* hoch mit der Subskala *Elterliche Kompetenz* ( $r = .67, p < .001, d = 1.90$ ).

*Hypothesenprüfung.* Im Folgenden werden die Effekte der durchgeführten zweifaktoriellen ANOVA zum Endpunkt *elterliches Belastungsempfinden* berichtet. In der Gesamtskala und den Subskalen des EBI liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gemäß Levene-Test für alle Variablen erfüllt ( $p > .05$ ).

Es konnte kein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Belastungsgrad nachgewiesen werden. Der Unterschied zwischen den Gruppen bezogen auf das

Belastungsempfinden der Eltern wird nicht durch den Belastungsgrad der Eltern beeinflusst. Im Folgenden werden die analysierten Haupteffekte berücksichtigt.

Es besteht ein signifikanter Haupteffekt über die Studiengruppen: lediglich in der Subskala Bindung des EBI unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen den beiden Studiengruppen hochsignifikant. Gegenüber der Vergleichsgruppe ( $M = 1.79$ ,  $SD = 0.59$ ) weist die Interventionsgruppe ( $M = 2.33$ ,  $SD = 0.88$ ) einen höheren Mittelwert auf. Dieser Effekt ( $F[1,112] = 12.04$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.67$ ) lässt sich als mittel interpretieren. Dieser Haupteffekt muss jedoch nachrangig betrachtet werden, da ein signifikanter Interaktionseffekt bezogen auf die Subskala Bindung nachgewiesen werden konnte. Der Unterschied zwischen den Studiengruppen wird durch den Belastungsgrad der Eltern beeinflusst. Demgegenüber ergeben sich weder in den anderen Subskalen noch in der Gesamtskala des EBI signifikante Unterschiede.

Es bestehen signifikante Haupteffekte über den Belastungsgrad: die Mittelwerte des Belastungsempfindens unterscheiden sich zwischen Eltern mit geringem und hohem Belastungsgrad sowohl in der Gesamtskala als auch in den meisten Subskalen des EBI hochsignifikant. Bezogen auf die Gesamtskala schätzen hochbelastete Eltern ihre subjektiv erlebte Belastung sowohl in der Interventionsgruppe ( $M = 3.27$ ,  $SD = 0.59$ ) als auch in der Vergleichsgruppe ( $M = 3.26$ ,  $SD = 0.51$ ) als stärker ausgeprägt ein als Eltern mit geringerer Belastung (Interventionsgruppe:  $M = 2.33$ ,  $SD = 0.54$ , Vergleichsgruppe:  $M = 2.31$ ,  $SD = 0.46$ ). Dieser Effekt ( $F[1,112] = 80.45$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.70$ ) lässt sich als groß interpretieren. Besonders große Effekte ergeben sich in den Subskalen *Elterliche Kompetenz* ( $F[1,112] = 118.16$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2.04$ ), *Bindung* ( $F[1,112] = 78.42$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.67$ ) und *Depression* ( $F[1,112] = 61.46$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.47$ ). Weniger große Effekte zeigen sich bezogen auf die Subskalen *Persönliche Einschränkung* ( $F[1,112] = 27.60$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.00$ ), *Soziale Isolation* ( $F[1,112] = 18.97$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.84$ ) und *Gesundheit* ( $F[1,112] = 13.27$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.70$ ).

Tabelle 27 fasst die deskriptive Statistik und die einzelnen Effekte der zweifaktoriellen ANOVA zusammen.

Tabelle 27

Zweifaktorielle ANOVA der Skalen des EBI zu T1

Skalen des EBI	Studiengruppen		Belastungsgrad				Haupteffekt Studiengruppe		Haupteffekt Belastungsgrad		Interaktionseffekt Studiengruppe x Belastungsgrad		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	geringe Belastung		hohe Belastung		<i>F</i> (1,112)	<i>d</i>	<i>F</i> (1,112)	<i>d</i>	<i>F</i> (1,112)	<i>d</i>	
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.81	0.73	2.33	0.54	3.27	0.59	0.02	0.20	80.45***	1.70	0.01	0.20
	VG	2.62	0.65	2.31	0.46	3.26	0.51						
<b>Subskalen</b>													
<i>Gesundheit</i>	IG	3.07	0.97	2.80	1.05	3.31	0.83	1.12	0.20	13.27***	0.70	0.92	0.20
	VG	3.11	1.06	2.82	1.05	3.69	0.83						
<i>Persönliche Einschränkung</i>	IG	2.91	1.08	2.47	0.90	3.33	1.09	0.33	0.20	27.60***	1.00	0.27	0.20
	VG	2.82	0.04	2.48	0.67	3.53	1.04						
<i>Soziale Isolation</i>	IG	2.56	1.04	2.10	1.00	2.99	0.90	0.01	0.20	18.97***	0.84	0.28	0.20
	VG	2.41	0.93	2.19	0.74	2.88	1.12						
<i>Elterliche Kompetenz</i>	IG	2.58	1.04	1.85	0.50	3.28	0.94	0.02	0.20	118.16***	2.04	0.49	0.20
	VG	2.30	1.00	1.77	0.56	3.40	0.80						
<i>Bindung</i>	IG	2.33	0.88	1.68	0.45	2.94	0.74	12.04***	0.67	78.42***	1.67	5.61*	0.46
	VG	1.79	0.59	1.56	0.47	2.28	0.52						
<i>Partner- beziehung</i>	IG	3.05	1.07	2.85	1.04	3.24	1.08	0.18	0.20	5.30*	0.46	0.11	0.20
	VG	3.04	0.88	2.87	0.87	3.38	0.80						
<i>Depression</i>	IG	3.19	1.03	2.58	0.86	3.76	0.83	0.33	0.20	61.46***	1.47	0.02	0.20
	VG	2.87	0.88	2.47	0.68	3.69	0.62						

*Anmerkungen.* Studiengruppen: IG (Interventionsgruppe)  $n = 70$ , geringe Belastung  $n = 34$ , hohe Belastung  $n = 36$ ; VG (Vergleichsgruppe)  $n = 46$ , geringe Belastung  $n = 31$ , hohe Belastung  $n = 15$ ; es besteht Varianzhomogenität (Levene-Test  $p > .05$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cohen's  $d$

Das Profildiagramm in Abbildung 40 veranschaulicht diese Ergebnisse bezogen auf die Gesamtskala des EBI.

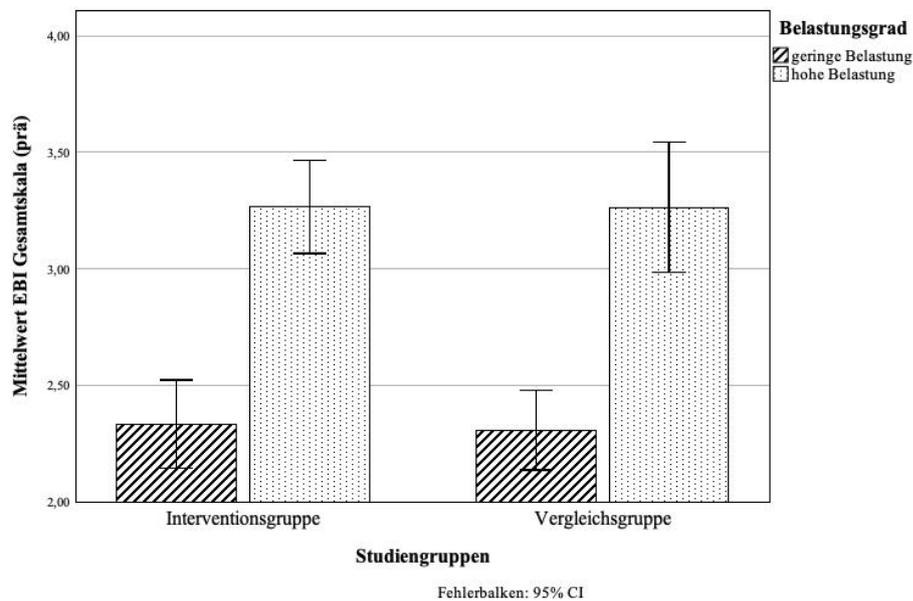


Abbildung 40. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des EBI getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Einerseits ist das Belastungsempfinden (Mittelwerte des EBI) bei Familien mit Beratungsbedarf größer als bei Familien ohne Beratungsbedarf (Hypothese 1c). Andererseits ist das Belastungsempfinden bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung größer als bei gering belasteten Familien (Hypothese 2c).

### 6.3.4 Auswertung zum Endpunkt familienbezogene Lebensqualität (FLQ)

*Anmerkungen.* Die Informationen wurden mit Hilfe der Items des *Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ; Tröster (2005b))* erhoben. Hohe Werte auf den Skalen des FLQ bedeuten eine von den Eltern als hoch eingeschätzte Lebensqualität der Familie.

*Statistische Kennwerte.* Bezogen auf die Gesamtskala des FLQ liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk  $p > .05$ ). Die interne Konsistenz des FLQ kann in den Subskalen als „gut“ und in der Gesamtskala als „exzellent“ interpretiert werden (Cronbach's  $\alpha = 0.90$ ).

Tabelle 28 fasst die statistischen Kennwerte zusammen.

Tabelle 28

*Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des FLQ*

Skalen des FLQ	Item- anzahl	95%-CI					Shapiro- Wilk	Cronbach's $\alpha$
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG		
<i>Gesamtskala</i>	18	3.10	0.65	0.06	2.87	3.12	0.99	0.90
<b>Subskalen</b>								
<i>Entlastung und Selbstverwirklichung</i>	6	2.50	0.77	0.07	2.31	2.58	0.99	0.87
<i>Soziale Unterstützung der Familie</i>	6	3.58	0.81	0.08	3.30	3.61	0.96**	0.84
<i>Energie und Aktivität</i>	6	3.21	0.80	0.08	2.94	3.24	0.98	0.82

*Anmerkungen.* Gesamtstichprobe  $N = 116$ ; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Insgesamt bestehen starke Korrelationen zwischen der *Gesamtskala* des FLQ mit den Subskalen *Entlastung* ( $r = .80$ ,  $p < .001$ ), *Unterstützung* ( $r = .85$ ,  $p < .001$ ) sowie *Energie und Aktivität* ( $r = .88$ ,  $p < .001$ ).

*Hypothesenprüfung.* Im Folgenden werden die Effekte der durchgeführten zweifaktorielle Varianzanalyse zum Endpunkt *familienbezogene Lebensqualität* berichtet. In der Gesamtskala und den Subskalen des FLQ liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gemäß Levene-Test für alle Variablen erfüllt ( $p > .05$ ).

Es konnte kein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Belastungsgrad nachgewiesen werden. Der Unterschied zwischen den Gruppen bezogen auf die familienbezogene Lebensqualität wird nicht durch den Belastungsgrad der Eltern beeinflusst.

Es bestehen signifikante Haupteffekte über die Studiengruppen: die Mittelwerte der familienbezogenen Lebensqualität unterscheiden sich zwischen beiden Studiengruppen sowohl in der Gesamtskala als auch in einzelnen Subskalen des FLQ signifikant. Die Effekte lassen sich als klein bis mittel interpretieren. In der Gesamtskala weist die Interventionsgruppe ( $M = 2.82$ ,  $SD = 0.65$ ) gegenüber der Vergleichsgruppe ( $M = 3.27$ ,  $SD = 0.64$ ) geringere Mittelwerte auf ( $F[1,112] = 7.12$ ,  $p = .009$ ,  $d = 0.51$ ). Geringere Effekte bestehen bezogen auf die Subskalen *Entlastung und Selbstverwirklichung* ( $F[1,112] = 5.99$ ,  $p = .016$ ,  $d = 0.46$ ) sowie *Energie und Aktivität* ( $F[1,112] = 6.04$ ,  $p = .015$ ,  $d = 0.46$ ).

Es bestehen signifikante Haupteffekte über den Belastungsgrad: die Mittelwerte der familienbezogenen Lebensqualität unterscheiden sich zwischen Eltern mit geringem und hohem Belastungsgrad sowohl in der Gesamtskala als auch in einzelnen Subskalen hochsignifikant. Bezogen auf die Gesamtskala schätzen hochbelastete Eltern ihre familienbezogene Lebensqualität sowohl in der Interventionsgruppe ( $M = 2.58$ ,  $SD = 0.66$ ) als auch in der Vergleichsgruppe

( $M = 2.73$ ,  $SD = 0.52$ ) als weniger stark ausgeprägt ein als Eltern mit geringerer Belastung (Interventionsgruppe:  $M = 3.07$ ,  $SD = 0.56$ , Vergleichsgruppe:  $M = 3.53$ ,  $SD = 0.52$ ). Dieser Effekt ( $F[1,112] = 31.80$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.06$ ) lässt sich als groß interpretieren. Ein besonders großer Effekt ergibt sich in der Subskala *Energie und Aktivität* ( $F[1,112] = 39.95$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.19$ ). Mittlere Effekte bestehen bezogen auf die Subskalen *Entlastung und Selbstverwirklichung* ( $F[1,112] = 11.80$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.63$ ) sowie *Soziale Unterstützung* ( $F[1,112] = 15.14$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.74$ ). Das Profildiagramm in Abbildung 41 veranschaulicht diese Ergebnisse bezogen auf die Gesamtskala des FLQ.

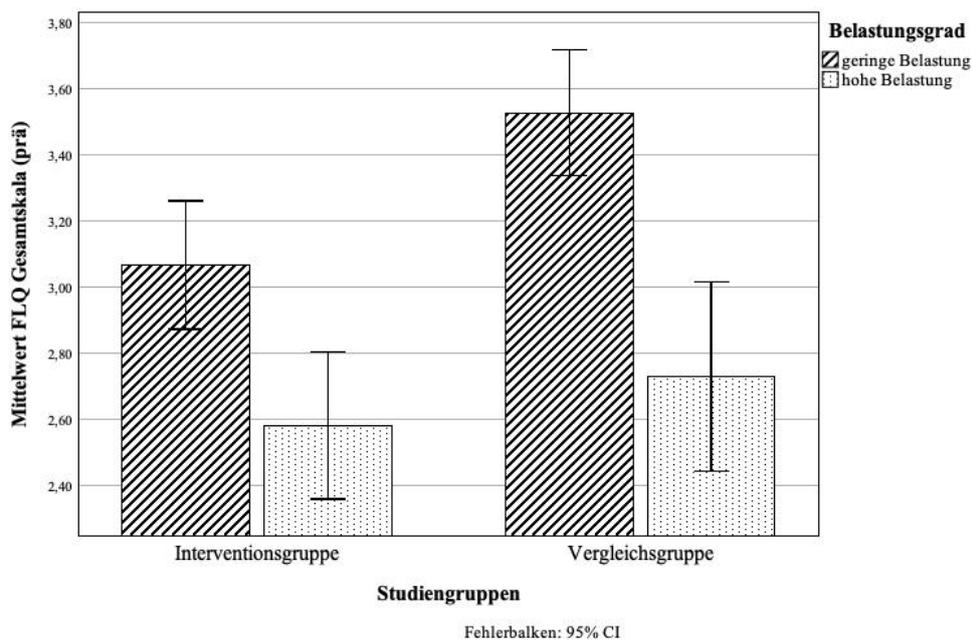


Abbildung 41. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA zur Gesamtskala des FLQ getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Zum einen zeigt sich eine stärker reduzierter Lebensqualität (Mittelwerte des FLQ) bei Familien mit Beratungsbedarf als bei Familien der Vergleichsgruppe (Hypothese 1d). Zum anderen ist die Lebensqualität bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung niedriger ausgeprägt als bei gering belasteten Familien (Hypothese 2d).

Tabelle 29 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA zusammen.

Tabelle 29

Zweifaktorielle ANOVA der Skalen des FLQ zu T1

Skalen des FLQ	Studiengruppen		Belastungsgrad				Haupteffekt Studiengruppe		Haupteffekt Belastungsgrad		Interaktionseffekt Studiengruppe x Belastungsgrad		
			geringe Belastung		hohe Belastung		$F(1,112)$	$d$	$F(1,112)$	$d$	$F(1,112)$	$d$	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$							
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.82	0.65	3.07	0.56	2.58	0.66	7.12**	0.51	31.80***	1.06	1.89	0.29
	VG	3.27	0.64	3.53	0.52	2.73	0.52						
<i>Subskalen</i> <i>Entlastung und</i> <i>Selbstverwirklichung</i>	IG	2.63	0.94	2.37	0.69	2.16	0.70	5.99*	0.46	11.80***	0.63	3.54	0.35
	VG	2.59	0.73	2.95	0.59	2.24	0.76						
<i>Soziale Unterstützung</i> <i>in der Familie</i>	IG	3.62	0.96	3.63	0.72	3.01	0.95	2.55	0.29	15.14***	0.74	0.00	0.01
	VG	4.23	2.99	3.87	0.73	3.27	0.64						
<i>Energie und</i> <i>Aktivität</i>	IG	3.28	0.90	3.20	0.55	2.57	0.78	6.04**	0.46	39.95***	1.19	2.69	0.29
	VG	3.43	0.86	3.76	0.76	2.68	0.55						

Studiengruppen: IG (Interventionsgruppe)  $n = 70$ , geringe Belastung  $n = 34$ , hohe Belastung  $n = 36$ ; VG (Vergleichsgruppe)  $n = 46$ , geringe Belastung  $n = 31$ , hohe Belastung  $n = 15$ ; es besteht Varianzhomogenität (Levene-Test  $p > .05$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Effektstärke Cohen's  $d$

### 6.3.5 Zusammenhänge der primären Endpunkte mit relevanten Faktoren

Dieser Abschnitt berichtet über die Ergebnisse der Analyse bedeutsamer prädiktiver Faktoren, die sich zunächst auf die Kinder und anschließend auf die Eltern beziehen. Es wurden lineare Regressionsanalysen durchgeführt, um zu prüfen, inwieweit diese Faktoren die primären Endpunkte zum ersten Messzeitpunkt (T1) erklären. Anschließend wurde jeweils mit Hilfe einfaktorieller Varianzanalysen untersucht, ob sich die Endpunkte innerhalb der Gesamtstichprobe und zwischen den beiden Studiengruppen bezogen auf diese Faktoren unterscheiden.

#### a) Kindbezogene Faktoren

Folgende kindbezogene Faktoren wurden bei den Analysen berücksichtigt: Geschlecht des Kindes, Kindesalter, Schwangerschaftswoche, Geschwisterstatus, Probleme in der Schwangerschaft, Komplikationen um die Geburt, Verhalten nach der Geburt. Über den möglichen prädiktiven Wert, über bestehende Zusammenhänge der genannten kindbezogenen Faktoren mit den Endpunkten sowie über Unterschiede in den jeweiligen Stichproben wird im Folgenden berichtet.

Das **Geschlecht der Kinder** besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. Die einfaktoriellen Varianzanalysen konnten zeigen, dass sich Mädchen und Jungen in der Gesamtstichprobe bezogen auf ihre *Regulationsprobleme* ( $F[1,114] = 1.76, p = .187, d = 0.25$ ) und bezogen auf ihre *sozial-emotionalen Probleme* ( $F[1,114] = 2.36, p = .127, d = 0.29$ ) nicht signifikant voneinander unterscheiden. In der Interventionsgruppe besteht lediglich eine statistische Tendenz innerhalb der Geschlechter der Kinder bezogen auf die SFS-Subskala *Trotz* ( $F[1,68] = 3.60, p = .062, d = 0.46$ ). Im Vergleich zu Mädchen ( $M = 2.27, SD = 0.61$ ) zeigen Jungen ( $M = 1.99, SD = 0.62$ ) weniger Trotzverhalten.

Das **Kindesalter** sagt bezogen auf die Gesamtskala mit einer moderaten Anpassungsgüte ( $R^2_{\text{kor}} = .166, \Delta R^2 = .197$ ) die *Regulationsprobleme der Kinder* statistisch signifikant voraus,  $F[4,104] = 6.38, p < .001$ ). Das Alter besitzt einen umgekehrten (negativen) Zusammenhang zu den kindlichen Regulationsproblemen ( $B = -.022, \text{Beta} = -.392, p < .001$ ). Mit zunehmendem Alter nimmt die Stärke der Regulationsprobleme ab. Mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse konnte ein signifikanter Unterschied bezogen auf die Altersgruppen gezeigt werden ( $F[3,112] = 6.71, p < .001, d = 0.85$ ).

Die Kontraste nach Helmert bestätigen, dass Kinder zwischen 12 und 18 Monaten signifikant stärker ausgeprägte Regulationsprobleme besitzen als ältere Kinder ( $t[112] = 4.34, p < .001$ ).

Zwischen den beiden Studiengruppen unterscheiden sich die kindlichen Regulationsprobleme signifikant bezogen auf die Altersgruppen der Kinder. In der durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalyse bestand ein signifikanter Gruppeneffekt ( $F[1,108] = 44.99, p < .001, d = 1.29$ ).

Tabelle 30 gibt einen Überblick zur deskriptiven Statistik der Gesamtskala des SFS bezogen auf die Altersgruppen der Kinder.

Tabelle 30

*Deskriptive Statistik der Gesamtskala des SFS bezogen auf die Altersgruppen der Kinder*

Studiengruppen	Altersgruppen					95%-CI	
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG
Interventionsgruppe	12 bis 18 Monate	35	2.25	0.35	0.06	2.14	2.36
	19 bis 24 Monate	15	2.10	0.32	0.08	1.93	2.27
	25 bis 30 Monate	14	2.05	0.33	0.09	1.88	2.23
	älter als 30 Monate	6	1.94	0.29	0.12	1.68	2.21
Vergleichsgruppe	12 bis 18 Monate	7	1.64	0.25	0.09	1.39	1.88
	19 bis 24 Monate	10	1.59	0.23	0.07	1.39	1.80
	25 bis 30 Monate	16	1.58	0.23	0.06	1.41	1.74
	älter als 30 Monate	13	1.68	0.45	0.13	1.50	1.86

Die getrennt durchgeführte ANOVA konnte zeigen, dass in der Interventionsgruppe die Ausprägungsstärke der Regulationsprobleme mit zunehmendem Alter der Kinder tendenziell abnimmt ( $F[3,66] = 2.35, p = .080, d = 0.66$ ). In der Vergleichsgruppe bleiben die Regulationsprobleme über die Altersspanne eher stabil ( $F[3,42] = 0.23, p = .826, d = 0.29$ ). Abbildung 42 veranschaulicht diesen Zusammenhang.

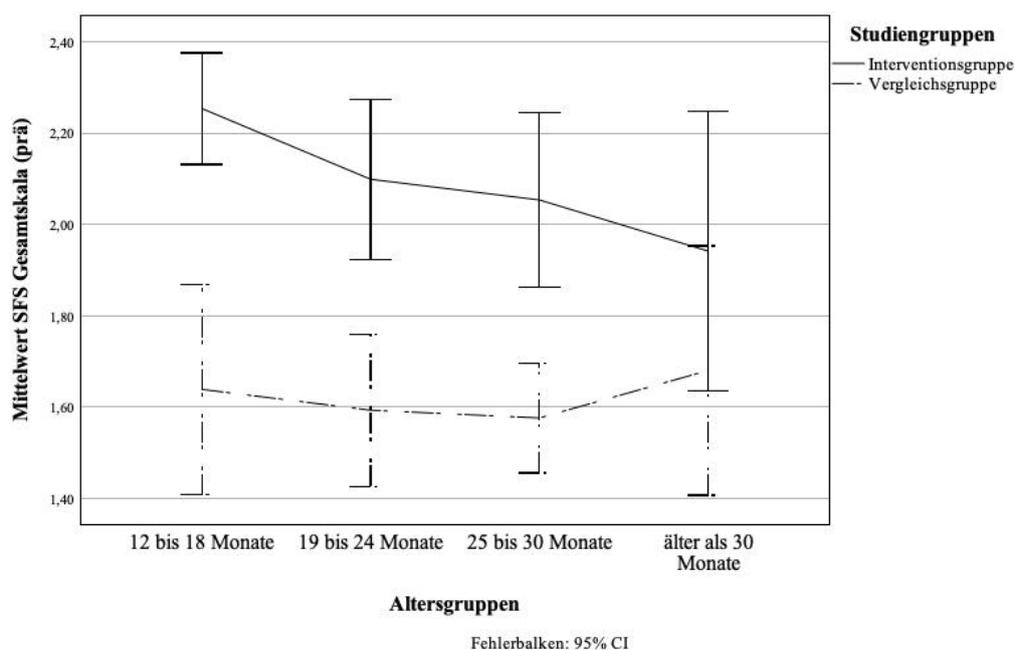


Abbildung 42. Profildigramm zur SFS-Gesamtskala über die Altersgruppen getrennt nach Studiengruppen

Die **Geschwisterfolge** besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. In der Gesamtstichprobe zeigen Einzelkinder ( $M = 2.02$ ,  $SD = 0.39$ ) gegenüber Geschwisterkindern ( $M = 1.86$ ,  $SD = 0.04$ ) marginal stärker ausgeprägte *Probleme in ihren Regulationsfähigkeiten* ( $F[1,114] = 4.22$ ,  $p = .042$ ,  $d = 0.39$ ). In der Vergleichsgruppe ist dieser Unterschied hochsignifikant ( $F[1,44] = 18.21$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.29$ ). In der Interventionsgruppe besteht dieser Unterschied nicht ( $F[1,68] = 0.12$ ,  $p = .729$ ,  $d = 0.09$ ). Bezogen auf das *elterliche Belastungsempfinden* unterscheiden sich Einzelkinder ( $M = 2.710$ ,  $SD = .220$ ) und Geschwisterkinder ( $M = 2.30$ ,  $SD = 0.85$ ) der Gesamtstichprobe in der EBI-Subskala *Soziale Isolation* signifikant voneinander ( $F[1,114] = 4.82$ ,  $p = .030$ ,  $d = 0.41$ ). Dieser Unterschied ist in der Vergleichsgruppe noch stärker ausgeprägt ( $F[1,44] = 9.21$ ,  $p = .004$ ,  $d = 0.91$ ). In der Interventionsgruppe besteht dieser Unterschied nicht ( $F[1,68] = 0.33$ ,  $p = .570$ ,  $d = 0.14$ ). Ebenso finden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der *sozial-emotionalen Probleme* (FLQ-Gesamtskala:  $F[1,114] = 0.36$ ,  $p = .547$ ,  $d = 0.11$ ) und in Bezug auf die *familienbezogene Lebensqualität* (FLQ-Gesamtskala:  $F[1,114] = 0.02$ ,  $p = .882$ ,  $d = 0.01$ ).

**Frühgeburlichkeit** (Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. In der Gesamtstichprobe bestehen keine signifikanten Unterschiede, weder in den *Regulationsproblemen* ( $F[1,107] = 0.17$ ,  $p = .685$ ,  $d = 0.09$ ), den *sozial-emotionalen Problemen* ( $F[1,107] = 0.09$ ,  $p = .759$ ,  $d = 0.01$ ) noch im elterlichen *Belastungsempfinden* ( $F[1,107] = 0.42$ ,  $p = .521$ ,  $d = 0.13$ ) und hinsichtlich der *familienbezogenen Lebensqualität* ( $F[1,107] = 0.55$ ,  $p = .462$ ,  $d = 0.14$ ).

**Probleme in der Schwangerschaft** besitzen keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. In Bezug auf die *Regulationsprobleme* der Kinder in der Gesamtstichprobe bestehen beim Vorliegen von Problemen in der Schwangerschaft signifikante Unterschiede innerhalb der Subskala des SFS *Trotzverhalten* ( $F[1,107] = 9.21$ ,  $p = .003$ ,  $d = 0.59$ ). Kinder von Müttern, bei denen Probleme in der Schwangerschaft auftraten, besitzen größere Schreiprobeme ( $M = 2.451$ ,  $SD = .723$ ) als Kinder, bei denen keine Probleme bestanden ( $M = 1.896$ ,  $SD = .581$ ). Diese Unterschiede zeigen sich auch in der Interventionsgruppe, jedoch nicht in der Vergleichsgruppe. In Bezug auf Probleme in der Schwangerschaft unterscheiden sich nicht signifikant die *sozial-emotionalen Probleme* der Kinder ( $F[1,107] = 2.21$ ,  $p = .140$ ,  $d = 0.29$ ), das *elterliche Belastungsempfinden* ( $F[1,107] = 0.09$ ,  $p = .759$ ,  $d = 0.06$ ) und der *familienbezogenen Lebensqualität* ( $F[1,106] = 0.04$ ,  $p = .841$ ,  $d = 0.01$ ).

**Komplikationen um die Geburt** besitzen keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. Beim Vorliegen von Geburtskomplikationen bestehen in der Gesamtstichprobe signifikante Unterschiede bezogen auf die *SFS-Gesamtskala* ( $F[1,110] = 3.90, p = .051, d = 0.38$ ) und vor allem bezogen auf die Subskalen *Schreien*, *Quengeln*, *Schlafen* ( $F[1,110] = 9.83, p = .002, d = 0.60$ ), *Trotzverhalten* ( $F[1,110] = 10.09, p = .002, d = 0.61$ ) und *Schlafprobleme* ( $F[1,110] = 7.95, p = .006, d = 0.54$ ). Kinder, bei denen Komplikationen um die Geburt auftraten, besitzen größere Probleme in ihren Regulationsfähigkeiten ( $M = 2.05, SD = 0.42$ ) als Kinder, bei denen keine Probleme bestanden ( $M = 1.89, SD = 0.42$ ). Diese Unterschiede zeigen sich sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe. Ebenso unterscheiden sich die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* in Bezug auf Komplikationen um die Geburt ( $F[1,110] = 4.33, p = .040, d = 0.40$ ). Keine signifikanten Unterschiede bestehen beim *elterliche Belastungsempfinden* ( $F[1,110] = 2.95, p = .089, d = 0.33$ ) und bei der *familienbezogenen Lebensqualität* ( $F[1,110] = 0.96, p = .328, d = 0.19$ ).

Das **Verhalten der Kinder nach der Geburt** besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. Kinder der Gesamtstichprobe, die nach der Geburt von ihren Eltern als sehr unruhig beschrieben wurden ( $M = 2.15, SD = 0.38$ ) unterscheiden sich jedoch von Kindern ohne Unruhe ( $M = 1.87, SD = 0.42$ ) in ihren Regulationsfähigkeiten (*SFS-Gesamtskala*) signifikant ( $F[1,107] = 10.33, p = .002, d = 0.62$ ). Dieser Unterschied zeigt sich noch stärker ausgeprägt in den SFS-Subskalen *Schreien*, *Quengeln*, *Schlafen* ( $F[1,107] = 16.15, p < .001, d = 0.78$ ), *Trotzverhalten* ( $F[1,107] = 16.17, p < .001, d = 0.78$ ), *Schlafprobleme* ( $F[1,107] = 12.07, p < .001, d = 0.67$ ) und *Koregulation* ( $F[1,107] = 4.87, p = .030, d = 0.43$ ). Diese Unterschiede zeigen sich auch in der Interventions- und in der Vergleichsgruppe. Die *sozial-emotionalen Probleme* der Kinder (*BITSEA-Gesamtskala*) unterscheiden sich hochsignifikant in Bezug auf Kinder mit Unruhe ( $F[1,107] = 11.72, p < .001, d = 0.66$ ). Das *elterliche Belastungsempfinden* unterscheidet sich in Bezug auf das unruhige Verhalten der Kinder nach der Geburt signifikant (*EBI-Gesamtskala*:  $F[1,106] = 10.20, p = .002, d = 0.62$ ). Dieser Unterschied besteht ebenfalls in allen EBI-Subskalen, besonders stark jedoch in den Subskalen *Bindung* ( $F[1,106] = 13.43, p < .001, d = 0.71$ ), *Soziale Isolation* ( $F[1,106] = 8.40, p = .005, d = 0.56$ ). Diese Unterschiede zeigen sich darüber hinaus innerhalb der Interventionsgruppe (*EBI-Gesamtskala*:  $F[1,64] = 6.07, p = .162, d = 0.62$ ), jedoch nur tendenziell in der Vergleichsgruppe (*EBI-Gesamtskala*:  $F[1,40] = 3.02, p = .090, d = 0.55$ ). Hinsichtlich der familienbezogenen Lebensqualität bestehen keine signifikanten Unterschiede (*FLQ-Gesamtskala*:  $F[2,43] = 0.20, p = .821, d = 0.19$ ).

### **b) Elternbezogene Faktoren**

Folgende elternbezogene Faktoren wurden bei den Analysen berücksichtigt: Alter der Mutter, Bildungsstatus der Eltern, Berufstätigkeit der Mutter, Vorliegen psychischer Probleme, mütterliche Depressivität, Bestehen einschneidender Lebensereignisse, Anwendung von Strategien zur Koregulation. Über den möglichen prädiktiven Wert, über bestehende Zusammenhänge der genannten elternbezogenen Faktoren mit den Endpunkten sowie über Unterschiede in der Stichprobe wird im Folgenden berichtet.

Das **Alter der Mütter** besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. Die *kindlichen Regulationsprobleme* (SFS-Gesamtskala) unterscheiden sich innerhalb der Altersgruppen der Mütter der Gesamtstichprobe signifikant ( $F[2,113] = 3.44, p = .035, d = 0.49$ ). Die Regulationsprobleme der Kinder von jüngeren Müttern sind signifikant stärker ausgeprägt (bis 25 Jahre  $M = 1.94, SD = 0.42$ , 26-39 Jahre  $M = 1.974, SD = .417$ , post-hoc-Test nach Tukey  $p < .05$ ) als die Regulationsprobleme der Kinder von Müttern, die älter als 39 Jahre sind ( $M = 1.58, SD = 0.32$ ). Dieser Unterschied trifft auch auf die Subskalen *Schreien*, *Quengeln*, *Schlafen* ( $F[2,113] = 5.83, p = .004, \eta^2 = .093$ ), *Trotzverhalten* ( $F[2,113] = 4.06, p = .020, d = 0.54$ ) und *Schlafprobleme* ( $F[2,113] = 5.61, p = .005, d = 0.63$ ) zu.

Betrachtet man die beiden Studiengruppen für sich, treten diese Unterschiede nicht auf. Bezogen auf das *elterliche Belastungsempfinden* (EBI-Gesamtskala) bestehen hinsichtlich des Alters der Mütter der Gesamtstichprobe signifikante Unterschiede ( $F[2,113] = 3.24, p = .043, d = 0.48$ ). Das Belastungsempfinden ist bei Müttern über 39 Jahre ( $M = 2.36, SD = 0.95$ ) weniger stark ausgeprägt als bei jüngeren Müttern (bis 25 Jahre  $M = 3.04, SD = 0.65$ , post-hoc-Test nach Tukey  $p = .061$ ). Stärkere Unterschiede bestehen in den Subskalen *Gesundheit* ( $F[2,113] = 4.27, p = .016, d = 0.55$ ), *Soziale Isolation* ( $F[2,113] = 4.68, p = .022, d = 0.58$ ) und *Bindung* ( $F[2,113] = 4.22, p = .017, d = 0.55$ ).

In der Interventionsgruppe bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters der Mütter in den EBI-Subskalen *Soziale Isolation* ( $F[1,67] = 5.49, p = .022, d = 0.57$ ) und *Bindung* ( $F[1,67] = 6.41, p = .014, d = 0.62$ ).

In der Vergleichsgruppe besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich einzelner Altersgruppen der Mütter in der EBI-Subskala *Gesundheit* ( $F[2,43] = 3.39, p = .043, d = 0.79$ ). Zwischen den Altersgruppen bestehen marginale Unterschiede hinsichtlich der *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* (BITSEA-Gesamtskala:  $F[2,113] = 3.06, p = .051, d = 0.46$ ) und keine Unterschiede hinsichtlich der *familienbezogenen Lebensqualität* (FLQ-Gesamtskala:  $F[2,113] = 0.67, p = .514, d = 0.22$ ).

Der **Bildungsstatus der Mütter** besitzt keinen prädiktiven Wert bezogen auf die Endpunkte. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede der Endpunkte innerhalb der Stichprobe hinsichtlich des Bildungsstatus der Mütter. Der **Bildungsstatus der Väter** erklärt die *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* (BITSEA-Gesamtskala) mit einem hochsignifikanten Regressionsmodell ( $R^2_{\text{kor}} = .164$ ,  $\Delta R^2 = .185$ ,  $F[2,79] = 8.95$ ,  $p < .001$ ). Der Prädiktor *mittlere Bildung der Väter* besitzt einen negativen Zusammenhang mit der Ausprägung sozial-emotionaler Probleme der Kinder ( $B = -.235$ ,  $p < .001$ ). Innerhalb der Gesamtstichprobe besteht ein hochsignifikanter Unterschied bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme der Kinder ( $F[2,79] = 8.95$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.95$ ) sowie ein signifikanter Unterschied bezogen auf die Regulationsprobleme der Kinder ( $F[2,79] = 4.99$ ,  $p = .000$ ,  $d = 0.71$ ). Bei Vätern mit mittlerem Bildungsstatus sind sowohl die sozial-emotionalen Probleme der Kinder ( $M = 1.42$ ,  $SD = 0.23$ ) als auch die Regulationsprobleme der Kinder ( $M = 1.76$ ,  $SD = 0.43$ ) weniger stark ausgeprägt als bei Vätern mit niedrigem (BITSEA:  $M = 1.73$ ,  $SD = 0.26$ ; SFS:  $M = 2.13$ ,  $SD = 0.31$ ) oder hohem Bildungsstatus (BITSEA:  $M = 1.66$ ,  $SD = 0.34$ ; SFS:  $M = 2.01$ ,  $SD = 0.44$ ). Zusammenhänge des väterlichen Bildungsstatus‘ zu anderen Endpunkten ließen sich nicht finden.

Die **Berufstätigkeit der Mütter** erklärt statistisch signifikant die sozial-emotionalen Probleme ( $R^2_{\text{kor}} = .082$ ,  $\Delta R^2 = .108$ ;  $F[3,106] = 4.26$ ,  $p = .007$ ) sowie die familienbezogene Lebensqualität ( $R^2_{\text{kor}} = .088$ ,  $\Delta R^2 = .113$ ;  $F[3,106] = 4.52$ ,  $p = .005$ ). Der Prädiktor *Elternzeit* zeigt einen positiven Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Problemen der Kinder ( $B = .175$ ,  $p = .004$ ) sowie einen negativen Zusammenhang mit der familienbezogenen Lebensqualität ( $B = -.451$ ,  $p < .001$ ). In Bezug auf die *Berufstätigkeit der Mütter* bestehen Unterschiede innerhalb der Stichprobe hinsichtlich der sozial-emotionalen Probleme (BITSEA-Gesamtskala  $F[3,106] = 4.26$ ,  $p = .007$ ,  $d = 0.70$ ) und der familienbezogenen Lebensqualität (FLQ-Gesamtskala  $F[3,106] = 4.52$ ,  $p = .005$ ,  $d = 0.71$ ). Mütter in Elternzeit schätzen die sozial-emotionalen Probleme ihrer Kinder als stärker ausgeprägt ein ( $M = 1.67$ ,  $SD = 0.34$ ) und erleben eine geringere Lebensqualität ( $M = 2.77$ ,  $SD = 0.73$ ) als berufstätige Mütter (BITSEA:  $M = 1.49$ ,  $SD = 0.60$ ; FLQ:  $M = 3.22$ ,  $SD = 0.61$ ). Hinsichtlich des elterliche Belastungsempfindens bestehen keine signifikanten Unterschiede (EBI-Gesamtskala  $F[3,106] = 0.66$ ,  $p = .581$ ,  $d = 0.27$ ).

Das **Vorliegen psychischer Probleme der Mütter** besitzt einen geringen prädiktiven Wert bezogen auf das Belastungsempfinden (EBI-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .043$ ,  $\Delta R^2 = .051$ ;  $F[1,114] = 6.12$ ,  $p = .015$ ) und vor allem für die Subskala *Bindung* ( $R^2_{\text{kor}} = .090$ ,  $\Delta R^2 = .098$ ;  $F[1,114] = 12.32$ ,  $p < .001$ ). Bezogen auf das Vorliegen psychischer Probleme der Mütter bestehen innerhalb der Interventionsgruppe signifikante Unterschiede hinsichtlich der *EBI-Gesamtskala* ( $F[1,68] = 4.89$ ,  $p = .030$ ,  $d = 0.54$ ) sowie hinsichtlich der Subskalen *Elterliche Kompetenz* ( $F[1,68] = 6.37$ ,

$p = .014$ ,  $d = 0.61$ ) und besonders stark hinsichtlich der Subskala *Bindung* ( $F[1,68] = 10.79$ ,  $p = .002$ ,  $d = 0.80$ ). Mütter mit psychischen Problemen empfinden in den genannten Skalen bzw. Subskalen eine stärkere Belastung (EBI-Gesamtskala:  $M = 3.15$ ,  $SD = 0.66$ ; Elterliche Kompetenz:  $M = 3.12$ ,  $SD = 0.13$ ; Bindung:  $M = 2.90$ ,  $SD = 1.02$ ) als Mütter ohne psychische Probleme (EBI-Gesamtskala:  $M = 2.71$ ,  $SD = 0.73$ ; Elterliche Kompetenz:  $M = 2.41$ ,  $SD = 0.90$ ; Bindung:  $M = 2.14$ ,  $SD = 0.75$ ). In der Vergleichsgruppe treten diese Unterschiede nicht auf. Darüber hinaus bestehen signifikante Unterschiede einzelner Endpunkte innerhalb der Stichprobe hinsichtlich des Vorliegens psychischer Probleme. In Bezug auf das Vorliegen psychischer Probleme innerhalb der Gesamtstichprobe bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich der *Regulationsprobleme* (SFS-Gesamtskala:  $F[1,114] = 4.03$ ,  $p = .047$ ,  $d = 0.38$ ) und hinsichtlich der *sozial-emotionalen Probleme der Kinder* (BITSEA-Gesamtskala:  $F[1,114] = 4.89$ ,  $p = .029$ ,  $d = 0.41$ ). Die Kinder von Müttern mit psychischen Problemen besitzen stärker ausgeprägte Regulationsprobleme ( $M = 2.09$ ,  $SD = 0.44$ ) und sozial-emotionale Probleme ( $M = 1.70$ ,  $SD = 0.32$ ) als Kinder von Müttern ohne psychische Probleme (SFS:  $M = 1.90$ ,  $SD = 0.41$ ; BITSEA:  $M = 1.55$ ,  $SD = 0.29$ ). Betrachtet man die Studiengruppen getrennt, treten diese Unterschiede nicht auf.

**Mütterliche Depressivität** besitzt für alle Endpunkte einen prädiktiven Wert: bezogen auf die *Regulationsprobleme* (SFS-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .082$ ,  $\Delta R^2 = .090$ ;  $F[1,113] = 11.23$ ,  $p = .001$ ), die *sozial-emotionalen Probleme* (BITSEA-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .062$ ,  $\Delta R^2 = .070$ ;  $F[1,113] = 8.50$ ,  $p = .004$ ), das *Belastungsempfinden* (EBI-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .310$ ,  $\Delta R^2 = .316$ ;  $F[1,113] = 52.16$ ,  $p < .001$ ) und die *Lebensqualität* (FLQ-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .201$ ,  $\Delta R^2 = .208$ ;  $F[1,113] = 29.63$ ,  $p < .001$ ). Zwischen Müttern mit einem niedrigem Depressionswert (Stanine  $< 7$ ) und hohem Depressionswert (Stanine  $> 7$ ) ergeben sich sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in beiden Studiengruppen signifikante Unterschiede in der *Bewertung der Regulationsprobleme* (SFS) und der *sozial-emotionalen Probleme* (BITSEA) ihrer Kinder.

Kinder von Müttern mit hohem Depressionswert besitzen stärker ausgeprägte Regulationsprobleme (SFS:  $M = 2.04$ ,  $SD = 0.41$ ) und höhere sozial-emotionale Probleme (BITSEA:  $M = 1.64$ ,  $SD = 0.32$ ) als Kinder von Müttern mit niedrigem Depressionswert (SFS:  $M = 1.79$ ,  $SD = 0.38$ ; BITSEA:  $M = 1.48$ ,  $SD = 0.22$ ). Die Effektstärken (SFS:  $d = 0.63$ ; BITSEA:  $d = 0.55$ ) können als mittel interpretiert werden. Stärkere signifikante Unterschiede bestehen im Belastungsempfinden (EBI) und der Lebensqualität (FLQ). Mütter mit hohem Depressionswert besitzen ein stärker ausgeprägtes Belastungsempfinden (EBI:  $M = 3.04$ ,  $SD = 0.61$ ) und eine geringere Lebensqualität (FLQ:  $M = 2.75$ ,  $SD = 0.66$ ) gegenüber Müttern mit niedrigem Depressionswert (EBI:  $M = 2.24$ ,  $SD = 0.52$ ; FLQ:  $M = 3.39$ ,  $SD = 0.49$ ). Die Effektstärken (EBI:  $d = 1.36$ ; FLQ:  $d = 1.02$ ) können als sehr hoch interpretiert werden.

Das **Bestehen einschneidender Lebensereignisse** besitzt einen geringen prädiktiven Wert bezogen auf die familienbezogene Lebensqualität (FLQ-Gesamtskala:  $R^2_{\text{kor}} = .038$ ,  $\Delta R^2 = .046$ ;  $F[1,114] = 5.48$ ,  $p = .021$ ,  $d = 0.44$ ). In der Gesamtstichprobe wird die Lebensqualität in Familien, bei denen einschneidende Lebensereignisse bestehen, als geringer bewertet ( $M = 2.83$ ,  $SD = 0.69$ ) als in Familien, bei denen keine einschneidenden Lebensereignisse bestehen ( $M = 3.13$ ,  $SD = 0.65$ ). Betrachtet man die Studiengruppen getrennt, treten diese Unterschiede nicht auf. Bezogen auf die kindlichen Regulationsprobleme sowie auf das elterliche Belastungsempfinden bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Bestehens einschneidender Lebensereignisse.

Bezogen auf die Art und Häufigkeit der von den Eltern angewandten **Koregulationsstrategien** zur Unterstützung ihrer Kinder finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Studiengruppen. In der Interventionsgruppe kommen häufiger folgende aktive Beruhigungs- und Einschlafhilfen zur Anwendung: *Herumtragen* ( $\chi^2[3] = 11.75$ ,  $p = .008$ ), *Stillen* ( $\chi^2[3] = 12.61$ ,  $p = .006$ ) und *rhythmisches Wiegen* ( $\chi^2[3] = 10.76$ ,  $p = .013$ ). Eltern unterscheiden sich bezogen auf den Belastungsgrad signifikant: Eltern mit einer hohen Belastung wenden folgende aktive Hilfen zur Beruhigung und zum Einschlafen häufiger an: *das Kind ins Bett holen* ( $\chi^2[3] = 9.71$ ,  $p = .021$ ), *am Körper der Eltern einschlafen lassen* ( $\chi^2[3] = 7.57$ ,  $p = .056$ ), *im selben Raum schlafen* ( $\chi^2[3] = 8.99$ ,  $p = .029$ ), *Herumtragen* ( $\chi^2[4] = 9.70$ ,  $p = .046$ ) und *das Fläschchen geben* ( $\chi^2[4] = 10.06$ ,  $p = .040$ ).

#### 6.4 Zusammenhänge zwischen den primären Endpunkten

Um Zusammenhänge zwischen den vier primären Endpunkten zum ersten Messzeitpunkt zu untersuchen, wurden zunächst lineare Korrelationsanalysen und anschließend lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Im dritten Schritt folgte eine Mediationsanalyse bezogen auf die Interventionsgruppe, um zu überprüfen, ob ein Mediator die Assoziation zwischen den Endpunkten vorhersagt.

Die Korrelations- und Regressionsanalysen wurden zunächst für die Gesamtstichprobe und anschließend für die beiden Studiengruppen getrennt durchgeführt. In Tabelle 31 werden die Ergebnisse der linearen Korrelationsanalysen sowie der Korrelationsvergleiche zwischen den Studiengruppen zum ersten Messzeitpunkt zusammengefasst.

Tabelle 31

*Interkorrelationen und Korrelationsvergleich zu den primären Endpunkten zu T1*

Stichprobe	Endpunkte	SFS-Gesamtskala		BITSEA-Gesamtskala		EBI-Gesamtskala	
		<i>r</i>	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>d</i>
<i>Interkorrelationen</i>							
Gesamtstichprobe N = 116	BITSEA-Gesamtskala	.68***	1.86				
	EBI-Gesamtskala	.45***	0.99	.44***	0.97	--	
	FLQ-Gesamtskala	-.39***	-0.84	-.40***	-0.88	-.51***	-1.19
Interventionsgruppe n = 70	BITSEA-Gesamtskala	.50***	1.16				
	EBI-Gesamtskala	.37**	0.80	.38**	0.81	--	
	FLQ-Gesamtskala	-.24*	-0.49	-.24*	-0.49	-.52***	-1.22
Vergleichsgruppe n = 46	BITSEA-Gesamtskala	.73***	2.12				
	EBI-Gesamtskala	.65***	1.71	.55***	1.31	--	
	FLQ-Gesamtskala	-.28	-0.57	-.44*	-0.97	-.46**	-1.04
		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Korrelationsvergleich (Interventionsgruppe-Vergleichsgruppe)</i>							
	BITSEA-Gesamtskala	-1.94*	.026				
	EBI-Gesamtskala	-1.98*	.024	-1.12	.132	--	
	FLQ-Gesamtskala	0.22	.587	1.16	.878	-0.40	.343

Bezogen auf die Gesamtstichprobe bestehen zwischen den primären Endpunkten die im Folgenden dargestellten unterschiedlich gerichteten und unterschiedlich starken Zusammenhänge.

Besonders stark positive Korrelationen bestehen zwischen den Regulationsproblemen (SFS-Gesamtskala) und den sozial-emotionalen Problemen der Kinder (BITSEA-Gesamtskala) ( $r[114] = .68, p < .001, d = 1.86$ ). Demgegenüber bestehen stark negative Korrelationen zwischen der Lebensqualität der Familie (FLQ-Gesamtskala) einerseits mit den Regulationsproblemen der Kinder (SFS-Gesamtskala) ( $r[114] = -.39, p < .001, d = -0.84$ ) und andererseits mit dem Belastungsempfinden der Eltern (EBI-Gesamtskala) ( $r[114] = -.51, p < .001, d = -1.19$ ). Jeweils moderat korrelieren die Regulationsprobleme mit dem Belastungsempfinden (EBI-Gesamtskala) ( $r[114] = .45, p < .001, d = 0.99$ ) sowie die sozial-emotionalen Probleme (BITSEA-Gesamtskala) zum einen mit dem Belastungsempfinden (EBI-Gesamtskala) ( $r[114] = .44, p < .001, d = 0.97$ ) und zum anderen mit der Lebensqualität (FLQ-Gesamtskala) ( $r[114] = -.40, p < .001, d = -0.88$ ).

Zwischen ausgeprägten Regulationsproblemen und ausgeprägten sozial-emotionalen Problemen besteht ein starker signifikanter Zusammenhang. Ausgeprägte kindbezogene Probleme (Regulationsprobleme und sozial-emotionale Probleme) gehen jeweils einerseits mit einer hohen

elterlichen Belastung und andererseits mit einer geringen familienbezogenen Lebensqualität einher. Eine hohe elterliche Belastung entspricht eine geringe familienbezogene Lebensqualität.

Die Korrelationskoeffizienten wurden mit Hilfe der z-Transformation von Fisher verglichen (Bortz & Schuster, 2010), um zu prüfen, ob sich die Stärke der Zusammenhänge in den beiden Studiengruppen signifikant voneinander unterscheiden. Die durchgeführten Korrelationsvergleiche ergaben, dass sich die Korrelationskoeffizienten der Regulationsprobleme gegenüber dem Belastungsempfinden (Fisher's  $z = -1.98, p = .024$ ) sowie gegenüber den sozial-emotionalen Problemen (Fisher's  $z = -1.94, p = .026$ ) signifikant voneinander unterscheiden. Die Zusammenhänge zwischen diesen Endpunkten sind in der Vergleichsgruppe stärker ausgeprägt als in der Interventionsgruppe.

Als weitere Auswertungsschritte wurden theoriegeleitete multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um zu prüfen, welchen Einfluss einzelne Subskalen eines primären Endpunktes auf die jeweils anderen Endpunkte besitzen. Die Ergebnisse in der Gesamtstichprobe werden getrennt zu den einzelnen Endpunkten dargestellt. Die Tabellen zu allen Ergebnissen der Regressionsanalysen finden sich im *Anhang D*.

Die **kindlichen Regulationsprobleme (SFS-Gesamtskala)** werden durch einzelne Subskalen der anderen Endpunkte statistisch signifikant erklärt. Den einflussreichsten Prädiktor stellt bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.60, F(1,114) = 170.79, p < .001$ ) die BITSEA-Subskala *Dysregulationsprobleme* dar ( $B = 0.91, \beta = 0.77, t = 13.07, p < .001$ ). Weniger einflussreiche Prädiktoren sind bezogen auf das elterliche Belastungsempfinden ( $R^2_{\text{kor}} = 0.26, F(2,113) = 20.83; p < .001$ ) die EBI-Subskalen *Bindung* ( $B = 0.17, \beta = 0.33, t = 3.97, p < .001$ ) und *Soziale Isolation* ( $B = 0.13, \beta = 0.31, t = 3.628, p < .001$ ) sowie bezogen auf die Lebensqualität ( $R^2_{\text{kor}} = 0.12, F(1,114) = 17.32, p < .001$ ) die Subskala *Energie und Aktivität* ( $B = -0.19, \beta = -0.36, t = -4.16, p < .001$ ).

Die **sozial-emotionalen Probleme (BITSEA-Gesamtskala)** werden durch einzelne Subskalen der anderen Endpunkte statistisch signifikant erklärt. Die einflussreichsten Prädiktoren stellen bezogen auf die Regulationsprobleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.50; F(1,114) = 114.30, p < .001$ ) die SFS-Subskala *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $B = 0.38, \beta = 0.71, t = 10.69, p < .001$ ), bezogen auf das Belastungsempfinden ( $R^2_{\text{kor}} = 0.23; F(1,114) = 36.20, p < .001$ ) die EBI-Subskala *Bindung* ( $B = 0.18, \beta = 0.49, t = 6.02, p < .001$ ) und bezogen auf die Lebensqualität ( $R^2_{\text{kor}} = 0.14; F(1,114) = 20.07, p < .001$ ) die FLQ-Subskala *Energie und Aktivität* ( $B = -0.14, \beta = -0.39, t = -4.48, p < .001$ ) dar.

Das **elterliche Belastungsempfinden (EBI-Gesamtskala)** wird durch einzelne Subskalen der anderen Endpunkte statistisch signifikant erklärt. Den einflussreichsten Prädiktor stellt bezogen auf

die Lebensqualität ( $R^2_{\text{kor}} = 0.28$ ;  $F(1,114) = 45.41$ ,  $p < .001$ ) die FLQ-Subskala *Energie und Aktivität* ( $B = -0.46$ ,  $\beta = -0.53$ ,  $t = -6.74$ ,  $p < .001$ ) dar. Weniger einflussreiche Prädiktoren sind bezogen auf die Regulationsprobleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.20$ ;  $F(1,114) = 29.09$ ,  $p < .001$ ) die SFS-Subskala *Schlafprobleme* ( $B = 0.52$ ,  $\beta = 0.45$ ,  $t = 5.39$ ,  $p < .001$ ) sowie bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.15$ ;  $F(1,114) = 21.59$ ,  $p < .001$ ) die BITSEA-Subskala *Internale Probleme* ( $B = 0.72$ ,  $\beta = 0.40$ ,  $t = 4.65$ ,  $p < .001$ ).

Die **Lebensqualität der Familien (FLQ-Gesamtskala)** wird durch einzelne Subskalen der anderen Endpunkte statistisch signifikant erklärt. Den einflussreichsten Prädiktor stellt bezogen auf das Belastungsempfinden ( $R^2_{\text{kor}} = 0.27$ ;  $F(1,114) = 42.41$ ,  $p < .001$ ) die EBI-Subskala *Depression* ( $B = -0.36$ ,  $\beta = -.52$ ,  $t = -6.51$ ,  $p < .001$ ). Weniger einflussreiche Prädiktoren sind bezogen auf die Regulationsprobleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.18$ ;  $F(1,114) = 26.65$ ,  $p < .001$ ) die SFS-Subskala *Schlafprobleme* ( $B = -0.48$ ,  $\beta = -0.44$ ,  $t = -5.16$ ,  $p < .001$ ) sowie bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme ( $R^2_{\text{kor}} = 0.13$ ;  $F(1,114) = 18.85$ ,  $p < .001$ ) die BITSEA-Subskala *Dysregulationsprobleme* ( $B = -0.72$ ,  $\beta = -0.38$ ,  $t = -4.34$ ,  $p < .001$ ).

Auf Grundlage der Ergebnisse aus den Korrelations- und Regressionsanalysen wurde eine **Mediationsanalyse** unter Nutzung von Process© (Version 4.2) nach Hayes (2022) zum ersten Messzeitpunkt bezogen auf die Interventionsgruppe durchgeführt, um zu überprüfen, ob die kindlichen Regulations- und sozial-emotionalen Probleme die familienbezogene Lebensqualität über die Vermittlung des elterlichen Belastungsempfindens vorhersagen. Folgende Variablen wurden in diesem Modell verwendet:

- Prädiktorvariable (UV): *kindliche Probleme* (Median von SFS und BITSEA),
- Kriteriumsvariable: *familienbezogene Lebensqualität* (Median des FLQ),
- Mediatorvariable (AV): *elterliches Belastungsempfinden* (Median von EBI).

Es wird unterstellt, dass durch die Assoziation zwischen der unabhängigen Prädiktorvariable *kindliche Probleme* und der Mediatorvariable *elterliches Belastungsempfinden* (Pfad a) sowie durch die Assoziation zwischen der Mediatorvariable und der abhängigen Kriteriumsvariable *familienbezogene Lebensqualität* (Pfad b) die Assoziation zwischen der Prädiktorvariable und der Kriteriumsvariable (Pfad c) erklärt werden kann.

Die Mediationsanalyse zeigte folgende Ergebnisse:

- a) Das signifikante Modell ( $F[1, 68] = 24.62$ ,  $p < .001$ ) bestätigt den direkten Effekt zwischen Prädiktorvariable und Mediatorvariable (Pfad a): die kindlichen Probleme wirken hoch signifikant auf das elterliche Belastungsempfinden ( $B = 1.13$ ,  $t = 4.96$ ,  $p < .001$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 19 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.19$ ).

- b) Das signifikante Modell ( $F[2, 67] = 10.89, p < .001$ ) bestätigt einerseits den direkten Effekt zwischen Mediatorvariable und Kriteriumsvariable (Pfad b): das elterliche Belastungsempfinden wirkt hoch signifikant auf die familienbezogene Lebensqualität ( $B = -0.44, t = -4.07, p < .001$ ). Andererseits zeigt sich ein direkter Effekt zwischen der Prädiktorvariable und der Kriteriumsvariable (Pfad c): die kindlichen Probleme wirken nicht signifikant auf die familienbezogene Lebensqualität ( $B = -0.14, t = -0.47, p = .637$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 28 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.28$ ).
- c) Das signifikante Modell ( $F[1, 68] = 5.48, p = .022$ ) bestätigt den indirekten Effekt zwischen Prädiktorvariable und Kriteriumsvariable über die Mediatorvariable (Pfad c'): die kindlichen Probleme wirken signifikant über das elterliche Belastungsempfinden auf die familienbezogene Lebensqualität ( $B = -0.50, \text{BootCI}[-0.79, -0.22]$ ). Es konnte ein *totaler Gesamteffekt* der Prädiktorvariable auf die Kriteriumsvariable festgestellt werden ( $B = -0.64, t = -2.34, p < .022$ ). Der prozentuale Anteil des indirekten Effektes am totalen Effekt liegt bei 0.22: 22 % des totalen Effektes zwischen den kindlichen Problemen und der familienbezogenen Lebensqualität wird über das elterliche Belastungsempfinden erzielt.

Insgesamt handelt es sich um eine „indirect-only Mediation“ (Zhao et al., 2010): die Pfade a\*b sind signifikant, der Pfad c ist nicht signifikant. Die empirischen Ergebnisse stimmen mit der Theorie bzw. dem abgeleiteten Mediationsmodell überein. Es ist unwahrscheinlich, dass ein weiterer Mediator existiert, da nach Aufnahme des Mediators der direkte Effekt nicht mehr signifikant wird. Abbildung 43 veranschaulicht das Pfaddiagramm der Mediationsanalyse.

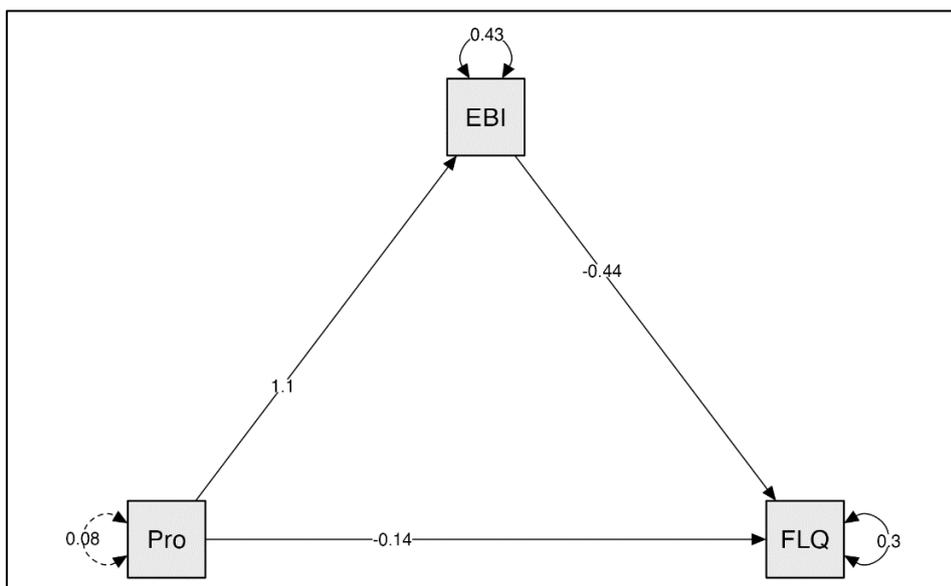


Abbildung 43. Pfaddiagramm zur Mediationsanalyse

Anmerkungen. Pro = kindliche Probleme, EBI = elterliches Belastungsempfinden, FLQ = familienbezogene Lebensqualität

Tabelle 32 präsentiert die Parameterschätzungen der Mediationsanalyse.

Tabelle 32

*Parameterschätzungen der Mediationsanalyse*

Effekte Pfade	95%-CI					
	Koeffizient	Std.-Fehler	<i>t</i>	<i>p</i>	UG	OG
<i>Direkter Effekt (c)</i>						
Pro → FLQ	-0.144	0.303	-0.474	.637	-0.748	0.461
<i>Indirekter Effekt (a x b)</i>						
Pro → EBI → FLQ	-0.501	0.145			-0.795	-0.225
<i>Totaler Effekt (c + a x b)</i>						
Pro → FLQ	-0.644	0.275	-2.341	.022	-1.194	-0.095
<i>Pfadkoeffizienten</i>						
(a) Pro → EBI	1.133	0.228	4.962	< .001	0.677	1.589
(b) EBI → FLQ	-0.442	0.109	-4.072	< .001	-0.659	-0.225
(c) Pro → FLQ	-0.144	0.303	-0.474	.637	-0.748	0.461

*Anmerkungen.* Pro = kindliche Probleme, EBI = elterliches Belastungsempfinden, FLQ = familienbezogene Lebensqualität; nicht-standardisierte Schätzungen,  $\Delta$  Methode Standardfehler, Maximum-Likelihood-Schätzer.

Nachdem die Mediatorvariable (elterliches Belastungsempfinden) in das Modell aufgenommen wurde, sagen die Regulationsprobleme diesen Mediator hoch signifikant vorher ( $B = 1.33, p < .001$ ). Der Mediator (elterliches Belastungsempfinden) sagt wiederum hoch signifikant die Kriteriumsvariable (familienbezogene Lebensqualität) vorher ( $B = -0.44, p < .001$ ).

Da nach der Aufnahme des Mediators elterliches Belastungsempfinden der *direkte Effekt* der kindlichen Probleme auf die familienbezogene Lebensqualität nicht signifikant wird ( $B = -0.14, p = .586$ ), handelt es sich nicht um einen *vollständig medierten Effekt*. Das Verhältnis zwischen den kindlichen Regulationsproblemen und der familienbezogenen Lebensqualität wird vollständig durch das elterliche Belastungsempfinden mediiert (*indirekter Effekt*):  $B = -0.50, p = .003, 95\%-CI (-0.83, -0.17)$ .

## 6.5 Längsschnittanalysen zu den primären Endpunkten (prä-post-Vergleiche)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der hypothesengeleiteten Auswertung zu den entsprechenden Fragestellungen anhand der zum ersten Messzeitpunkt (T1/prä) und zweiten Messzeitpunkt (T2/post) vollständig eingeschlossenen Stichproben zu den einzelnen primären Endpunkten dargestellt. Mit Hilfe der Datenanalyse werden diese Forschungsfragen beantwortet:

- **Forschungsfrage 3** (bezogen auf die generelle Wirksamkeit der Beratung):  
*Verändern sich die primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt und unterscheiden sich diese Veränderungen zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf?*
- **Forschungsfrage 4** (bezogen auf die differentielle Wirksamkeit der Beratung):  
*Unterscheiden sich die Veränderungen der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt zwischen Eltern mit geringer und hoher psychosozialer Belastung?*

Berichtet werden die Ergebnisse der jeweils zu den einzelnen primären Endpunkten (kindliche Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, elterliches Belastungsempfinden, familienbezogene Lebensqualität) durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung. Dabei werden folgende Faktoren berücksichtigt: der Innersubjektfaktor „Zeit“ (Stufen „prä“ und „post“) sowie die Zwischensubjektfaktoren „Studiengruppe“ (Interventionsgruppe mit Beratung und Vergleichsgruppe ohne Beratung) und „Belastungsgrad“ (geringe Belastung und hohe Belastung). Im Anschluss wurden jeweils für die Studiengruppen getrennt detaillierte Analysen durchgeführt. Für die Auswertung des Zeiteffekts werden die Ergebnisse der einfaktoriellen Variationsanalyse mit Messwiederholung und für die Auswertung des Gruppeneffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen berichtet.

### 6.5.1 Auswertung zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme (SFS)

Im Folgenden werden die Effekte der durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA<sub>rm</sub>) zum Endpunkt *kindliche Regulationsprobleme* berichtet. In der Gesamtskala und den Subskalen des SFS liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gemäß Levene-Test für alle Variablen erfüllt ( $p > .05$ ).

Bezogen auf die **generelle Wirksamkeit** ergab die durchgeführte zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> einen signifikanten Effekt über die Zeit: unabhängig von der Studiengruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *Gesamtskala* des SFS zwischen den beiden Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 65.75$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.99$ ) hochsignifikant. Die Mittelwerte reduzieren sich über den Zeitverlauf. Dieser Effekt besteht auch in Bezug auf die meisten Subskalen, außer in der Subskala *Trotzverhalten* ( $p > .05$ ).

Weiterhin ergibt sich ein signifikanter Effekt über die Studiengruppen: unabhängig vom Messzeitpunkt unterscheiden sich die Mittelwerte der *Gesamtskala* des SFS zwischen den beiden Studiengruppen hochsignifikant ( $F[1,66] = 15.83, p < .001, d = 0.98$ ). Die Mittelwerte sind in der Interventionsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe. Dieser Effekt besteht auch in Bezug auf die Subskalen, außer in den Subskalen *Koregulationsprobleme* und *Trotzverhalten* ( $p > .05$ ).

Darüber hinaus besteht ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Studiengruppe: die Mittelwerte der kindlichen Regulationsprobleme verändern sich sowohl in der Gesamtskala als auch in den Subskalen zwischen den beiden Studiengruppen hochsignifikant unterschiedlich über die Messzeitpunkte ( $F[1,66] = 18.12, p < .001, d = 1.05$ ). Da es sich um eine ordinale Wechselwirkung handelt (siehe Profilplot in Abbildung 44), können die Haupteffekte global interpretiert werden.

Bezogen auf den **Zeiteffekt** zeigen die für die Studiengruppen getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> folgende Ergebnisse:

In der Interventionsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *Gesamtskala* des SFS zwischen T1 ( $M = 2.17, SD = 0.35$ ) und T2 ( $M = 1.71, SD = 0.33$ ) hochsignifikant ( $F[1,38] = 86.38, p < .001, d = 2.98$ ). Es kommt zu einer Reduzierung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei 0.47 (95%-CI [0.37, 0.57]). Auf Subskalenebene ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede: *Skala 1 Schreien* ( $F[1,39] = 50.13, p < .001, d = 2.26$ ), *Skala 2 Füttern* ( $F[1,39] = 20.78, p < .001, d = 1.47$ ), *Skala 3 Koregulation* ( $F[1,39] = 37.43, p < .001, d = 1.96$ ) und *Schlafprobleme* ( $F[1,39] = 76.09, p < .001, d = 2.79$ ). Die ausgewiesenen Effektstärken können jeweils ebenfalls als sehr hoch interpretiert werden. Ein schwacher, nicht signifikanter Unterschied besteht in Bezug auf die Subskala *Trotzverhalten* ( $F[1,39] = 3.26, p = .079, d = 0.59$ ).

In der Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *SFS-Gesamtskala* zwischen T1 ( $M = 1.67, SD = 0.30$ ) und T2 ( $M = 1.55, SD = 0.22$ ) ebenfalls signifikant ( $F[1,29] = 7.12, p = .012, d = 0.99$ ). Es kommt zu einer weniger starken Reduzierung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei 0.12 (95%-CI [0.03, 0.21]).

Bezogen auf den **Gruppeneffekt** zeigen die für die Messzeitpunkte getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA folgende Ergebnisse: die Mittelwerte in der Interventionsgruppe sind sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen ist zu T1 Messzeitpunkt hochsignifikant und größer ( $F[1,68] = 41.37, p < .001, d = 1.56$ ) als zu T2 ( $F[1,68] = 5.17, p = .026, d = 0.55$ ).

Die Auswertung des Profilplots in Abbildung 44 ergab, dass es sich um eine ordinale Interaktion handelt, da die Linien in die gleiche Richtung verlaufen. Somit können die signifikanten Haupteffekte global interpretiert werden. Darüber hinaus veranschaulicht der Profilplot zum einen

die stärkeren Ausprägungen, zum anderen auch die stärkere Reduzierung der kindlichen Regulationsprobleme in der Interventionsgruppe.

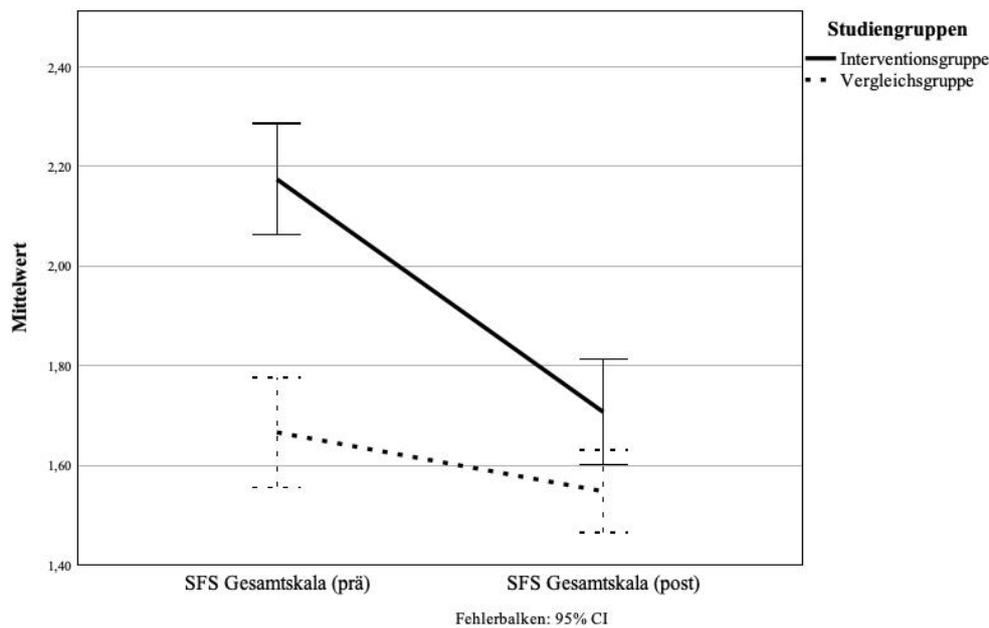


Abbildung 44. Profildigramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur Gesamtskala des SFS getrennt nach Studiengruppen

Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** innerhalb der Interventionsgruppe ist mit Cohen's  $d_{RM} = -1.41$  (95%-CI [-2.04, -1.06],  $r = .56$ ,  $p < .001$ ) als sehr groß und innerhalb der Kontrollgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = -0.44$  (95%-CI [-1.05, -0.3],  $r = .59$ ,  $p < .001$ ) als klein zu interpretieren. Der **Reliable Change Index** der Interventionsgruppe von  $RCI = 2.68$  weist auf eine reliable Veränderung hin. In der Vergleichsgruppe deutet der  $RCI = 0.75$  auf keine reliable Veränderung hin. Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe anhand der gepoolten Standardabweichung der Prä-Messung lässt sich mit  $d_{ppc} = -1.02$  als sehr groß zugunsten der Interventionsgruppe interpretieren. Die Effektstärkendifferenzen sind in Bezug auf die Subskala *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $d_{ppc} = -0.89$ ) und die Subskala *Schlafprobleme* ( $d_{ppc} = -1.11$ ) ebenfalls sehr groß.

Die *Hypothese 3a* kann bestätigt werden, da sich die Regulationsprobleme der Kinder (Mittelwerte des SFS) zum zweiten Messzeitpunkt insgesamt hochsignifikant und mit einer sehr großen Effektstärke reduziert haben. Die Regulationsprobleme waren zu beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. In der Interventionsgruppe haben sich die Regulationsprobleme über den Zeitverlauf stärker reduziert als in der Vergleichsgruppe. Tabelle 33 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur generellen Wirksamkeit bezogen auf die Regulationsprobleme zusammen.

Tabelle 33

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des SFS

Skalen des SFS	Studien- gruppen	Zeiteffekt				Gruppeneffekt (Studiengruppe)				Interaktionseffekt (Zeit x Studiengruppe)							
		prä		post		$F_{\text{Zeit}}(1,66)$		$d$		$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$		$d$		$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$		$d$	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>												
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.17	0.35	1.71	0.33	65.75***	1.99	15.83***	0.98	18.12***	1.05						
	VG	1.67	0.30	1.55	0.22												
<b>Subskalen</b>																	
<i>Skala 1: Schreien, Quengeln, Schlafen</i>	IG	2.34	0.46	1.85	0.43	34.26***	1.44	19.14***	1.08	8.53**	0.71						
	VG	1.69	0.40	1.59	0.28												
<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	IG	1.71	0.57	1.45	0.46	11.16**	0.82	6.91*	0.65	6.83*	0.64						
	VG	1.30	0.30	1.29	0.22												
<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.36	0.66	1.73	0.58	29.54***	1.34	0.79	0.22	9.58**	0.76						
	VG	1.99	0.67	1.75	0.47												
<i>Trotzverhalten</i>	IG	2.13	0.66	1.93	0.63	0.62	0.19	0.32	0.14	4.30*	0.51						
	VG	1.77	0.53	1.97	1.77												
<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.44	0.51	1.80	0.46	50.11***	1.74	16.73***	1.01	13.81***	0.91						
	VG	1.71	0.42	1.60	0.31												

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe ( $n=40$ ), VG = Vergleichsgruppe ( $n=30$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

Bezogen auf die **differentielle Wirksamkeit** ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> einen signifikanten Effekt über den Belastungsgrad: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte der kindlichen Regulationsprobleme zwischen Eltern mit geringer und hoher Belastung sowohl in der *SFS-Gesamtskala* ( $F[1,66] = 12.14, p < .001, d = 0.86$ ) als auch in den meisten Subskalen, mit Ausnahme der Subskala *Füttern* ( $p > .05$ ).

Darüber hinaus konnte kein Interaktionseffekt von Zeit und Belastungsgrad festgestellt werden: es besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Belastungsgrad und den Messzeitpunkten bezogen auf die Mittelwerte der kindlichen Regulationsprobleme, sowohl in der *SFS-Gesamtskala* ( $F[1,66] = 0.60, p = .441, d = 0.19$ ) als auch in allen Subskalen. Somit kann ausschließlich der Effekt über den Belastungsgrad interpretiert werden.

Für die beiden Studiengruppen werden im Folgenden jeweils zur Auswertung des Zeiteffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> und zur Auswertung des Gruppeneffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sowie die Ergebnisse für den Effektstärkevergleich mit Hilfe der gepoolten Standardabweichung berichtet.

*Interventionsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der Regulationsprobleme (*SFS-Gesamtskala*) zu T2 sowohl bei Eltern mit *geringer Belastung* (T1:  $M = 2.08, SD = 0.34$ ; T2:  $M = 1.61, SD = 0.38$ ;  $F[1,18] = 36.85, p < .001, d = 2.86$ ) als auch bei Eltern mit *hoher Belastung* (T1:  $M = 2.26, SD = 0.34$ ; T2:  $M = 1.79, SD = 0.27$ ;  $F[1,20] = 47.85, p < .001, d = 3.09$ ) jeweils signifikant. Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *SFS-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zu T1 geringfügig größer ( $F[1,38] = 2.85, p = .100, d = 0.55$ ) als zu T2 ( $F[1,38] = 3.19, p = .082, d = 0.58$ ). Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Regulationsprobleme bei Eltern mit *hoher Belastung* geringfügig stärker ist ( $d_{Cohen} = -1.53$ ; 95%-CI [-2.24, -0.83]) als die Reduzierung bei Eltern mit *geringer Belastung* ( $d_{Cohen} = -1.30$ ; 95%-CI [-2.00, -0.60]).

*Vergleichsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der Regulationsprobleme (*SFS-Gesamtskala*) zum zweiten Messzeitpunkt sowohl bei Eltern mit *hoher Belastung* (T1:  $M = 1.91, SD = 0.34$ ; T2:  $M = 1.71, SD = 0.08, F[1,7] = 3.16, p = .119, d = 1.34$ ) als auch bei Eltern mit *geringer Belastung* (T1:  $M = 1.58, SD = 0.22$ ; T2:  $M = 1.49, SD = 0.23$ ;  $F[1,21] = 3.93, p = .061, d = 0.87$ ) jeweils nicht signifikant. Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der Regulationsprobleme (*SFS-Gesamtskala*) von Eltern mit hoher Belastung sowohl zum ersten Messzeitpunkt als auch zum zweiten Messzeitpunkt höher als die Mittelwerte

der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zum ersten Messzeitpunkt geringfügig größer ( $F[1,28] = 10.17, p = .003, d = 1.21$ ) als zum zweiten Messzeitpunkt ( $F[1,28] = 7.05, p = .013, d = 1.00$ ). Der **Effektstärkenvergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Regulationsprobleme bei Eltern mit *hoher Belastung* geringfügig stärker ist ( $d_{Cohen} = -0.81; 95\%-CI [-1.83, -0.21]$ ) als die Reduzierung bei Eltern mit *geringer Belastung* ( $d_{Cohen} = -0.40; 95\%-CI [-1.01, -0.21]$ ).

Das Profildiagramm in Abbildung 45 veranschaulicht die Veränderungen der kindlichen Regulationsprobleme zu den Messzeitpunkten zwischen den Eltern mit unterschiedlich hoher Belastung, getrennt nach den beiden Studiengruppen. Die Regulationsprobleme der Kinder reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe bei Eltern mit hoher psychosozialer Belastung geringfügig stärker als bei Eltern mit geringem Belastungsgrad.

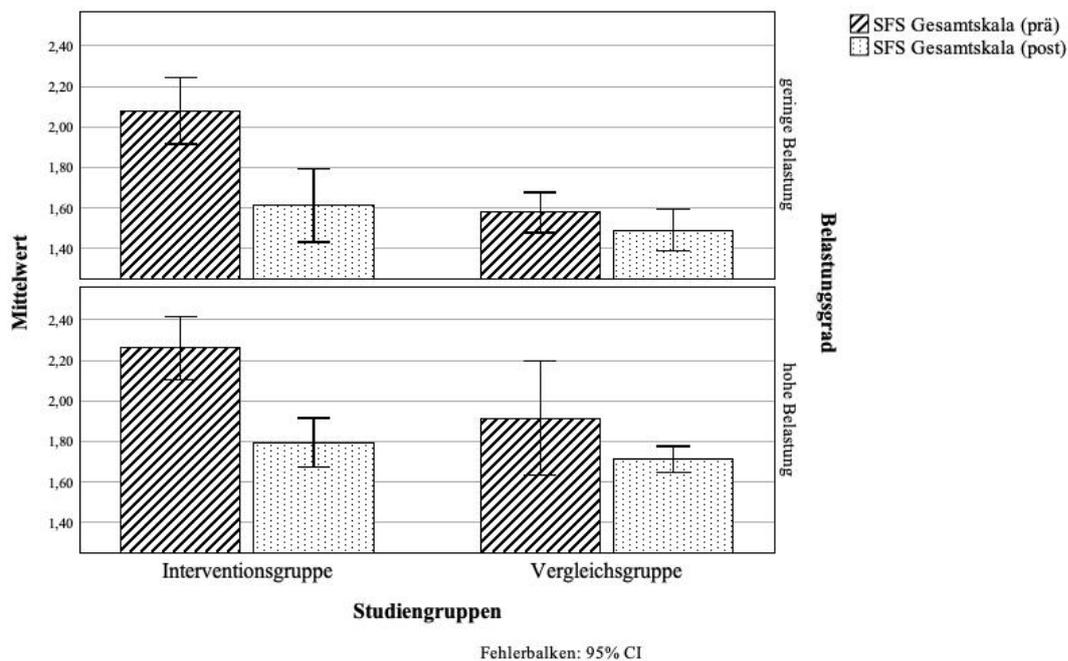


Abbildung 45. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> zur Gesamtskala des SFS getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Die *Hypothese 4a* kann so nicht bestätigt werden, da sich die Regulationsprobleme der Kinder hochbelasteter Eltern zum zweiten Messzeitpunkt geringfügig stärker reduzieren als die Regulationsprobleme von Kindern gering belasteter Eltern. Es besteht jedoch keine Wechselwirkung zwischen dem Belastungsgrad und den Messzeitpunkten, so dass sich die Regulationsprobleme unabhängig vom Belastungsgrad reduzieren. Tabelle 34 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> zur differentiellen Wirksamkeit bezogen auf die Regulationsprobleme zusammen.

Tabelle 34

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des SFS

Skalen des SFS	Studien- gruppen	geringe Belastung				hohe Belastung				Gruppeneffekt (Belastungsgrad)		Interaktionseffekt (Zeit x Belastungsgrad)																																																																																																																													
		prä		post		prä		post		$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$	$d$																																																																																																																												
		$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$																																																																																																																																
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.08	0.34	1.61	0.38	2.26	0.34	1.79	0.27	12.14***	0.86	0.60	0.19																																																																																																																												
	VG	1.58	0.22	1.49	0.23	1.91	0.34	1.71	0.08					<b>Subskalen</b>														<i>Skala 1: Schreien, Quengeln, Schlafen</i>	IG	2.20	0.40	1.71	0.46	2.47	0.49	1.98	0.36	17.52***	1.03	1.71	0.32	VG	1.54	0.22	1.52	0.25	2.09	0.52	1.78	0.27	<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	IG	1.80	0.66	1.53	0.57	1.64	0.47	1.38	0.34	0.06	0.01	0.28	0.13	VG	1.26	0.19	1.27	0.23	1.41	0.50	1.33	0.17	<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.16	0.71	1.52	0.42	2.55	0.57	1.92	0.66	4.84*	0.54	1.01	0.25	VG	1.98	0.75	1.66	0.49	2.03	0.41	2.00	0.31	<i>Trotzverhalten</i>	IG	1.87	0.59	1.77	0.68	2.35	0.65	2.08	0.55	15.87***	0.98	1.80	0.33	VG	1.60	0.38	1.55	0.28	2.23	0.62	3.13	3.26	<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29	VG	1.56	0.26	1.54
<b>Subskalen</b>																																																																																																																																									
<i>Skala 1: Schreien, Quengeln, Schlafen</i>	IG	2.20	0.40	1.71	0.46	2.47	0.49	1.98	0.36	17.52***	1.03	1.71	0.32																																																																																																																												
	VG	1.54	0.22	1.52	0.25	2.09	0.52	1.78	0.27					<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	IG	1.80	0.66	1.53	0.57	1.64	0.47	1.38	0.34	0.06	0.01	0.28	0.13	VG	1.26	0.19	1.27	0.23	1.41	0.50	1.33	0.17	<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.16	0.71	1.52	0.42	2.55	0.57	1.92	0.66	4.84*	0.54	1.01	0.25	VG	1.98	0.75	1.66	0.49	2.03	0.41	2.00	0.31	<i>Trotzverhalten</i>	IG	1.87	0.59	1.77	0.68	2.35	0.65	2.08	0.55	15.87***	0.98	1.80	0.33	VG	1.60	0.38	1.55	0.28	2.23	0.62	3.13	3.26	<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29	VG	1.56	0.26	1.54	0.30	2.13	0.50	1.75	0.28																																
<i>Skala 2: Fütterprobleme</i>	IG	1.80	0.66	1.53	0.57	1.64	0.47	1.38	0.34	0.06	0.01	0.28	0.13																																																																																																																												
	VG	1.26	0.19	1.27	0.23	1.41	0.50	1.33	0.17					<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.16	0.71	1.52	0.42	2.55	0.57	1.92	0.66	4.84*	0.54	1.01	0.25	VG	1.98	0.75	1.66	0.49	2.03	0.41	2.00	0.31	<i>Trotzverhalten</i>	IG	1.87	0.59	1.77	0.68	2.35	0.65	2.08	0.55	15.87***	0.98	1.80	0.33	VG	1.60	0.38	1.55	0.28	2.23	0.62	3.13	3.26	<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29	VG	1.56	0.26	1.54	0.30	2.13	0.50	1.75	0.28																																																							
<i>Skala 3: Koregulationsprobleme</i>	IG	2.16	0.71	1.52	0.42	2.55	0.57	1.92	0.66	4.84*	0.54	1.01	0.25																																																																																																																												
	VG	1.98	0.75	1.66	0.49	2.03	0.41	2.00	0.31					<i>Trotzverhalten</i>	IG	1.87	0.59	1.77	0.68	2.35	0.65	2.08	0.55	15.87***	0.98	1.80	0.33	VG	1.60	0.38	1.55	0.28	2.23	0.62	3.13	3.26	<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29	VG	1.56	0.26	1.54	0.30	2.13	0.50	1.75	0.28																																																																														
<i>Trotzverhalten</i>	IG	1.87	0.59	1.77	0.68	2.35	0.65	2.08	0.55	15.87***	0.98	1.80	0.33																																																																																																																												
	VG	1.60	0.38	1.55	0.28	2.23	0.62	3.13	3.26					<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29	VG	1.56	0.26	1.54	0.30	2.13	0.50	1.75	0.28																																																																																																					
<i>Schlafprobleme</i>	IG	2.34	0.54	1.65	0.47	2.53	0.48	1.93	0.41	12.07***	0.86	1.43	0.29																																																																																																																												
	VG	1.56	0.26	1.54	0.30	2.13	0.50	1.75	0.28																																																																																																																																

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe: geringe Belastung ( $n=19$ ), hohe Belastung ( $n=20$ ); VG = Vergleichsgruppe: geringe Belastung ( $n=21$ ), hohe Belastung ( $n=8$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

### Explorative Auswertung der Diagnosekriterien frühkindlicher Regulationsstörungen

Zum ersten Messzeitpunkt. Das *Wessel-Kriterium zum exzessiven Schreien* (Kinder schreien länger als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen in der Woche und über mehr als drei Wochen) wurde in 8 Fällen (11.9 %) der Interventionsstichprobe und in einem Fall (2.3 %) der Vergleichsgruppe erfüllt. Die Häufigkeiten der beiden Studiengruppen unterscheiden sich nicht signifikant ( $\chi^2[1] = 3.22, p = .073, d = 0.35$ ). Das *Kriterium für Trotzverhalten* (das Trotzverhalten tritt mindestens dreimal am Tag für mindestens 15 Minuten Dauer auf) wurde in der Interventionsgruppe (33 Fälle, 48.5 %) signifikant häufiger erfüllt ( $\chi^2[1] = 4.68, p = .030, d = 0.41$ ) als in der Vergleichsgruppe (13 Fälle, 28.3 %). Das *Kriterium für Einschlafstörungen* (die Einschlaflatenz ist über 30 Minuten) wird in der Interventionsgruppe (34 Fälle, 48.6 %) signifikant häufiger erfüllt ( $\chi^2[1] = 8.49, p = .004, d = 0.56$ ) als in der Vergleichsgruppe (10 Fälle, 21.7 %). Das *Kriterium für Durchschlafstörungen* (dreimaliges Erwachen der Kinder in der Nacht) wurde in der Interventionsgruppe bei 46 Fällen (66.7 %) hochsignifikant häufiger erfüllt ( $\chi^2[1] = 34.82, p < .001, d = 1.32$ ) als in der Vergleichsgruppe bei 5 Fällen (10.9 %). Zwischen Eltern mit unterschiedlich hoher psychosozialer Belastung bestehen signifikante Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeiten einzelner klinischer Kriterien. Bei Familien mit hohem Belastungsgrad werden sowohl in der Interventionsgruppe (IG) als auch in der Vergleichsgruppe (VG) lediglich die *Kriterien für Trotzverhalten* (IG:  $\chi^2[1] = 17.19, p < .001, d = 1.16$ ; KG:  $\chi^2[1] = 6.90, p = .009, d = 0.84$ ) und *Kriterien für Einschlafstörungen* (IG:  $\chi^2[1] = 6.96, p = .008, d = 0.66$ ; VG:  $\chi^2[1] = 8.13, p = .004, d = 0.93$ ) signifikant häufiger erfüllt. Abbildung 46 veranschaulicht die Verteilung der Diagnosekriterien zu T1 in den Stichproben getrennt nach dem Belastungsgrad.

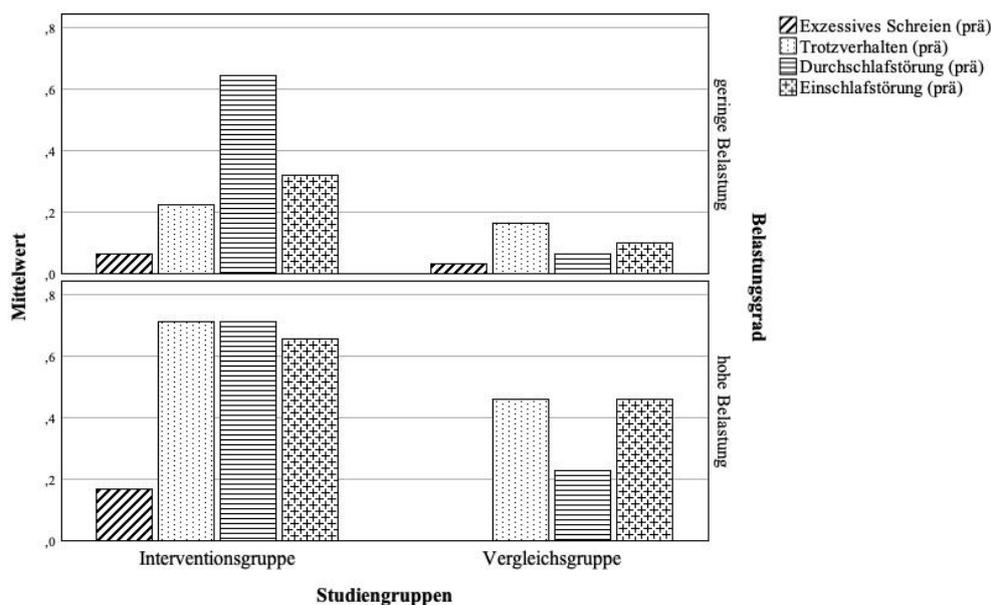


Abbildung 46. Anteil der Diagnosekriterien zu T1 getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Zum zweiten Messzeitpunkt. Das *Wessel-Kriterium* zum Vorliegen *exzessiven Schreiens* wird in 2 Fällen (5.0 %) der Interventionsstichprobe und in der Vergleichsgruppe in einem Fall (3.3 %) erfüllt. Das *Kriterium für Trotzverhalten* wird in der Interventionsgruppe bei 17 Fällen (42.5 %) und in der Vergleichsgruppe bei 10 Fällen (34.5 %) erfüllt. Das *Kriterium für Einschlafstörungen* wird in der Interventionsgruppe bei 8 Fällen (20.0 %) und in der Vergleichsgruppe bei 7 Fällen (23.3 %) erfüllt. Das *Kriterium für Durchschlafstörungen* wird in der Interventionsgruppe bei 7 Fällen (17.5 %) und in der Vergleichsgruppe bei 2 Fällen (6.7 %) erfüllt. Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich bezogen auf die genannten Diagnosekriterien jeweils nicht signifikant voneinander ( $\chi^2$ -Test:  $p > .05$ ). Zwischen Familien mit unterschiedlich hoher psychosozialer Belastung besteht lediglich in der Vergleichsgruppe ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Häufigkeiten des Kriteriums für Trotzverhalten ( $\chi^2[1] = 8.03, p = .005, d = 1.24$ ). Abbildung 47 zeigt die Verteilung der Diagnosekriterien zu T2 in den Stichproben getrennt nach Belastungsgrad.

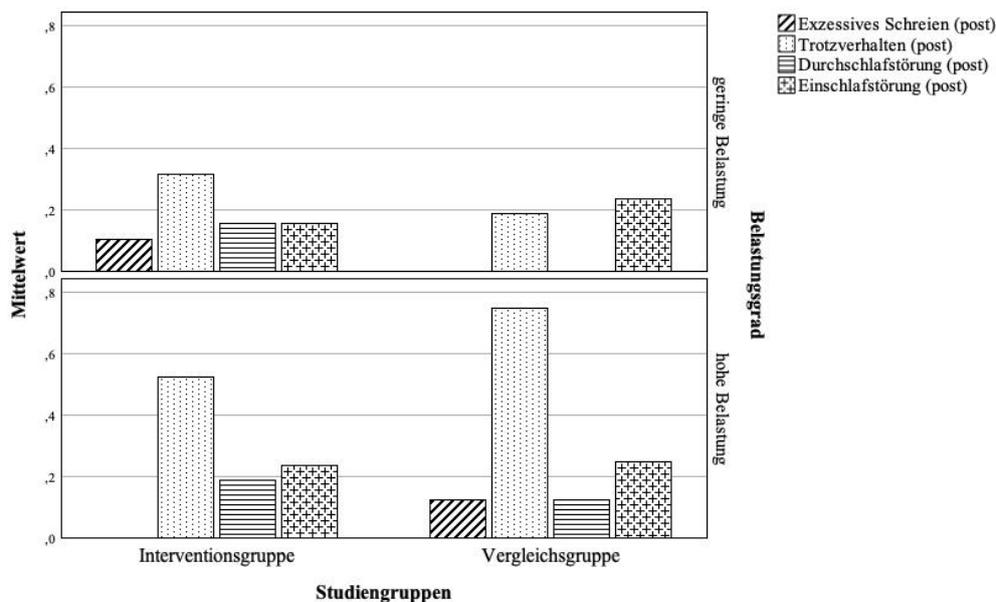


Abbildung 47. Anteil der Diagnosekriterien zu T2 getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Für die Interventionsgruppe ergab der *McNemar-Test für verbundene Stichproben* signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten bezogen auf die Häufigkeiten von *Einschlafstörungen* ( $\chi^2 [1] = 6.25, p = .012, d = 0.86$ ) und noch stärker bezogen auf die *Durchschlafstörungen* ( $\chi^2 [1] = 21.00, p < .001, d = 2.10$ ). Die Kriterien für diese Störungen werden zu T2 signifikant weniger erfüllt als zu T1. Hinsichtlich der Kriterien für *Exzessives Schreien* ( $\chi^2 [1] = 0.67, p = .414, d = 0.26$ ) und *Trotzverhalten* ( $\chi^2 [1] = 0.33, p = .564, d = 0.18$ ) sowie innerhalb der Vergleichsgruppe traten diese Unterschiede nicht auf ( $p > .050$ ).

### 6.5.2 Auswertung zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme (BITSEA)

Im Folgenden werden die Effekte der durchgeführten zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme berichtet. In den Skalen liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Varianzhomogenität zwischen den Gruppen war zu T1 gemäß Levene-Test nicht erfüllt ( $p < .05$ ). Aufgrund der Robustheit des Verfahrens wurde die ANOVA<sub>rm</sub> durchgeführt.

Bezogen auf die **generelle Wirksamkeit** ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> einen signifikanten Zeiteffekt: unabhängig von der Studiengruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zwischen den Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 20.33, p < .001, d = 1.11$ ) hochsignifikant. Es kommt zu einer Reduzierung der Mittelwerte über den Zeitverlauf. Dieser Effekt besteht auch in den Subskalen *Internale Probleme* und *Dysregulationsprobleme*. Es besteht zusätzlich ein signifikanter Gruppeneffekt: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zwischen den Studiengruppen signifikant ( $F[1,66] = 6.57, p = .013, d = 0.63$ ). Diese sind in der Interventionsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe. Besonders stark ist dieser Effekt in der Subskala *Dysregulationsprobleme*. Darüber hinaus ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt: bezogen auf die *GBITSEA-Gesamtskala* besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen den Studiengruppen und den Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 3.59, p = .063, d = 0.47$ ). Somit können nur die Haupteffekte interpretiert werden.

Bezogen auf den **Zeiteffekt** ergab die einfaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> in der Interventionsgruppe einen hochsignifikanten Unterschied der Mittelwerte ( $F[1,39] = 19.35, p < .001, d = 1.41$ ) der *BITSEA-Gesamtskala* zwischen T1 ( $M = 1.69, SD = 0.30$ ) und T2 ( $M = 1.50, SD = 0.26$ ). Es kommt zu einer Reduzierung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei 0.19 (95%-CI [0.10, 0.28]). Auf Subskalenebene ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede: *internale Probleme* ( $F[1,39] = 8.25, p = .007, d = 0.92$ ) und *Dysregulationsprobleme* ( $F[1,39] = 32.07, p < .001, d = 1.81$ ). Die Effektstärken können jeweils ebenfalls als hoch bis sehr hoch interpretiert werden. In der Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zwischen T1 ( $M = 1.44, SD = 0.19$ ) und T2 ( $M = 1.39, SD = 0.17$ ) weniger stark und nicht signifikant ( $F[1,29] = 3.66, p = .066, d = 0.71$ ). Die Mittelwertdifferenz liegt bei 0.06 (95%-CI [-0.01, 0.11]).

Bezogen auf den **Gruppeneffekt** zeigen die für die Messzeitpunkte getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA folgende Ergebnisse: die Mittelwerte in der Interventionsgruppe sind sowohl zum ersten Messzeitpunkt als auch zum zweiten Messzeitpunkt höher als die Mittelwerte der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen ist zum ersten Messzeitpunkt geringfügig kleiner ( $F[1,68] = 8.24, p = .005, d = 0.70$ ) als zum zweiten Messzeitpunkt ( $F[1,68] = 9.86, p = .003, d = 0.76$ ).

Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** innerhalb der Interventionsgruppe ist mit Cohen's  $d_{RM} = -0.66$  (95%-CI [-1.17, -1.27],  $r = .53$ ,  $p < .001$ ) als mittel und innerhalb der Kontrollgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = -0.30$  (95%-CI [-0.88, 0.14],  $r = .63$ ,  $p < .001$ ) als klein zu interpretieren. Der **Reliable Change Index** weist sowohl in der Interventionsgruppe ( $RCI = 1.17$ ) als auch in der Vergleichsgruppe ( $RCI = 0.31$ ) nicht auf eine reliable Veränderung hin. Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe anhand der gepoolten Standardabweichung der Prä-Messung lässt sich mit  $d_{ppc} = -0.54$  als mittel stark zugunsten der Interventionsgruppe interpretieren. Die Effektstärkendifferenzen sind in Bezug auf die Subskala *Dysregulationsprobleme* ( $d_{ppc} = -0.69$ ) ebenfalls mittel stark. Der Profplot in Abbildung 48 veranschaulicht zum einen die stärkeren Ausprägungen, zum anderen auch die stärkere Reduzierung der sozial-emotionalen Probleme in der Interventionsgruppe.

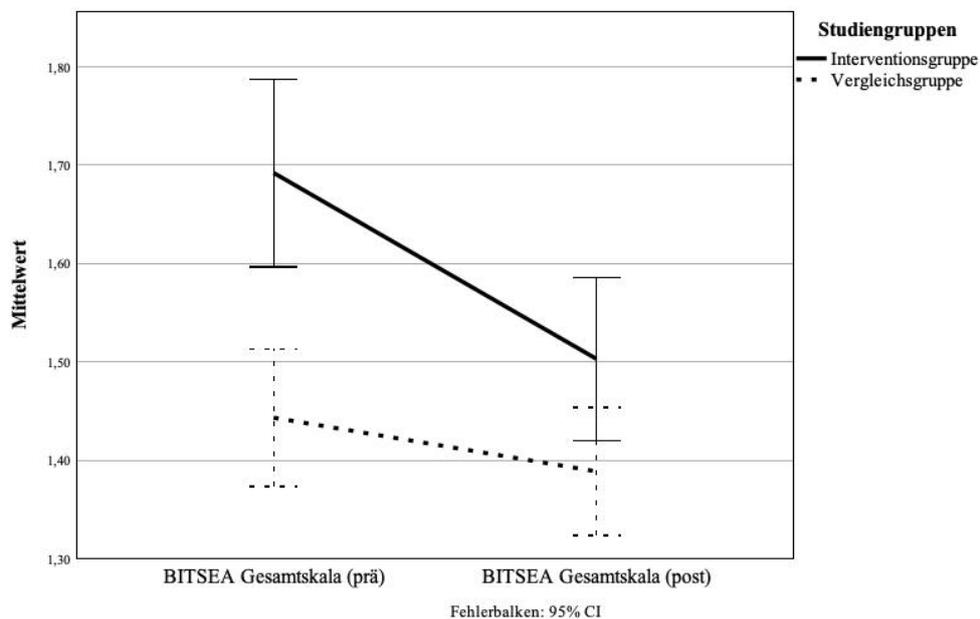


Abbildung 48. Profildigramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur Gesamtskala des BITSEA getrennt nach Studiengruppen

Die *Hypothese 3b* kann bestätigt werden, da sich die sozial-emotionalen Probleme (Mittelwerte des BITSEA) zum zweiten Messzeitpunkt insgesamt hochsignifikant und mit einer sehr großen Effektstärke reduziert haben. Die sozial-emotionalen Probleme waren zu beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. In der Interventionsgruppe haben sich die sozial-emotionalen Probleme über den Zeitverlauf hochsignifikant und stärker reduziert als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 35 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur generellen Wirksamkeit bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme zusammen.

Tabelle 35

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des BITSEA

Skalen des BITSEA	Studien- gruppen	Zeiteffekt				Gruppeneffekt (Studiengruppe)				Interaktionseffekt (Zeit x Studiengruppe)	
		prä		post		$F_{\text{Zeit}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$	$d$
		$M$	$SD$	$M$	$SD$						
<i>Gesamtskala</i>	IG	1.69	0.30	1.50	0.26	20.33***	1.11	6.57*	0.63	3.59	0.46
	VG	1.44	0.19	1.39	0.17						
<b>Subskalen</b>											
<i>Skala 1: Externale Probleme</i>	IG	1.46	0.42	1.39	0.38	2.20	0.36	0.01	0.01	0.01	0.01
	VG	1.41	0.29	1.36	0.26						
<i>Skala 2: Internale Probleme</i>	IG	1.50	0.46	1.31	0.28	7.21**	0.66	0.01	0.01	2.03	0.35
	VG	1.36	0.21	1.30	0.25						
<i>Skala 3: Dysregulationsprobleme</i>	IG	1.92	0.32	1.67	0.33	25.01***	1.23	16.52***	1.00	6.01*	0.60
	VG	1.50	0.24	1.45	0.22						

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe ( $n=40$ ), VG = Vergleichsgruppe ( $n=30$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

Bezogen auf die **differentielle Wirksamkeit** ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>mm</sub> einen signifikanten Effekt über den Belastungsgrad: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zwischen Eltern mit geringer und hoher Belastung ( $F[1,66] = 18.15, p < .001, d = 1.05$ ). Dieser Effekt besteht auch in den Subskalen *Internale Probleme* und *Dysregulationsprobleme*, jedoch nicht in der Subskala *Externale Probleme*. Darüber hinaus besteht ein schwacher Interaktionseffekt von Zeit und Belastungsgrad: die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* verändern sich zwischen den Eltern mit geringer und hoher Belastung unterschiedlich über die Messzeitpunkte ( $F[1,66] = 5.12, p = .027, d = 0.56$ ). In den Subskalen findet sich diese Wechselwirkung nicht.

Für die beiden Studiengruppen werden jeweils zur Auswertung des Zeiteffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA<sub>mm</sub>, zur Auswertung des Gruppeneffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sowie die Ergebnisse für den Effektstärkevergleich mit Hilfe der gepoolten Standardabweichung berichtet.

*Interventionsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zum zweiten Messzeitpunkt bei Eltern mit *hoher Belastung* hochsignifikant (T1:  $M = 1.83, SD = 0.31$ ; T2:  $M = 1.56, SD = 0.25$ ;  $F[1,20] = 17.20, p < .001, d = 1.85$ ) und bei Eltern mit *geringer Belastung* marginal (T1:  $M = 1.54, SD = 0.19$ ; T2:  $M = 1.44, SD = 0.26$ ;  $F[1,18] = 4.19, p = .056, d = 0.96$ ). Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung sowohl zum ersten Messzeitpunkt als auch zum zweiten Messzeitpunkt höher als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zu T1 größer ( $F[1,38] = 12.69, p = .001, d = 1.15$ ) als zu T2 ( $F[1,38] = 2.36, p = .133, d = 0.50$ ). Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung stärker ausfällt ( $d_{Cohen} = -0.96$ ; 95%-CI [-1.63, -0.29]) als die Reduzierung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = -0.44$ ; 95%-CI [-1.08, -0.20]).

*Vergleichsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* zu T2 sowohl bei Eltern mit *hoher Belastung* (T1:  $M = 1.63, SD = 0.22$ ; T2:  $M = 1.51, SD = 0.15$ ;  $F[1,7] = 2.75, p = .141, d = 1.25$ ) als auch bei Eltern mit *geringer Belastung* (T1:  $M = 1.38, SD = 0.12$ ; T2:  $M = 1.34, SD = 0.16$ ;  $F[1,21] = 1.19, p = .288, d = 0.47$ ) jeweils nicht signifikant. Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *BITSEA-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser Unterschied ist zu T1 signifikant groß ( $F[1,28] = 17.37, p < .001, d = 1.58$ ) und zu T2 nicht signifikant und kleiner ( $F[1,28] = 6.48, p = .017, d = 0.96$ ).

Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung stärker ausfällt ( $d_{Cohen} = -0.64$ ; 95%-CI [-2.06, -0.78]) als die Reduzierung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = -0.28$ ; 95%-CI [-1.14, -0.58]).

Das Profildiagramm in Abbildung 49 veranschaulicht die Veränderungen der sozial-emotionalen Probleme zu den Messzeitpunkten zwischen den Eltern mit unterschiedlich hoher Belastung getrennt nach den beiden Studiengruppen. Die sozial-emotionalen Probleme der Kinder reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe bei Eltern mit hoher psychosozialer Belastung stärker als bei Eltern mit geringem Belastungsgrad.

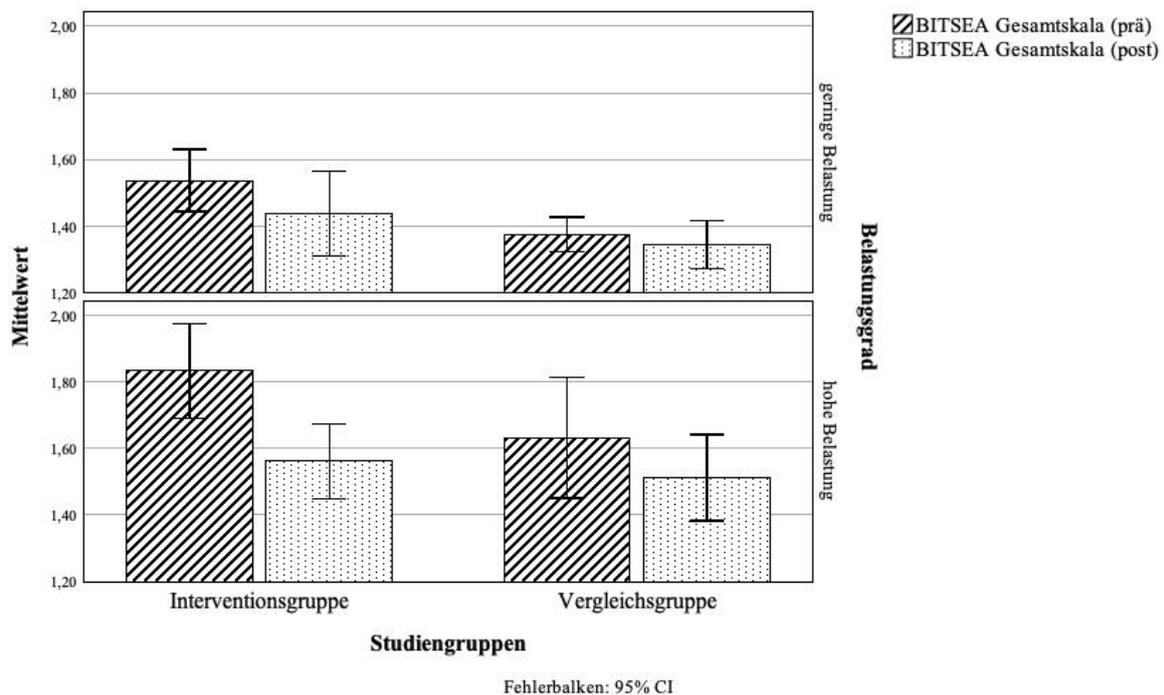


Abbildung 49. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur Gesamtskala des BITSEA getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Die *Hypothese 4b* kann so nicht bestätigt werden, da sich die sozial-emotionalen Probleme von Kindern hochbelasteter Eltern zum zweiten Messzeitpunkt stärker reduzieren als die sozial-emotionalen Probleme der Kinder von Eltern mit geringer Belastung. Es besteht zusätzlich eine Wechselwirkung zwischen dem Belastungsgrad und den Messzeitpunkten, so dass sich die Regulationsprobleme abhängig vom Belastungsgrad reduzieren.

Tabelle 36 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur differentiellen Wirksamkeit bezogen auf die soziale-emotionalen Probleme zusammen.

Tabelle 36

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des BITSEA

Skalen des BITSEA	Studien- gruppen	geringe Belastung				hohe Belastung				Gruppeneffekt Belastungsgrad		Interaktionseffekt Zeit x Belastungsgrad																																																																															
		prä		post		prä		post		$F_{\text{Gruppe}} (1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}} (1,66)$	$d$																																																																														
		$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$																																																																																		
<i>Gesamtskala</i>	IG	1.54	0.19	1.44	0.26	1.83	0.31	1.56	0.25	18.15***	1.05	5.12*	0.56																																																																														
	VG	1.38	0.12	1.34	0.16	1.63	0.22	1.51	0.15					<b>Subskalen</b>														<i>Skala 1: Externale Probleme</i>	IG	1.32	0.28	1.36	0.31	1.58	0.49	1.42	0.43	3.08	0.43	2.62	0.40	VG	1.37	0.30	1.34	0.26	1.53	0.24	1.41	0.26	<i>Skala 2: Internale Probleme</i>	IG	1.24	0.25	1.20	0.22	1.74	0.47	1.40	0.30	28.47***	1.31	2.97	0.42	VG	1.29	0.16	1.24	0.19	1.55	0.22	1.49	0.29	<i>Skala 3: Dysregulationsprobleme</i>	IG	1.81	0.30	1.61	0.34	2.02	0.31	1.73	0.31	10.02**	0.78	2.88	0.42	VG	1.42	0.18	1.41
<b>Subskalen</b>																																																																																											
<i>Skala 1: Externale Probleme</i>	IG	1.32	0.28	1.36	0.31	1.58	0.49	1.42	0.43	3.08	0.43	2.62	0.40																																																																														
	VG	1.37	0.30	1.34	0.26	1.53	0.24	1.41	0.26					<i>Skala 2: Internale Probleme</i>	IG	1.24	0.25	1.20	0.22	1.74	0.47	1.40	0.30	28.47***	1.31	2.97	0.42	VG	1.29	0.16	1.24	0.19	1.55	0.22	1.49	0.29	<i>Skala 3: Dysregulationsprobleme</i>	IG	1.81	0.30	1.61	0.34	2.02	0.31	1.73	0.31	10.02**	0.78	2.88	0.42	VG	1.42	0.18	1.41	0.20	1.73	0.25	1.58	0.24																																
<i>Skala 2: Internale Probleme</i>	IG	1.24	0.25	1.20	0.22	1.74	0.47	1.40	0.30	28.47***	1.31	2.97	0.42																																																																														
	VG	1.29	0.16	1.24	0.19	1.55	0.22	1.49	0.29					<i>Skala 3: Dysregulationsprobleme</i>	IG	1.81	0.30	1.61	0.34	2.02	0.31	1.73	0.31	10.02**	0.78	2.88	0.42	VG	1.42	0.18	1.41	0.20	1.73	0.25	1.58	0.24																																																							
<i>Skala 3: Dysregulationsprobleme</i>	IG	1.81	0.30	1.61	0.34	2.02	0.31	1.73	0.31	10.02**	0.78	2.88	0.42																																																																														
	VG	1.42	0.18	1.41	0.20	1.73	0.25	1.58	0.24																																																																																		

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe: geringe Belastung ( $n=19$ ), hohe Belastung ( $n=20$ ); VG = Vergleichsgruppe: geringe Belastung ( $n=21$ ), hohe Belastung ( $n=8$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

### 6.5.3 Auswertung zum Endpunkt elterliches Belastungsempfinden (EBI)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> für den Endpunkt elterliches Belastungsempfinden berichtet. In der Gesamtskala und den Subskalen des EBI liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gemäß Levene-Test für alle Variablen erfüllt ( $p > .05$ ).

Die zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> ergab einen signifikanten Zeiteffekt: unabhängig von der Studiengruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zwischen den Messzeitpunkten signifikant ( $F[1,66] = 5.12, p = .027, d = 0.56$ ). Es kommt zur Reduzierung der Mittelwert über die Zeit. Dieser Effekt besteht auch in den Subskalen *Gesundheit* ( $F[1,66] = 9.21, p = .003, d = 0.75$ ), *Persönliche Einschränkung* ( $F[1,66] = 3.94, p = .051, d = 0.49$ ) und *Bindung* ( $F[1,66] = 4.18, p = .045, d = 0.51$ ). Es ergab sich kein signifikanter Gruppeneffekt: unabhängig vom Messzeitpunkt unterscheiden sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zwischen den Studiengruppen nicht signifikant ( $F[1,66] = 3.02, p = .087, d = 0.43$ ). Schwach signifikante Effekte bestehen in den Subskalen *Gesundheit* ( $F[1,66] = 4.17, p = .045, d = 0.50$ ) und *Persönliche Einschränkung* ( $F[1,66] = 5.38, p = .023, d = 0.57$ ). Darüber hinaus besteht kein signifikanter Interaktionseffekt: bezogen auf die *Gesamtskala* des EBI besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Studiengruppen und den Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 0.42, p = .520, d = 0.16$ ). Somit werden nur die Haupteffekte interpretiert. Eine schwach signifikante Interaktion besteht in den Subskalen *Soziale Isolation* ( $F[1,66] = 4.84, p = .031, d = 0.54$ ) und *Elterliche Kompetenz* ( $F[1,66] = 4.41, p = .040, d = 0.52$ ).

Bezogen auf den **Zeiteffekt** zeigen die für die Studiengruppen getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> folgende Ergebnisse: In der Interventionsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zu T1 ( $M = 2.79, SD = 0.73$ ) und zu T2 ( $M = 2.59, SD = 0.73$ ) signifikant ( $F[1,39] = 5.60, p = .023, d = 0.76$ ). Es kommt zu einer Reduzierung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei  $\Delta M = 0.20$  (95%-CI [0.03, 0.38]). Die größten Unterschiede bestehen bezogen auf die Subskalen *Gesundheit* ( $F[1,39] = 9.38, p = .004, d = 0.98$ ), *Persönliche Einschränkung* ( $F[1,39] = 7.78, p = .008, d = 0.89$ ), *Elterliche Kompetenz* ( $F[1,39] = 8.33, p = .006, d = 0.92$ ) und *Bindung* ( $F[1,39] = 4.86, p = .033, d = 0.71$ ). Die Effektstärken können als mittel bis hoch interpretiert werden. In der Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zu T1 ( $M = 2.71, SD = 0.60$ ) und zu T2 ( $M = 2.63, SD = 0.73$ ) nicht signifikant mit einer kleinen Effektstärke ( $F[1,39] = 0.84, p = .368, d = 0.34$ ). Es kommt zu weniger starken Reduzierung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei  $\Delta M = 0.09$  (95%-CI [-0.11, 0.28]). Lediglich in der Subskala *Soziale Isolation* unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen den Messzeitpunkten signifikant ( $F[1,39] = 5.13, p = .031, d = 0.84$ ).

Bezogen auf den **Gruppeneffekt** zeigen die für die Messzeitpunkte getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA folgende Ergebnisse: die Mittelwerte in der Interventionsgruppe sind sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Vergleichsgruppe. Dieser nicht signifikante Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen ist zu T1 geringfügig größer ( $F[1,68] = 0.243, p = .624, d = 0.13$ ) als zu T2 ( $F[1,68] = 0.045, p = .833, d = 0.01$ ).

Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** ist sowohl innerhalb der Interventionsgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = -0.37$  (95%-CI [-0.93,-0.05],  $r = .72, p < .001$ ) als auch innerhalb der Kontrollgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = -0.18$  (95%-CI [-0.72, 0.30],  $r = .72, p < .001$ ) als klein zu interpretieren. Der **Reliable Change Index** weist sowohl in der Interventionsgruppe ( $RCI = 0.83$ ) als auch in der Vergleichsgruppe ( $RCI = 0.34$ ) nicht auf eine reliable Veränderung hin. Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe anhand der gepoolten Standardabweichung der Prä-Messung lässt sich mit  $d_{ppc} = -0.18$  als gering zugunsten der Interventionsgruppe interpretieren. Die Effektstärkendifferenzen sind in Bezug auf die Subskalen *Elterliche Kompetenz* ( $d_{ppc} = -0.42$ ) und *Bindung* ( $d_{ppc} = -0.37$ ) als mittel stark zu interpretieren. Bezogen auf die Subskala *Soziale Isolation* ( $d_{ppc} = 0.40$ ) fällt die mittelstarke Effektstärkendifferenz zugunsten der Vergleichsgruppe aus. Der Profilplot in Abbildung 50 veranschaulicht die unterschiedlichen Reduzierungen des Belastungsempfindens in der Interventions- und in der Vergleichsgruppe.

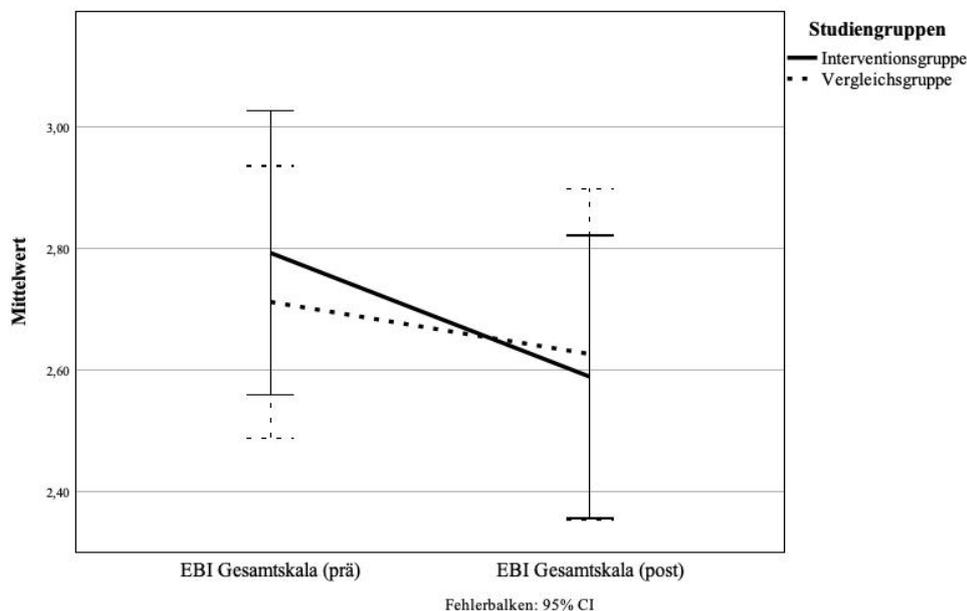


Abbildung 50. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> zur Gesamtskala des EBI getrennt nach Studiengruppen

Tabelle 37 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> bezogen auf die generelle Wirksamkeit zusammen.

Tabelle 37

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des EBI

Skalen des EBI	Studien- gruppen	Zeiteffekt				Gruppeneffekt (Studiengruppe)		Interaktionseffekt (Zeit x Studiengruppe)			
		prä		post		$F_{\text{Zeit}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$	$d$
		$M$	$SD$	$M$	$SD$						
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.79	0.73	2.59	0.73	5.12*	0.56	3.02	0.43	0.42	0.16
	VG	2.71	0.60	2.63	0.73						
<b>Subskalen</b>											
<i>Skala 1: Gesundheit</i>	IG	3.06	1.00	2.65	1.16	9.21**	0.75	4.17*	0.50	0.52	0.18
	VG	3.26	0.90	2.99	0.95						
<i>Skala 2: Persönliche Einschränkung</i>	IG	2.97	1.18	2.64	1.10	3.94	0.49	5.38*	0.57	0.96	0.24
	VG	2.99	0.92	2.95	1.10						
<i>Skala 3: Soziale Isolation</i>	IG	2.45	0.94	2.51	1.11	2.35	0.38	0.50	0.18	4.84*	0.54
	VG	2.57	0.92	2.25	0.90						
<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	2.59	1.04	2.27	0.84	1.75	0.33	1.56	0.31	4.41*	0.52
	VG	2.26	0.91	2.36	0.95						
<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	2.27	0.85	1.98	0.69	4.18*	0.51	1.76	0.33	1.58	0.31
	VG	1.81	0.57	1.80	0.60						
<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	3.13	1.10	3.09	1.10	0.18	0.11	1.58	0.31	0.03	0.01
	VG	3.24	0.81	3.08	1.02						
<i>Skala 7: Depression</i>	IG	3.08	0.95	3.00	1.02	0.01	0.01	0.87	0.23	0.59	0.19
	VG	2.86	0.85	2.95	1.02						

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe (n=40), VG = Vergleichsgruppe (n=30); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

Die *Hypothese 3c* kann aufgrund des nicht signifikanten Gruppeneffekts nur bedingt bestätigt werden. Das Belastungsempfinden der Eltern (Mittelwerte des EBI) hat sich insgesamt zum zweiten Messzeitpunkt mit einer mittleren Effektstärke verringert. Das Belastungsempfinden war in der Interventionsgruppe zum ersten Messzeitpunkt stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt hat sich das Belastungsempfinden in der Interventionsgruppe einerseits geringfügig stärker reduziert als in der Vergleichsgruppe. Andererseits erfolgte die Reduzierung in der Interventionsgruppe unterhalb des Niveaus der Vergleichsgruppe

Bezogen auf die **differentielle Wirksamkeit** ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> einen signifikanten Effekt über den Belastungsgrad: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte des elterlichen Belastungsempfindens zwischen Eltern mit geringer und hoher psychosozialer Belastung sowohl bezogen auf die *Gesamtskala des EBI* ( $F[1,66] = 40.09, p < .001, d = 1.56$ ) als auch auf alle Subskalen. Darüber hinaus besteht ein schwacher Interaktionseffekt von Zeit und Belastungsgrad: die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* verändern sich zwischen den Eltern mit geringer und hoher Belastung unterschiedlich über die Messzeitpunkte, d.h. abhängig von den Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 4.39, p = .040, d = 0.51$ ). Dieser Effekt besteht auch in den Subskalen *Persönliche Einschränkung, Elterliche Kompetenz* und *Bindung*.

Für die beiden Studiengruppen werden jeweils zur Auswertung des Zeiteffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub>, zur Auswertung des Gruppeneffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sowie die Ergebnisse für den Effektstärkevergleich mit Hilfe der gepoolten Standardabweichung berichtet.

*Interventionsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zu T2 bei Eltern mit *hoher Belastung* signifikant (T1:  $M = 3.23, SD = 0.56$ ; T2:  $M = 2.82, SD = 0.75$ ;  $F[1,20] = 11.52, p = .003, d = 1.52$ ). Bei Eltern mit *geringer Belastung* kommt es zu einer nicht signifikanten Erhöhung der Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zu T2 (T1:  $M = 2.31, SD = 0.60$ ; T2  $M = 2.35, SD = 0.63$ ;  $F[1,18] = 0.18, p = .673, d = 0.20$ ). Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zu T1 größer ( $F[1,38] = 25.80, p < .001, d = 1.65$ ) als zu T2 ( $F[1,38] = 4.26, p = .046, d = 0.67$ ). Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung stärker ausfällt ( $d_{Cohen} = -0.62$ ; 95%-CI [-1.52, -0.28]) als die Reduzierung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = 0.07$ ; 95%-CI [-0.84, 0.97]).

*Vergleichsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* zu T2 bei Eltern mit *hoher Belastung* (T1:  $M = 3.50, SD = 0.32$ ; T2:  $M = 3.35,$

$SD = 0.23$ ;  $F[1,7] = 1.50$ ,  $p = .260$ ,  $d = 0.93$ ) und bei Eltern mit *geringer Belastung* (T1:  $M = 2.43$ ,  $SD = 0.38$ ; T2:  $M = 2.36$ ,  $SD = 0.67$ ;  $F[1,21] = 0.26$ ,  $p = .614$ ,  $d = 0.22$ ) jeweils nicht signifikant.

Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *EBI-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung sowohl zu T1 als auch zu T2 höher als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zu T1 größer ( $F[1,28] = 51.72$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2.72$ ) als zu T2 ( $F[1,28] = 16.34$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.53$ ).

Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Reduzierung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung stärker ausfällt ( $d_{Cohen} = -0.54$ ; 95%-CI [-1.95, 0.87]) als die Reduzierung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = -0.13$ ; 95%-CI [-0.99, 0.73]).

Das Profildiagramm in Abbildung 51 veranschaulicht die unterschiedlichen Veränderungen des elterlichen Belastungsempfindens zu den Messzeitpunkten zwischen den Eltern mit unterschiedlich hoher Belastung getrennt nach den beiden Studiengruppen.

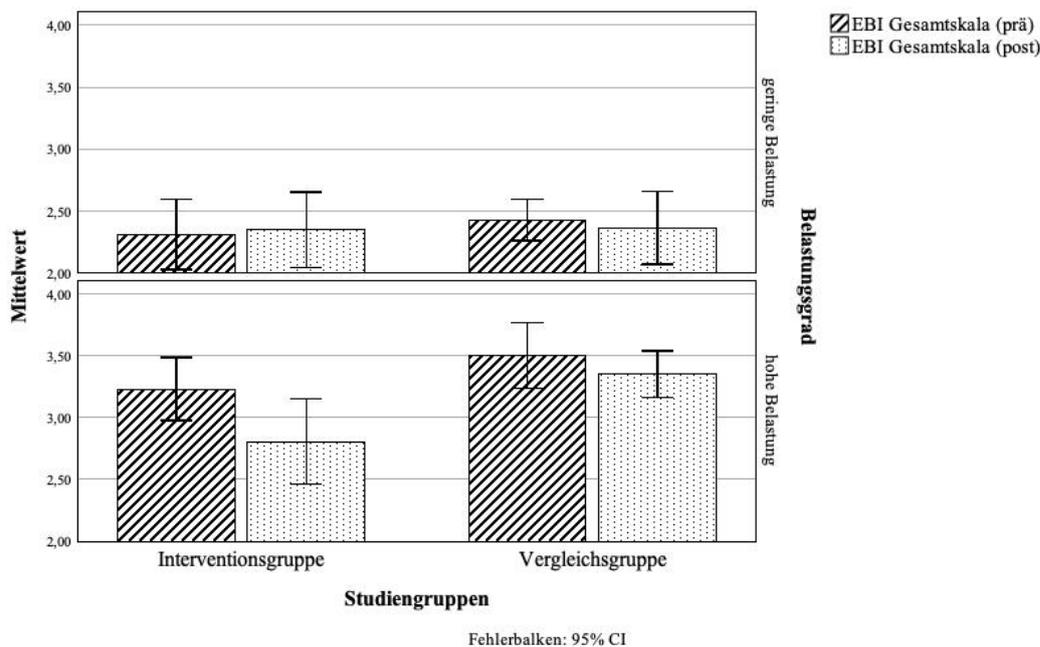


Abbildung 51. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> zur Gesamtskala des EBI getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Die *Hypothese 4c* kann so nicht bestätigt werden, da sich sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe das Belastungsempfinden hochbelasteter Eltern zum zweiten Messzeitpunkt stärker reduziert als das Belastungsempfinden von Eltern mit geringer Belastung. Bei Eltern der Interventionsgruppe mit hohem Belastungsgrad ist diese Reduzierung am stärksten. Bei Eltern dieser Gruppe kommt es zu einem geringen Anstieg des Belastungsempfindens. Tabelle 38 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> bezogen auf die differentielle Wirksamkeit zusammen.

Tabelle 38

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des EBI

Skalen des EBI	Studien- gruppen	geringe Belastung				hohe Belastung				Gruppeneffekt (Belastungsgrad)		Interaktionseffekt (Zeit x Belastungsgrad)																																																																																																																																																																											
		prä		post		prä		post		$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$	$d$																																																																																																																																																																										
		$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$																																																																																																																																																																														
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.31	0.60	2.35	0.63	3.23	0.56	2.82	0.75	40.09***	1.56	4.39*	0.51																																																																																																																																																																										
	VG	2.43	0.38	2.36	0.67	3.50	0.32	3.35	0.23					<b>Subskalen</b>														<i>Skala 1: Gesundheit</i>	IG	2.94	1.12	2.62	0.98	3.17	0.89	2.67	1.32	4.63*	0.53	0.07	0.06	VG	3.03	0.87	2.75	0.94	3.88	0.72	3.66	0.63	<i>Skala 2: Persönliche Einschränkung</i>	IG	2.31	0.99	2.36	1.02	3.57	1.02	2.89	1.14	26.66***	1.27	5.57*	0.58	VG	2.58	0.65	2.61	1.06	4.13	0.50	3.88	0.58	<i>Skala 3: Soziale Isolation</i>	IG	2.08	0.94	2.33	1.05	2.79	0.82	2.68	1.17	11.08***	0.82	2.87	0.42	VG	2.27	0.72	2.06	0.87	3.38	0.98	2.78	0.83	<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	1.84	0.51	1.88	0.68	3.26	0.93	2.62	0.82	48.23***	1.71	5.44*	0.57	VG	1.89	0.55	2.02	0.74	3.28	0.95	3.28	0.88	<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44	<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63
<b>Subskalen</b>																																																																																																																																																																																							
<i>Skala 1: Gesundheit</i>	IG	2.94	1.12	2.62	0.98	3.17	0.89	2.67	1.32	4.63*	0.53	0.07	0.06																																																																																																																																																																										
	VG	3.03	0.87	2.75	0.94	3.88	0.72	3.66	0.63					<i>Skala 2: Persönliche Einschränkung</i>	IG	2.31	0.99	2.36	1.02	3.57	1.02	2.89	1.14	26.66***	1.27	5.57*	0.58	VG	2.58	0.65	2.61	1.06	4.13	0.50	3.88	0.58	<i>Skala 3: Soziale Isolation</i>	IG	2.08	0.94	2.33	1.05	2.79	0.82	2.68	1.17	11.08***	0.82	2.87	0.42	VG	2.27	0.72	2.06	0.87	3.38	0.98	2.78	0.83	<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	1.84	0.51	1.88	0.68	3.26	0.93	2.62	0.82	48.23***	1.71	5.44*	0.57	VG	1.89	0.55	2.02	0.74	3.28	0.95	3.28	0.88	<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44	<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																
<i>Skala 2: Persönliche Einschränkung</i>	IG	2.31	0.99	2.36	1.02	3.57	1.02	2.89	1.14	26.66***	1.27	5.57*	0.58																																																																																																																																																																										
	VG	2.58	0.65	2.61	1.06	4.13	0.50	3.88	0.58					<i>Skala 3: Soziale Isolation</i>	IG	2.08	0.94	2.33	1.05	2.79	0.82	2.68	1.17	11.08***	0.82	2.87	0.42	VG	2.27	0.72	2.06	0.87	3.38	0.98	2.78	0.83	<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	1.84	0.51	1.88	0.68	3.26	0.93	2.62	0.82	48.23***	1.71	5.44*	0.57	VG	1.89	0.55	2.02	0.74	3.28	0.95	3.28	0.88	<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44	<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																							
<i>Skala 3: Soziale Isolation</i>	IG	2.08	0.94	2.33	1.05	2.79	0.82	2.68	1.17	11.08***	0.82	2.87	0.42																																																																																																																																																																										
	VG	2.27	0.72	2.06	0.87	3.38	0.98	2.78	0.83					<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	1.84	0.51	1.88	0.68	3.26	0.93	2.62	0.82	48.23***	1.71	5.44*	0.57	VG	1.89	0.55	2.02	0.74	3.28	0.95	3.28	0.88	<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44	<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																																														
<i>Skala 4: Elterliche Kompetenz</i>	IG	1.84	0.51	1.88	0.68	3.26	0.93	2.62	0.82	48.23***	1.71	5.44*	0.57																																																																																																																																																																										
	VG	1.89	0.55	2.02	0.74	3.28	0.95	3.28	0.88					<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44	<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																																																																					
<i>Skala 5: Bindung</i>	IG	1.69	0.50	1.80	0.66	2.80	0.75	2.14	0.70	20.79***	1.12	9.38**	0.75																																																																																																																																																																										
	VG	1.64	0.52	1.69	0.62	2.28	0.41	2.09	0.44					<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61	<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																																																																																												
<i>Skala 6: Partner- beziehung</i>	IG	2.78	1.19	2.90	1.12	3.44	0.94	3.26	1.08	10.14**	0.78	0.04	0.01																																																																																																																																																																										
	VG	3.05	0.80	2.78	0.97	3.78	0.56	3.91	0.61					<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																																																																																																																			
<i>Skala 7: Depression</i>	IG	2.53	0.88	2.58	1.02	3.58	0.71	3.38	0.87	32.66***	1.41	0.50	0.17																																																																																																																																																																										
	VG	2.52	0.66	2.63	0.95	3.78	0.59	3.84	0.63																																																																																																																																																																														

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe: geringe Belastung ( $n=19$ ), hohe Belastung ( $n=20$ ); VG = Vergleichsgruppe: geringe Belastung ( $n=21$ ), hohe Belastung ( $n=8$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

### *Explorative Auswertung zum Anteil des elterlichen Belastungsempfindens*

Im Vorfeld der Datenauswertung wurden mit Hilfe der Normwerte aus der Studie von Tröster (2011) die Summenwerte der Gesamtskala des EBI in T-Werte übertragen. Dabei entsprechen T-Werte  $< 60$  dem Normbereich; T-Werte  $\geq 60$  stellen Indikatoren für eine starke Belastung und T-Werte  $\geq 70$  Indikatoren für eine sehr starke Belastung dar. Tabelle 39 fasst die Häufigkeitsverteilung auf die T-Wert-Bereiche des elterlichen Belastungsempfindens getrennt nach Studiengruppen zu den beiden Messzeitpunkten zusammen. Dabei wird der zu beiden Messzeitpunkten vollständige Datensatz, d.h. ohne Drop-out, zugrunde gelegt.

Tabelle 39

#### *Häufigkeiten der T-Wert-Bereiche des elterlichen Belastungsempfindens*

Stichproben	psychosozialer Belastungsgrad	T-Wert-Bereiche der EBI-Gesamtskala											
		Normbereich				starke Belastung				sehr starke Belastung			
		prä		post		prä		post		prä		post	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Interventions- gruppe <i>n</i> = 40*	geringe Belastung <i>n</i> = 19	15	37.5	17	42.5	4	10.0	1	2.5	0	0.0	1	2.5
	hohe Belastung <i>n</i> = 21	3	7.5	10	25.0	12	30.0	6	15.0	6	15.0	5	12.5
	Gesamt	18	45.0	27	67.5	16	40.0	7	17.5	6	15.0	6	15.0
Vergleichs- gruppe <i>n</i> = 30*	geringe Belastung <i>n</i> = 22	19	63.3	17	56.7	3	10.0	3	10.0	0	0.0	2	6.7
	hohe Belastung <i>n</i> = 8	0	0.0	0	0.0	5	16.7	8	26.7	3	10.0	0	0.0
	Gesamt	19	63.3	17	56.7	8	26.7	11	36.7	3	10.0	2	6.7
Gesamt- stichprobe <i>n</i> = 70*	geringe Belastung <i>n</i> = 41	34	48.6	34	48.6	7	10.0	4	5.5	0	0.0	3	4.3
	hohe Belastung <i>n</i> = 29	3	4.3	10	14.3	17	24.3	14	20.0	9	12.9	5	7.1
	Gesamt	37	52.9	44	62.9	24	34.3	18	25.7	9	12.9	8	11.4

*Anmerkungen.* \*vollständiger Datensatz zu prä und post ohne Dropout; Normbereich: T-Wert  $\leq 60$ , starke Belastung: T-Wert  $60 \leq 70$ , sehr starke Belastung: T-Wert  $> 70$

**Zu T1** empfinden mehr als die Hälfte ( $n = 22$ , 55.0 %) der Eltern, die eine Beratung aufsuchen, eine starke bzw. eine sehr starke Belastung aufgrund des Verhaltens ihres Kindes. In der Vergleichsgruppe ist dieser Anteil etwas geringer ( $n = 11$ , 36.7 %). Bezogen auf die Häufigkeiten zwischen den beiden Studiengruppen zeigt sich kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2[2] = 2.31$ ,  $p = .315$ ,  $d = 0.37$ ). **Zu T2** hat sich in der Interventionsgruppe der Anteil der Eltern, deren empfundene Belastung im Normbereich liegt, auf 67.5 % erhöht. Aufgrund des Verhaltens ihrer Kinder empfinden weniger Eltern ( $n = 13$ , 32.5 %) eine starke bzw. sehr starke Belastung. Die Häufigkeiten der Anteile des elterlichen Belastungsempfindens unterscheiden sich zwischen den beiden Studiengruppen ebenfalls nicht signifikant ( $\chi^2[2] = 3.81$ ,  $p = .149$ ,  $d = 0.48$ )

Der **Vergleich beider Messzeitpunkte** zeigt für die Interventionsgruppe, dass sich die Häufigkeiten der T-Werte-Bereiche des elterlichen Belastungsempfindens zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant unterscheiden ( $\chi^2[4] = 19.75, p < .001, d = 1.97$ ). In der Vergleichsgruppe besteht dieser Unterschied ebenfalls; er ist geringfügig schwächer ausgeprägt ( $\chi^2[4] = 12.44, p = .014, d = 1.68$ ).

Bezogen auf die Interventionsgruppe visualisiert das Sankey-Diagramm in Abbildung 52 die Veränderungen der Häufigkeiten zwischen den beiden Messzeitpunkten getrennt nach dem Grad der psychosozialen Belastung.

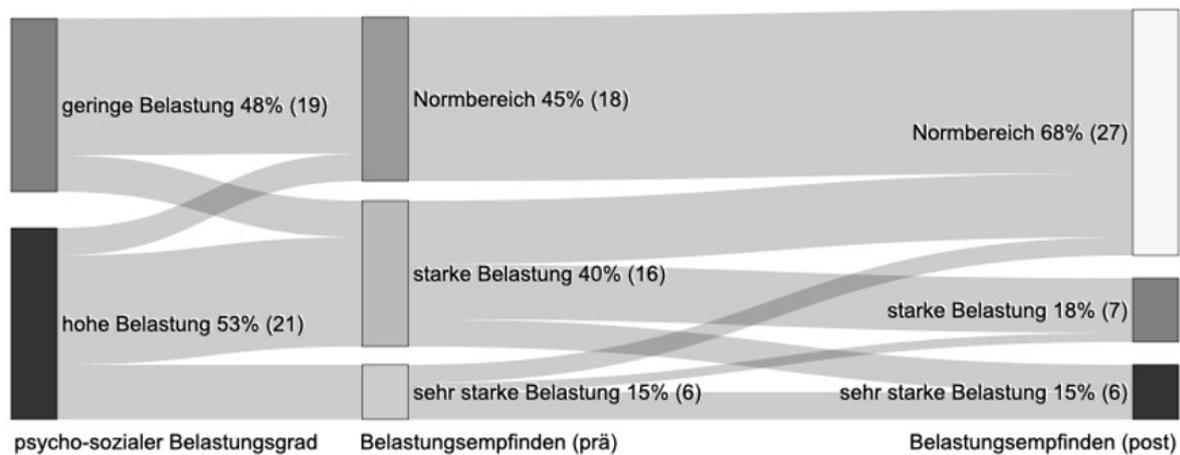


Abbildung 52. Sankey-Diagramm über die Veränderung des elterlichen Belastungsempfindens  
Quelle: Eigene Darstellung

Das Sankey-Diagramm veranschaulicht einerseits die signifikant unterschiedliche Verteilung der beiden Gruppen psychosozialer Belastung auf die Bereiche des elterlichen Belastungsempfindens ( $\chi^2[2] = 17.94, p < .001, d = 1.15$ ). Von den  $n = 21$  Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung empfinden  $n = 6$  eine sehr starke Belastung und  $n = 12$  eine starke Belastung durch das Verhalten ihrer Kinder. Bei  $n = 6$  liegt das Belastungsempfinden im Normbereich. Von den  $n = 19$  gering belasteten Eltern zeigen  $n = 4$  ein starkes Belastungsempfinden. Andererseits zeigt sich bei dieser Darstellung, dass von den  $n = 6$  Eltern, die vor der Beratung eine sehr starke Belastung empfanden zum Zeitpunkt nach der Beratung nur bei  $n = 3$  diese sehr starke Belastung bestehen blieb und sich bei  $n = 3$  das sehr starke Belastungsempfinden reduziert hat. Deutlicher wird die Veränderung bei den Eltern mit stark ausgeprägtem Belastungsempfinden: bei  $n = 7$  kommt es zur Reduzierung in den Normbereich, bei  $n = 6$  bleibt es bestehen, bei  $n = 3$  erhöht es sich.

Zur genaueren Analyse der Veränderungen der Verteilung des Belastungsempfindens wurden die Differenzen der T-Werte der EBI-Gesamtskala zwischen den beiden Messzeitpunkten entsprechenden Trends zugeordnet. Als relevante Veränderungen wurden T-Wert-Differenzen von mehr als einer Standardabweichung (1 *SD* = 10 T-Wert-Punkte) betrachtet. Tabelle 40 zeigt den Trend der T-Wertveränderungen getrennt nach Studiengruppen.

Tabelle 40

*Trend der T-Wert-Änderung der EBI-Gesamtskala*

Trend der T-Wert- Veränderung	Studiengruppen					
	Interventionsgruppe <i>n</i> = 40		Vergleichsgruppe <i>n</i> = 30		Gesamtstichprobe <i>N</i> = 70	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>starke Erhöhung</i>	1	2.5	2	6.7	3	4.3
<i>schwache Erhöhung</i>	10	25.0	10	33.3	20	28.6
<i>keine Veränderung</i>	5	12.5	3	10.0	8	11.4
<i>schwache Reduktion</i>	17	42.5	12	40.0	29	41.4
<i>starke Reduktion</i>	7	17.5	3	10.0	10	14.3

*Anmerkungen.* Differenz der T-Werte der EBI-Gesamtskala ( $\Delta T$ ) starke Erhöhung  $\Delta T > -10$ , schwache Erhöhung  $\Delta T < -10$ , keine Veränderung  $\Delta T 0$ , schwache Reduktion  $\Delta T < +10$ , starke Reduktion  $\Delta T > +10$

Tabelle 41 stellt den Trend der T-Wert-Veränderung bezogen auf die Interventionsgruppe getrennt nach dem Grad der psychosozialen Belastung dar.

Tabelle 41

*Trend der T-Wert-Änderung der EBI-Gesamtskala nach Belastungsgrad*

Trend der T-Wert- Veränderung	Belastungsgrad				Interventionsgruppe (gesamt)	
	geringe Belastung <i>n</i> = 19		hohe Belastung <i>n</i> = 21		<i>n</i> = 40	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>starke Erhöhung</i>	1	5.3	0	0.0	1	2.5
<i>schwache Erhöhung</i>	7	36.8	3	14.3	10	25.0
<i>keine Veränderung</i>	2	10.5	3	14.3	5	12.5
<i>schwache Reduktion</i>	9	47.4	8	38.1	17	42.5
<i>starke Reduktion</i>	0	0.0	7	33.3	7	17.5

*Anmerkungen.* Differenz der T-Werte der EBI-Gesamtskala ( $\Delta T$ ) starke Erhöhung  $\Delta T > -10$ , schwache Erhöhung  $\Delta T < -10$ , keine Veränderung  $\Delta T 0$ , schwache Reduktion  $\Delta T < +10$ , starke Reduktion  $\Delta T > +10$

Es bestätigt sich der signifikante Unterschied zwischen den Gruppen unterschiedlicher Belastung bezogen auf die Häufigkeiten der T-Wert-Differenzen ( $\chi^2 [4] = 9.78, p = .044, d = 1.14$ ). In der Vergleichsgruppe besteht dieser Unterschied nicht ( $\chi^2 [4] = 4.77, p = .311, d = 0.87$ ).

#### 6.5.4 Auswertung zum Endpunkt familienbezogene Lebensqualität (FLQ)

Im Folgenden werden die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zum Endpunkt familienbezogene Lebensqualität berichtet. Es liegt Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk-Test:  $p > .05$ ); die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war für alle Variablen erfüllt ( $p > .05$ ).

Bezogen auf die **generelle Wirksamkeit** ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> keinen signifikanten Effekt über die Zeit: unabhängig von den Studiengruppen unterscheiden sich die Mittelwerte der *Gesamtskala* des FLQ zwischen den Messzeitpunkten nicht signifikant ( $F[1,66] = 2.44, p = .123, d = 0.39$ ). Die Mittelwerte reduzieren sich über den Zeitverlauf. Es besteht jedoch ein signifikanter Zeiteffekt bezogen auf die Subskala *Energie und Aktivität* ( $F[1,66] = 5.75, p = .019, d = 0.59$ ).

Weiterhin besteht kein signifikanter Effekt über die Studiengruppen: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte der *Gesamtskala des FLQ* zwischen den Studiengruppen nicht signifikant ( $F[1,66] = 0.65, p = .424, d = 0.20$ ). Die Mittelwerte sind in der Interventionsgruppe kleiner als in der Vergleichsgruppe. Dieses trifft auch in den Subskalen zu.

Darüber hinaus ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Studiengruppe: bezogen auf die *Gesamtskala* des FLQ besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen den Studiengruppen und den Messzeitpunkten ( $F[1,66] = 0.73, p = .397, d = 0.21$ ). Somit können ausschließlich die Haupteffekte interpretiert werden. Es besteht jedoch ein signifikanter Interaktionseffekt bezogen auf die Subskala *Entlastung* ( $F[1,66] = 7.99, p = .006, d = 0.70$ ).

Bezogen auf den **Zeiteffekt** zeigen die für die Studiengruppen getrennt durchgeführten einfaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> folgende Ergebnisse. In der Interventionsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der FLQ-Gesamtskala zu T1 ( $M = 2.87, SD = 0.68$ ) und zu T2 ( $M = 3.16, SD = 0.83$ ) signifikant ( $F[1,39] = 7.48, p = .009, d = 0.88$ ). Es kommt zu einer Erhöhung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei  $\Delta M = -0.29$  (95%-CI [-0.50, -0.08]). Auf Subskalenebene ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede: bezogen auf die Subskala *Entlastung* ( $F[1,39] = 10.18, p = .003, d = 1.02$ ) und bezogen auf die Subskala *Energie* ( $F[1,39] = 9.80, p = .003, d = 1.06$ ). Die ausgewiesenen Effektstärken können als hoch interpretiert werden. In der Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte der *FLQ-Gesamtskala* zu T1 ( $M = 3.31, SD = 0.65$ ) und zu T2 ( $M = 3.41, SD = 1.13$ ) nicht signifikant mit einer kleinen Effektstärke ( $F[1,39] = 0.26, p = .611, d = 0.19$ ). Es kommt zu einer weniger starken Erhöhung der Mittelwerte. Die Mittelwertdifferenz liegt bei  $\Delta M = -0.10$  (95%-CI [-0.31, 0.11]). Dieses Ergebnis findet sich auch in den Subskalen.

Bezogen auf den **Gruppeneffekt** zeigt die einfaktorielle ANOVA lediglich zu T1 mit einer mittleren Effektstärke einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte der FLQ-Gesamtskala zwischen den beiden Studiengruppen ( $F[1,68] = 7.29, p = .009, d = 0.66$ ). Zu T2 ist dieser Unterschied mit einer kleinen Effektstärke nicht signifikant ( $F[1,68] = 1.14, p = .289, d = 0.26$ ).

Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** ist innerhalb der Interventionsgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = 0.49$  (95%-CI [0.05, 0.94],  $r = .62$ ,  $p < .001$ ) und innerhalb der Kontrollgruppe mit Cohen's  $d_{RM} = 0.13$  (95%-CI [-0.43, 0.58],  $r = .30$ ,  $p = .109$ ) als klein zu interpretieren. Der **Reliable Change Index** weist in der Interventionsgruppe ( $RCI = -1.09$ ) und in der Vergleichsgruppe ( $RCI = -0.42$ ) nicht auf eine reliable Veränderung hin. Die **Differenz der Effektstärken der Prä-Post-Messung** zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe anhand der gepoolten Standardabweichung der Prä-Messung lässt sich mit  $d_{ppc} = 0.28$  als gering zugunsten der Interventionsgruppe interpretieren. Die Effektstärkendifferenzen sind in Bezug auf die Subskalen *Entlastung* ( $d_{ppc} = 0.82$ ) als sehr stark und *Energie* ( $d_{ppc} = 0.46$ ) als mittel stark zu interpretieren. Bezogen auf die Subskala *Soziale Unterstützung* ( $d_{ppc} = -0.44$ ) fällt die mittelstarke Effektstärkedifferenz zugunsten der Vergleichsgruppe aus. Der Profilplot in Abbildung 53 veranschaulicht zum einen die geringeren Ausprägungen, zum anderen auch die stärkere Erhöhung der familienbezogenen Lebensqualität in der Interventionsgruppe.

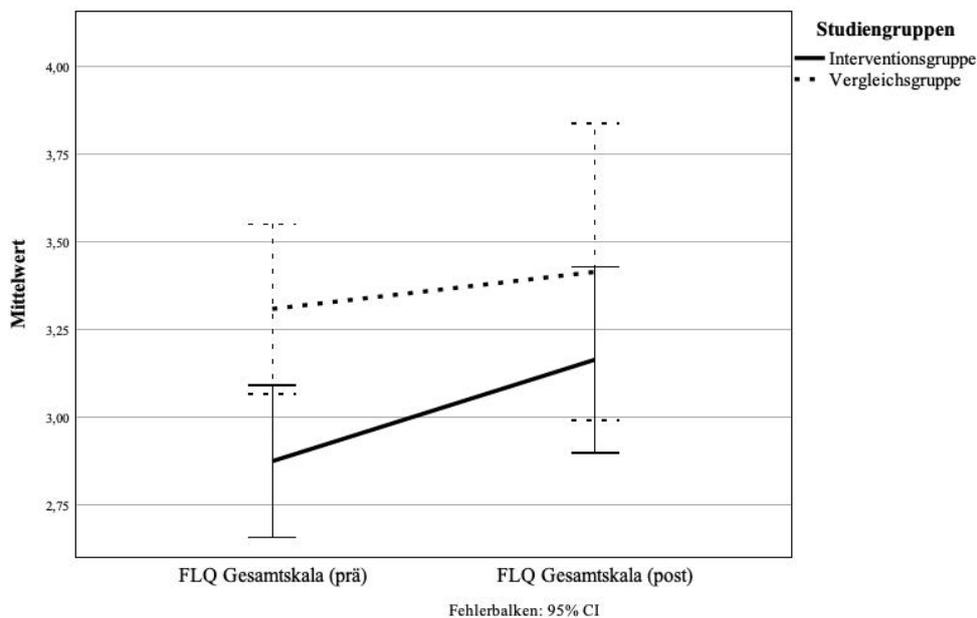


Abbildung 53. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> zur Gesamtskala des FLQ getrennt nach Studiengruppen

Die *Hypothese 3d* kann bestätigt werden, da sich die Lebensqualität der Familien in der Interventionsgruppe bezogen auf die Bereiche Entlastung und Selbstverwirklichung sowie Energie und Aktivität signifikant und stärker erhöht hat als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 42 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>rm</sub> bezogen auf die generelle Wirksamkeit zusammen.

Tabelle 42

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die generelle Wirksamkeit zu den Skalen des FLQ

Skalen des FLQ	Studien- gruppen	Zeiteffekt				Gruppeneffekt (Studiengruppe)				Interaktionseffekt (Zeit x Studiengruppe)	
		prä		post		$F_{\text{Zeit}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit x Gruppe}}(1,66)$	$d$
		$M$	$SD$	$M$	$SD$						
<i>Gesamtskala</i>	IG	2.87	0.68	3.16	0.83	2.44	0.39	0.65	0.20	0.73	0.21
	VG	3.31	0.65	3.41	1.13						
<b>Subskalen</b>											
<i>Skala 1: Entlastung und Selbstverwirklichung</i>	IG	2.26	0.71	2.63	0.94	1.70	0.32	0.50	0.18	7.99**	0.70
	VG	2.81	0.71	2.59	0.73						
<i>Skala 2: Soziale Unterstützung in der Familie</i>	IG	3.44	0.91	3.62	0.96	0.98	0.25	0.20	0.11	0.12	0.09
	VG	3.68	0.73	4.23	2.99						
<i>Skala 3: Energie und Aktivität</i>	IG	2.93	0.81	3.30	0.89	5.75*	0.59	0.46	0.17	4.38*	0.52
	VG	3.44	0.83	3.43	0.86						

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe ( $n=40$ ), VG = Vergleichsgruppe ( $n=30$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

Bezogen auf die *differentielle Wirksamkeit* ergab die zweifaktorielle ANOVA<sub>mn</sub> einen signifikanten Effekt über den Belastungsgrad: unabhängig von den Messzeitpunkten unterscheiden sich die Mittelwerte der familienbezogenen Lebensqualität zwischen Eltern mit geringer und hoher psychosozialer Belastung sowohl bezogen auf die *Gesamtskala des FLQ* ( $F[1,66] = 14.28$ ,  $p = < .001$ ,  $d = 0.93$ ) als auch auf alle Subskalen. Darüber hinaus ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt von Zeit und Belastungsgrad: bezogen auf die *Gesamtskala des FLQ* besteht keine Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem Belastungsgrad ( $F[1,66] = 0.16$ ,  $p = .691$ ,  $d = 0.09$ ). Bezogen auf die Subskala *Energie und Aktivität* besteht ein gering signifikanter Wechselwirkungseffekt.

Für die beiden Studiengruppen werden jeweils zur Auswertung des Zeiteffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA<sub>mn</sub>, zur Auswertung des Gruppeneffekts die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sowie die Ergebnisse für den Effektstärkevergleich mit Hilfe der gepoolten Standardabweichung berichtet.

*Interventionsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** erhöhen sich die Mittelwerte der *FLQ-Gesamtskala* zu T2 bei Eltern mit *hoher Belastung* signifikant (T1:  $M = 2.60$ ,  $SD = 0.67$ , T2:  $M = 3.03$ ,  $SD = 0.81$ ,  $F[1,20] = 6.261$ ,  $p = .021$ ,  $d = 1.12$ ) und bei Eltern mit *geringer Belastung* nicht signifikant (T1:  $M = 3.17$ ,  $SD = 0.57$ , T2:  $M = 3.31$ ,  $SD = 0.85$ ,  $F[1,18] = 1.47$ ,  $p = .242$ ,  $d = 0.57$ ). Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *FLQ-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung zu T1 und zu T2 geringer als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser jeweils nicht signifikante Unterschied ist zu T1 größer ( $F[1,38] = 8.38$ ,  $p = .006$ ,  $d = 0.94$ ) als zu T2 ( $F[1,38] = 1.20$ ,  $p = .281$ ,  $d = 0.36$ ). Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Erhöhung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung stärker ausfällt ( $d_{Cohen} = 0.68$ ; 95%-CI [-0.23, 1.58]) als die Erhöhung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = 0.19$ ; 95%-CI [-0.69, 1.07]).

*Vergleichsgruppe.* Bezogen auf den **Zeiteffekt** reduzieren sich die Mittelwerte der *FLQ-Gesamtskala* zu T2 bei Eltern mit *hoher Belastung* (T1:  $M = 2.73$ ,  $SD = 0.51$ ; T2:  $M = 2.76$ ,  $SD = 0.60$ ;  $F[1,7] = 0.05$ ,  $p = .837$ ,  $d = 0.16$ ) und bei Eltern mit *geringer Belastung* (T1:  $M = 3.52$ ,  $SD = 0.56$ ; T2:  $M = 3.65$ ,  $SD = 1.20$ ;  $F[1,21] = 0.23$ ,  $p = .639$ ,  $d = 0.21$ ) jeweils nicht signifikant. Bezogen auf den **Gruppeneffekt** sind die Mittelwerte der *FLQ-Gesamtskala* von Eltern mit hoher Belastung zu T1 und zu T2 geringer als die Mittelwerte der Eltern mit geringer Belastung. Dieser Unterschied ist zu T1 ( $F[1,28] = 12.15$ ,  $p = .002$ ,  $d = 1.32$ ) und zu T2 ( $F[1,28] = 4.00$ ,  $p = .06$ ,  $d = 0.76$ ) signifikant. Der **Effektstärkevergleich** zeigt, dass die Erhöhung der Mittelwerte bei Eltern mit hoher Belastung weniger stark ausfällt ( $d_{Cohen} = 0.05$ ; 95%-CI [-1.33, 1.44]) als die Erhöhung bei Eltern mit geringer Belastung ( $d_{Cohen} = 0.14$ ; 95%-CI [-1.25, 1.53]).

Das Profildiagramm in Abbildung 54 veranschaulicht die Veränderungen der familienbezogenen Lebensqualität zu den Messzeitpunkten zwischen den Eltern mit unterschiedlich hoher Belastung getrennt nach Studiengruppen.

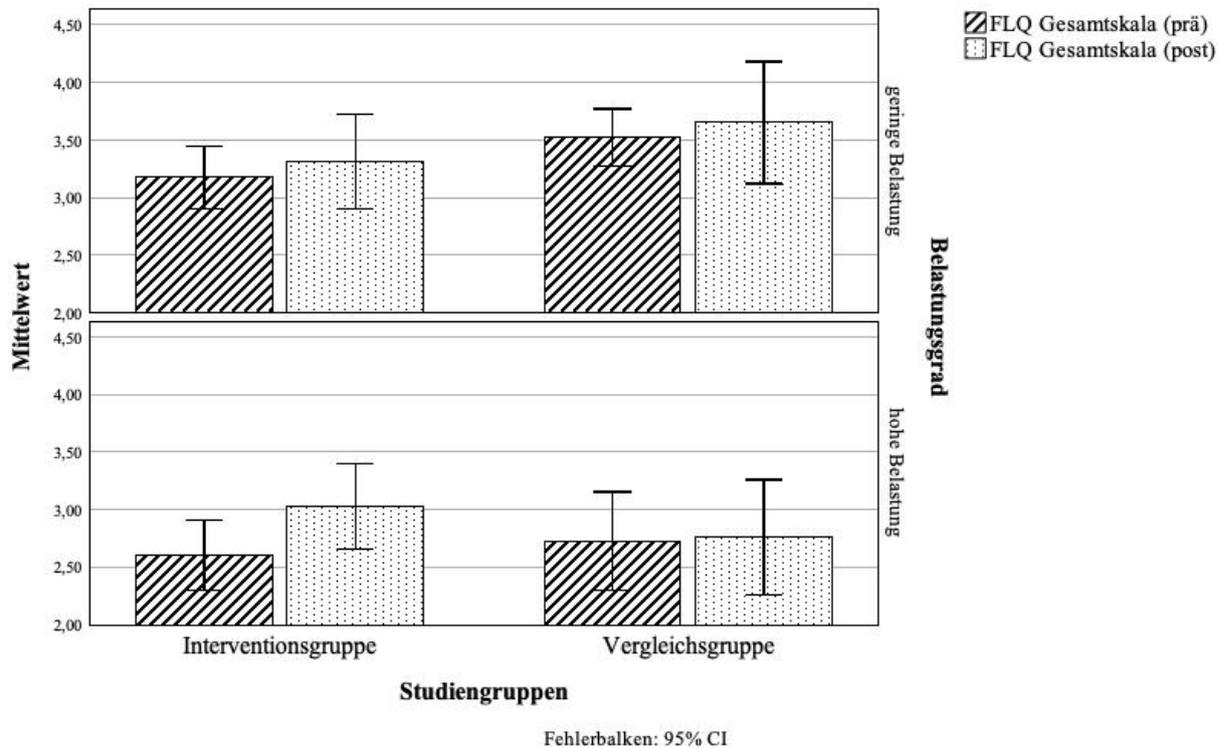


Abbildung 54. Profildiagramm der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> zur Gesamtskala des FLQ getrennt nach Belastungsgrad und Studiengruppen

Die *Hypothese 4d* kann so nicht bestätigt werden, da sich die Lebensqualität der Familien zum zweiten Messzeitpunkt abhängig vom Belastungsgrad der Eltern erhöht. Die Erhöhung ist bei Eltern mit hoher Belastung stärker als bei Eltern mit geringer Belastung.

Tabelle 43 fasst die deskriptive Statistik und die Effekte der zweifaktoriellen ANOVA<sub>m</sub> bezogen auf die differentielle Wirksamkeit zusammen.

Tabelle 43

Zweifaktorielle ANOVA<sub>rm</sub> über die differentielle Wirksamkeit zu den Skalen des FLQ

Skalen des FLQ	Studien- gruppen	geringe Belastung				hohe Belastung				Gruppeneffekt (Belastungsgrad)		Interaktionseffekt (Zeit x Belastungsgrad)																																																																															
		prä	post	prä	post	prä	post	prä	post	$F_{\text{Gruppe}}(1,66)$	$d$	$F_{\text{Zeit} \times \text{Gruppe}}(1,66)$	$d$																																																																														
<i>Gesamtskala</i>	IG	3.17	0.57	3.31	0.85	2.60	0.67	3.03	0.81	14.28***	0.93	0.16	0.09																																																																														
	VG	3.52	0.56	3.65	1.20	2.73	0.51	2.76	0.60					<b>Subskalen</b>														<i>Skala 1: Entlastung und Selbstverwirklichung</i>	IG	2.37	0.78	2.73	1.04	2.15	0.65	2.54	0.86	4.05*	0.50	1.12	0.26	VG	2.99	0.63	2.68	0.72	2.30	0.69	2.33	0.75	<i>Skala 2: Soziale Unterstützung in der Familie</i>	IG	3.88	0.64	3.91	0.91	3.04	0.94	3.35	0.95	10.09**	0.78	0.24	0.13	VG	3.89	0.66	4.65	3.41	3.10	0.59	3.06	0.48	<i>Skala 3: Energie und Aktivität</i>	IG	3.27	0.55	3.30	0.94	2.60	0.90	3.27	0.88	8.93**	0.74	6.71*	0.64	VG	3.68	0.80	3.62
<b>Subskalen</b>																																																																																											
<i>Skala 1: Entlastung und Selbstverwirklichung</i>	IG	2.37	0.78	2.73	1.04	2.15	0.65	2.54	0.86	4.05*	0.50	1.12	0.26																																																																														
	VG	2.99	0.63	2.68	0.72	2.30	0.69	2.33	0.75					<i>Skala 2: Soziale Unterstützung in der Familie</i>	IG	3.88	0.64	3.91	0.91	3.04	0.94	3.35	0.95	10.09**	0.78	0.24	0.13	VG	3.89	0.66	4.65	3.41	3.10	0.59	3.06	0.48	<i>Skala 3: Energie und Aktivität</i>	IG	3.27	0.55	3.30	0.94	2.60	0.90	3.27	0.88	8.93**	0.74	6.71*	0.64	VG	3.68	0.80	3.62	0.86	2.78	0.52	2.89	0.65																																
<i>Skala 2: Soziale Unterstützung in der Familie</i>	IG	3.88	0.64	3.91	0.91	3.04	0.94	3.35	0.95	10.09**	0.78	0.24	0.13																																																																														
	VG	3.89	0.66	4.65	3.41	3.10	0.59	3.06	0.48					<i>Skala 3: Energie und Aktivität</i>	IG	3.27	0.55	3.30	0.94	2.60	0.90	3.27	0.88	8.93**	0.74	6.71*	0.64	VG	3.68	0.80	3.62	0.86	2.78	0.52	2.89	0.65																																																							
<i>Skala 3: Energie und Aktivität</i>	IG	3.27	0.55	3.30	0.94	2.60	0.90	3.27	0.88	8.93**	0.74	6.71*	0.64																																																																														
	VG	3.68	0.80	3.62	0.86	2.78	0.52	2.89	0.65																																																																																		

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe: geringe Belastung ( $n=19$ ), hohe Belastung ( $n=20$ ); VG = Vergleichsgruppe: geringe Belastung ( $n=21$ ), hohe Belastung ( $n=8$ ); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Cohen's  $d$

### 6.5.5 Zusammenhänge der primären Endpunkte mit relevanten Faktoren

Beantwortet werden soll die **Forschungsfrage 5**: *Welche Faktoren sind mit der Veränderung der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt assoziiert?*

Es wurden theoriegeleitet multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um zu prüfen, welchen Einfluss einerseits die Subskalen der primären Endpunkte zu T1 sowie andererseits kind-, mutter- und familienbezogene Faktoren auf die einzelnen Endpunkte zu T2 besitzen. Dazu wurden die Mittelwertdifferenzen genutzt. Die Ergebnisse werden bezogen auf die Interventionsgruppe getrennt zu den einzelnen Endpunkten dargestellt. Ausführliche Tabellen zu allen Ergebnissen der Regressionsanalysen finden sich im *Anhang D*.

Die **kindlichen Regulationsprobleme** (SFS-Gesamtskala) zu T2 werden bezogen auf die Regulationsprobleme zu T1 ( $R^2_{\text{korr}} = 0.29$ ,  $F(1,37) = 16.56$ ,  $p < .001$ ) statistisch signifikant am einflussreichsten durch die SFS-Subskala *Koregulationsprobleme* erklärt ( $B = 0.26$ ,  $\beta = 0.56$ ,  $t = 4.07$ ,  $p < .001$ ). Einen weniger starken negativen Einfluss ( $R^2_{\text{korr}} = 0.09$ ,  $F(1,37) = 4.76$ ,  $p = .035$ ) besitzt das *Kindesalter* ( $B = -0.01$ ,  $\beta = -0.33$ ,  $t = -2.18$ ,  $p = .035$ ).

Die **sozial-emotionalen Probleme der Kinder** (BITSEA-Gesamtskala) zu T2 werden am stärksten bezogen auf die sozial-emotionalen Probleme zu T1 ( $R^2_{\text{korr}} = 0.33$ ,  $F(1,37) = 20.04$ ,  $p < .001$ ) durch die BITSEA-Subskala *internale Probleme* ( $B = 0.35$ ,  $\beta = 0.59$ ,  $t = 4.48$ ,  $p < .001$ ), bezogen auf die Regulationsprobleme ( $R^2_{\text{korr}} = 0.18$ ,  $F(1,37) = 9.66$ ,  $p = .004$ ) durch die SFS-Subskala *Trotzverhalten* ( $B = 0.19$ ,  $\beta = 0.45$ ,  $t = 3.11$ ,  $p = .004$ ) und bezogen auf die Lebensqualität ( $R^2_{\text{korr}} = 0.12$ ,  $F(1,37) = 6.40$ ,  $p = .016$ ) durch die FLQ-Subskala *Unterstützung durch die Familie* ( $B = -0.11$ ,  $\beta = -0.38$ ,  $t = -2.53$ ,  $p = .016$ ) erklärt. Einen weiteren Einflussfaktor stellt das *männliche Geschlecht* der Kinder dar ( $R^2_{\text{korr}} = 0.11$ ,  $F(1,37) = 6.04$ ,  $B = -0.20$ ,  $t = -2.46$ ,  $p = .019$ ).

Das **elterliche Belastungsempfinden** (EBI-Gesamtskala) zu T2 wird am stärksten bezogen auf das Belastungsempfinden zu T1 ( $R^2_{\text{korr}} = 0.17$ ,  $F(1,37) = 8.86$ ,  $p = .005$ ) durch die EBI-Subskala *Bindung* ( $B = 0.28$ ,  $\beta = 0.44$ ,  $t = 2.98$ ,  $p = .005$ ) und bezogen auf die Regulationsprobleme ( $R^2_{\text{korr}} = 0.10$ ,  $F(1,37) = 5.14$ ,  $p = .029$ ) durch die SFS-Subskala *Fütterprobleme* ( $B = -0.33$ ,  $\beta = -0.35$ ,  $t = -2.27$ ,  $p = .029$ ) erklärt. Weitere Einflussfaktoren stellen *Kinder älter als 30 Monate* ( $R^2_{\text{korr}} = 0.15$ ,  $F(1,37) = 3.31$ ,  $B = 0.79$ ,  $t = 3.14$ ,  $p = .003$ ), *getrennt lebende Eltern* ( $R^2_{\text{korr}} = 0.14$ ,  $F(1,37) = 4.07$ ,  $B = 1.39$ ,  $t = 2.72$ ,  $p = .010$ ) und *weitere Geschwister in der Familie* ( $R^2_{\text{korr}} = 0.13$ ,  $F(1,37) = 6.75$ ,  $B = -0.42$ ,  $t = -2.60$ ,  $p = .013$ ) dar.

Die **familienbezogene Lebensqualität** (FLQ-Gesamtskala) zu T2 wird am stärksten bezogen auf die Lebensqualität zu T1 ( $R^2_{\text{korr}} = 0.15$ ,  $F(1,37) = 7.72$ ,  $p = .008$ ) durch die FLQ-Subskala *Unterstützung* ( $B = 0.30$ ,  $\beta = 0.41$ ,  $t = 2.78$ ,  $p = .008$ ) erklärt. Einen weniger starken Einfluss besitzt die *Frühgeburtlichkeit* ( $R^2_{\text{korr}} = 0.10$ ,  $F(1,37) = 5.43$ ,  $B = -0.58$ ,  $t = -2.33$ ,  $p = .025$ ).

## 6.6 Analysen zu den beratungsbezogenen Variablen

Die Wirksamkeit der Beratung wurde bisher mit Hilfe indirekter Methoden über die Veränderungsmessung der primären Endpunkte dargestellt. In diesem Abschnitt werden nun die Ergebnisse der direkten Methoden zur Messung des Beratungserfolges über die Analyse beratungsrelevanter Variablen sowie über die unmittelbare Erfassung der Beratungszufriedenheit berichtet.

### 6.6.1 Auswertung des sonstigen Endpunkts Zufriedenheit mit der Beratung (FBB)

Nach Abschluss der Beratung wurden die Eltern mit Hilfe des **Fragebogens zur Beurteilung der Beratung (FBB)** um eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit dem Beratungssetting gebeten.

*Statistische Kennwerte.* Bezogen auf die Gesamtskala des FBB liegt keine Normalverteilung vor (Shapiro-Wilk  $p < .05$ ). Die interne Konsistenz der Gesamtskala und der meisten Subskalen kann als „gut bis exzellent“ interpretiert werden.

Tabelle 44

*Deskriptive Statistik, Normalverteilung und interne Konsistenz zu den Skalen des FBB*

Skalen des FBB	Item- anzahl				95%-CI		Shapiro- Wilk	Cronbach's $\alpha$
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	UG	OG		
<i>Gesamtskala</i>	21	3.22	0.74	0.12	2.99	3.45	0.90**	0.96
<i>Skala 1: Erfolg der Beratung</i>	7	2.53	1.23	0.20	2.14	2.91	0.92**	0.97
<i>Skala 2: Verlauf der Beratung</i>	14	3.55	0.57	0.09	3.37	3.73	0.79***	0.93

*Anmerkungen.* Stichprobe  $n = 39$ ; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Alle Skalen des Fragebogens FBB besitzen starke Korrelationen untereinander. Die Mehrzahl der befragten Eltern beurteilt die Beratung als „gut“ bis „sehr gut“ ( $n = 31$ , 87.5 %) und ist mit dem Verlauf der Beratung „überwiegend bis vollständig zufrieden“ ( $n = 37$ , 92.5 %). Etwas mehr als die Hälfte der Eltern gibt bezogen auf den Erfolg der Beratung „deutliche“ bis „sehr gute“ Fortschritte an ( $n = 22$ , 55.0 %).

Zwischen Eltern unterschiedlicher Belastung besteht ein marginaler Mittelwertunterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Verlauf der Beratung ( $F[1,37] = 4.07$ ,  $p = .051$ ,  $d = 0.66$ ). Eltern mit einer geringen psychosozialen Belastung ( $M = 4.74$ ,  $SD = 0.39$ ) sind mit dem Beratungsverlauf geringfügig zufriedener als Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung ( $M = 4.38$ ,  $SD = 0.66$ ).

### 6.6.2 Zusammenhänge der primären Endpunkte mit der Beratungszufriedenheit

Beantwortet werden soll die **Forschungsfrage 6**: *Bestehen Zusammenhänge zwischen den beratungsbezogenen Faktoren und den Veränderungen der primären Endpunkte zu den beiden Messzeitpunkten?* Die Ergebnisse werden im Folgenden berichtet.

Bezogen auf die **Wartezeit** (zeitliche Differenz zwischen Anmeldedatum und erster Beratung) bestehen zu Beginn der Beratung (T1) keine signifikanten Zusammenhänge zu den Gesamtskalen der Endpunkte *kindliche Regulationsprobleme* ( $r[70] = -.06, p = .615$ ), *sozial-emotionale Probleme* ( $r[70] = -.06, p = .615$ ), *elterliches Belastungsempfinden* ( $r[70] = -.03, p = .815$ ) und *familienbezogene Lebensqualität* ( $r[70] = .07, p = .595$ ). Zum Abschluss der Beratung (T2) besteht lediglich ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit und der Gesamtskala des EBI ( $r[40] = -.47, p = .002, d = 1.07$ ). Dieser Zusammenhang besteht auch zu den meisten Subskalen des EBI. Das signifikante Regressionsmodell ( $R^2_{\text{kor}} = 0.17, F(1,37) = 8.84, p = .005$ ) bestätigt, dass die Wartezeit die Veränderung des Belastungsempfindens zum Zeitpunkt nach der Beratung erklärt ( $B = 0.01, \beta = 0.43, t = 2.97, p = .005$ ). Eine längere Wartezeit geht mit einer größeren Reduzierung des Belastungsempfindens einher.

Bezogen auf den **Beratungsumfang** (Anzahl der genutzten Beratungstermine) bestehen zum ersten Messzeitpunkt unterschiedliche Zusammenhänge zu einzelnen Endpunkten. Es bestehen positive Korrelationen des Beratungsumfangs mit der Gesamtskala des *SFS* ( $r[70] = .43, p < .001, d = 0.96$ ) sowie mit den Subskalen *Schreien, Quengeln, Schlafen* ( $r[70] = .49, p < .001, d = 1.11$ ), *Trotzverhalten* ( $r[70] = .43, p < .001, d = 0.95$ ) und *Schlafprobleme* ( $r[70] = .42, p < .001, d = 0.93$ ). Ein marginaler Zusammenhang besteht zum Endpunkt *sozial-emotionale Probleme* ( $r[70] = .23, p = .051, d = 0.48$ ). Zum Endpunkt *Elterliches Belastungsempfinden* bestehen positive Korrelation zur Gesamtskala des EBI ( $r[70] = .28, p = .018, d = 0.59$ ). Zum Endpunkt *familienbezogene Lebensqualität* besteht ein negativer nicht signifikanter Zusammenhang ( $r[70] = -.16, p = .182, d = -0.33$ ). Stärker ausgeprägte kindliche Probleme und elterliches Belastungsempfinden zu T1 gehen mit einer erhöhten Anzahl an Beratungsterminen einher. Zu T2 bestehen diese Zusammenhänge zu den Endpunkten nicht.

Zum Zeitpunkt vor der Beratung besteht zur **Dauer der Beratungstermine** lediglich ein marginaler negativer Zusammenhang mit dem Endpunkt *Regulationsprobleme* (Gesamtskala des *SFS*:  $r[70] = -.23, p = .056, d = -0.48$ ). Stärker ausgeprägte Regulationsprobleme der Kinder zu T1 gehen mit längeren Beratungsterminen einher. Zu T2 besteht dieser Zusammenhang nicht. Bezogen auf die **Teilnahme des Vaters** lässt sich jeweils kein Einfluss auf die Veränderung der einzelnen Endpunkte finden. Die durchgeführten Regressionsanalysen zeigen ein nicht signifikantes Ergebnis ( $p > .05$ )

Zwischen der **Zufriedenheit mit der Beratung** (Skalen des FBB) und den einzelnen primären Endpunkten zu T2 bestehen unterschiedlich starke und unterschiedlich gerichtete Zusammenhänge.

Gegenüber den zu T2 reduzierten **kindlichen Regulationsproblemen** bestehen moderate bis hohe Korrelationen der Beratungszufriedenheit. Die *Gesamtbeurteilung der Beratung* korreliert mit der *Gesamtskala des SFS* ( $r = -.46, p = .004$ ), mit der Subskala „Schreien, Quengeln, Schlafen“ ( $r = -.53, p < .001$ ) und mit der Subskala *Schlafprobleme* ( $r = -.60, p < .001$ ). Der *Erfolg der Beratung* korreliert mit der *Gesamtskala des SFS* ( $r = -.45, p = .004$ ), mit der Subskala „Schreien, Quengeln, Schlafen“ ( $r = -.56, p < .001$ ) und mit der Subskala *Schlafprobleme* ( $r = -.63, p < .001$ ). Die *Schlafprobleme* sagen mit einer Anpassungsgüte von 34 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.34, F[1,37] = 20.60, p < .001$ ) die *Gesamtzufriedenheit mit der Beratung* ( $B = -1.10, \text{Beta} = -0.60, T = -4.54, p < .001$ ) und mit einer Anpassungsgüte von 37 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.37, F[1,37] = 23.69, p < .001$ ) den *Erfolg der Beratung* voraus ( $B = -1.68, \text{Beta} = -0.63, t = -4.87, p < .001$ ).

Gegenüber den zu T2 reduzierten **sozial-emotionalen Problemen** bestehen moderate bis hohe Korrelationen der Beratungszufriedenheit. Die *Gesamtbeurteilung der Beratung* korreliert mit der *Gesamtskala des BITSEA* ( $r = -.32, p = .044$ ), mit der Subskala *Dysregulationsprobleme* ( $r = -.49, p < .001$ ) und mit der Subskala *internale Probleme* ( $r = -.32, p = .044$ ). Der *Erfolg der Beratung* korreliert mit der *Gesamtskala des BITSEA* ( $r = -.33, p = .042$ ), mit der Subskala *Dysregulationsprobleme* ( $r = -.51, p < .001$ ) und mit der Subskala *internale Probleme* ( $r = -.33, p = .044$ ). Der *Verlauf der Beratung* korreliert mit der Subskala *Dysregulationsprobleme* ( $r = -.36, p = .026$ ). Die *Dysregulationsprobleme* sagen mit einer Anpassungsgüte von 34 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.33, F[3,35] = 7.30, p < .001$ ) die *Gesamtzufriedenheit mit der Beratung* ( $B = -1.64, \text{Beta} = -0.64, T = -3.62, p < .001$ ) und mit einer Anpassungsgüte von 37 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.37, F[3,35] = 8.47, p < .001$ ) den *Erfolg der Beratung* voraus ( $B = -2.53, \text{Beta} = -0.68, t = -3.95, p < .001$ ).

In Bezug auf das zu T2 **reduzierte Belastungsempfinden** besteht lediglich eine marginale Korrelation zwischen der *Gesamtzufriedenheit mit der Beratung* und der durch die Beratung veränderten *Elterlichen Kompetenz* des EBI zu T2 ( $r = -.31, p = .052$ ). Die *Elterliche Kompetenz* sagt mit einer Anpassungsgüte von 7 % ( $R^2_{\text{kor}} = 0.07, F[1,37] = 4.03, p = .052$ ) die *Beratungszufriedenheit* voraus ( $B = -.31, \text{Beta} = -0.31, t = -2.01, p = .052$ ).

Zwischen der **Erhöhung der Lebensqualität** zu T2 und der *Zufriedenheit mit der Beratung* besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang (Pearson  $r = .25, p = .120$ ).

## 7 Diskussion

Nach einer allgemeinen Einordnung werden in Bezug auf Inhalte und Methoden die bestehenden Einschränkungen der Studie kritisch reflektiert. Im Mittelteil werden zunächst die wichtigsten Erkenntnisse und Aussagen zusammengefasst, bevor die Ergebnisse hypothesengeleitet überprüft und anschließend Bezüge zum recherchierten Forschungsstand hergestellt werden. Davon ausgehend wird ein eigenes Modell zum untersuchten Thema entwickelt, um schließlich praxisnahe Schlussfolgerungen herauszuarbeiten und Anregungen für weitere Forschungsthemen abzuleiten.

### 7.1 Allgemeine und methodenkritische Einordnung der Studie

Insgesamt zielte die beschriebene Studie darauf ab, die Wirksamkeit einer spezialisierten Beratung von Eltern abzubilden, deren Kinder Probleme in ihrem Regulationsverhalten zeigen. Im Mittelpunkt standen einerseits das Regulations- und das sozial-emotionale Verhalten der Kinder und andererseits die daraus resultierenden Auswirkungen auf die empfundene Belastung der Eltern und auf die Lebensqualität der Familien. Die Studie sollte Rückschlüsse darauf geben, in welchem Maße die Beratung wirksam in Bezug auf die Reduktion der Regulations- und der sozial-emotionalen Probleme der Kinder, auf die Verringerung der Elternbelastung und auf die Erhöhung der Lebensqualität der Familie ist. Mit Blick auf die psychosoziale Belastung bestand das Interesse der Studie darin, Gruppen von Familien zu finden, die von der Beratung mehr profitieren als andere. Weiterhin sollten durch die Studienergebnisse praxisnahe Hinweise zur inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der Beratung abgeleitet werden.

Motivation für diese Studie war es, die Bedeutung der Kleinkindberatung im Kinderzentrum Oldenburg hervorzuheben und zu stärken. Die Ergebnisse dieser Arbeit können als Grundlage für eine mögliche Evaluation dienen, um das derzeit zugrundeliegende Beratungskonzept mit den aktuell bestehenden Anforderungen an die Beratungsqualität des überregionalen, multidisziplinären Beratungszentrums abzugleichen. Eine umfassende Evaluation ist insofern relevant, um zu prüfen, ob der aktuelle Beratungsansatz adressaten-gerecht ist und die gestellten Beratungsziele nachweisbar erreicht werden können. Dies trägt perspektivisch dazu bei, die im klinischen Alltag gesammelten Erfahrungen empirisch zu untermauern und Anpassungen bzw. Erweiterungen des Beratungskonzeptes vorzunehmen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation legen nahe, dass sich die Phänomenologie einer Regulationsstörung in der ursprünglichen Definition bei Kindern ab dem Alter von 12 Monaten signifikant weniger abbildet. Schrei- und Fütterprobleme besitzen eine abnehmende Bedeutung. In dieser Altersgruppe gelten vorrangig Ein- und Durchschlafprobleme sowie das Trotzverhalten als Anmeldegründe für Familien, die eine spezifische Beratung im Kinderzentrum in Anspruch

genommen haben. Diese Erkenntnis spiegelt sich am ehesten in der aktuell diskutierten Perspektive der Entwicklungspsychologie wider und unterstützt den bereits in der Forschung erkannten Paradigmenwechsel hin zur symptomorientierten Diagnostik (Kriz, 2008). Das Vorliegen differenzierter Diagnosekriterien ermöglicht es, die Phänomenologie der Störungen präziser zu erfassen und von anderen Störungsbildern abzugrenzen. Damit kann die Validität der Diagnose erhöht sowie die Beratung zieloptimierter ausgerichtet werden.

Hohe Herausforderungen und Limitierungen für das gesamte Forschungsprojekt stellten die Planung und Durchführung der Studie sowie die Auswahl der Erhebungsinhalte und -verfahren dar. Diese Aspekte werden im Folgenden ausgeführt.

Auf eine Kontrollgruppe im testtheoretischen Sinne konnte nicht zurückgegriffen werden, da das Vorenthalten einer Beratungsleistung ethisch nicht vertretbar ist. Die Bildung einer Warte-Kontrollgruppe war aus organisatorischen Gründen ebenfalls nicht möglich. Es konnte lediglich eine Vergleichsgruppe der Eltern von Kindergartenkindern herangezogen werden, die keine spezifische Beratung zu Regulationsproblemen ihrer Kinder in Anspruch genommen haben. Diese Vergleichsgruppe wurde in der Funktion als Normstichprobe genutzt.

Der ursprünglich geplante Studienablauf konnte aufgrund unterschiedlicher organisatorischer Herausforderungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt und musste prozessorientiert angepasst werden. So erwies es sich als nicht sinnvoll, anhand der Wartezeit die ursprünglich geplante Warte-Interventionsgruppe zu bilden. Es kann lediglich von einem verzögerten Beginn der Beratung gesprochen werden. Aufgrund dessen kann keine sichere Aussage über eine Veränderung der primären Endpunkte zwischen den unterschiedlich lang wartenden Familien getroffen werden. In der Auswertung wurde die Wartezeit jedoch als ein möglicher Einflussfaktor genutzt.

Spezifische Veränderungen und Auswirkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie konnten in der Studie nicht berücksichtigt werden, da der Studienbeginn bereits vor Ausbruch der Pandemie lag und eine Anpassung im Studienverlauf nicht möglich war.

Unklar ist auch, inwieweit die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie das Antwortverhalten beeinflusst haben. Ebenso kann nicht abgeschätzt werden, ob und welchen Einfluss die Umstände der Pandemie auf die Beziehung der Eltern untereinander und zu ihrem Kind sowie auf das Erziehungsverhalten und die Lebensqualität der Familien genommen haben. Die berichtete Studie hat diesbezüglich keine Informationen abgefragt. Die inhaltliche Auswertung ergab, dass Eltern nicht explizit auf Einflüsse durch die Pandemie hingewiesen oder in ihren freien Antworten formuliert haben.

Für die Auswahl der Erhebungsverfahren standen keine für den Bereich der Kleinkindberatung geeigneten Verfahren zur Verfügung. So mussten etablierte Erhebungsverfahren an die tatsächliche Umsetzung im Rahmen der Regulationsprechstunde angepasst werden. Dies stellt eine Einschränkung in Bezug auf die Anwendbarkeit und Auswertbarkeit der Verfahren dar.

Der an die Eltern verteilte Studienfragebogen wurde in die Materialien des Kinderzentrums integriert, die aus organisatorischen Gründen zur Anmeldung und Anamneseerhebung im Rahmen der Regulationsprechstunde erforderlich sind. Aufgrund dessen konnten Fragen zum sozioökonomischen Status der Familien (wie beispielsweise die Wohnsituation und die Einkommensverhältnisse) nicht umgesetzt werden. Desweiteren wurden Inhalte, wie das psychische Befinden und die Erziehungseinstellungen der Eltern, nicht differenziert genug erfasst. Dadurch sollte ein zu starkes Vorprägen auf psychische Auffälligkeiten und eine zusätzliche emotionale Belastung der Eltern aufgrund der negativen Konnotation der Fragen vermieden werden. Darüber hinaus musste der Umfang der abgefragten Inhalte aufgrund des niedrigschwelligen Ansatzes der Beratung begrenzt werden.

Diese Limitationen erscheinen im Nachhinein mit Blick auf den Erkenntnisgewinn der Studie als ungünstig. Bei Folgeevaluationen sollten anamnesebezogene und studienrelevante Informationen getrennt und vollständig erhoben werden. Zum einen können so die organisatorischen Studienabläufe vereinfacht und zum anderen die für eine umfassende Analyse hilfreichen Daten erfasst werden.

Desweiteren wurden Variablen und Faktoren, die im Zusammenhang mit der Qualität der Beratung stehen, nicht spezifisch genug erfasst. Erforderlich gewesen wären Informationen zu differenzierten Zielstellungen und Inhalten der einzelnen Beratungseinheiten sowie die jeweils angewandten Methoden. Es fehlte eine Erfassung der Merkmale der Beraterinnen, wie Qualifikation und Berufserfahrung in Bezug auf die Intervention bei Regulationsstörungen. Diese Informationen können einer zukünftigen, optimierten Evaluation der gesamten Beratungsleistung dienlich sein. Zusätzlich kann es aufgrund der unterschiedlich langen Beratungszeiträume zu Unterschieden in der Intensität der Beratung gekommen sein, so dass die Ergebnisse nicht optimal vergleichbar sind. Dieser Aspekt sollte ebenfalls bei einer weiterführenden Evaluation berücksichtigt werden.

## 7.2 Ergebnisdiskussion der Querschnittsanalysen

Nach der detaillierten Beschreibung der charakteristischen Merkmale der untersuchten Stichprobe sowie der Gründe einer Anmeldung für die Beratung im Kinderzentrum, werden die Ergebnisse der Querschnittsanalysen bezogen auf die einzelnen Endpunkte diskutiert.

### 7.2.1 Stichprobenbeschreibung

In beiden Studiengruppen zeigte sich bei den Kindern eine annähernde Gleichverteilung in Bezug auf das Geschlecht und auf den Geschwisterstatus sowie in Bezug auf den Geburtszeitpunkt und auf das Vorliegen einer Vorgeburtlichkeit.

Hinsichtlich des Alters waren die Kinder, deren Eltern eine Beratung in Anspruch genommen haben, im Mittel ein halbes Jahr jünger als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die größte Altersgruppe stellten die Kinder zwischen 12 und 18 Monaten dar. Die kleinste Altersgruppe waren Kinder im Alter über 30 Monate. Die Unterschiede im Alter können methodischen Aspekten geschuldet sein. Die Anmeldung für eine Beratung im Kinderzentrum erfolgte zu unterschiedlichen Zeiten, der Beginn der Beratung war individuell und konnte im Voraus nicht festgelegt werden. Lediglich die Vergleichsgruppe wurde in den Kindertagesstätten zu einem festen Zeitpunkt rekrutiert. Somit war diese Tagesstättengruppe als Kontrollgruppe im klassischen Sinne nicht geeignet und ein Matching nach dem Alter der Kinder nicht möglich.

Mit Blick auf die beiden Bezugspersonengruppen besteht eine annähernde Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts, des Gesamtalters und des Beziehungsstatus'. In der Interventionsgruppe befinden sich mehr jüngere Mütter (bis 25 Jahre) und in der Vergleichsgruppe mehr ältere Mütter (älter als 39 Jahre). Väter sind bezogen auf die Gesamtstichprobe etwa 4 Monate älter als die Mütter, unterscheiden sich jedoch nicht in der Verteilung zwischen den beiden Studiengruppen. Mütter der Interventionsgruppe sind bei Geburt ihres Kindes jünger als die der Vergleichsgruppe. Bezogen auf den Bildungsstatus finden sich in der Interventionsgruppe mehr Mütter und Väter sowohl mit einem niedrigen als auch mit einem hohen Bildungsabschluss. In der Vergleichsgruppe sind mehr Mütter und Väter mit einem mittleren Bildungsabschluss vertreten. Zum ersten Messzeitpunkt befanden sich in der Interventionsgruppe mehr Mütter in Elternzeit.

Bezogen auf die psychosoziale Belastung sind in der Interventionsgruppe sowohl der Anteil der Eltern mit einer höheren Belastung als auch der Anteil an genannten Risikofaktoren größer. Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung nehmen als Hilfen häufiger Schwangerschaftsberatungsstellen, spezielle Beratungsangebote sowie Familienberatungsstellen in Anspruch. Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden der Analysen von Schrappe (2013).

### 7.2.2 Beratungsbezogene Informationen

Schwerpunkte bei der Anmeldung der Familien in der Regulationsprechstunde stellen vorrangig die Schlafprobleme der Kinder dar. In diesem Problembereich werden jeweils sowohl eine starke bis sehr starke Ausprägung der Symptome als auch eine sehr hohe Belastung der Eltern deutlich. Vor allem Kinder im Alter zwischen 12 und 18 Monaten zeigen vermehrt Schlafprobleme. Exzessives Schreien, Fütterprobleme und kombinierte Probleme werden hingegen weniger häufig als Anmeldegründe genannt. Im Zusammenhang mit einer individuell durchgeführten Befundung wurden ebenfalls vorrangig Diagnosen vergeben, die mit Schlafproblemen assoziiert sind.

Das zum ersten Messzeitpunkt erhobene Profil der berichteten kindlichen Regulationsprobleme geht mit Angaben in der Literatur konform. Eltern von Kleinkindern ab dem 12. Lebensmonat nehmen vorrangig aufgrund von Schlafproblemen fachliche Hilfe in Form von Beratung in Anspruch (Papoušek et al., 2004). Schlafprobleme stellen den am häufigsten genannten Anmeldegrund sowohl in Beratungsstellen, Praxen und Kliniken dar (Schnatschmidt et al., 2021). Die Diagnosevergabe spiegelt sich auch in der klinischen Praxis anderer Versorgungsangebote in diesem Altersbereich der Kinder wider (von Gontard et al., 2020). Die entwicklungspsychologische Grundlagenliteratur bestätigt, dass Fütterprobleme für die entwicklungsgemäßen Touchpoints ab dem 12. Lebensmonat eher eine untergeordnete Rolle spielen (Pauen et al., 2012).

Je stärker ausgeprägt die Problembereiche der Kinder sind und je stärker sich Eltern durch diese Probleme belastet fühlen, umso mehr Beratungstermine waren erforderlich. Stärker ausgeprägte Regulationsprobleme der Kinder gehen mit einer längeren zeitlichen Dauer der Beratungstermine einher. Die Zeit, die Eltern auf den Beginn der Beratung gewartet haben, ist unabhängig vom Grad ihrer Belastung. Diese Ergebnisse zeigen sich auch in den Befunden der Evaluationen von Papoušek et al. (2004) und Borke et al. (2015).

Es konnten einzelne Faktoren abgebildet werden, die die Wahrscheinlichkeit vorhersagen, dass Eltern eine Kleinkindberatung in Anspruch nehmen. Dazu gehören ein geringeres Alter und die Frühgeburtlichkeit eines Kindes sowie ein geringeres Alter der Mütter und Mütter in Elternzeit. Diese Faktoren finden sich ebenfalls in der Evaluationsstudie von Papoušek et al. (2004).

### 7.2.3 Diskussion der Querschnittsanalysen zu den primären Endpunkten

Im Vordergrund der ersten Analyse stand die **Forschungsfrage 1**: *Unterscheiden sich die primären Endpunkte (Regulationsprobleme, sozial-emotionale Probleme, Belastungsempfinden und Lebensqualität) zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf?*

Die vorliegende Studie konnte signifikante Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Beratungsbedarf feststellen. Gegenüber der Vergleichsgruppe zeigen Kinder, deren Eltern eine Beratung im Kinderzentrum in Anspruch nehmen, einerseits sowohl größere Auffälligkeiten in ihrem Regulationsverhalten als auch in ihrem sozial-emotionalen Verhalten. Andererseits empfinden die Eltern der Interventionsgruppe eine höhere Belastung und eine geringere Lebensqualität aufgrund des Verhaltens ihrer Kinder. Die aufgestellten Hypothesen können demzufolge bestätigt werden.

Die **Schwierigkeiten im Regulationsverhalten** sind bei Kindern, deren Eltern das Beratungsangebot im Kinderzentrum in Anspruch genommen haben, insgesamt signifikant stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. Besonders stark ist dieser Unterschied bezogen auf das *Schlafverhalten* der Kinder ab dem 12. Lebensmonat. Gegenüber der Vergleichsgruppe werden bei Kindern von Familien mit Beratungsbedarf die Diagnosekriterien für Einschlaf- und Durchschlafstörungen signifikant häufiger erfüllt. Diese Kinder besitzen eine längere Einschlaflatenz und werden in der Nacht häufiger wach. Die ausgeprägten Schlafprobleme in dieser Altersgruppe werden durch Studien von Schnatschmidt et al. (2021) gestützt.

Darüber hinaus zeigen Kinder ab dem 12. Lebensmonat insgesamt ein auffälligeres *Trotzverhalten*, das in der Interventionsgruppe ebenfalls häufiger auftritt. Diese Ergebnisse zeigen sich auch in epidemiologischen Studien, wie in der von Hemmi et al. (2011). Probleme beim *Füttern* sind insgesamt weniger stark ausgeprägt und unterscheiden sich zwischen den Studiengruppen nicht signifikant. Die geringere Bedeutung der Fütterproblematik und das stärker ausgeprägte Trotzverhalten lassen sich entwicklungsphysiologisch mit der Verschiebung der Entwicklungsaufgaben ab dem 12. Lebensmonat erklären (Pauen et al., 2012; Sroufe, 1989).

In Bezug auf die Beurteilung der **Probleme im sozial-emotionalen Verhalten der Kinder** bestehen hochsignifikante Unterschiede zwischen Eltern der beiden Studiengruppen. Eltern mit Beratungsbedarf beurteilen die sozial-emotionalen Probleme ihrer Kinder ausgeprägter als Eltern der Vergleichsgruppe. Besonders stark ist dieser Unterschied in Bezug auf die Fähigkeit der Kinder ihre sensorischen Eindrücke zu verarbeiten und ihr Verhalten selbst zu regulieren. Das Ergebnis reiht sich in die Befunde der Studie von Alakortes et al. (2015) ein und entspricht ebenfalls der Dynamik in diesem frühen Entwicklungsalter der Kinder (Pauen et al., 2012).

Der **Grad des elterlichen Belastungsempfindens** aufgrund der Regulationsprobleme des eigenen Kindes ist in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Dies stützt die Erwartung, dass sich Eltern, die sich Unterstützung in Form einer Beratung in der Regulationssprechstunde des Kinderzentrums gesucht haben, häufiger und stärker durch die Regulationsprobleme ihrer Kinder belastet fühlen. Die Studie von Mattheß et al. (2021) bestätigt diese Befunde.

Diese stärkere Belastung zeigt sich vor allem in Bezug auf das elterliche *Bindungsverhalten*. Eltern mit Beratungsbedarf fällt es signifikant schwerer, aufgrund des Verhaltens ihres Kindes eine emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Diese Ergebnisse zeigen sich bereits bei Rautava et al. (1993). Deren Studie belegt die Zusammenhänge zwischen den Schreiproblemen der Kinder und der Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, einer erhöhten sozialen Isolation sowie einem negativen Selbstbilds sowie eigener Unsicherheit und Stress der Mutter. Auch die Studie von Papoušek & Hofacker (1998) bekräftigt, dass sich Mütter von exzessiv schreienden Kleinkindern als weniger selbstwirksam und weniger kompetent einschätzen, weniger Kontakte außerhalb der Familie nutzen, sich in ihrer Gesundheit eingeschränkter fühlen, stärker zu Depressionen neigen und sich in ihrer Partnerschaft beeinträchtigt sehen. Die Studie von Levitzky & Cooper (2000) bestätigt, dass exzessives Schreien der Kinder bei Eltern signifikant häufiger zu Gefühlen von Erschöpfung, Überforderung, Ohnmacht und Versagen führt. Weiterhin sind diese Eltern sehr verunsichert, besitzen ein geringes Selbstwertgefühl, neigen zu Depressivität, Ängsten und Schlafproblemen (ebd.)

Die **Lebensqualität der Familien** von Eltern der Interventionsgruppe unterscheidet sich signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe. Es kann davon ausgegangen werden, dass Eltern, die aufgrund der Regulationsprobleme ihrer Kinder das Angebot der Beratung im Kinderzentrum in Anspruch genommen haben, die Lebensqualität ihrer Familie geringer einschätzen und unzufriedener mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind als Eltern ohne Beratungsbedarf.

Die Studien von Tröster et al. (2000) und Sarimski (2009, 2017) bestätigen die Zusammenhänge bezogen auf das Belastungsempfinden und die Lebensqualität. Allerdings beziehen sich diese Studien auf Kinder mit chronischen und körperlichen Erkrankungen, wie Epilepsie, Sehstörung und Intelligenzminderung. Somit erweitert die vorliegende Arbeit das Einsatzspektrum für die beiden Erhebungsverfahren *Eltern-Belastungs-Inventar* (Tröster, 2011) und *Familienbezogene Lebensqualität* (Tröster, 2005b) auf die Zielgruppe von Eltern, deren Kinder Regulations- und Verhaltensprobleme besitzen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Studie bestand in der **Forschungsfrage 2**: *Unterscheiden sich die primären Endpunkte zwischen Familien mit hoher und niedriger psychosozialer Belastung?*

In der Gesamtstichprobe beurteilen Eltern mit hoher psychosozialer Belastung sowohl die **Regulationsprobleme** als auch die **sozial-emotionalen Probleme** ihrer Kinder als stärker ausgeprägt, gegenüber Eltern mit einer geringeren psychosozialen Belastung. Besonders deutlich wird dieser Unterschied in Bezug auf das Trotzverhalten und die Schlafprobleme sowie auf die Stimmungslage, die sensorische Verarbeitung und die Verhaltensregulierung der Kinder. Die Diagnosekriterien speziell für Trotzverhalten und Einschlafstörungen werden bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung signifikant häufiger erfüllt als bei Familien mit geringem Belastungsgrad.

Darüber hinaus bestehen zwischen den beiden Studiengruppen unterschiedlich hohe Effektstärken. Die Regulationsprobleme und die sozial-emotionalen Probleme der Kinder von Eltern mit Beratungsbedarf sind einerseits insgesamt stärker ausgeprägt. Andererseits ist der Unterschied in dieser Gruppe zwischen Eltern mit geringer und hoher Belastung weniger groß als der Unterschied bei Eltern der Vergleichsgruppe. Ein möglicher Grund für diesen geringeren Unterschied kann in der insgesamt größeren Belastung der Eltern bestehen, die eine Beratung in Anspruch nehmen. Diese Ergebnisse werden gestützt durch die Studie von Papoušek et al. (2004).

Gegenüber Eltern mit geringerer psychosozialer Belastung beurteilen psychosozial hoch belastete Eltern ihr **Belastungsempfinden** aufgrund des Regulationsverhaltens ihrer Kinder als deutlich erhöht und die **Lebensqualität** ihrer Familie als deutlich reduziert. Eltern mit hoher psychosozialer Belastung zeigen signifikant mehr Zweifel an ihren erzieherischen Kompetenzen, haben mehr Probleme, eine Beziehung zu ihrem Kind herzustellen und neigen vermehrt zu depressiver Verstimmung. Darüber hinaus sind diese Eltern weniger mit ihrer Lebenssituation zufrieden.

Zwischen den beiden Studiengruppen bestehen ebenfalls signifikante Unterschiede in Bezug auf die Effektstärken des Belastungsempfindens und der Lebensqualität. Einerseits ist bei Eltern, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, die empfundene Belastung stärker und die Lebensqualität der Familie geringer ausgeprägt als bei Eltern ohne Beratungsbedarf. Andererseits ist in der Interventionsgruppe der Unterschied zwischen Eltern mit geringer und hoher Belastung weniger groß als dieser Unterschied bei Eltern der Vergleichsgruppe.

Erklärungen für die unterschiedlich starken Ausprägungen können sowohl das insgesamt erhöhte Niveau der elterlichen Belastung als auch die insgesamt verringerte Lebensqualität in der Interventionsgruppe gegenüber Eltern der Vergleichsgruppe sein, so dass bei hochbelasteten Eltern

die Effekte weniger stark ausgeprägt sind. Dieses Ergebnis reiht sich am ehesten in die Befunde anderer Studien ein, die sich jedoch auf die Belastung und Lebensqualität von Eltern und Familien chronisch erkrankter, frühgeborener bzw. kognitiv beeinträchtigter Kinder beziehen und sich somit nicht direkt vergleichen lassen (Sarimski, 2017; Terpitz et al., 2005; Tröster et al., 2004).

Zusammenfassend konnte die vorliegende Studie signifikante Unterschiede zwischen Familien mit unterschiedlich hohem psychosozialen Belastungsgrad in Bezug auf das Verhalten der Kinder als auch auf das Belastungsempfinden der Eltern und die Lebensqualität der Familie feststellen. Somit können die aufgestellten Hypothesen ebenfalls bestätigt werden.

#### **7.2.4 Diskussion der Ergebnisse zur explorativen Analyse**

Über die genannten Forschungshypothesen hinaus wurden zum ersten Messzeitpunkt verschiedene Faktoren hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes für die primären Endpunkte in der Gesamtstichprobe und in den beiden Studiengruppen untersucht. Von Interesse waren sowohl relevante kind- und elternbezogene Faktoren als auch die einzelnen primären Endpunkte selbst.

##### *Einfluss kindbezogener Faktoren*

Bezogen auf das *Alter*, sind die Probleme im Schrei-, Trotz- und Schlafverhalten bei Kindern zwischen 12 und 18 Monaten signifikant stärker ausgeprägt als bei älteren Kindern. Je älter die Kinder sind, umso weniger stark ausgeprägt ist das problematische Regulationsverhalten. Mit zunehmendem Alter besitzen das problematische Fütterverhalten sowie Probleme in der Koregulation einen geringeren Stellenwert. Schlafprobleme sowie das Trotzverhalten stabilisieren sich über den Altersverlauf. Im Besonderen zeigt sich bei jüngeren Kindern zwischen 12 und 18 Monaten ein auffälliges Fütterverhalten im Vergleich zu älteren Kindern. Diese altersbedingten Unterschiede entsprechen phasentypischen Entwicklungsveränderungen der Kinder (Pauen et al., 2012). Wie bereits geschildert, werden die Diagnosekriterien für Durchschlafstörungen in der Altersgruppe zwischen 12 und 18 Monaten häufiger erfüllt. Je jünger die Kinder sind, umso schwerer fällt es ihren Eltern, das kindliche Regulationsverhalten angemessen zu koregulieren. Diese Zusammenhänge lassen sich ebenso in den Untersuchungen von Papoušek et al. (2004) finden.

Die Probleme im Regulationsverhalten werden von Eltern als stärker ausgeprägt beurteilt bei Kindern, die als *Einzelkinder* aufwachsen, bei *Komplikationen, die während der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt* auftraten und bei Kindern, deren Verhalten nach der Geburt als *sehr unruhig* beschrieben wurde. Besonders Eltern der Vergleichsgruppe, deren Kinder als *Einzelkinder*

aufwachsen, empfinden eine stärkere soziale Isolation gegenüber Eltern dieser Gruppe mit Geschwisterkindern. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Eltern mit einem Einzelkind, die keine Beratung in Anspruch genommen haben bisher keine Unterstützungsmöglichkeit nutzen konnten, um die Belastung aufgrund des problematischen Verhaltens ihres Kindes zu bewältigen. Eltern beider Studiengruppen, die das Verhalten ihres Kindes nach der Geburt als sehr *unruhig* beschreiben und deren Kinder häufig schreien, erleben größere Schwierigkeiten, eine Bindung mit ihrem Kind einzugehen und fühlen sich stärker sozial isoliert. Ähnliche Befunde zeigen sich auch in den Evaluationen von Papoušek et al. (2004) und Borke et al. (2015).

In Bezug auf die familienbezogene Lebensqualität erweisen sich die kindbezogenen Faktoren, wie Alter und Geschlecht der Kinder, Geschwisterfolge, Frühgeburtlichkeit, Probleme während der Schwangerschaft, Komplikationen der Geburt, nicht als bedeutsame Einflussfaktoren. Es zeigen sich jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen.

#### *Einfluss elternbezogener Faktoren*

Eltern mit einem Einzelkind und Mütter, die jünger als 40 Jahre alt sind, beurteilen die Probleme im Regulationsverhalten ihrer Kinder als stärker ausgeprägt. Gegenüber Eltern mit mehreren Kindern und gegenüber älteren Müttern, besitzen diese Eltern weniger Vergleichswerte im Umgang mit dem schwierigen Verhalten ihrer Kinder, so dass sie auf geringe Ressourcen zur Koregulation zurückgreifen können. Prä-, peri- und postnatale Schwierigkeiten konnten dazu führen, dass Eltern ihren Aufmerksamkeitsfokus verstärkt auf die kindlichen Probleme lenken und diese überinterpretieren. Nach Lösel et al. (1990) stellen Ein-Kind-Haushalte eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung von problematischem Regulationsverhalten dar.

Die *Berufstätigkeit* und das *Vorliegen psychischer Probleme* der Mütter stellen Prädiktoren für die Ausprägungsstärke der kindlichen Regulationsprobleme dar.

*Mütter in Elternzeit* beurteilen die Regulationsprobleme ihrer Kinder als stärker ausgeprägt im Vergleich zu berufstätigen Müttern. Eltern, die in Elternzeit ihre Kinder zu Hause betreuen, erleben die Probleme im Regulationsverhalten sehr konzentriert und haben weniger Möglichkeiten eines Korrektivs. Somit fällt es ihnen schwerer, dieses Verhalten objektiv zu beurteilen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Hyödynmaa & Tammela (2005).

Auch *Mütter mit psychischen Schwierigkeiten*, wie eine Tendenz zu Depressivität (hoher Depressionswert in der Subskala des Eltern-Belastungs-Inventars), erleben die Regulationsprobleme ihrer Kinder insgesamt stärker ausgeprägt im Vergleich zu Müttern ohne psychische Probleme bzw. mit einem niedrigen Depressionswert. Psychisch belastete Mütter, die zusätzlich einen Beratungsbedarf haben, besitzen größere Schwierigkeiten, das Verhalten ihrer Kinder

angemessen zu koregulieren. Bei Eltern mit psychischen Problemen lässt sich eine Wahrnehmungsverzerrung feststellen, die dazu führt, weder die Signale des kindlichen Verhaltens genau zu erfassen noch auf diese Signale angemessen zu reagieren (Fonagy et al., 2022). Dies wird ebenfalls durch die Befunde von Hornstein et al. (2006) bestätigt. Mütter mit Beratungsbedarf, die unter psychischen Schwierigkeiten leiden, besitzen zusätzlich mehr Schwierigkeiten eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen und fühlen sich weniger kompetent, die Anforderungen in der Erziehung und Betreuung ihres Kindes zu bewältigen. Bereits die Studie von Hohm et al. (2017) bestätigt die langfristigen Auswirkungen postpartaler Depressionen von Müttern auf das Interaktionsverhalten mit ihren Kindern.

Gegenüber älteren Müttern (über 25 Jahre) fällt es besonders *jüngeren Müttern* mit Beratungsbedarf schwerer, aufgrund des Verhaltens ihrer Kinder zu diesen eine emotionale Beziehung aufzubauen und sich in ein soziales Netz zu integrieren. In der Vergleichsgruppe empfinden Mütter unter 25 Jahren gegenüber älteren Müttern vor allem eine höhere Belastung ihrer Gesundheit. Diese Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse der Studie von Lux et al. (2022), bei der übermäßiges Weinen und Schlafprobleme mit sozialer Isolation und Bindungsschwierigkeiten einhergehen.

Die Berufstätigkeit der Mütter und das Bestehen einschneidender Lebensereignisse besitzen keinen Vorhersagewert für die elterliche Belastung.

Gegenüber berufstätigen Müttern schätzen *Mütter in Elternzeit* die Lebensqualität ihrer Familie insgesamt geringer ein. Bei Familien beider Studiengruppen, die eine *hohe Anzahl an einschneidenden Lebensereignissen* benennen, zeigt sich eine geringere Lebensqualität als bei Familien, die weniger einschneidende Lebensereignisse berichten. Diese Ergebnisse reihen sich in die Befunde von Sarimski & Papoušek (2000); Terpitz et al. (2005) ein. Daraus lassen sich Hinweise ableiten, dass die wahrgenommene Lebensqualität der Familie nicht in direktem Zusammenhang zu kind- und elternbezogenen Einflussfaktoren steht, sondern über eine weitere Variable moderiert wird. Durch die Vermittlung dieser Variablen wird das Ausmaß der familienbezogenen Lebensqualität offensichtlich. Diese These ist Gegenstand des später abgeleiteten heuristischen Modells.

Andere mütterbezogene Faktoren (Alter der Mütter und Bildungsstatus) erweisen sich nicht als bedeutsame Einflussfaktoren in Bezug auf die familienbezogene Lebensqualität. Es zeigen sich jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

### *Prädiktoren der primären Endpunkte*

Die Ausprägungen einzelner Endpunkte lassen sich durch bestimmte Subskalen der jeweils anderen Endpunkte besonders gut vorhersagen.

Als geeignete Prädiktoren für das Auftreten größerer **kindlicher Regulationsprobleme** haben sich die *Dysregulationsprobleme* (Subskala des BITSEA), die Faktoren *Bindung* und *Soziale Isolation* (Subskalen des EBI) und *Energie und Aktivität* (Subskalen des FLQ) herausgestellt. Das insgesamt problematische Regulationsverhalten der Kinder wird als umso stärker ausgeprägt beurteilt, je größer die Schwierigkeiten der Kinder sind, ihre eigenen sensorischen Eindrücke zu verarbeiten. Darüber hinaus treten umso stärkere Regulationsprobleme auf, je schwerer es Eltern fällt, sich in ein soziales Beziehungsnetz zu integrieren, je stärker die emotionale Beziehung zwischen Mutter und Kind beeinträchtigt ist sowie je weniger motiviert die Familie im Alltag ist.

**Sozial-emotionale Probleme der Kinder** werden vorhergesagt durch die Komponenten *Bindung* und *Persönliche Einschränkung* (Subskalen des EBI) sowie *Energie und Aktivität* (Subskala des FLQ). Die Probleme der Kinder ihre Emotionen zu regulieren, werden als umso stärker ausgeprägt beurteilt, je größer die Regulationsprobleme der Kinder insgesamt sind, je schwerer es Eltern fällt, eine Beziehung zu ihrem Kind herzustellen sowie je stärker sie sich selbst als fremdbestimmt und weniger motiviert erleben.

Prädiktiven Wert für das **elterliche Belastungsempfinden** besitzen zum einen die *Schlafprobleme* (Subskala des SFS) und *internalen Probleme* (Subskala des BITSEA) der Kinder und zum anderen die *Energie und Aktivität* (Subskala des FLQ) der Familie. Besonders hoch schätzen Eltern ihre Belastung ein, wenn die Schlafprobleme und die internalen Probleme der Kinder stark ausgeprägt sind und je weniger motiviert sich die Familie im Alltag erlebt.

Besonderen Vorhersagewert für eine eingeschränkte **Lebensqualität der Familie** besitzen *Schlafprobleme* (Subskala des SFS) und *Dysregulationsprobleme* (Subskala des BITSEA) der Kinder sowie die Neigung der Eltern zu *Depressivität* (hoher Depressionswert der Subskala des EBI). Eltern sind mit ihrem Leben insgesamt unzufriedener, wenn einerseits ihre Kinder vermehrt Probleme mit dem Schlafen und der emotionalen Regulation besitzen und andererseits sie selbst eine höhere Tendenz zu Depressivität zeigen. Diese Ergebnisse replizieren die Befunde der genannten Studien (Sarimski, 2017; Terpitz et al., 2005; Tröster et al., 2004).

### 7.3 Ableitung eines heuristischen Modells

Wie im vorherigen Abschnitt geschildert, bestehen jeweils signifikante Zusammenhänge zwischen allen vier primären Endpunkten. Besonders deutlich wird die positive Korrelation der kindbezogenen Probleme mit der von den Eltern empfundenen Belastung. Stärker ausgeprägte Probleme der Kinder mit der Regulation ihres Verhaltens und ihrer Emotionen gehen mit einem höheren Belastungsempfinden der Eltern einher. Darüber hinaus besteht eine negative Korrelation der familienbezogenen Lebensqualität mit den anderen Endpunkten. Erwartungsgemäß gehen stark ausgeprägte Probleme im Verhalten der Kinder, sowie eine stärker empfundene Belastung der Eltern mit einer verringerten Lebensqualität der Familie einher. Eltern, deren Kinder weniger stark ausgeprägte Probleme besitzen und die durch das Verhalten ihrer Kinder eine geringere Belastung empfinden, sind mit ihrer Lebenssituation zufriedener als Eltern, bei denen die kindlichen Probleme und das Belastungsempfinden stärker ausgeprägt sind.

Die ausgewerteten Daten der Studie und die dargelegten Zusammenhänge lassen folgende Annahme zu: das elterliche Belastungsempfinden besitzt eine verstärkende Funktion bei der psychosozialen Anpassung der Eltern an die Herausforderungen aufgrund der Regulations- und sozial-emotionalen Probleme ihrer Kinder.

Die erhobenen Endpunkte und ihre Zusammenhänge finden ihre Entsprechung in den beiden eingangs dargestellten konzeptionellen Rahmenmodellen: sowohl im Modell zur *psychosozialen Anpassung* von Tröster (2005a) als auch im *transaktionalen Entwicklungsmodell* von Sameroff (2010). Abbildung 55 veranschaulicht einen abgeleiteten Ansatz, der die beiden Rahmenmodelle in Anwendung auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kombiniert.

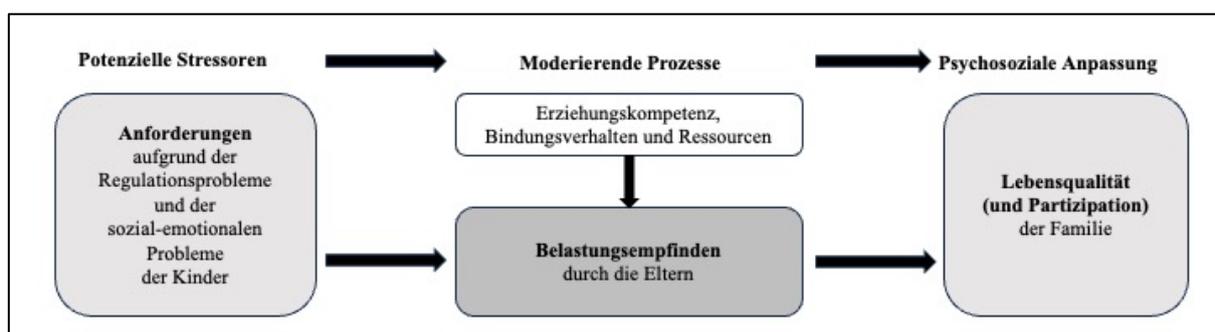


Abbildung 55. Heuristisches Modell der vorliegenden Dissertation

Quelle: Eigene Darstellung

Die elterlichen Herausforderungen, die mit den Regulations- und den sozial-emotionalen Problemen ihrer Kinder verbunden sind, wirken sich über den Einfluss der zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen und der elterlichen Bewertung der Belastung indirekt auf die Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Lebensqualität und in der Folge auch mit ihrer Partizipation aus.

Mit Hilfe der durchgeführten Mediationsanalyse konnte festgestellt werden, dass eine Reduzierung der kindbezogenen Probleme mit einer Verringerung des Belastungsempfindens der Eltern einhergeht. Demgegenüber führt eine Reduzierung des Belastungsempfindens zu einer Erhöhung der familienbezogenen Lebensqualität. Eine Verbesserung der kindlichen Probleme übt demzufolge nicht direkt einen Einfluss auf die Lebensqualität aus. Erst durch die Mediation über die empfundene Belastung der Eltern bewirkt eine Reduzierung der kindbezogenen Probleme indirekt eine Erhöhung der Lebensqualität der Familie.

Das elterliche Belastungsempfinden stellt somit einen Mediator für die Bewältigung der Anforderungen durch die frühkindlichen Probleme in der Emotions- und Verhaltensregulation als eine Reaktion der Eltern dar. Diese Belastungsreaktion wird entsprechend des *transaktionalen Entwicklungsmodells* von Sameroff (2010) von verschiedenen Einflussfaktoren (wie Problemausprägung, Erziehungskompetenz, Bindungsverhalten und soziale Unterstützung) mitbestimmt. Für die Anforderungsbewältigung kommen der Bewertung der kindlichen Probleme, dem persönlichen Bewältigungsstil der Eltern sowie der Verfügbarkeit von Ressourcen wichtige Schlüsselfunktionen zu. Demzufolge ist die kindliche Symptomatik nicht für sich isoliert bedeutsam für die Ausprägung der Lebensqualität und Partizipation der Familie. Entscheidend ist, wie stark sich die Eltern durch diese Symptomatik der Kinder belastet fühlen und welche Ressourcen ihnen zur Bewältigung der gestellten Herausforderungen zur Verfügung stehen.

Für eine Beurteilung des Familiensystems im Hinblick auf eine notwendige unterstützende Intervention ist entscheidend, in welchem Maße einer Familie diese Leistung der *psychosozialen Anpassung* nach Tröster (2005a) gelingt. Die Einschätzung dieser Adaptationsleistung ist umso wichtiger, um ausreichende Möglichkeiten der Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der ICF (WHO, 2007) entsprechend der Bedürfnisse und der nutzbaren Ressourcen einer Familie zufriedenstellend zu realisieren bzw. zur Verfügung zu stellen.

Da die familienbezogene Lebensqualität selbst weniger ein unmittelbarer Gegenstand der Eltern-Kleinkind-Beratung ist, kann sie eher als das indirekte Ergebnis der Interaktion von kindlichem Verhalten und elterlichem Belastungsempfinden betrachtet werden. Diese These stellt einen bedeutsamen Ansatzpunkt für die Beratungstätigkeit dar: das Belastungsempfinden, insbesondere die erzieherische Kompetenz und die Mutter-Kind-Bindung, sollten weiterhin besonders im Fokus der Beratung stehen und durch gezielte Methoden der Edukation und Eltern-Kleinkind-Psychotherapie verstärkt werden. Darüber hinaus sollte die Relevanz der elterlichen Belastung als zusätzliches klinisches Kriterium internationaler Klassifikationen im Zusammenhang mit der Diagnose von frühkindlichen Störungen Berücksichtigung finden. Das Klassifikationssystem *DC: 0-5* (ZeroToThree, 2016) bietet dafür besonders geeignete Parameter.

## 7.4 Hypothesengeleitete Ergebnisdiskussion der Längsschnittanalysen

Die Ergebnisse der Längsschnittanalysen innerhalb der Interventionsgruppe werden für die einzelnen Endpunkte zunächst bezogen auf die generelle Wirksamkeit der Beratung diskutiert und gegenüber der Vergleichsgruppe abgegrenzt. Anschließend werden die Befunde in Bezug auf die Wirksamkeit bei psychosozial unterschiedlich belasteten Eltern bewertet und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet.

Die zugrundeliegenden Forschungsfragen konnten anhand der aufgestellten Hypothesen weitestgehend beantwortet werden. Bei Familien, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, kommt es zum Zeitpunkt nach der Beratung in den primären Endpunkten zu signifikanten Veränderungen.

### 7.4.1 Diskussion der Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit

Es sollte die **Forschungsfrage 3** beantwortet werden: *Führt die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes zur Reduktion der kindlichen Regulationsprobleme, der sozial-emotionalen Probleme und des elterlichen Belastungsempfindens sowie zur Erhöhung der familienbezogenen Lebensqualität?*

Bezogen auf die generelle Wirksamkeit der Beratung können die aufgestellten Hypothesen für jeden der vier primären Endpunkte bestätigt werden, da sich jeweils die Mittelwerte in der Interventionsgruppe signifikant über die Zeit veränderten. Die Inanspruchnahme der Beratung führt sowohl zu einer Reduktion der Regulationsprobleme und der sozial-emotionalen Probleme der Kinder als auch zur Verringerung der wahrgenommenen Belastung der Eltern sowie zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Familien. Die Ergebnisse werden im Folgenden getrennt für die einzelnen Endpunkte diskutiert.

**Die kindlichen Regulationsprobleme** verändern sich in der gesamten Stichprobe signifikant über die Zeit. Im Vergleich zum Studienbeginn haben sich die Probleme des kindlichen Regulationsverhaltens zum zweiten Messzeitpunkt insgesamt signifikant verringert. Innerhalb der Subskalen sind die stärksten Reduktionen in Bezug auf die Probleme im *Schlaf- und Schreiverhalten* sowie die Probleme in der *Fähigkeit zur Koregulation* zu erkennen. Auch zum zweiten Messzeitpunkt besitzen Schlafprobleme der Kinder weiterhin einen größeren Stellenwert im Vergleich zu den Fütterproblemen. Das *Trotzverhalten* hat sich zum zweiten Messzeitpunkt insgesamt weniger stark reduziert.

Unabhängig von der allgemeinen Reduktion der Regulationsprobleme über den Zeitverlauf unterscheiden sich die beiden Studiengruppen signifikant voneinander, da sich die Mittelwerte der

beiden Gruppen unterschiedlich über die Messzeitpunkte verändern. Die Regulationsprobleme der Kinder von Familien mit Beratungsbedarf sind einerseits nach 6 Monaten weiterhin stärker ausgeprägt als bei der Vergleichsgruppe. Andererseits verringern sich diese Probleme zum zweiten Messzeitpunkt signifikant stärker als bei Kindern von Familien der Vergleichsgruppe. Die stärkste Reduktion erfolgt bezogen auf die Schlafprobleme der Kinder und die Probleme der Koregulation. Bei Kindern der Vergleichsgruppe kommt es lediglich zu einer moderaten Reduktion der Regulationsprobleme.

Die stärkere Reduktion der Regulationsprobleme in der Interventionsgruppe lässt sich somit auf den Einfluss der Beratung zurückführen und spricht für deren generelle Wirksamkeit. Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Beratung zu einer stärkeren Reduzierung der Regulationsprobleme der Kinder geführt hat. Der Veränderungsindex  $RCI = 2.68$  weist sogar auf eine reliable Veränderung im Vergleich zur Normstichprobe hin. Die individuelle Veränderung der Regulationsprobleme ist demnach stärker ausgeprägt, als dies aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit der Messungen erwartet werden konnte.

In Bezug auf die *Diagnosekriterien einzelner Regulationsstörungen* bestehen bei Kindern von Familien mit Beratungsbedarf signifikante Veränderungen über die Zeit: die Kriterien für Einschlafstörungen (die Einschlafzeit beträgt über 30 Minuten) und Durchschlafstörungen (die Kinder erwachen mindestens dreimal in der Nacht) werden sechs Monate nach der Beratung weniger erfüllt. Bei Kriterien des exzessiven Schreiens und des Trotzverhaltens sowie bezogen auf das Verhalten der Kinder in der Vergleichsgruppe treten diese Unterschiede nicht auf.

**Die sozial-emotionalen Probleme der Kinder** verändern sich in der gesamten Stichprobe signifikant über die Zeit. Es kommt zum zweiten Messzeitpunkt zu einer signifikanten Verringerung. Unabhängig von der allgemeinen Reduktion der sozial-emotionalen Probleme über den Zeitverlauf unterscheiden sich die beiden Studiengruppen signifikant voneinander. Bei Familien mit Beratungsbedarf verringern sich die Probleme im sozial-emotionalen Verhalten der Kinder zum Zeitpunkt nach der Beratung signifikant stärker. Die stärkste Reduktion erfolgt bezogen auf Probleme der emotionalen Regulation der Kinder. Bei Familien ohne Beratungsbedarf kommt es lediglich zu einer geringen Reduktion dieser Probleme der Kinder.

**Das elterliche Belastungsempfinden** verändert sich in der gesamten Stichprobe signifikant über die Zeit. Zum zweiten Messzeitpunkt kommt es bei den Eltern beider Studiengruppen insgesamt zur Reduzierung der wahrgenommenen Belastung.

Unabhängig von der allgemeinen Reduktion des Belastungsempfindens über den Zeitverlauf bestehen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen. Auch wenn sich die

wahrgenommene Belastung bei Eltern mit und ohne Beratungsbedarf jeweils zu den beiden Messzeitpunkten nicht signifikant voneinander unterscheidet, verändern sich die Mittelwerte der beiden Studiengruppen unterschiedlich über die Messzeitpunkte. Bei Eltern, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, reduziert sich das Belastungsempfinden zum einen signifikant stärker. Zum anderen wird eine Reduzierung unter das Niveau der Vergleichsgruppe deutlich. Bei Eltern ohne Beratungsbedarf erfolgt diese Reduktion schwächer und nicht signifikant. In den Subskalen zeigt sich die stärkste Reduktion nach der Beratung in der wahrgenommenen *Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit*, in den *Zweifeln an der elterlichen Kompetenz* sowie im *Erleben persönlicher Einschränkung*.

Die Inanspruchnahme der Beratung hat demzufolge zu einer stärkeren Reduktion des Belastungsempfindens der Eltern geführt. Dies spricht für eine generelle Wirksamkeit der Beratung in Bezug auf das Belastungsempfinden der Eltern, auch wenn der Reliable Change Index ( $RCI = 0.83$ ) nicht auf eine reliable Veränderung hinweist. Es ist dennoch davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme einer Beratung bei den Eltern zu einer stärkeren Reduzierung des Belastungsempfindens geführt hat als bei Eltern, die diese Beratung nicht genutzt haben. Bezogen auf die von den Eltern *wahrgenommene Kompetenz* zeigen sich sogar gegenläufige Ergebnisse: bei Eltern mit Beratungsbedarf verringert sich das Belastungsempfinden; in der Vergleichsgruppe erhöht es sich. Auf diesen gegenläufigen Befund wird mit Hilfe der Einordnung in den Forschungsstand genauer eingegangen.

**Die familienbezogene Lebensqualität** verändert sich signifikant über die Zeit. Es kommt zum zweiten Messzeitpunkt bei den Familien beider Studiengruppen zur Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation.

Unabhängig davon stellt der Unterschied zwischen beiden Gruppen eine statistische Tendenz dar. Auch wenn die Lebensqualität bei Familien, die eine Beratung genutzt haben, weniger stark ausgeprägt ist als bei Familien ohne Beratungsbedarf, verändern sich die Mittelwerte der beiden Gruppen signifikant unterschiedlich über die Messzeitpunkte. Die Lebensqualität bei Familien mit Beratungsbedarf steigt signifikant stark an. Die von den Eltern wahrgenommene Lebensqualität der Familien hat sich zum Zeitpunkt nach der Beratung vor allem bezogen auf die beiden Unterbereiche *Entlastung und Selbstverwirklichung* sowie *Energie und Aktivität* deutlich erhöht.

Die Inanspruchnahme der Beratung hat demzufolge zu einer stärkeren Erhöhung der Lebensqualität der Familien geführt. Dies spricht für eine generelle Wirksamkeit der Beratung in Bezug auf die Lebensqualität der Familie, auch wenn der Reliable Change Index ( $RCI = -1.09$ ) nicht auf eine reliable Veränderung hinweist. Bei Familien ohne Beratungsbedarf ist dieser Anstieg schwächer und nicht signifikant. Bezogen auf die Subskalen *Entlastung und Selbstverwirklichung*

sowie Energie und Aktivität zeigen sich, analog zum Belastungsempfinden im Bereich der elterlichen Kompetenz, ebenfalls gegenläufige Ergebnisse: bei Familien, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, findet sich eine Zunahme der Lebensqualität; in der Vergleichsgruppe ohne Beratungsbedarf kommt es zur Abnahme der familienbezogenen Lebensqualität.

### *Zusammenfassung und Einordnung in den Forschungsstand*

Aus den berichteten Ergebnissen kann zusammenfassend geschlossen werden, dass die Beratung im Kinderzentrum in Bezug auf das kindliche Regulationsverhalten, die sozial-emotionalen Probleme, das elterliche Belastungsempfinden und die familienbezogene Lebensqualität einen starken Effekt besitzt. Somit lässt sich das in Anspruch genommene Beratungsangebot als wirksam beurteilen. Der stärkste Effekt trat bei der Reduktion der *kindlichen Regulationsprobleme* auf, da sich die Mittelwerte der beiden Studiengruppen in diesem Endpunkt am stärksten unterschiedlich über die Messzeitpunkte verändern.

Hinsichtlich der beiden kindbezogenen Endpunkte fällt die Verringerung der sozial-emotionalen Probleme (Cohen's  $d_{RM} = -0.66$ ) weniger stark aus als die Verringerung der kindlichen Regulationsprobleme (Cohen's  $d_{RM} = -1.41$ ). Dieser Unterschied lässt sich mit der größeren Ausrichtung der Beratung auf die Stärkung der elterlichen Kompetenzen im Umgang mit den Regulationsproblemen ihrer Kinder erklären. Die Beratung fokussiert nicht auf die Veränderung des allgemeinen und vor allem nicht auf die des sozial-emotionalen Verhaltens der Kinder. Dass sich die Schwierigkeiten der Kinder mit der Anpassung ihrer sozialen und emotionalen Fähigkeiten dennoch infolge der Beratung reduzieren, kann indirekt im Zusammenhang mit der Verbesserung der selbstregulatorischen Kompetenzen stehen.

Die Wirksamkeit von Interventionen der Säuglings-Kleinkind-Therapien konnte bereits in verschiedenen Studien bestätigt werden (Häußler, 2020). Die meisten Studien untersuchten jedoch die Wirkungen psychotherapeutischer Interventionen auf das kindliche Verhalten, die elterliche Psychopathologie und die Eltern-Kind-Interaktion.

In der Studie von Mattheß et al. (2021) konnten alle Mütter, die an einer Eltern-Kind-Psychotherapie (PIP) teilnahmen, nach 6 Monaten ihre Feinfühligkeit verbessern sowie ihre psychischen Gesundheitsprobleme, allgemeine Belastung und depressiven Symptome verringern.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe, führte die Eltern-Kind-Interaktionstherapie in der Studie von Kohlhoff et al. (2021) bei den Eltern zur Verbesserung der Erziehungskompetenzen (Zunahme positiver und Abnahme negativer Erziehungskompetenzen), der emotionalen Verfügbarkeit der Mütter (Erhöhung der elterlichen Feinfühligkeit und mangelnder Eindringlichkeit der Eltern) sowie

bei den Kindern zur Verbesserung des Verhaltens (Abnahme externalisierender und internalisierender Verhaltensweisen).

In der RCT-Studie von Georg, Cierpka, et al. (2021) konnte die fokussierte psychodynamische Eltern-Kind-Kurzzeittherapie (fPIP) im Vergleich zur pädiatrischen Standardversorgung (TAU) zur Reduzierung des exzessiven Schreiens, der Schlaf- und Essstörungen bei den Säuglingen und der dysfunktionalen Koregulationsstrategien bei den Eltern führen sowie die nächtlichen Wachstörungen, die psychische Belastung und Depressivität der Mütter verringern. Es gab einen Trend, der darauf hindeutete, dass fPIP zu einer erhöhten mütterlichen Selbstwirksamkeit und einer erhöhten elterlichen Reflexionsfähigkeit führte.

Nach Beendigung einer elternorientierten Intervention stellten Schnatschmidt et al. (2022) sowohl eine Verbesserung des Schlafverhaltens (Reduzierung von Einschlaf latenz, die Häufigkeit und Dauer des nächtlichen Aufwachens, das Teilen des Bettes und die nächtliche Nahrungsaufnahme sowie Zunahme der Gesamtschlafdauer und der Schlafeffizienz) als auch des exzessiven Schreiens (Häufigkeit von Weinepisoden bei Kindern und unerklärlichen und unstillbaren Weinepisoden) fest.

Die vorliegende Studie entspricht jedoch nicht den Anforderungen einer Wirksamkeitsstudie im klassischen Sinne und lässt sich am ehesten den recherchierten Studien zur Wirkung von Beratung zuordnen. Die Beratung besitzt insbesondere für die Veränderung von Schlafproblemen der Kinder einen Effekt. Dies entspricht auch den altersäquivalenten Entwicklungsaufgaben und sollte bei der inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der Beratung Berücksichtigung finden. Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich in den Studien von Papoušek et al. (2004) und Borke et al. (2015)

Salisbury et al. (2012) zeigten in ihrer RCT-Studie, dass eine individuelle, familienzentrierte Beratung über den Einsatz gezielter Beruhigungsstrategien das Schreien bei Säuglingen schneller reduziert, die Schlafdauer stärker verlängert und die Fütterzeiten stärker verkürzt als eine pädiatrische Standardversorgung.

In der Studie von Streit et al. (2014) konnte sich ein videounterstütztes Elternttraining mit praktischen Übungen zur Verbesserung des Körperkontakts langfristig positiv auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter auswirken.

Die Studie von Augustin et al. (2023) liefert erste Hinweise für die Wirksamkeit einer psychoedukativen App für Eltern mit Schrei-, Schlaf- und Essproblemen ihres Kindes. Nach Benutzen berichtet die Interventionsgruppe über geringere elterliche Belastungen, einen höheren Wissensstand über Schreien, Schlafen und Füttern. Die Studie ergab keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der elterlichen Wirksamkeit, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der kindlichen Symptome.

Die Reduktion der sozial-emotionalen Probleme lässt sich in der Interventionsgruppe demnach ebenso auf den Einfluss der Beratung zurückführen. Die Inanspruchnahme der Beratung hat zu einer stärkeren Reduktion dieser Probleme geführt. Die Studien von Dozier & Bernard (2017) und Yarger et al. (2021) konnten bereits zeigen, dass es infolge einer beziehungsbezogenen Kurzintervention zu einer Verringerung der sozial-emotionalen Probleme der Kinder gekommen ist.

Hinsichtlich der beiden eltern- bzw. familienbezogenen Endpunkte fallen die Verringerung des Belastungsempfindens der Eltern (Cohen's  $d_{RM} = -0.37$ ) und die Erhöhung der Lebensqualität der Familien (Cohen's  $d_{RM} = 0.49$ ) weniger hoch aus.

In Bezug auf die Veränderung der Belastung hinsichtlich der wahrgenommenen elterlichen Kompetenz steht die vorliegende Studie dem Ergebnis der Metaanalyse von Taubner et al. (2013) entgegen. Diese konnte zeigen, dass sich frühzeitig in Anspruch genommene psychotherapeutische Interventionen zwar positiv auf die Psychopathologie der Mütter, wie Depression und Ängste auswirken, jedoch weniger auf die elterlichen Kompetenzen.

Eine Erklärung für das abweichende Ergebnis der vorliegenden Studie kann im Vorteil der Beratung im Kinderzentrum liegen, da es sich um ein niedrighwelliges Angebot mit einer kurzen Wartezeit und einem systemisch-interdisziplinären Ansatz handelt. Diese Form der Beratung fokussiert auf die individuellen Problemlagen der Familien und stellt den Eltern zeitnahe Lösungsmöglichkeiten und eine flexible Begleitung in der Zeit nach der Beratung zur Verfügung.

Die berichteten gegenläufigen Ergebnisse in Bezug auf das Belastungsempfinden und die Lebensqualität können sowohl entwicklungspsychologisch als auch sozialmedizinisch begründet sein. Einerseits bestehen aufgrund der kindlichen Entwicklung mit zunehmendem Alter stärkere Herausforderungen an die Eltern im Umgang mit dem kindlichen Verhalten, wie z.B. zunehmende Selbstregulation und Autonomiebestreben (Pauen et al., 2012). Andererseits kann die besondere Situation, hervorgerufen durch die COVID-19-Pandemie, das elterliche Belastungsempfinden und die familienbezogene Lebensqualität zusätzlich ungünstig beeinflusst haben.

Für die Bewältigung der Herausforderungen, die mit dem kindlichen Verhalten assoziiert sind, stehen den Eltern der Interventionsgruppe aufgrund der in Anspruch genommenen Beratung spezifische Informationen, Ressourcen und Kompetenzen zur Verfügung. Diese konnten sie gegebenenfalls auch auf individuelle Krisen generalisieren. Familien der Vergleichsgruppe können weniger bzw. nicht auf derartige Ressourcen zurückgreifen.

Die Studie von Tettenborn et al. (2022) zeigt eine höhere Belastung von Eltern während der COVID-19-Pandemie, die über vermehrte Schrei- und Einschlafprobleme ihrer Kinder berichteten. Verstärkend wirkte dabei vor allem der eingeschränkte Zugang zum Versorgungssystem.

Buechel et al. (2022) fanden in ihrer Studie heraus, dass im Vergleich zu Studien vor der Pandemie Säuglinge und Kleinkinder insgesamt ein ähnliches Ausmaß an psychischen Gesundheitsproblemen aufweisen (Fütterprobleme 34.8 %, Schrei-/ Schlafprobleme 26.2 %, multiple Regulationsprobleme 13.5 %). Ein Großteil der Mütter erlebt mehr Belastung aufgrund der Herausforderungen durch affektive Symptome (Angststörung 30.1 %, Depression 18.5 %) sowie durch begrenzte Ressourcen für die Kinderbetreuung aufgrund von Erziehungsstress.

In der erwähnten Studie von Schnatschmidt et al. (2022) kam es nach Beendigung einer elternorientierten Intervention neben der Verbesserung des Schlafverhaltens und des exzessiven Schreiens ebenso zu einer Reduzierung des mütterlichen Belastungserlebens. Die psychodynamisch fokussierte Eltern-Säuglings-Psychotherapie (fPIP) war in der Studie von Georg, Cierpka, et al. (2021) in Bezug auf die Verringerung der psychischen Belastung der Mutter gegenüber der TAU-Gruppe überlegen. Die Studie von Augustin et al. (2023) zeigte, dass Eltern, nachdem sie eine psychoedukative App nutzten, im Vergleich zur Kontrollgruppe, eine signifikant geringere Belastung vor allem in den Domänen soziale Isolation, persönliche Einschränkung und Partnerbeziehung empfanden.

Die insgesamt starke Reduzierung des elterlichen Belastungsempfindens in der vorliegenden Studie kann durch die Inanspruchnahme der Beratung erklärt werden, da es sich bei der genutzten Intervention um eine individuell ausgerichtete Beratungssituation handelt. Aufgrund des niedrigschwelligen Angebotes ist es den Beraterinnen möglich, insgesamt flexibler und adaptiver auf die Belastungsdomänen der Eltern einzugehen. Das Beratungsangebot setzt direkt an der erzieherischen Kompetenz der Eltern an und fokussiert darauf, diese durch eine geeignete Edukation oder durch Modelllernen zu erhöhen. Die Vergleichsgruppe kann nicht auf eine entsprechende adaptive Unterstützung zurückgreifen.

#### 7.4.2 Diskussion der Ergebnisse zur differentiellen Wirksamkeit

Es sollte die **Forschungsfrage 4** beantwortet werden: *Verändern sich die Regulationsprobleme, die sozial-emotionalen Probleme, das Belastungsempfinden und die Lebensqualität zwischen Familien mit unterschiedlich hoher psychosozialer Belastung über die Zeit?*

Bezogen auf die differentielle Wirksamkeit der Beratung im Kinderzentrum konnten die aufgestellten Hypothesen lediglich für die primären Endpunkte Belastungsempfinden und Lebensqualität bestätigt werden, da sich deren Mittelwerte zwischen Eltern mit hoher und geringer Belastung in der Interventionsgruppe jeweils signifikant über die Zeit veränderten. Bei Familien mit einem höheren Belastungsgrad führt die Inanspruchnahme der Beratung in Bezug auf diese

Endpunkte zu einer signifikant stärkeren Reduktion des Belastungsempfindens sowie zu einer stärkeren Erhöhung der Lebensqualität als bei gering belasteten Eltern. Die Regulationsprobleme reduzieren sich lediglich tendenziell stärker bei Kindern höher belasteter Eltern, so dass in diesem Endpunkt ein Einfluss der Beratung nur vermutet werden kann. Die Ergebnisse werden im Folgenden getrennt für die einzelnen Endpunkte diskutiert.

**Die Regulationsprobleme** sind bei Kindern hoch belasteter Eltern insgesamt nur tendenziell stärker ausgeprägt als bei Kindern von Eltern, die weniger belastet sind. In beiden Gruppen der psychosozialen Belastung reduzieren sich die Regulationsprobleme der Kinder zum Zeitpunkt nach der Beratung. Jedoch verändern sich die Mittelwerte der beiden Belastungsgruppen nicht unterschiedlich über die Messzeitpunkte, so dass lediglich eine marginale Differenz zwischen ihnen besteht. Die Regulationsprobleme reduzieren sich bei Kindern von hoch belasteten Eltern geringfügig aber nicht signifikant stärker als bei Kindern von weniger belasteten Eltern. Dieses Ergebnis zeigt sich sowohl in der Gesamtskala als auch in allen Subskalen des SFS.

Die Regulationsprobleme der Kinder reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt unabhängig vom Belastungsgrad der Eltern. Dies deutet in Bezug auf die Regulationsprobleme nicht auf eine differentielle Wirksamkeit der Beratung bei unterschiedlich hoch belasteten Eltern hin. Ein spezifischer Effekt aufgrund der in Anspruch genommenen Beratung auf die geringfügig höhere Reduktion der Regulationsprobleme bei höher belasteten Eltern kann nur vermutet, aber nicht bestätigt werden. Beide Belastungsgruppen weisen hohe, aber nur marginal unterschiedliche Effektstärken auf. Diese geringfügigen Unterschiede lassen sich auf entwicklungspsychologische Faktoren zurückführen, da auch in der Vergleichsgruppe eine Veränderung der Regulationsprobleme über die Zeit zu finden ist (Hypothese 2a).

**Die sozial-emotionalen Probleme der Kinder** reduzieren sich zum zweiten Messzeitpunkt in den beiden Subgruppen der psychosozialen Belastung. Die Probleme reduzieren sich in der Interventionsgruppe bei Kindern von hochbelasteten Eltern hochsignifikant stärker; bei Kindern von Eltern mit *geringer Belastung* jedoch nur tendenziell. Auch wenn sich bei Kindern von Eltern ohne Beratungsbedarf die sozial-emotionalen Probleme nicht signifikant reduzieren, besteht dennoch ein Unterschied zwischen den Belastungsgruppen, zugunsten der Gruppe hochbelasteter Eltern. Jedoch ist dieser Unterschied ebenfalls nicht signifikant. Auch bezogen auf die Reduzierung der sozial-emotionalen Probleme kann der Effekt der Beratung ebenfalls nur vermutet werden. Auch in diesem Bereich können die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten auf entwicklungspsychologische Faktoren zurückzuführen sein.

**Das elterliche Belastungsempfinden** ist bei hoch belasteten Eltern insgesamt stärker ausgeprägt als bei Eltern, die weniger belastet sind. Es kommt zum Zeitpunkt nach der Beratung bei den Eltern beider Belastungsgruppen zu einer Reduzierung ihrer wahrgenommenen Belastung. Zusätzlich besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Belastungsgruppen. Die Mittelwerte dieser Gruppen verändern sich signifikant unterschiedlich über die Messzeitpunkte. Bei hoch belasteten Eltern reduziert sich das Belastungsempfinden zum Zeitpunkt nach der Beratung stärker und signifikant. Bei gering belasteten Eltern reduziert sich das Belastungsempfinden nur sehr gering und nicht signifikant. Wesentlich sind auch die stärkeren Reduktionen in den Subskalen höher belasteter Eltern. Besonders hervorzuheben sind eine Verringerung des als inkompetent wahrgenommenen Elternverhaltens aber auch der als negativ empfundenen Bindung zum Kind sowie eine Reduzierung der als depressiv wahrgenommenen Stimmung.

Das elterliche Belastungsempfinden hat sich zum zweiten Messzeitpunkt abhängig vom Belastungsgrad der Eltern reduziert. Die Reduzierung ist bei Eltern mit hoher Belastung stärker. Dieses Ergebnis deutet auf eine differentielle Wirksamkeit der Beratung in Bezug auf hochbelastete Eltern hin.

Eine Erklärung kann in der erhöhten selbsterlebten Veränderungsmotivation dieser Gruppe bestehen. Dieser Unterschied lässt sich in Bezug auf die Vergleichsgruppe nicht finden (Hypothese 2b). Dies spricht dafür, dass gerade die niedrighschwellige Beratung einen spezifischen Einfluss auf die Veränderung des Belastungsempfindens bei hoch belasteten Eltern ausübt. Bei Eltern mit geringem Belastungsgrad zum Zeitpunkt vor der Beratung lässt sich nach der Beratung ein geringer Anstieg des allgemeinen Belastungsempfindens erkennen. Dies kann mit einer durch die Beratung angestoßenen erhöhten Fokussierung bzw. Sensibilisierung auf die Problembereiche zusammenhängen. Beide Veränderungen und vermuteten Zusammenhänge sollten in weiteren Forschungsvorhaben genauer evaluiert werden.

**Die familienbezogene Lebensqualität** ist bei hoch belasteten Eltern insgesamt weniger stark ausgeprägt als bei Eltern, die weniger belastet sind. Es kommt zum Zeitpunkt nach der Beratung bei den Eltern beider Belastungsgruppen zu einer Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation. Darüber hinaus besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Belastungsgruppen. Die Mittelwerte der beiden Belastungsgruppen verändern sich unterschiedlich über die Messzeitpunkte. Es besteht eine signifikante Differenz zwischen ihnen. Bei hoch belasteten Eltern erhöht sich die Lebensqualität zum Zeitpunkt nach der Beratung signifikant und stärker. Im Vergleich dazu steigt die Lebensqualität bei Eltern mit geringem Belastungsgrad weniger stark und nicht signifikant. Dieses Ergebnis deutet auf eine differentielle Wirksamkeit der Beratung in Bezug auf hochbelastete Eltern hin.

Einfluss auf die stärker ansteigende Lebensqualität bei hochbelasteten Eltern können ebenfalls die durch die Beratung angeregte höhere Sensibilisierung sowie die unmittelbar erlebte Reduzierung der elterlichen Belastung und der Regulationsprobleme der Kinder besitzen. Familien mit geringem Belastungsgrad besitzen bereits vor Beginn der Beratung ein höheres Niveau an Lebensqualität, das sich über die Zeit nur gering erhöht.

#### *Zusammenfassung und Einordnung in den Forschungsstand*

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kann davon ausgegangen werden, dass es Gruppen von weniger und stärker profitierenden Familien gibt: bezogen auf das elterliche Belastungsempfinden und die familienbezogene Lebensqualität profitieren Eltern mit einem hohen Grad an psychosozialer Belastung stärker von der Beratung als Eltern mit geringerem Belastungsgrad. Das Beratungsangebot ist in besonderem Maße bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung wirksam. Es kommt zu stärkeren Veränderungen in der wahrgenommenen elterlichen Belastung, vor allem der zunehmenden Wahrnehmung elterlicher Kompetenz. Dies hat insgesamt positive Auswirkungen vor allem auf eine stärkere Entlastung und Möglichkeiten der Selbstverwirklichung im Sinne der familienbezogenen Lebensqualität.

Bezogen auf die Reduktion der kindbezogenen Regulationsprobleme ist die Beratung in beiden Belastungsgruppen gleich wirksam. Dieses Ergebnis stimmt mit Befunden anderer Studien überein, die einen schwachen Zusammenhang vor allem zwischen der Häufigkeit von Schlafstörungen und dem psychosozialen Status der Eltern sahen (Sidor et al., 2012).

Die Spezifität der Beratung entspricht den Bedürfnissen der höher belasteten Eltern und stärkt deren Compliance und Motivation zur Veränderung. Zum einen kann die Kurzintervention bereits in den ersten Beratungseinheiten zur verbesserten Sensibilisierung der Eltern für die kindlichen Signale und der Eltern-Interaktionen sowie zur Reflexion des eigenen elterlichen Verhaltens beitragen. Zum anderen stellt das niedrighwellige Angebot eine gezielte Unterstützung in Form konkreter und schnell umsetzbarer Handlungsempfehlungen oder Handlungsalternativen zur Verfügung. Durch deren Anwendung erfahren die Eltern einen direkten Effekt, in dem sich das als problematisch wahrgenommene Regulationsverhalten sehr zeitnah ändert und durch die Beratung eine Reflexion ihres eigenen Verhaltens ermöglicht wird, die wiederum die elterliche Kompetenz verstärkt.

Die Studie von Salomonsson and Sandell (2011) bestätigt die positive Auswirkung einer Mutter-Kind-Intervention auf die mütterliche Sensitivität sowie auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Allerdings steht dem der Befund von Sidor et al. (2012) entgegen, wonach die herabgesetzte Feinfühligkeit stärker belasteter Eltern zum Ignorieren des auffälligen Verhaltens der Kinder geführt hat.

In der Studie von Kohlhoff et al. (2021) führt eine Eltern-Kind-Interaktionstherapie zur Zunahme positiver und zur Abnahme negativer Erziehungskompetenzen, zur Erhöhung der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern sowie zur verbesserten Wahrnehmung der kindlichen Probleme.

Georg, Cierpka, et al. (2021) zeigen die verbesserte Selbstwirksamkeit und Reflexionsfähigkeit der Mütter infolge einer fokussierten Eltern-Kind-Psychotherapie.

Eltern mit geringerem Belastungsgrad werden zwar durch die Eltern-Kleinkind-Beratung der Regulationssprechstunde in ihrem bisherigen elterlichen Handeln bestärkt. Sie benötigen jedoch weniger konkrete und langandauernde Unterstützung durch das Beratungsangebot.

Das Niveau der wahrgenommenen elterlichen Belastung ist zu Beginn der Beratung bei Familien mit geringem Belastungsgrad insgesamt niedriger ausgeprägt, so dass sich Veränderungen über den Zeitverlauf nur mäßig äußern. Kötter et al. (2011) bestätigen, dass sich gerade bei weniger stark belasteten Eltern bereits nach einer kurzfristig wirkenden Intervention positive Effekte auf die Einschätzung der elterlichen Kompetenz einstellen.

#### **7.4.3 Diskussion der Ergebnisse zu den explorativen Forschungsfragen**

Zunächst sollte die **Forschungsfrage 5** beantwortet werden: *Welche Faktoren sind mit Veränderungen der primären Endpunkte zum zweiten Messzeitpunkt assoziiert?*

In diesem Zusammenhang wurden geeignete Prädiktoren gesucht, die Veränderungen der gemessenen primären Endpunkte zum Zeitpunkt nach der Beratung erklären. Betrachtet wurden sowohl einzelne Endpunkte, die zum Zeitpunkt vor der Beratung gemessen wurden, als auch kind-, mutter-, familienbezogene Faktoren sowie Beratungsfaktoren.

Bei Familien mit Beratungsbedarf können stärker ausgeprägte **Regulationsprobleme der Kinder** zum zweiten Messzeitpunkt erklärt werden durch hohe Werte in den Subskalen *Fütterprobleme* und *Schlafprobleme* der kindlichen Regulationsprobleme sowie durch hohe Werte in der Subskala *Elterliche Kompetenz* des elterlichen Belastungsempfindens zum ersten Messzeitpunkt.

Eltern, die das Ess- oder Schlafverhalten ihrer Kinder zum ersten Messzeitpunkt als sehr problematisch wahrgenommen haben, erleben die Regulationsprobleme auch nach der Beratung als stark ausgeprägt. Je kompetenter sich Eltern in ihrem Erziehungsverhalten wahrnehmen, d.h. je weniger Zweifel sie an ihren eigenen Fähigkeiten bei der Bewältigung von Herausforderungen an die Erziehung ihres Kindes besitzen, umso weniger problematisch erleben sie das Regulationsverhalten ihrer Kinder nach der Beratung.

Die nach der Beratung weiterhin bestehenden Regulationsprobleme der Kinder werden von den Eltern umso stärker wahrgenommen, je stärker sich diese Probleme zum ersten Messzeitpunkt auf die Emotionen der Eltern, wie Angst und Sorgen, ausgewirkt haben. Je höher Eltern die Schwierigkeiten im sozial-emotionalen Verhalten ihrer Kinder vor der Beratung einschätzen, umso stärker ausgeprägt erleben sie Regulationsprobleme, die nach der Beratung weiterhin bestehen. Je zufriedener die Eltern nach der Beratung mit ihrer allgemeinen Familiensituation sind, umso weniger nehmen sie das Regulationsverhalten ihrer Kinder als problematisch wahr. Die familienbezogene Lebensqualität zu Beginn der Befragung, die Wartezeit bis zum Beratungsbeginn sowie Anzahl und Dauer der Beratungen besitzen keinen Aussagewert für die Ausprägung des kindlichen Regulationsverhaltens nach der Beratung

Bei Familien mit Beratungsbedarf können zum zweiten Messzeitpunkt stärker ausgeprägte **sozial-emotionale Probleme der Kinder** durch hohe Werte in den Subskalen *Trotzverhalten* der kindlichen Regulationsprobleme, durch hohe Werte in der Subskala *internale Probleme* der sozial-emotionalen Probleme sowie durch hohe Werte in der Subskala *Soziale Unterstützung durch die Familie* der familienbezogenen Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt erklärt werden.

Eltern, die das Trotzverhalten ihrer Kinder und die internalen Probleme zum ersten Messzeitpunkt als sehr problematisch wahrgenommen haben, erleben die sozial-emotionalen Probleme auch nach der Beratung als stark ausgeprägt. Je mehr Unterstützung Eltern durch ihre Familienangehörigen erhalten, umso weniger problematisch erleben sie das sozial-emotionale Verhalten ihrer Kinder nach der Beratung.

Ein stärker ausgeprägtes **Belastungsempfinden** zum zweiten Messzeitpunkt kann bei den Eltern, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, erklärt werden durch hohe Werte in der Subskala *Koregulation* der kindlichen Regulationsprobleme, hohe Werte in der Subskala *Persönliche Einschränkung* des elterlichen Belastungsempfindens sowie niedrige Werte in der Subskala *Energie und Aktivität* der familienbezogenen Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt.

Die von den Eltern empfundene Belastung ist zum Zeitpunkt nach der Beratung umso größer, je schwerer es Eltern vor der Beratung fällt, über geeignete Beruhigungsstrategien das Regulationsverhalten ihrer Kinder zu unterstützen bzw. je stärker sie sich selbst in ihrer Lebensführung und in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt fühlen.

Je zufriedener die Eltern nach der Beratung allgemein mit ihrer Familiensituation sind, umso weniger belastend empfinden sie die Beziehung zu ihrem Kind.

Die empfundene Belastung der Eltern nach der Beratung sinkt mit zunehmendem Alter der Kinder sowie mit höher wahrgenommener Motivation und Funktionsfähigkeit im Familienalltag.

Bei den Familien mit Beratungsbedarf kann eine weniger stark empfundene *Lebensqualität* zum zweiten Messzeitpunkt erklärt werden durch hohe Werte in der Subskala *Schlafprobleme* innerhalb der kindlichen Regulationsprobleme, durch hohe Werte in der Subskala *Gesundheit* innerhalb des elterlichen Belastungsempfindens sowie durch niedrige Werte in der Subskala *Energie und Aktivität* in der Skala der familienbezogenen Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt.

Die von den Eltern zum Zeitpunkt nach der Beratung eingeschätzte Lebensqualität der Familie ist umso höher, je geringer die Schlafprobleme der Kinder zum Zeitpunkt vor der Beratung waren. Ebenso wird die Lebensqualität höher beurteilt, wenn es Eltern gelingt, sich trotz des Verhaltens ihrer Kinder ausreichend in ihr soziales Netzwerk zu integrieren und sie sich in ihrer eigenen Gesundheit weniger beeinträchtigt fühlen. Die Lebensqualität wird zusätzlich positiv beeinflusst, wenn die Eltern eine hohe Motivation und Funktionsfähigkeit in ihrem Alltag wahrgenommen haben und sie nach der Beratung mit ihrer allgemeinen Lebensqualität und Familiensituation zufrieden waren. Eine höhere Zufriedenheit mit den vor der Beratung in Anspruch genommenen Unterstützungsangeboten trägt ebenfalls zu einer höheren Lebensqualität bei.

Zwischen den vier primären Endpunkten bestehen signifikante Zusammenhänge. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Eine *Reduktion der Regulationsprobleme* steht im Zusammenhang mit einer Verringerung der empfundenen elterlichen Belastung. Einerseits führen geringer werdende *Schwierigkeiten in der Koregulation* zur Reduktion des elterlichen Belastungsempfindens. Andererseits führen verringerte *Zweifel der Eltern an ihrer Kompetenz* zur Abnahme der kindlichen Regulationsprobleme. Je besser es Eltern gelingt, das Verhalten ihrer Kinder zu koregulieren, umso kompetenter erleben sie sich und umso weniger fühlen sie sich in ihrer persönlichen Entfaltung eingeschränkt. In der Folge der Verbesserung der kindlichen Verhaltensregulation spiegelt sich die Reduktion der von den Eltern empfundenen Belastung in einer *Zunahme der familienbezogenen Lebensqualität* wider.

Die familienbezogene Lebensqualität wird als besonders erhöht wahrgenommen, je stärker sich einerseits die *Schlafprobleme* der Kinder und andererseits die *Belastung in der Partnerbeziehung* verringert haben.

### *Zusammenfassung und Einordnung in den Forschungsstand*

Die Analyse hat gezeigt, dass unterschiedliche prädiktive Faktoren existieren, die auf die verstärkte Ausprägung kindlicher Probleme, elterlicher Belastung und der Lebensqualität hinweisen. Allerdings kann nicht auf die ursächliche Kausalität geschlossen werden. Dies sollte Gegenstand nachfolgender Forschung sein. Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse reihen sich in die Befunde anderer Studien ein, wonach frühe regulatorische Störungen mit hohem Erziehungsstress und hoher Belastung der Eltern verbunden sind.

Die Studie von Schnatschmidt et al. (2022) zeigt beispielsweise folgende Zusammenhänge auf: a) Die Häufigkeit der Weinepisoden veränderte sich zusammen mit der Häufigkeit des nächtlichen Aufwachens und der nächtlichen Nahrungsaufnahme, b) unerklärliches und unstillbares Weinen veränderte sich zusammen mit der Schlafeffizienz, c) das Weinen aufgrund von Trotz veränderte sich zusammen mit der Häufigkeit des nächtlichen Aufwachens, der Schlafeffizienz und der Häufigkeit der Bettteilung, d) die Essstörungen veränderten sich zusammen mit der Dauer des nächtlichen Aufwachens, e) die Belastung der Mütter veränderte sich mit der Häufigkeit, mit der das Kind nachts aufwachte, f) im Gegensatz dazu veränderte sich die elterliche Belastung der Väter zusammen mit der nächtlichen Nahrungsaufnahme des Kindes, dem unerklärlichen und unstillbaren Weinen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen die Befunde aus den Längsschnittstudien von Baillargeon et al. (2012) sowie von Winsper & Wolke (2014). Die Probleme mit der Regulation im Verhalten der Kinder verlief demnach über die Zeit stabil, werden durch frühkindliche Regulationsprobleme vorausgesagt und verstärken sich bei Problemen in mehreren Regulationsbereichen.

Georg, Schröder-Pfeifer, et al. (2021) deckten drei Variablen der regulatorischen Probleme von Säuglingen auf, die für die Vorhersage von mütterlichem Erziehungsstress bedeutsam sind: die *Dauer des Unruhe-/Weinens*, die *Anzahl der klinisch beurteilten regulatorischen Symptome* und der SFS-Summenscore (der allgemeine Schweregrad der regulatorischen Symptome). Alle Variablen stehen in positivem Zusammenhang mit mütterlichem Erziehungsstress.

Eine beeinträchtigte mütterliche Selbstwirksamkeit wurde als wichtiger Faktor für die Ätiologie oder Aufrechterhaltung der Regulationsstörungen der Kinder beschrieben, während eine höhere Selbstwirksamkeit den mütterlichen Erziehungsstress reduzieren kann (Bolten, 2014).

Studien zur familienbezogenen Lebensqualität bestätigen, dass das subjektive Erleben der eigenen Lebensqualität mit der empfundenen Belastung der Eltern assoziiert ist. Temperaments- und Verhaltensmerkmale des Kindes besitzen lediglich einen indirekten Einfluss auf die Beurteilung der Lebensqualität der Eltern (Sarimski, 2009; Terpitz et al., 2005).

Abschließend sollte die **Forschungsfrage 6** beantwortet werden: *Bestehen Zusammenhänge zwischen der Beratungszufriedenheit und den Veränderungen von Regulationsproblemen, sozial-emotionalen Problemen, Belastungsempfinden und Lebensqualität?*

Zur Klärung dieser Frage wurden verschiedene Aspekte der Beratung berücksichtigt, deren Ergebnisse im Folgenden erläutert werden.

Der Beratungsbeginn erfolgt unabhängig von der Stärke der Ausprägung der Probleme der Kinder, des Belastungsempfindens der Eltern und der Lebensqualität der Familie.

Das Belastungsempfinden zum Zeitpunkt nach der Beratung steht im Zusammenhang mit einer längeren Wartezeit der Eltern auf den Beginn der Beratung. Eltern, die länger auf den Beginn der Beratung gewartet haben, empfinden zum Zeitpunkt nach der Beratung eine geringere Belastung aufgrund der Probleme ihrer Kinder. Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass die Eltern in dem Zeitraum bis zum Beginn der Beratung, die Herausforderungen, die durch das Verhalten der Kinder an sie gestellt wurden, ohne professionelle Hilfe bewältigt haben. In diesem Zusammenhang haben Eltern mutmaßlich eigene Strategien entwickelt und angewendet. In der Literatur finden sich leider keine Studien, die diesen Zusammenhang bestätigen können.

Stärker ausgeprägte kindliche Probleme und stärker ausgeprägtes elterliches Belastungsempfinden zu Beginn der Beratung gehen mit einer erhöhten Anzahl an Beratungsterminen sowie mit längeren Beratungsterminen einher.

Eine Reduktion der Regulations- und sozial-emotionalen Probleme der Kinder zum Zeitpunkt nach der Beratung spiegelt sich in einer höheren Beratungszufriedenheit wider. Insbesondere gehen eine Reduktion der Schlafprobleme und eine Verbesserung der sozial-emotionalen Regulation der Kinder mit einer höheren Zufriedenheit der Eltern in Bezug auf die Erfolge der Beratung, auf den Beratungsverlauf und auf die Beratung insgesamt einher.

Ebenso wirkt sich eine stärker wahrgenommene Kompetenz der Eltern positiv auf die Beratungszufriedenheit aus. Eine Reduktion der Zweifel an der erzieherischen Kompetenz der Eltern spiegelt sich ebenfalls in einer Zunahme der Zufriedenheit mit der Beratung wider.

Eltern mit einer geringen psychosozialen Belastung sind mit dem Beratungsverlauf geringfügig zufriedener als Eltern mit einer hohen psychosozialen Belastung.

In der Studie von Moschner et al. (2018) zeigt sich eine höhere Zufriedenheit der Eltern im Rahmen einer spezifischen Mutter-Kind-Behandlung mit Blick auf die positive Veränderung des kindlichen Verhaltens. Dabei hatte die Qualität der Kompetenzen der Therapeuten und der Beziehung zwischen den Müttern und Therapeuten einen höheren Stellenwert.

Aufgrund des noch weniger beachteten Gegenstandes konnte bisher auf keine weiteren Studien in diesem Zusammenhang zurückgegriffen werden, so dass ein erhöhter Forschungsbedarf entsteht.

### 7.5 Einordnung der Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit der Beratung

Hauptziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit eines ambulanten Beratungsangebotes für Familien, deren Kinder Regulationsprobleme besitzen. Hierbei wurden zu zwei Messzeitpunkten (vor der Beratung und 6 Monate nach der Beratung) das Regulationsverhalten und das sozial-emotionale Verhalten der Kinder sowie das Belastungsempfinden der Eltern und die Lebensqualität der Familie beurteilt.

Die kindlichen Regulationsprobleme reduzierten sich der Hypothese entsprechend im Verlauf der Beratung. Dies geht mit den Wirksamkeitsüberprüfungen anderer Interventionsangebote konform (Ise et al., 2015; Liwinski et al., 2015). Für das elterliche Belastungsempfinden ließen sich in der vorliegenden Studie ebenfalls signifikante Veränderungen nachweisen. Im direkten Vergleich zu den kindlichen Regulationsproblemen zeigte sich hier allerdings eine geringere Effektstärke. Dies lässt den Schluss zu, dass das ambulante Beratungsangebot eine hohe Wirksamkeit besonders auf die Veränderung des kindlichen Verhaltens ausübt. Die Ergebnisse liefern einerseits einen Hinweis auf die Veränderung der elterlichen Stressbelastung im Verlauf der Beratung. Andererseits werden bisherige Untersuchungen untermauert, die einen Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und elterlicher Belastung postulieren (Gabriel & Bodenmann, 2006).

Mit der durchgeführten Studie lässt sich allerdings nicht offenlegen, welche Wirkfaktoren der Beratung besonders relevant für diese Veränderungen sind. Das interaktionsorientierte Konzept der frühkindlichen Beratung wird individuell an den Bedarf der Familien angepasst. Es *fehlt ein standardisiertes Manual* sowie *Parameter einer objektiven Evaluation*. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Daher lassen sich zunächst *keine differenziellen Aussagen über die Effektivität spezieller Beratungselemente* treffen.

Die Beurteilung der kindlichen Symptomatik beruht auf subjektiven Einschätzungen der belasteten und nach der Beratung entlasteten Eltern. Die damit im Zusammenhang stehenden *kognitiven Verzerrungen* können zu unzuverlässigen Beurteilungen der Symptomausprägung bei den Eltern zu beiden Messzeitpunkten im Sinne eines Reporter-Bias führen. Bei der Ergebnisinterpretation sollte berücksichtigt werden, dass subjektive Elternberichte nicht einer klinisch befundeten Diagnose entsprechen (Müller, Achtergarde & Furniss, 2011).

Ebenso kann der wiederholte Einsatz derselben Fragebögen bei den Eltern zu *Testmüdigkeitseffekten* geführt haben, z. B. dadurch, dass sie die Fragebögen weniger sorgfältig ausgefüllt haben. Darüber hinaus haben studienunabhängige Faktoren, wie beispielsweise phasentypische Reifung, Spontanremission der Regulationsprobleme oder äußere Ereignisse, wie familienbezogene Auswirkungen der COVID-19-Pandemie die Ergebnisse mutmaßlich beeinflussen und somit gegebenenfalls die interne Validität gefährden können.

In der Zusammenschau bekräftigen die vorliegenden Ergebnisse bisherige Untersuchungen zur Wirksamkeit von Eltern-Kind-Interventionen und liefern wichtige Hinweise auf eine Effektivität der Beratung bei Kleinkindern mit Regulationsproblemen. Der erhöhte Anteil an psychisch belasteten Eltern in der vorliegenden Stichprobe verdeutlicht dabei nicht nur die *Relevanz dieser niedrigschwelligen Beratungsform*. Ebenso besitzt die sozialpädiatrische und interaktionsorientierte Perspektive eine relevante Bedeutung für die *Wirksamkeit bei der Veränderung der kindlichen Symptomausprägungen*. In der Vermittlung der Veränderung des elterlichen Belastungsempfindens zeigen sich bedeutsame Effekte auf die Veränderung der Lebensqualität der Familien. Die Ergebnisse unterstreichen die *Notwendigkeit einer engen Vernetzung* zwischen der pädiatrischen und psychologischen Perspektive bei der Planung und Durchführung der Beratung.

Aufgrund der überwiegend durch die Mütter beantworteten Aussagen ist es in dieser untersuchten Stichprobe *nicht möglich, verlässliche Rückschlüsse zur Situation von männlichen Bezugspersonen* herzustellen.

## 7.6 Implikationen für die Beratungspraxis

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit lassen sich für den Alltag der Kleinkindberatung einzelne praxisnahe Schlussfolgerungen und Anregungen ableiten. Es wird deutlich, dass frühe Interventionen bei Regulationsproblemen dazu beitragen, die Entwicklung persistierender Dysregulationsverhaltens und die Entwicklung internalisierender und externalisierender Verhaltensstörungen im späteren Kindesalter zu begrenzen.

Als Ergänzung zu den aktuell genutzten **Diagnose- und Klassifikationssystemen** kann der Einsatz des *DC: 0-5* dienen, um klinische Diagnosen genauer zu differenzieren, beeinflussende Faktoren abzugrenzen und um so noch gezielter einer multimodalen oder mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik zu entsprechen.

Besondere Berücksichtigung sollten auch die **aktuell diskutierten Diagnosen** finden. So kann der Fokus auf die im DC: 0-5 hervorgehobene Diagnose einer *spezifischen Beziehungsstörung der frühen Kindheit* gerichtet werden, um unabhängig von der klinischen Diagnose einer kindlichen Störung die Beeinträchtigung der Beziehungsqualität zwischen Kind und Eltern differenzieren zu können. Als Erweiterung der bisherigen kindbezogenen Störungsbilder kann auch auf die Diagnosen einer *sensorischen Verarbeitungsstörung*, im Sinne einer Unter- oder Überreaktivität bzw. im weiteren Altersverlauf einer *Verhaltensdysregulation*, im Sinne einer dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS) zurückgegriffen werden.

Wie bereits ausgeführt, sollte aufgrund ihrer vermittelnden Funktion die elterliche Belastung als klinisches Kriterium im Zusammenhang mit der Diagnose von frühkindlichen Störungen stärker berücksichtigt werden. Dies entspricht auch dem ganzheitlichen Konzept der ICF.

Zur Unterstützung einer **differenzierten Anamnese- und Diagnosestellung** können das bereits vorgestellte *strukturierte Interview für das Vorschulalter, SIVA 0-6* (In-Albon et al., 2020) sowie das psychopathologische Befundsystem für Säuglinge und Kleinkinder *Infant and Toddler Mental Status Exam, ITMSE* (von Gontard, 2018) dienen.

Aus den Studienergebnissen lässt sich ebenso ableiten, dass besonders der Schwerpunkt der Beratung im Kleinkindalter weiterhin auf der **Edukation und Intervention von Schlafstörungen** liegen sollte. Ggf. kann das Angebot auf ein manualisiertes Beratungskonzept erweitert werden, wie z.B. das *Elterntaining Mini-KISS für Kinder bis 4 Jahre mit Schlafstörungen* (Schlarb, 2014).

Die Beratung sollte den Eltern eine kindzentrierte Perspektive vermitteln und vor allem schlafphysiologische Kenntnisse beinhalten. Darüber kann es Eltern ermöglicht werden, die Schlafprobleme ihrer Kinder im Zusammenhang mit der normalen Entwicklung zu betrachten. Dies kann zu einer Entlastung der Eltern führen. Zuvor sollten mögliche organische Ursachen von Schlafstörungen ausgeschlossen werden. Wichtige Elemente dieses Trainings sind die Einbeziehung beider Elternteile, die Psychoedukation sowie Techniken der Verhaltenstherapie, der Imagination sowie der positiven Psychologie.

Für eine Beratung von Schlafproblemen im Kleinkindalter bietet sich darüber hinaus die Orientierung an einem gestuften Vorgehen an, das beispielsweise im *Konzept der Zürcher Schlafsprechstunde* (Benz, 2019) zu finden ist. Inhalte dieses Stufenkonzeptes sind die Einführung eines strukturierten regelmäßigen Tagesablaufs, um den Schlaf-Wachrhythmus zu regulieren, die Anpassung der Schlafzeiten an den individuellen Schlafbedarf des Kindes und die Veränderung der Einschlafgewohnheiten, um das selbstständige Einschlafen des Kindes zu unterstützen.

Über die verhaltenstherapeutische Methode der graduellen Annäherung wird mit Kind und Eltern schrittweise ein angepasstes Einschlafverhalten erarbeitet. Die Ansätze der Extinktion bzw. kontrollierten Extinktion, das gezielte Schreienlassen bis zum Erreichen des gewünschten Einschlafverhaltens, haben sich als Überforderung der Eltern herausgestellt (Benz, 2019).

Aufgrund der sich zunehmend verändernden Inanspruchnahmepopulation mit erweiterten Herausforderungen an eine interkulturelle und genderbezogene Vielfalt kann es erforderlich sein, die Interventionen stärker als zuvor auf die *familieninhärenten Besonderheiten* zu fokussieren. Der Prozess der Beratung kann sich in diesem Aspekt an den Elementen des bereits vorgestellten *kultursensitiven Modells* (Schöllhorn et al., 2016) orientieren. Aufgrund der familienspezifischen Komplexität sowie der individuums- und kontextabhängigen Entwicklungspfade existieren auch heterogene Vorstellungen hinsichtlich der Versorgung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern sowie bezüglich Interaktionsverhalten, Wünschen, Bedürfnissen und Ressourcen der jeweiligen Familien. Dementsprechend sollten kulturspezifische Wertevorstellungen sowie

Aspekte einer Gender-gerechten und Diversity-sensiblen Erziehung respektiert und in der Beratungspraxis berücksichtigt werden. Dies macht es in der Konsequenz eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses erforderlich, den bisher dominierenden normativen Entwicklungsansatz zu erweitern (Bak & Machold, 2022). Durch die professionelle Distanz zur dyadischen Annahme von „normal“ und „gestört“ ist es möglich, die Variabilität und Plastizität von Entwicklung genauer abzubilden. In der Beratung unterstützt die individuumszentrierte Sichtweise dabei, spezifische kulturelle Wertvorstellungen und individuelle Situationen der Familien zu berücksichtigen und diesen mit differenziert abgestimmten Angeboten zu begegnen (Borke et al., 2015; Schöllhorn et al., 2016).

### 7.7 Ausblick und Impulse für die weiterführende Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stellen einen Erkenntnisgewinn zur Bewertung der Wirksamkeit der Elternberatung bei frühkindlichen Regulationsstörungen in Bezug auf Fragestellungen innerhalb unterschiedlicher Forschungs- und Fachbereiche dar.

Bezogen auf den *Bereich der Versorgungsforschung* besitzt die spezialisierte Kleinkindberatung eine zunehmende Relevanz. Hieraus ergibt sich eine weitere Frage: kann über dieses niedrigschwellige Beratungsangebot der Nachfrage in einem definierten Versorgungsgebiet entsprochen oder sollte es als Ergänzung der Regelversorgung weiter ausgebaut werden.

Für den *Bereich der klinischen Psychologie bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie* besitzt die Erforschung des noch wenig beforschten Störungsbildes hinsichtlich der Epidemiologie und Prävalenz sowie in Bezug auf die noch nicht vollständig etablierten klinischen Diagnose- und Klassifikationskriterien einen hohen Stellenwert.

Im Rahmen der *Interventionsforschung* schließt die vorliegende Arbeit eine Lücke der Forschungsmethodik in Bezug auf die Erweiterung etablierter Erhebungsverfahren um den Bereich der frühkindlichen Entwicklung. Der Einsatz der geschilderten Erhebungsverfahren innerhalb dieser Forschungsarbeit erweitert deren Anwendungsbereich auf die Klientel der Kleinkinder und ihrer Eltern. Der Fragebogen SFS wurde adaptiert auf den Altersbereich der Kinder bis zum 36. Lebensmonat. Zusätzlich wurde das Entwicklungsspektrum um das sozial-emotionale Verhalten erweitert. Der Fragebogen FLQ wurde erstmals auf Fragestellungen im Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsproblemen angewandt. Unklar ist jedoch, welche Faktoren oder Merkmale der Beratung bedeutsamen Einfluss auf die Veränderung der Endpunkte hatten. Aktuelle Forschungsbemühungen konnten im Ansatz nachweisen, dass unspezifische Wirkfaktoren, wie Empathie und Verständnis der beratenden Person für die hohe Belastung der Eltern primär wirksam sind (Windaus, 2021). Notwendig sind weitere Studien, die diese Faktoren über operationalisierte Methoden und differenzierte Verfahren, wie eine video-unterstützte Analyse der Mutter-Kind-

Interaktion erfassen. Darüber hinaus ist für eine Beurteilung der Wirksamkeit der Beratung auch die Entwicklung und Evaluation eines manualisierten Beratungskonzeptes erforderlich.

Die *Bereiche der Lebensqualitätsforschung* und der *Rehabilitationspädagogik* können ebenfalls vom Erkenntnisgewinn dieser Arbeit profitieren und dazu beitragen, den Forschungsfokus von Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigung zu erweitern. Mit Hilfe der vorgestellten Erhebungsverfahren ist es möglich, auch Einschränkungen der Lebensqualität und der Teilhabe von Kleinkindern mit psychischen Störungen und deren Familien differenziert zu erfassen und in der Folge geeignete pädagogische Konzepte zu deren Unterstützung zu entwickeln.

Bei der Planung und Durchführung zukünftiger Studien in diesem Themenbereich sollten ***weiterführende Forschungsschwerpunkte und -fragen*** Berücksichtigung finden, die im Folgenden überblickartig zusammengestellt sind:

- Welche spezifischen Faktoren der Beratung sind wirksam: Persönlichkeit der Beratungsperson, Empathie, therapeutische Ausrichtung, Methodeneinsatz?
- In welchem Ausmaß hält die Wirkung der Beratung langfristig an. Dies kann ggf. mit Hilfe von Longitudinalstudien zu follow-up-Messzeitpunkten nach einem, zwei, drei Jahren erfolgen.
- In welchem Ausmaß prädictieren frühkindliche Regulationsprobleme der Kinder Prädiktoren für später diagnostizierte Störungen, z.B. Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Verhaltensstörungen, Lernstörungen, umschriebene Teilleistungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen. Damit können Indikatoren für die Entwicklung manifester Störungsbilder detektiert werden.
- Welchen Einfluss besitzen Regulationsprobleme auf Lebensqualität und Partizipation der Familien. Insbesondere gilt es der Frage nachzugehen: welchen Einfluss besitzen der Grad der Funktionseinschränkungen des Kindes und seiner Verhaltensauffälligkeit sowie die individuellen und sozialen Ressourcen der Eltern auf persönliches Wohlbefinden und auf die Lebensqualität ihrer Familie?
- Welche Bedeutung besitzen kulturspezifische Wertevorstellungen, Gender- und Diversity-bezogene Aspekte sowie der sozio-ökonomische Status für die Beratung im Kleinkindalter? Beispielsweise sollten Bedingungen wie Wohnraumsituation und finanzielle Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Die Beantwortung dieser Fragen kann bedeutsam für die Aus- und Weiterbildung relevanter medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Fachkräfte sein. Auch im Rahmen von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der sozialpädiatrischen Versorgung besitzen diese Aspekte eine wichtige Bedeutung, um eine evidenzbasierte Begleitung der Familien zu gewährleisten.

## 8 Quellenverzeichnis

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index: Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. University of Vermont.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum.
- Alakortes, J., Fyrstén, J., Carter, A. S., Moilanen, I. K., & Ebeling, H. E. (2015). Finnish mothers' and fathers' reports of their boys and girls by using the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development, 39*, 136-147.
- Alvik, A., Torgersen, A. M., Aalen, O. O., & Lindemann, R. (2011). Binge alcohol exposure once a week in early pregnancy predicts temperament and sleeping problems in the infant. *Early Human Development, 87*(12), 827-833.
- Angold, A., & Jane Costello, E. (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1-2), 9-15.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass.
- Asbury, K., Fox, L., Deniz, E., Code, A., & Toseeb, U. (2021). How is COVID-19 Affecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families? *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(5), 1772-1780.
- Asendorpf, J. B. (2011). Temperament. In H. Keller (Ed.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (pp. 466-486). Huber.
- Augustin, M., Licata-Dandel, M., Breeman, L., Harrer, M., Bilgin, A., Wolke, D., Mall, V., Ziegler, M., Ebert, D., & Friedmann, A. (2023). Effects of a mobile-based intervention for parents of infants with crying, sleeping, feeding problems: A randomized controlled trial. *JMIR mhealth and uhealth, 11*, 1-17.
- Ayoub, C., O'Connor, E., Rappolt-Schlichtmann, G., Vallotton, C., Raikes, H., & Chazan-Cohen, R. (2009). Cognitive skill performance among young children living in poverty: Risk, change, and the promotive effects of Early Head Start. *Early Childhood Research Quarterly, 24*(3), 289-305.
- Babineau, V., Jolicoeur-Martineau, A., Szekely, E., Green, C. G., Sassi, R., Gaudreau, H., Levitan, R. D., Lydon, J., Steiner, M., & O'Donnell, K. J. (2023). Maternal prenatal depression is associated with dysregulation over the first five years of life moderated by child polygenic risk for comorbid psychiatric problems. *Developmental Psychobiology, 65*(5), 1-14.
- Bacher, J., & Vermunt, J. K. (2010). Analyse latenter klassen. In C. Wolf & H. Best (Eds.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (pp. 553-574). Springer.
- Baillargeon, R. H., Keenan, K., & Cao, G. (2012). The development of opposition-defiance during toddlerhood: A population-based cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 33*(8), 608-617.

- Bak, R., & Machold, C. (2022). *Kindheit und Kindheitsforschung intersektional denken : Theoretische, empirische und praktische Zugänge im Kontext von Bildung und Erziehung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Baker, B., Blacher, J., Crnic, K., & Edelbrock, C. (2002). Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-Year-Old Children With and Without Developmental Delays. *American journal of mental retardation : AJMR*, 107(6), 433-444.
- Balldin, S., Fisher, P. A., & Wirtberg, I. (2016). Video Feedback Intervention With Children: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 28(6), 682-695.
- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 33-42.
- Barr, R. G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Cmaj*, 180(7), 727-733.
- Bates, J. E. (1989). Concepts and measures of temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in Childhood* (pp. 3-26). John Wiley & Sons.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bensel, J. (2006). Übermäßiges Schreien bei Säuglingen. Ursachen, Folgen und Behandlung. *pädiatrische praxis*, 69, 377-387.
- Benz, C. (2019). Zürcher Beratungskonzept in Stufen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 19(3), 159-169.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology*, 82(5), 256-286.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855.
- Bindernagel, D., & Diez Grieser, M. T. (2018). Die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern mit ihren Eltern in einer kinderpsychiatrischen Spezialsprechstunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(8), 702-719.
- Bindt, C., & Schulte-Markwort, M. (2017). Schreien und persistierende Unruhe im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(1), 73-85.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34, 114-167.

- Bolten, M. (2014). Regulationsstörungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. *Pädiatrie, 1*, 13-17.
- Bolten, M. (2020). Diagnostik im Vorschulalter (0–6 Jahre). *Kindheit und Entwicklung, 29*(4), 178-192.
- Borke, J. r., Kärtner, J., Schiller, E.-M., & Schöllhorn, A. (2015). *Kultur–Entwicklung–Beratung: Kultursensitive Therapie und Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7 ed.). Springer-Verlag.
- Boss, P., Bryant, C. M., & Mancini, J. A. (2016). *Family stress management: A contextual approach*. Sage Publications.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., McAdoo, H. P., & García Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States Part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child Development, 72*(6), 1868-1886.
- Brazelton, T. B. (1999). How to help parents of young children: the touchpoints model. *Journal of Perinatology, 19*(1), S6-S7.
- 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. *Journal of Pediatric Psychology, 29*(2), 143-155.
- Brisch, K. H. (2010). *SAFE: sichere Ausbildung für Eltern; sichere Bindung zwischen Eltern und Kind; für Schwangerschaft und erste Lebensjahre*. Klett-Cotta.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet, 363*, 303-310.
- Bronfenbrenner, U., Lüscher, K., & Cranach, A. v. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente*. Klett-Cotta.
- Bruni, O., Baumgartner, E., Sette, S., Ancona, M., Caso, G., Di Cosimo, M. E., Mannini, A., Ometto, M., Pasquini, A., & Ulliana, A. (2014). Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 10*(10), 1119-1127.
- Buechel, C., Nehring, I., Seifert, C., Eber, S., Behrends, U., Mall, V., & Friedmann, A. (2022). A cross-sectional investigation of psychosocial stress factors in German families with children aged 0–3 years during the COVID-19 pandemic: initial results of the CoronabaBY study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 16*(37), 1-14.
- Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55*(1), 23-35.
- Bünder, P., & Sirringhaus-Bünder, A. (2008). Elterliche Kompetenzen nachhaltig fördern mit Hilfe von Videoberatung: Die Arbeitsweise der Marte Meo-Methode. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*(5), 330-345.

- Burki, T. (2020). The indirect impact of COVID-19 on women. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 904-905.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, Reliability, and Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 495-514.
- Chatoor, I. (2012). *Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten*. Klett Cotta.
- Cierpka, M. (2012). *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Springer.
- Cierpka, M., Hirschmüller, B., Israel, A., Jahn Jokschies, G., von Kalkreuth, B., Knott, M., Stasch, M., Wiesler, C., & Windaus, E. (2007). Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes. In M. Cierpka & E. Windaus (Eds.), *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte-Leitlinien-Manual* (pp. 87-214). Brandes & Aspel.
- Cierpka, M., Stasch, M., & Groß, S. (2007). *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother–infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361-380.
- Corrall, C. J., Wyer, P. C., Zick, L. S., & Bockrath, C. R. (2002). How to find evidence when you need it, part 1: Databases, search programs, and strategies. *Annals of emergency medicine*, 39(3), 302-306.
- Covington, L. B., Armstrong, B., & Black, M. M. (2018). Perceived toddler sleep problems, co-sleeping, and maternal sleep and mental health. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(3), 238-245.
- Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A., & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(3), 205-213.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale: adult (ComQol-A5): manual*. Deaking University.
- DeGangi, G. A., DiPietro, J. A., Greenspan, S. I., & Porges, S. W. (1991). Psycho-physiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior & Development*, 14(1), 37-50.

- Diederichs, P. (2000). Der friedvolle Weg. Von der Anspannung in die Entspannung. Erfahrungen aus der Schreibaby-Ambulanz und ihre Bedeutung. In P. Diederichs (Ed.), *Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien* (pp. 231-260). Ulrich Leutner.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H., & Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*. Hogrefe.
- Döpfner, M. (2008). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (Vol. 6, pp. 29-48). Hogrefe.
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6 ed.). Springer.
- Dorsch, V. M., & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen—Update 2016. *Frauenheilkunde up2date*, *10*(4), 355-374.
- Dozier, M., & Bernard, K. (2017). Attachment and biobehavioral catch-up: Addressing the needs of infants and toddlers exposed to inadequate or problematic caregiving. *Current Opinion in Psychology*, *15*, 111-117.
- Dupont, W. D., & Plummer, W. D. (1998). Power and sample size calculations for studies involving linear regression. *Control Clin Trials*, *19*(6), 589-601.
- Edgar, D. M., Dement, W. C., & Fuller, C. A. (1993). Effect of SCN lesions on sleep in squirrel monkeys: evidence for opponent processes in sleep-wake regulation. *Journal of neuroscience*, *13*(3), 1065-1079.
- Egger, J. W. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In J. W. Egger (Ed.), *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell* (pp. 53-83). Springer.
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M., & Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, *47*(2), 124-127.
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A., & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1271-1280.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Huber.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: a general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *28*, 1-11.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice: The Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children and the STEEP™ program. *Clinical Psychologist*, *8*(1), 5-9.

- Farrow, C., & Blissett, J. (2006). Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 128-134.
- Fegert, J. M., Schulz, J., Bergmann, R., Tacke, U., Bergmann, K. E., & Wahn, U. (1997). Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(2), 69-91.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 20.
- Feldman, M., McDonald, L., Serbin, L., Stack, D., Secco, M. L., & Yu, C. T. (2007). Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 606-619.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2022). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta.
- Foster, M. A., Lambert, R., Abbott-Shim, M., McCarty, F., & Franze, S. (2005). A model of home learning environment and social risk factors in relation to children's emergent literacy and social outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*, 20(1), 13-36.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (2003). *Gespenster im Kinderzimmer: Probleme gestörter Mutter-Säugling-Beziehungen aus psychoanalytischer Sicht*. Brandes & Apsel.
- Fries, M. (2001). Schwierige Babys, erschöpfte Eltern. Möglichkeiten früher Intervention. In A. v. Schlippe, G. Lösche, & C. Hawellek (Eds.), *Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs*. (pp. 79-90). Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.
- Fuchs-Strizek, R., Laireiter, A.-R., Baumann, U., & Hessler, E. (2011). Retrospektives Katamnesedesign in der psychotherapeutischen Praxisforschung—Kriterien und Anwendung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 61(6), 262-268.
- Gabriel, B., & Bodenmann, G. (2006). Stress und Coping bei Paaren mit einem verhaltensauffälligen Kind. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 59-64.
- Galling, B., Brauer, H., Struck, P., Krogmann, A., Gross, M., Prehn-Kristensen, A., & Mudra, S. (2023). The impact of crying, sleeping, and eating problems in infants on childhood behavioral outcomes: A meta-analysis. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 1099406.
- Georg, A. K., Cierpka, M., Schröder-Pfeifer, P., Kress, S., & Taubner, S. (2021). The Efficacy of Brief Parent - Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(6), 723-733.

- Georg, A. K., Schröder-Pfeifer, P., Cierpka, M., & Taubner, S. (2021). Maternal Parenting Stress in the Face of Early Regulatory Disorders in Infancy: A Machine Learning Approach to Identify What Matters Most. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1-12.
- Georg, A. K., Taubner, S., & Evers, O. (2023). Zum Stand der Aus-und Weiterbildung in Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie in Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 72*(5), 392-407.
- Gianino, A. F., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. M. Field, P. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping Across Development* (pp. 63–84). Psychology Press.
- Goldbeck, L., & Storck, M. (2002). Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder (ULQIE). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*(1), 31-39.
- 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., Grossmann, K., Mimler, R., Sontag, C., & Tschernich, S. (2017). *Bindung und menschliche Entwicklung*. Klett-Cotta.
- Harms, T. (2016). Emotionelle Erste Hilfe. Grundlagen und Praxis bindungsbasierter Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie. In T. Harms (Ed.), *Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern. Grundlagen und Praxis* (pp. 143-180). Psychosozial-Verlag.
- Häußler, G. (2020). Wirksamkeitsforschung. In G. Häußler (Ed.), *Psychodynamische Psychotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 164-169). Kohlhammer.
- Hawellek, C., & Schlippe, A. v. (2011). *Entwicklung unterstützen - Unterstützung entwickeln: Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell* (2 ed.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (3 ed.). The Guilford Press.
- Heilig, L. (2014). Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17*(2), 263-280.
- Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood, 96*(7), 622-629.
- Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., & Cozzolino, M. (2020). COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 1*-8.
- Hintermair, M., Sarimski, K., & Lang, M. (2017). Sozial-emotionale Kompetenzen hörgeschädigter Kleinkinder. Ergebnisse aus einer Studie mit zwei neueren Fragebogeninventaren für das 2. und 3. Lebensjahr. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 45*(2), 128-140.

- Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., Symon, B., & James-Roberts, I. S. (2014). Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial. *Pediatrics*, *133*(2), 346-354.
- Hofacker, N. v. (2009). Frühkindliche Fütterstörungen. Neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *157*(6), 567-573.
- Hofacker, N. v., Lehmkuhl, U., Resch, F., Resch, A., Papousek, M., Barth, R., & Jacubeit, T. (2007). *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie*.
- Hofacker, N. v., Papousek, M., & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M. Papousek, M. Schieche, & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 171-200). Verlag Hans Huber.
- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2017). Beeinträchtigter Start ins Leben. *Kindheit und Entwicklung*, *26*(4), 210-220.
- Hommel, S. (2022). Die Bedeutung der Qualität der Eltern-Säuglings-Beziehung für einermöglichst frühe Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *71*(3), 261-282.
- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 279-284.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, *6*(1), 1-55.
- Hyödynmaa, E., & Tammela, O. (2005). Cradling in the prevention of excessive crying and colic symptoms in infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *26*(3), 217-230.
- IBM-Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Mac Version 29.0.1.1*. In
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, *11*(4), 201-211.
- In-Albon, T., Equit, M., von Gontard, A., Schwarz, D., Müller, J. M., & Bolten, M. (2020). Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA: 0 – 6). *Kindheit und Entwicklung*, *29*(4), 209-220.
- Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1-16.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 631-648). American Psychological Association.
- JASP-Team. (2023). *JASP Version 0.18.1*. In <https://jasp-stats.org/>

- Jenni, O. (2009). Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Regulation. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(6), 551-557.
- Job, A.-K., Dalkowski, L., Hahlweg, K., Muschalla, B., & Schulz, W. (2020). Resilienz: Längsschnittliche Betrachtung von Kindern mit Risikofaktoren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(8), 749-767.
- Jordan, W., Bielau, H., Cohrs, S., Hauth, I., Hornstein, C., Marx, A., Reck, C., & von Einsiedel, R. (2012). Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 39(5), 205-210.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., & Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of life research*, 5, 35-46.
- Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior and Development*, 33(2), 136-148.
- Karabekiroglu, K., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Rodopman-Arman, A., & Akbas, S. (2010). The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behav Dev*, 33(4), 503-509.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 963-973.
- Kiel, N., Bruckdorfer, R., Petermann, F., & Reinelt, T. (2018). Temperament in der frühen Kindheit und die Entwicklung externalisierender Störungen: Implikationen für die klinische Diagnostik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(3), 177-186.
- Kindler, H., & Künster, A. K. (2013). *Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Kittel, J., Melter, M., Kabesch, M., Apfelbacher, C., Nonnenmacher, L., Seelbach-Göbel, B., & Brandstetter, S. (2023). Inanspruchnahme medizinischer und paramedizinischer Versorgung bei Säuglingen mit exzessivem Schreien: Querschnittsanalyse und Eltern-Survey [Frequency of Utilization of Medical and Paramedical Care in Infants with Excessive Crying: Cross-Sectional Analysis and Parent Survey]. *Klin Padiatr*, 1-7.
- Klier, C., & Muzik, M. (2004). Mother-infant bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *World Psychiatry*, 3(2), 102-103.
- Kohlhoff, J., Morgan, S., Briggs, N., Egan, R., & Niec, L. (2021). Parent-Child interaction therapy with toddlers: A community-based randomized controlled trial with children aged 14-24 months. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(3), 411-426.
- Korzak, D., Kister, C., & Krause-Girth, C. (2012). Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozial-medizinischen und komplementär-medizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. In *HTA-Bericht 124*.

- Kriz, J. (2008). Systemische Grundlagen der Eltern-Kleinkind-Beratung. In J. r. Borke & A. Eickhorst (Eds.), *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit* (pp. 23-43). Facultas.
- Kullik, A., & Petermann, F. (2011). Zum gegenwärtigen Stand der Emotionsregulationsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Diagnostica*, 57(4), 165-178.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111(3), 203-207.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Landgraf, J. M. (2020). Child health questionnaire (CHQ). In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 1-6). Springer.
- Largo, R. (1993). Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten: Störungen oder Normvarianten. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 141(9), 698-703.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen : Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(2), 127-134.
- Laurent, H. K., & Ablow, J. C. (2012). A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(2), 125-134.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lean, R., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2017). Assessment: The Newborn. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26, 427-440.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2005). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Lenz, A., & Köhler-Saretzki, T. (2021). Bindung und Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern. *Kontext (Göttingen, Germany)*, 52(3), 258-275.
- Levin, C., & Chisholm, D. (2016). Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. *Mental, neurological and substance use disorders*, 4(3), 219-236.
- Levitzky, S., & Cooper, R. (2000). Infant colic syndrome—maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical pediatrics*, 39(7), 395-400.
- Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy!: a manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma*. Zero to Three.
- Liljeberg, H., & Magdanz, E. (2022). *Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen-Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden*. Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

- Linzer, D. A., & Lewis, J. B. (2011). poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis. *Journal of Statistical Software*, 42(10), 1-29.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In *Gesundheitspsychologie* (pp. 7-12). Springer.
- Liwski, T., Romer, G., & Müller, J. M. (2015). Evaluation einer tagesklinischen Mutter-Kind-Behandlung für belastete Mütter psychisch kranker Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(4), 254-272.
- Lohaus, A., & Glüer, M. (2019). Selbstregulation bei Kindern im Rahmen der Entwicklungs- und Erziehungspsychologie. In *Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie* (pp. 101-116). Springer.
- Lösel, F., Bliesener, T., & Köferl, P. (1990). Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“. In I. Seiffge-Krenke (Ed.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 103-123). Springer.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3, pp. 739-795). John Wiley & Sons.
- Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C., & Walper, S. (2022). Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—The mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 28(2), 435-453.
- Mall, V., & Friedmann, A. K. (2016). *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen-intervenieren- vernetzen*. Springer.
- Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E., & Wittchen, H. U. (2017). Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Human Development*, 115, 23-31.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Hogrefe.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(6), 445-454.
- Mattheß, J., Eckert, M., Becker, O., Ludwig-Koerner, C., & Kuchinke, L. (2021). Potential efficacy of parent-infant psychotherapy with mothers and their infants from a high-risk population: a randomized controlled pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 1-18.
- Matthies, L., Müller, M., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2017). Maternales Selbstbewusstsein: Postpartaler Verlauf und Assoziationen zu erhöhter Angst und kindlichen Regulationsproblemen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 77(2), 12.

- McDonald, A. J., Mew, E. J., Hawley, N. L., & Lowe, S. R. (2021). Anticipating the long-term neurodevelopmental impact of the COVID-19 pandemic on newborns and infants: A call for research and preventive policy. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100-113.
- McDonough, S. C. (1993). Interaction guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 414-426). The Guilford Press.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2001). Early Preschool Predictors of Preadolescent Internalizing and Externalizing DSM-IV Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1029-1036.
- 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.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 94-103.
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of Early Parenting Interventions on Parents and Infants: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1507-1526.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136, 1-7.
- Möhler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278.
- Möhler, E., & Resch, F. (2004). Regulationsstörungen im zweiten und dritten Lebensjahr. In U. Lehmkuhl & G. Lehmkuhl (Eds.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung* (pp. 179-194). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Moncrieff, J., Churchill, R., Drummond, D. C., & McGuire, H. (2001). Development of a quality assessment instrument for trials of treatments for depression and neurosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10(3), 126-133.
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational research methods*, 11(2), 364-386.
- Moschner, S. L., Achtergarde, S., & Ramsauer, B. (2018). Die Behandlungszufriedenheit von postpartal depressiv erkrankten Müttern mit der Kreis der Sicherheit-Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(4), 351-366.
- Müller, J. M., & Furniss, T. (2013). Correction of distortions in distressed mothers' ratings of their preschool children's psychopathology. *Psychiatry Research*, 210(1), 294-301.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 161-167.

- Nolte, N., Pott, W., & Pauli-Pott, U. (2006). Schlafstörungen und Bindungsqualität im Kleinkindalter. *Psychother Psych Med*, 56(3-4), 154-161.
- Nugent, J. K. (2015). The newborn behavioral observations (NBO) system as a form of intervention and support for new parents. *ZERO TO THREE Journal*, 36(1), 2-10.
- Olsen, A., Ammitzbøll, J., Olsen, E., & Skovgaard, A. M. (2019). Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Archives of Disease in Childhood*, 104(11), 1034-1041.
- Papoušek, M., & Hofacker, N. v. (1998). Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother±infant relationship. *Child: Care, Health and Development*, 24(5), 395-424.
- Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Huber.
- Papoušek, M., & Wollwerth de Chuquisengo, R. (2006). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 235-254.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *British medical bulletin*, 101(1), 57-79.
- Pauen, S., Frey, B., & Ganser, L. (2012). Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 21-37). Springer.
- Pedrina, F. (2006). *Mütter und Babys in psychischen Krisen: Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression*. Brandes & Apsel.
- Pedrina, F., & Bindernagel, D. (2021). Positionspapier der GAIMH »Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter«. *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie*, 189(1), 95-104.
- Perez, A., Göbel, A., Stuhmann, L. Y., Schepanski, S., Singer, D., Bindt, C., & Mudra, S. (2022). Born Under COVID-19 Pandemic Conditions: Infant Regulatory Problems and Maternal Mental Health at 7 Months Postpartum. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-12.
- Petermann, F., & Kullik, A. (2011). Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindheit und Entwicklung*, 20(3), 186-196.
- Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2016). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (3 ed.). Hogrefe.
- Petermann, U., Petermann, F., & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 243-253.
- Petzoldt, J., Wittchen, H.-U., Einsle, F., & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child Care Health & Development*, 42(2), 231-245.

- Plass, A., & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Beltz.
- Popp, L., Fuths, S., & Schneider, S. (2019). The relevance of infant outcome measures: A Pilot-RCT comparing Baby Triple P positive parenting program with care as usual. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1-9.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, *75*(5), 631-643.
- Rautava, P., Helenius, H., & Lehtonen, L. (1993). Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *British Medical Journal*, *307*(6904), 600-604.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, *7*, 399-407.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 879-889.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedjei, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M., & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *64*(12), 1512-1521.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5-6), 871-878.
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav Dev*, *35*(2), 264-672.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(6), 459-468.
- Reck, C., Tettenborn, A., & Hagl, M. (2022). Interaktionszentrierte Eltern-Kind-Therapie bei postpartalen Depressionen und Angsterkrankungen. *PSYCHIATRIE + NEUROLOGIE*, *2022*, 18-21.
- Remschmidt, H. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10*. Huber.
- Renner, I., van Staa, J., Neumann, A., Sinß, F., & Paul, M. (2021). Frühe Hilfen aus der Distanz – Chancen und Herausforderungen bei der Unterstützung psychosozial belasteter Familien in der

- COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1603-1610.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Serpa, S. R., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Berney, C., & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Rosseel, Y. (2012). *lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling*. In (Version 2) Journal of Statistical Software. <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- Rouzafzoon, M., Farnam, F., & Khakbazan, Z. (2021). The effects of infant behavioural sleep interventions on maternal sleep and mood, and infant sleep: A randomised controlled trial. *J Sleep Res*, 30(5), 1-9.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2009). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89-96.
- Salisbury, A. L., High, P., Twomey, J. E., Dickstein, S., Chapman, H., Liu, J., & Lester, B. (2012). A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 110-122.
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015). A Long-Term Follow-up Study of a Randomized Controlled Trial of Mother-Infant Psychoanalytic Treatment: Outcomes on Mothers and Interactions. *Infant Ment Health J*, 36(6), 542-555.
- Samara, M., Johnson, S., Lamberts, K., Marlow, N., & Wolke, D. (2010). Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(2), 16-22.
- Samdan, G., Kiel, N., Petermann, F., Rothenfuß, S., Zierul, C., & Reinelt, T. (2020). The relationship between parental behavior and infant regulation: a systematic review. *Developmental Review*, 57, 1-31.
- Samdan, G., Reinelt, T., Kiel, N., Mathes, B., & Pauen, S. (2022). Maternal self-efficacy development from pregnancy to 3 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 43(6), 864-877.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.
- Samuel, P. S., Rillotta, F., & Brown, I. (2012). The development of family quality of life concepts and measures. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 1-16.
- Sarimski, K. (2009). Familienbezogene Lebensqualität bei Müttern von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 389-403.
- Sarimski, K. (2017). Erlebte Belastung von Müttern von Kindern mit Down- Syndrom im Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(9), 672-686.
- Sarimski, K. (2021). *Familien von Kindern mit Behinderungen: ein familienorientierter Beratungsansatz* (1. Auflage ed.). Hogrefe.

- Sarimski, K., & Papoušek, M. (2000). Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung von Regulationsstörungen. In F. Petermann, K. Niebank, & H. Scheithauer (Eds.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung* (pp. 199-222). Hogrefe.
- Saß, H. (2007). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Huber.
- Schallock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.
- Schieche, M., Rupprecht, C., & Papousek, M. (2004). Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In M. Papousek, M. Schieche, & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 145-170). Huber.
- Schlack, H. G. (2009). *Sozialpädiatrie : Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag*. Springer.
- Schlarb, A. A. (2014). *Mini-KiSS-Therapeutenmanual: Das Elterntaining für Kinder bis 4 Jahre mit Schlafstörungen*. Kohlhammer.
- Schlarb, A. A., Achterberg, K., Brocki, S., Ziemann, A., Wiater, A., & Lollies, F. (2017). Schlafbezogenes Erziehungsverhalten und kindlicher Schlaf. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(3), 239-247.
- Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzteverlag.
- Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 1-17.
- Schmidt-Denter, U. (2000). Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. *Familienpsychologie im Aufwind*, 203-221.
- Schnatschmidt, M., Cattarius, B., Schneider, B., Jud, A., & Schlarb, A. A. (2021). Wie ist die Lage in Einrichtungen für frühkindliche Regulationsstörungen in Deutschland? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 50(1), 21-31.
- Schnatschmidt, M., Lollies, F., & Schlarb, A. (2022). A single-arm pilot study: can a parental sleep intervention for sleep-disturbed young children in individual settings improve children's sleep, crying, eating, and parental distress in mothers and fathers? *BMC Pediatrics*, 22, 1-16.
- Schneewind, K. A., & Schneewind, K. A. (2010). *Familienpsychologie* (3 ed.). Kohlhammer.
- Schneider, N., Korte, A., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2010). Subjektive Therapiebeurteilung jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen und deren Übereinstimmung mit Eltern- und Therapeutenbeurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(1), 51-57.
- Schöllhorn, A., Borke, J., Schiller, E.-M., & Kärtner, J. (2016). Beratung mit Familien aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten. *Familiendynamik*, 41(4), 284-292.

- Schrappe, A. (2013). Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil - eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(30-46).
- Schuntermann, M. F. (2005). The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 93-102.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Hayden, L. C., & Schiller, M. (1996). Parental psychopathology and sleep variation in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 5(3), 715-728.
- Shadish, W., Matt, G., Navarro, A., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Sidor, A., Fischer, C., & Cierpka, M. (2017). The link between infant regulatory problems, temperament traits, maternal depressive symptoms and children's psychopathological symptoms at age three: a longitudinal study in a German at-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(10), 1-17.
- Sidor, A., Thiel-Bonney, C., Kunz, E., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Das exzessive Schreien bei 5 Monate alten Säuglingen und prä-, peri- und postnatale Belastungen ihrer Mütter in einer Hoch-Risiko-Stichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(4), 239-250.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., Lichtenberg, A., & Team, C. C. C. S. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 32(1), 123-137.
- Smekens, S., Riksen-Walraven, J. M., & van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 347-361.
- Snellen, M., Mack, K., & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother—infant interaction: examining the relationship. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 902-911.
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (2015). *Die Bindungstheorie : Grundlagen, Forschung und Anwendung* (7 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sprengeler, M. K., Matthes, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghofer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Korner, C., Kuchinke, L., von Klitzing, K., & Schlenso-

- Schuster, F. (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: Study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, *21*(118), 1-12.
- Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 70-94).
- St. James-Roberts, I., Sleep, J., Morris, S., Owen, C., & Gillham, P. (2001). Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. *Journal of paediatrics child health*, *37*(3), 289-297.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, *384*, 1800-1819.
- Stern, D. N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation: Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Klett-Cotta.
- Stevens, G. W. J. M., & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(3), 276-294.
- Streit, U., Nantke, S., Jansen, F., Wolf, K., Gallasch, M., & Kohlmann, T. (2014). Einfluss einer Verbesserung des Körperkontakts auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *42*(5), 301-313.
- Svanberg, P. O. G. (1998). Attachment, resilience and prevention. *Journal of Mental Health*, *7*(6), 543-578.
- Taubner, S., Munder, T., Unger, A., & Wolter, S. (2013). Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland - ein systematisches Review und eine Metaanalyse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *62*, 598-619.
- Terpitz, C., Tröster, H., Rothert, C., Schöne, D., Disch, R., & Noeker, M. (2005). Belastungserleben, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern von Kindern mit atopischer Dermatitis. *Kindheit und Entwicklung*, *14*(2), 87-95.
- Tettenborn, A. v., Popp, L., Zietlow, A.-L., Woll, C. F. J., Marx, A. K. G., Nonnenmacher, N., Kretz-Bünese, T., Hagl, M., Müller, M., & Reck, C. (2022). Kindliche Verhaltensauffälligkeiten im ersten Lebensjahr und mütterliche Belastung in der Zeit der COVID-19-Pandemie. *Kindheit und Entwicklung*, *31*(2), 81-90.
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *99*(7), 817-818.
- Thomas, A., & Chess, S. (1985). Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, *141*(1), 1-9.
- Thomas, J. M., Benham, A. L., Gean, M., Luby, J., Minde, K., Turner, S., & Wright, H. H. (1997). Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0–36 months). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(10), 21-36.

- Tronick, E. (2017). The Caregiver–Infant Dyad as a Buffer or Transducer of Resource Enhancing or Depleting Factors That Shape Psychobiological Development. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(4), 561-572.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 290-299.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54–81). Guilford Press.
- Tröster, H. (2005a). Chronische Krankheiten. *Kindheit und Entwicklung*, 14(2), 63-68.
- Tröster, H. (2005b). Entwicklung eines Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ) für Mütter mit chronisch kranken Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 14(2), 69-78.
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI). Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Manual*. Hogrefe.
- Tröster, H., Bersch, M., Ruppert, S., & Boenigk, H.-E. (2000). Determinanten der Belastung von Müttern mit anfallskranken Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 9(1), 50-61.
- Tröster, H., Opfermann, M., & Tuxhorn, I. (2004). Psychosoziale Auswirkungen epilepsiechirurgischer Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 61-70.
- Troutman, B., Moran, T. E., Arndt, S., Johnson, R. F., & Chmielewski, M. (2012). Development of Parenting Self-Efficacy in Mothers of Infants with High Negative Emotionality. *Infant Ment Health J*, 33(1), 1-18.
- UNESCO. (2012). International standard classification of education: ISCED 2011. In I. f. Statistics (Ed.), *Comparative Social Research*. Montreal.
- Van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65(5), 1457-1477.
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*, 126-139.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A., & Dussuyer, I. (2004). At risk but not antisocial: Changes from childhood to adolescence. *Family matters*(68), 13-20.
- von Gontard, A. (2018). *Psychische Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern*. Kohlhammer.
- von Gontard, A., Bolten, M., Equit, M., & In-Albon, T. (2020). Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter – DC: 0 – 5. *Kindheit und Entwicklung*, 29(4), 173-177.
- von Gontard, A., Möhler, E., & Bindt, C. (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)*. AWMF.

- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Psychische Störungen in der frühen Kindheit. *Deutsches Ärzteblatt*, *112*(21-22), 375-386.
- Weinraub, M., Friedman, S., & Bradley, R. (2012). Patterns of Developmental Change in Infants' Nighttime Sleep Awakenings. *Developmental Psychology*, *48*(6), 1511-1528.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris Jr, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics*, *14*(5), 421-435.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*, *67*(6), 826-836.
- WHO. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: familienorientierte Prävention-der CHIMPs-Beratungsansatz*. Hogrefe.
- Windaus, E. (2021). Wissenschaftliche Evidenz der psychodynamischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. In A. Burchartz (Ed.), *Psychodynamische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (pp. 185-215). Kohlhammer.
- Winsper, C., & Wolke, D. (2014). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(5), 831-843.
- Wolke, D., Schmid, G., Schreier, A., & Meyer, R. (2009). Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: A prospective population study. *J Dev Behav Pediatr*, *30*(3), 226-238.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*(3), 364-374.
- Wurmser, H. (2009). Schrei-, Schlaf- und Fütterstörung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *157*(6), 574-579.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, *51*(2), 192-206.
- Yarger, H. A., Lind, T., Raby, K. L., Zajac, L., Wallin, A., & Dozier, M. (2021). Intervening With Attachment and Biobehavioral Catch-Up to Reduce Behavior Problems Among Children Adopted Internationally: Evidence From a Randomized Controlled Trial. *Child Maltreatment*, *27*(3), 478-489.
- Zeanah, C. H. (2018). *Handbook of infant mental health*. Guilford Publications.
- Zeegers, M. A. J., Colonnese, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1245.

- ZeroToThree. (1994). *DC: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. ZeroToThree.
- ZeroToThree. (2019). *DC: 0-5. Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit*. Kohlhammer.
- Zhao, X., Lynch Jr, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of consumer research*, 37(2), 197-206.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., & Derksen, B. (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Beltz Juventa.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., & Fegert, J. M. (2010). *Guter Start ins Kinderleben*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Zimmermann, P., Vierhaus, M., Eickhorst, A., & Spangler, G. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland. Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(10), 1262-1270.
- Zuna, N., Summers, J. A., Turnbull, A. P., Hu, X., & Xu, S. (2011). Theorizing About Family Quality of Life. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice* (pp. 241-278). Springer.

## **Anhang**

## Übersicht zum Anhang

<b>A</b>	<b>Ergänzende Tabellen zum theoretischen Hintergrund der Dissertation</b>	
Tabelle A-1	Synopse zur Klassifikation psychischer Störungen im Kleinkindalter	1
Tabelle A-2	Synopse epidemiologische Studien zu Prävalenzraten im Vorschulalter	3
Tabelle A-3	Module und Methoden im diagnostischen Prozess	6
Tabelle A-4	Beispiele für Präventionsprojekte/ -angebote im Säuglings- und Kleinkindalter	8
<b>B</b>	<b>Übersicht zu den Studien der systematischen Literaturrecherche</b>	<b>9</b>
<b>C</b>	<b>Studienmaterial</b>	
C-1	Fragebogen zum Verhalten von Kleinkindern	13
C-2	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung	20
C-3	Anmeldeprotokoll/ Kurzscreening	21
C-4	Beratungsprotokoll	22
C-5	Studieninformation und Einverständniserklärung (SPZ)	23
C-6	Studieninformation, Anleitung zur Code-Erstellung, Einverständniserklärung (KiTa)	26
C-7	Ethikvotum	30
<b>D</b>	<b>Ergänzende Tabellen zu den statistischen Analysen</b>	
Tabelle D-1	Drop-out-Analyse Interventionsgruppe	32
Tabelle D-2	Drop-out-Analyse Vergleichsgruppe	33
Tabelle D-3	Deskriptive Statistik zum Schulabschluss der Bezugspersonen	34
Tabelle D-4	Verteilung der Risikofaktoren auf die Klassen der LCA (Interventionsgruppe)	35
Tabelle D-5	Verteilung der Risikofaktoren auf die Klassen der LCA (Vergleichsgruppe)	36
Tabelle D-6	Multiple Regressionsanalyse zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme	37
Tabelle D-7	Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme	38
Tabelle D-8	Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt Elterliches Belastungsempfinden	39
Tabelle D-9	Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt Familienbezogene Lebensqualität	40
Tabelle D-10	Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz $SFS_{T1-T2}$	41
Tabelle D-11	Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz $BITSEA_{T1-T2}$	42
Tabelle D-12	Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz $EBI_{T1-T2}$	43
Tabelle D-13	Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz $FLQ_{T1-T2}$	44
Tabelle D-14	Effektstärkevergleiche für die Gesamtskalen der primären Endpunkte	45
<b>E</b>	<b>Qualitative Aussagen der Eltern zu ihren Erwartungen an die Beratung</b>	<b>46</b>
<b>F</b>	<b>Quellenverzeichnis Anhang</b>	<b>49</b>

Tabelle A-1

*Synopse zur Klassifikation psychischer Störungen im Kleinkindalter*

	AWMF-Leitlinien (analog DC: 0-3)	DC: 0-5	ICD-10	DSM-5
Frühkindliche Regulationsstörungen bzw. Sensorische Verarbeitungsstörungen	Regulationsstörung ohne Störung der sensorischen Verarbeitung (Typ A)			
	Regulationsstörung mit Störung der sensorischen Verarbeitung (Typ B): <i>1) überempfindlicher Typ</i> 1a) ängstlich-überevorsichtiger Subtyp 1b) negativ-oppositioneller Subtyp <i>2) unterempfindlich-unterreagierender Typ</i> <i>3) stimulationssuchender, impulsiver Typ</i>	Sensorische Verarbeitungsstörungen: <i>Sensorische Überreaktivitätsstörung</i> <i>Sensorische Unterreaktivitätsstörung</i> <i>Andere sensorische Verarbeitungsstörungen</i>	F88 Sonstige Entwicklungsstörungen F93.8 Sonstige emotionale Störung des Kindesalters	Nicht näher bezeichnete Störungen der neuronalen und mentalen Funktionen
Schreistörungen	exzessives persistierendes Schreien	Exzessive Schreistörung	R68.1 unspezifische Symptome im Kleinkindalter	
		Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen	F50.8 Sonstige Essstörungen F51.8 Andere nichtorganische Schlafstörung R68.1 unspezifische Symptome im Kleinkindalter	Andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung

*Anmerkungen. AWMF-Leitlinien:* (von Gontard et al., 2015); *DC: 0-5:* Diagnostic Classification ZeroToThree (2019); *ICD-10:* *International Classification of Diseases* (Remschmidt, 2017); *DSM-5:* Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (Saß (2007))

Tabelle A-1

Synopse zur Klassifikation psychischer Störungen im Kleinkindalter (Fortsetzung)

	AWMF-Leitlinien (analog DC: 0-3)	DC: 0-5	ICD-10	DSM-5
Schlafstörungen	Einschlafstörung	Einschlafstörung	F51.0 nichtorganische Insomnie	Insomnie
	Durchschlafstörung	Durchschlafstörung		
		Partielle Aufwachstörung: Schlafwandeln (Somnambulismus) Nachtschreck (Pavor nocturnus)	F51.3 Schlafwandeln F51.4 Nachtschreck	Arousal-Störungen (NREM- Parasomnien)
		Alpträume der frühen Kindheit	F51.5 Alpträume	Alptraum-Störung
Fütter- bzw. Essverhaltensstörungen		Essstörung mit Überessen	F50.4 Essattacken bei sonst. psychischen Störungen	Nicht näher bezeichnete Fütter- und Essstörung
	Sensorische Nahrungsverweigerung Regulationsfütterstörung Fütterstörung der reziproken Interaktion Frühkindliche Anorexie Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen Posttraumatische Fütterstörung	Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme	F50.8 Sonstige Essstörungen	
			F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter (Horten)	
		Atypische Essstörungen	F98.3 Pica im frühen Kindesalter	Pica
			F98.21 Fütterstörung im Kindesalter (Rumination)	Ruminations- störung
Beziehungs- störungen	Beziehungsstörungen (Achse 2)	Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit	Z62.82 Andere spezifische Probleme in Bezug zur Erziehung	Eltern-Kind- Beziehungs- Problem

Anmerkungen. AWMF-Leitlinien: (von Gontard et al., 2015); DC: 0-5: Diagnostic Classification ZeroToThree (2019); ICD-10: International Classification of Diseases (Remschmidt, 2017); DSM-5: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (Saß (2007))

Tabelle A-2

*Synopse epidemiologische Studien zu Prävalenzraten im Vorschulalter*

Diagnosegruppe	Autor*innen	Klassifikationssysteme	Erhebungsverfahren	Kindesalter	Prävalenzraten in % [95%-CI]
Psychische Störungen insgesamt	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10 DC 0–3	CBCL	18 Monate	16.1 [11.9-22.1] 18.5 [13.5-24.4]
	Bufferd et al. (2012)	DSM-IV	CBCL	3 Jahre 6 Jahre	27.5 [23.5-31.9] 26.6 [22.8-30.8]
	Elberling et al. (2010)	ICD-10	SDQ	5-7 Jahre	4.8 [4.1-5.6]
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	12.5 [11.1-14.1]
Exzessives Schreien bzw. Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung	von Kries et al. (2006)		Wessel-Kriterien	1-3 Monate 3-6 Monate > 6 Monate	16.3 [14.7-18.1] 5.8 [4.8-6.9] 2.5 [1.9-3.3]
	Reijneveld et al. (2001)		Wessel-Kriterien	1-3 Monate 3-6 Monate > 6 Monate	2.2 2.0 0.3
	Skovgaard et al. (2007)	DC 0–3	CBCL	18 Monate	7.1 [4.0-11.5]
Schlafverhaltensstörungen	von Kries et al. (2006)			1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre 4 Jahre	12.9 [6.1-23.0] 5.5 [3.8-7.6] 2.5 [1.6-3.8] 1.4 [0.5-3.3]
	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10, DC 0–3	CBCL	18 Monate	1.4 [0.3-4.1]
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	0.7 [0.4-1.2]

*Anmerkungen.* Hervorgehoben sind die relevanten Störungen. Erhebungsverfahren: SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Obel et al., 2004); CBCL1,5-5: Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2000); PAPA: Preschool Age Psychiatric Assessment (Egger et al., 2006)

Tabelle A-2

*Synopse epidemiologische Studien zu Prävalenzraten im Vorschulalter (Fortsetzung)*

Diagnosegruppe	Autor*innen	Klassifikationssysteme	Erhebungsverfahren	Kindesalter	Prävalenzraten in % [95%-CI]
Fütterstörungen/ Essverhaltensstörungen	von Kries et al. (2006)			1 Jahr	1.4 [0, 7.7]
				2 Jahre	3.6 [2.2, 5.3]
				3 Jahre	3.4 [2.3, 4.8]
				4 Jahre	3.2 [1.6, 5.6]
	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10 DC 0–3	CBCL	18 Monate	2.8 [1.1, 6.1] 2.4 [0.8, 5.4]
Reaktive Bindungsstörungen	Zeanah et al. (2004)			1-5 Jahre	40.0%
	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10 DC 0–3	CBCL	18 Monate	0.9 [0.1, 3.4] 0.5 [0.0, 2.6]
Anpassungsstörungen/ Posttraumatische Belastungsstörung	Mongillo et al. (2009)			1-3 Jahre	4.6%
	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10, DC 0–3	CBCL	18 Monate	0.9 [0.1, 3.4]
	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	0.6%
Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	3.3%
	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10	CBCL	18 Monate	2.4 [0.8, 5.4]
	Bufferd et al. (2012)	DSM-IV	CBCL	3 Jahre	2.4 [1.3, 4.2]
				6 Jahre	5.4 [3.7, 7.9]
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	1.9 [1.6, 2.4]

*Anmerkungen.* Hervorgehoben sind die relevanten Störungen. Erhebungsverfahren: SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Obel et al., 2004); CBCL1,5-5: Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2000); PAPA: Preschool Age Psychiatric Assessment (Egger et al., 2006)

Tabelle A-2

*Synopse epidemiologische Studien zu Prävalenzraten im Vorschulalter (Fortsetzung)*

Diagnosegruppe	Autor*innen	Klassifikationssysteme	Erhebungsverfahren	Kindesalter	Prävalenzraten in % [95%-CI]
Oppositionelles Trotzverhalten	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	6.6%
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	1.8 [1.4, 2.4]
	Bufferd et al. (2012)	DSM-IV	CBCL	3 Jahre 6 Jahre	10.2 [7.7, 13.3] 8.9 [6.6, 11.8]
Störung des Sozialverhaltens	Skovgaard et al. (2007)	ICD-10	CBCL	18 Monate	4.3 [2.0, 7.9]
	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	3.3%
	Elberling et al. (2010)	ICD-10	SDQ	3 Jahre	3.0%
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	0.7 [0.5, 1.1]
Angststörungen	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	9.4%
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	1.5 [1.1, 2.0]
	Bufferd et al. (2012)	DSM-IV	CBCL	3 Jahre 6 Jahre	19.3 [15.9, 23.1] 15.6 [12.6, 19.2]
Depressive /Affektstörungen	Egger & Angold (2006)	DSM-IV	PAPA	2-5 Jahre	2.1%
	Wichstrøm et al. (2012)	DSM-IV	SDQ, CBCL, PAPA	4 Jahre	1.8 [1.3, 2.4]
	Bufferd et al. (2012)	DSM-IV	CBCL	3 Jahre 6 Jahre	0.9 [0.3, 2.2] 2.2 [1.2, 3.9]

*Anmerkungen.* Hervorgehoben sind die relevanten Störungen. Erhebungsverfahren: SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Obel et al., 2004); CBCL1,5-5: Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2000); PAPA: Preschool Age Psychiatric Assessment (Egger et al., 2006)

Tabelle A-3

*Module und Methoden im diagnostischen Prozess*

Diagnostisches Modul	Methodenauswahl mit Beispielen *in dieser Studie eingesetzte Verfahren
<i>Exploration der Eltern zur aktuellen Problematik</i>	Anamneseverfahren und strukturierte klinische Interviews <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baby-DIPS: Diagnostisches Interview psychischer Störungen im Säuglingsalter (Petzoldt et al., 2016; Popp et al., 2016)</li> <li>- SIVA 0-6: Strukturiertes Interview für das Vorschulalter (In-Albon et al., 2020)</li> <li>- Checkliste Risikofaktoren Bindungsstörung (Bolten, 2020)</li> </ul>
<i>Kategoriale Klassifikation nach DC: 0-5</i>	strukturierte klinische Interviews z.B. SIVA 0-6 (In-Albon et al., 2020)
<i>Dimensionale Symptomerfassung zum allgemeinen Verhalten des Kindes</i>	Elternfragebögen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- IBQ-R: Infant Behavior Questionnaire-Revised (Gartstein &amp; Rothbart, 2003)</li> <li>- CBCL 1,5-5: Child Behavior Checklist (Achenbach, 2000b)</li> <li>- TRF 1,5-5: Caregiver-Teacher Report Form (Achenbach, 2000a)</li> <li>- SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire (Klasen et al., 2003; Koglin et al., 2007)</li> <li>- SEAM: Social Emotional Assessment Measure (Squires et al., 2013)</li> <li>- ASQ-3: Ages &amp; Stages Questionnaire (Squires et al., 2009)</li> </ul>
<i>Differenzierte Erfassung des kindlichen Regulationsverhaltens</i>	Elternfragebögen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>SFS: Fragebogen zum Schreien, Schlafen und Füttern</b> (Groß et al., 2013)*</li> <li>- ITSEA/ <b>BITSEA: (Brief) Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</b> (Briggs-Gowan et al., 2004)*</li> <li>- SHQ: Sleep Habits Questionnaire Seifer et al. (1996)</li> <li>- ISQ: Infant Sleep Questionnaire (Morrell, 1999)</li> <li>- CSHQ: Children's Sleep Habits Questionnaire (Owens et al., 2000)</li> <li>- BISQ: Brief Infant Sleep Questionnaire (Sadeh, 2004)</li> <li>- MBQ: Mealtime Behavior Questionnaire (Berlin et al., 2010)</li> <li>- FSQ: Feeding Strategies Questionnaire (Berlin et al., 2011)</li> <li>- PFQ: Parental Feeding Questionnaire (Tauman et al., 2011)</li> <li>- ICQ: Infant Characteristics Questionnaire (St. James-Roberts et al., 1998)</li> </ul>

Tabelle A-3

*Module und Methoden im diagnostischen Prozess (Fortsetzung)*

Diagnostisches Modul	Methodenauswahl mit Beispielen *in dieser Studie eingesetzte Verfahren
<i>Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung</i>	videobasierte Beobachtungsverfahren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PIR-GAS: Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (ZeroToThree, 2019)</li> <li>- IRSS: Infant Regulatory Scoring System (Still-face-paradigm) (Weinberg &amp; Tronick, 1994)</li> <li>- ICEP: Infant and Caregiver Engagement Phases (Weinberg &amp; Tronick, 1998)</li> <li>- EA-S: Emotional Availability Scales (Biringen et al., 2014)</li> <li>- SSP: Strange Situation Procedure (Ainsworth et al., 1978)</li> <li>- MBQS: Maternal Behavior Q-Sort (Pederson et al., 1999)</li> <li>- Mannheim Rating System for Mother-Infant Interaction (Dinter-Jörg et al., 1997)</li> <li>- Category System for Microanalysis of Early Mother-Child Interaction (Jörg et al., 1994)</li> </ul>
<i>Beurteilung der psycho-sozialen Umwelt (psychische Probleme, Belastungen Erziehungsstil und Kompetenzgefühl der Eltern)</i>	Elternfragebögen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1993)</li> <li>- BDI: Beck Depressions Inventar (Hautzinger et al., 2006)</li> <li>- DASS: Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond &amp; Lovibond, 2013)</li> <li>- STADI: State-Trait-Anxiety-Depression Inventory (Laux et al., 2013)</li> <li>- <b>EBI: Eltern-Belastungs-Inventar</b> (Tröster, 2011)*, Adaption des PSI: Psychosozialen Stress Index (Abidin, 1995)</li> <li>- <b>FLQ: Fragebogen zur Familienbezogenen Lebensqualität</b> (Tröster, 2005)*</li> <li>- SCL-90: Symptom Check List (Franke, 2014)</li> <li>- CTQ: Childhood Trauma Questionnaire (Wingenfeld et al., 2010)</li> <li>- HBS: Heidelberger Belastungsskala (Sidor et al., 2012)</li> <li>- COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Kristensen et al., 2002)</li> <li>- FKE: Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (Miller, 2001)</li> <li>- PBQ: Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al., 2006)</li> </ul>
<i>Psychometrische Entwicklungsdiagnostik</i>	standardisierte klinische Testverfahren
<i>Ausschlussdiagnostik</i>	Anamnese, (Neuro-)pädiatrische Diagnostik
<i>Psychopathologischer Befund</i>	Beobachtungen im Rahmen der Untersuchung z.B. ITMSE: Infant and Toddler Mental Status Form (ZeroToThree, 2019)

Tabelle A-4

*Beispiele für Präventionsprojekte und -angebote im Säuglings- und Kleinkindalter*

---

Modellprojekte des Netzwerks Frühe Hilfen

---

- „*Familienhebammen*“ (Makowsky & Schücking, 2010) (Landkreis Osnabrück)
- „*Pro Kind*“ (Jungmann et al., 2010) (Bremen, Niedersachsen, Sachsen)
- „*FrühStart*“ (Ayerle et al., 2010) (Sachsen-Anhalt)
- „*Keiner fällt durchs Netz*“ (Sidor et al., 2016) (Saarland, Hessen)
- „*Wie Elternschaft gelingt*“ STEEP (Steps toward effective and enjoying parenting) (Suess et al., 2016) (Brandenburg, Hamburg)
- „*Guter Start ins Kinderleben*“ (Ziegenhain et al., 2010) (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern, Thüringen)
- „*Soziale Frühwarnsysteme: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder*“ (Böttcher et al., 2008) (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein)

---

Angebote präventiver Beratung

---

- *SAFE: Sichere Ausbildung für Eltern* (Brisch, 2010)
- *Babylotsen Plus* (Fisch et al., 2016)
- *Roots of Empathy* (Gordon, 2003)
- *PALME: Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter* (Franz et al., 2011)
- *EPB: Entwicklungspsychologische Beratung* (Ziegenhain et al., 2004)

---

psychotherapeutische Interventionen mit manualisierten Programmen

---

- *Watch Wait and Wonder* (Cohen et al., 1999)
  - *Kreis der Sicherheit (Circle of Security)* (Ramsauer et al., 2014)
  - *Münchener interaktionszentrierte Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und Psychotherapie* (Papoušek et al., 2004)
  - *Bindungsorientierte psychotherapeutische Intervention bei Frühgeburt* (Brisch et al., 2003)
  - *SKEPT/fSKEPT Säugling-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie* (Cierpka, Hirschmüller, et al., 2007; Georg et al., 2019)
  - *ESKP/ SKKIPPI: Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie* (Ludwig-Körner, 2019)
  - *InterActPlus-Konzept* (Jansen & Streit, 2015; Streit et al., 2014)
  - *Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen Störungen* (Wortmann-Fleischer et al., 2016)
-

Tabelle B-1

Übersicht zu den Studien der systematischen Literaturrecherche; eingeschlossene hervorgehoben

Nr. Autor (Jahr)	Studientitel	Land	Schwerpunkt	Ausschlussgrund
1 Adamson et al. (2013)	Childhood feeding difficulties: a RCT of a group-based parenting intervention.	Australien	Füttern	keine Eltern-Parameter
2 Bailhache et al. (2019)	Does maternal attachment to her infant mediate the link between perceptions of infant crying at 6 months and parenting stress at 24 months?	Irland	Schreien	kein RCT Modellierung
3 Barr et al. (1991)	Carrying as colic "therapy": a RCT	Kanada	Schreien	medizinische Intervention
4a Cook et al. (2012)	Baby Business: a RCT of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression.	Australien	Schlaf, Schreien	Studienprotokoll
4b Hiscock et al. (2014)	Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A RCT	Australien	Schlaf, Schreien	eingeschlossen
5 Galland et al. (2017)	Anticipatory guidance to prevent infant sleep problems within a RCT: infant, maternal and partner outcomes at 6 months of age	Neuseeland	Schlaf	Übergewichtigkeit
6a Georg, Cierpka, et al. (2021)	The Efficacy of Brief Parent-Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A RCT.	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	eingeschlossen
6b Georg, Schröder-Pfeifer, et al. (2021)	Maternal Parenting Stress in the Face of Early Regulatory Disorders in Infancy: A Machine Learning Approach to Identify What Matters Most	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	kein RCT qualitatives Interview
6c Georg et al. (2022)	Learning from mothers who received focused parent–infant psychotherapy for the treatment of their child’s regulatory disorders	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	kein RCT qualitatives Interview
7 Gradisar et al. (2016)	Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A RCT.	Australien	Schlaf	keine Eltern-Parameter
8 Hall et al. (2015)	A RCT of an intervention for infants' behavioral sleep problems.	Kanada	Schlaf	keine Eltern-Parameter
9 Hash et al. (2019)	Impact of a home visiting program on sleep problems among young children experiencing adversity.	USA	Schlaf	kein RCT
10 Hayes et al. (2008)	A RCT of a mother–infant or toddler parenting program: Demonstrating effectiveness in practice.	Australien	mütterliches Befinden	keine Kind-Parameter

Tabelle B-1

Übersicht zu den Studien der systematischen Literaturrecherche (Fortsetzung); eingeschlossene hervorgehoben

Nr.	Autor (Jahr)	Studientitel	Land	Schwerpunkt	Ausschlussgrund
11a	Hiscock & Wake (2002)	RCT of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood.	Australien	Schlaf	nur depressive Mütter keine Kontrollgruppe
11b	Hiscock et al. (2008)	Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: Cluster-RCT	Australien	Schlaf	nur depressive Mütter keine Kontrollgruppe
12	Kahn et al. (2020)	Behavioral interventions for pediatric insomnia: one treatment may not fit all.	Israel	Schlafen	kein RCT
13a	Keefe, Lobo, et al. (2006)	Effectiveness of an intervention for colic.	USA	Schreien	keine Eltern-Parameter medizinische Intervention
13b	Keefe, Karlsen, et al. (2006)	Reducing Parenting Stress in Families With Irritable Infants.	USA	Schreien	kein RCT
14	Kerr et al. (1996)	Preventing sleep problems in infants: RCT	UK	Schlaf	keine Eltern-Parameter
15	Keys et al. (2022)	Effect of Play2Sleep on mother-reported and father-reported infant sleep: a sequential explanatory mixed-methods study of a RCT.	Kanada	Schlaf	keine Eltern-Parameter
16	McKenzie (1991)	Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation.	UK	Schreien	kein RCT
17a	Mindell et al. (2011a)	Efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances	USA	Schlaf	kein RCT
17b	Mindell et al. (2011b)	Long-term efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances: one year follow-up.	USA	Schlaf	kein RCT
18	Newnham et al. (2009)	Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age.	Australien	Temperament	kein RCT
19	Salisbury et al. (2012)	A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic	USA	Schreien, Füttern, Schlafen	eingeschlossen
20	Popp et al. (2019)	The relevance of infant outcome measures: Pilot-RCT comparing Baby Triple P positive parenting program with care as usual.	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	eingeschlossen

Tabelle B-1

Übersicht zu den Studien der systematischen Literaturrecherche (Fortsetzung); eingeschlossene hervorgehoben

Nr.	Autor (Jahr)	Studientitel	Land	Schwerpunkt	Ausschlussgrund
21	Price et al. (2012)	Five- year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: RT	Australien	Schlaf	Längsschnittstudie
22	Ribaudo et al. (2022)	Maternal History of Adverse Experiences and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Impact Toddlers' Early Socioemotional Wellbeing: The Benefits of Infant Mental Health-Home Visiting.	USA	Schreien, Füttern, Schlafen	kein RCT
23	Richter & Reck (2013)	Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems.	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	kein RCT
24	Rouzafzoon et al. (2021)	The effects of infant behavioural sleep interventions on maternal sleep and mood, and infant sleep: A RCT	Iran (Teheran)	Schlaf	eingeschlossen
25	Rowe et al. (2014)	A cluster RCT of a brief couple-focused psychoeducational intervention to prevent common postnatal mental disorders among women: study protocol.	Australien	Schlaf, Füttern	Studienprotokoll
26a	Salomonsson & Sandell (2011)	A RCT of mother–infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self- report questionnaires and external ratings.	Schweden	Mutter-Kind-Beziehung	keine Kind-Parameter
26b	Salomonsson et al. (2015)	A Long- Term Follow-up Study of a RCT of Mother-Infant Psychoanalytic Treatment: Outcomes on Mothers and Interactions.	Schweden	Mutter-Kind-Beziehung	keine Kind-Parameter
27	Skovgaard et al. (2022)	The Infant Health Study - Promoting mental health and healthy weight through sensitive parenting to infants with cognitive, emotional, and regulatory vulnerabilities: protocol for a stepped-wedge cluster-randomized trial and a process evaluation within municipality settings	Dänemark	Schreien, Füttern, Schlafen	Studienprotokoll
28a	Sprengeler et al. (2021)	Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: Study protocol of a RCT as part of the SKKIPPI project.	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	Studienprotokoll
28b	Mattheß et al. (2021)	Potential efficacy of parent-infant psychotherapy with mothers and their infants from a high-risk population: a randomized controlled pilot trial	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	eingeschlossen
29a	St. James-Roberts et al. (2001)	Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems	UK	Schreien, Schlafen	eingeschlossen

Tabelle B-1

*Übersicht zu den Studien der systematischen Literaturrecherche (Fortsetzung)*

Nr.	Autor (Jahr)	Studientitel	Land	Schwerpunkt	Ausschlussgrund
29b	Nikolopoulou & St. James-Roberts (2003)	Preventing sleeping problems in infants who are at risk of developing them.	UK	Schlaf, Füttern	keine Eltern-Parameter
30	Stevens et al. (2019)	A randomized trial of a self-administered parenting intervention for infant and toddler insomnia.	USA	Schlafen	keine Eltern-Parameter
31a	Stremmler et al. (2006)	A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial.	Kanada	Schlafen	Pilotstudie
31b	Stremmler et al. (2013)	Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite RCT.	Kanada	Schlafen	keine Eltern-Parameter
32	Symon et al. (2005)	Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: A RCT	Australien	Schlafen	keine Eltern-Parameter
33	Taylor et al. (2017)	Targeting Sleep, Food, and Activity in Infants for Obesity Prevention: An RCT.	Neuseeland	Füttern, Schlafen	keine Eltern-Parameter
34	Ulvund (2022)	Early Intervention in Families with Preterm Infants: A Review of Findings from a RCT Following Children Up to 9 Years of Age.	Norwegen		Review
35	Wolke et al. (1994)	Excessive infant crying - a controlled-study of mothers helping mothers.	Deutschland	Schreien	keine Eltern-Parameter
36	McRury & Zolotor (2010)	A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce crying among infants	USA	Schreien, Schlafen	ungeeignete Rekrutierung und Kontrollgruppe
37	Jalloul et al. (2021)	Effectiveness of Educational Materials Designed to Improve Knowledge Regarding Crying and Shaken Baby Syndrome in Mothers of Hispanic Population.	Spanien	Schreien	kein RCT
38	Bilgin & Wolke (2017)	Development of comorbid crying, sleeping, feeding problems across infancy.	UK	Schreien, Füttern, Schlafen	Longitudinalstudie
39	Streit et al. (2014)	Einfluss einer Verbesserung des Körperkontakts auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter	Deutschland	Schreien, Füttern, Schlafen	keine Eltern-Parameter keine Kontrollgruppe

C-1 Fragebogen zum Verhalten von Kleinkindern



Fragebogen zum Verhalten von Kleinkindern



**Allgemeine Hinweise**

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage jeweils nur ein zutreffendes Kästchen oder Zahl an.  
 Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

... Ergänzen Sie bitte die jeweiligen Informationen. Nutzen Sie ggf. die letzte Seite für Ergänzungen.

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?  
 die leibliche Mutter    andere: ...  
 der leibliche Vater

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt?  
 Datum: ...

Studien-Code:

TEIL 1 – ALLGEMEINE FRAGEN

**Basisdokumentation**

1. ZUR IHRER FAMILIE

**Betreffendes Kind**

Alter (Monate)  weiblich  männlich  divers    leibliches Kind  Pflegekind  Adoptivkind  ...

**Hauptbezugspersonen** (z.B. Mutter/Vater, Oma/Opa, Tante/Onkel, Pflegemutter/-vater, Adoptivmutter/-vater, Nachbar/in, etc.)

<p><b>Hauptbezugsperson A</b></p> <p>Alter (Jahre) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p><input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p>Schulabschluss: ...</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig als: ...</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> ...</p> <p>Bestehen Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende ...</p> <p>Werden Hilfen/Therapien genutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende ...</p>	<p><b>Hauptbezugsperson B</b></p> <p>Alter (Jahre) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p><input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p>Schulabschluss: ...</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig als: ...</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> ...</p> <p>Bestehen Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende ...</p> <p>Werden Hilfen/Therapien genutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende ...</p>
---	---

**Leibliche Mutter** (wenn diese eine Hauptbezugsperson ist, bitte nicht ausfüllen)

Alter (Jahre)  Zum Kind besteht  kein Kontakt, seit ...    regelmäßig Kontakt, und zwar ...

Schulabschluss: ...

berufstätig als: ...

arbeitssuchend  Elternzeit

...

Bestehen Erkrankungen?  nein  ja, folgende ...

Werden Hilfen/Therapien genutzt?  nein  ja, folgende ...

**Geschwister**

Alter (Jahre)	weibl.	männl.	div.	Ist leibliches Geschwister?	Bestehen Erkrankungen/ Behinderungen/ Verhaltensprobleme? (z.B. Schrei-, Fütter-, Schlaf-, Entwicklungsstörung)	Werden Hilfen/ Therapien genutzt?
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Familienstatus	
Die leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> leben zusammen <input type="checkbox"/> haben nie zusammengelebt <input type="checkbox"/> leben getrennt, seit ...
Das Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Hauptbezugsperson A <input type="checkbox"/> Hauptbezugsperson B <input type="checkbox"/> ... , seit ...
Das Sorgerecht besitzt	<input type="checkbox"/> Hauptbezugsperson A <input type="checkbox"/> Hauptbezugsperson B <input type="checkbox"/> ... , seit ...

Gab oder gibt es einschneidende Lebensereignisse? (es sind mehrere Antworten möglich)	
<input type="checkbox"/> neuer Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Verlust des Arbeitsplatzes
<input type="checkbox"/> Umzug	<input type="checkbox"/> Trennung
<input type="checkbox"/> Scheidung	<input type="checkbox"/> soziale Sorgen
<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> Gewalterfahrung/traumatisches Erlebnis	<input type="checkbox"/> Krankheit/ Verlust/ Tod eines Angehörigen/Freundes
<input type="checkbox"/> andere: ...	

Wie schätzen Sie im Allgemeinen Ihre Familiensituation ein?	sehr gut	gut	ausreichend	nicht ausreichend
Ihr eigener Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre finanziellen Verhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielmöglichkeiten für Ihr Kind (z.B. Spielzeug, Zeit zum Spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. ZUR SCHWANGERSCHAFT des betreffenden Kindes

Hatte die leibliche Mutter vor der Schwangerschaft mit dem betreffenden Kind...		
vorherige Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele? ...	Fehlgeburte(n)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in ... Schwangerschaftswoche(n)
größere Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ...	

Hatte die leibliche Mutter während der Schwangerschaft des betreffenden Kindes...			
eine künstliche Befruchtung durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	starke Blutungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
starke Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	einen Unfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie lange? ...	Nikotin zu sich genommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie lange? ...
Infekt(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche(n)? ...	Operation(en)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ...
Medikamente/ Substanzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ...		
seelische Belastungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ...		
soziale Belastungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ...		
andere Probleme: ...			

## 3. ZUR GEBURT

Wo fand die Geburt statt?	<input type="checkbox"/> in einer Klinik <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> anderer Ort: ...
In welcher Schwangerschaftswoche? ...	Wie lange dauerte sie (von den ersten Wehen an)? ... Stunden
Wie erfolgte die Geburt?	<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> als Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> mit Komplikationen: Welche? ...

## 4. ZU DEN ERSTEN TAGEN NACH DER GEBURT

Diese Angaben finden Sie auch im Untersuchungsheft Ihres Kindes, Seite 1

Geburtsgewicht: ... g	Kopfumfang: ... cm	Körperlänge: ... cm	Nabelschnurarterien-pH: ...	APGAR-Werte: ... / ... / ...
Musste das Kind in eine Kinderklinik verlegt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? ...				
Traten Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt auf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ... (bitte ankreuzen bzw. ergänzen)				
<input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Mangel <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> plötzliches Fieber <input type="checkbox"/> vorzeitiger Blasensprung <input type="checkbox"/> Gelbsucht				
andere: ...				



Hatte die leibliche Mutter nach der Geburt psychische Schwierigkeiten? (z.B. „Babyblues“, depressive Verstimmung/ Depression)	Seit wann/ wie lange?	Welche Hilfe/ Unterstützung hat sie in Anspruch genommen?

Wie hat sich das Kind in den ersten Tagen nach der Geburt verhalten?		
Es war sehr unruhig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Es hat viel geschrien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Es war besonders empfindlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat Ihr Kind gut getrunken? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wie lange? voll ... Wochen, teilweise ... Wochen		
Erhielt es die Flasche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche Flaschennahrung? ...		
Gab es Probleme beim Stillen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche?		
Gab es Probleme beim Abstillen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche?		
Gab es Ernährungsprobleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche?		

**5. ZUR WEITEREN ENTWICKLUNG** des betreffenden Kindes

In welchem Zeitraum (Monaten) begann Ihr Kind...			
bei Zuwendung zu lächeln? ... Monate	ohne Festhalten zu laufen? ... Monate	von sich aus Gegenstände zu ergreifen? ... Monate	zu „erzählen“, indem es mehrere Silben aneinanderreihet? ... Monate
sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen? ... Monate	Silben in einer Bedeutung zu nutzen (erste sinnvolle Worte)? ... Monate	zu robben oder zu krabbeln? ... Monate	Verbote oder kleine Aufforderungen zu verstehen? ... Monate

**6. ZU UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN**

Welche der folgenden Unterstützungsangebote haben Sie bisher schon einmal genutzt? – Wie zufrieden waren Sie damit?	Haben Sie das Angebot genutzt?		Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?			
	nein	ja →	gar nicht zufrieden	etwas zufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsvorbereitungskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammenhilfe (vor/ nach der Geburt bis zur 8. Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienhebamme (über die 8. Woche hinaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern-Kind-Angebote (z.B. Rückbildungskurs, Säuglingspflegekurs, Stillgruppe, PEKIP, Babyschwimmen/ -massage, Eltern-Kind-Turnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ehrenamtliche Besuche (z.B. Familienpatinnen, Stadtteilmütter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Beratung (z.B. Schreiambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien- und Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Sozialdienst (ASD, Jugendamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik, welche?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. ZU IHREN ERWARTUNGEN AN DIE BERATUNG**

Welche Erwartungen haben Sie an die Beratung im Kinderzentrum? Was soll sich nach der Beratung ändern?

## Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen - SFS (Groß et al., 2013)

### TEIL 2 – FRAGEN zum SCHREIEN, SCHLAFEN und ESSVERHALTEN Ihres Kindes

#### 1. Schreien, Quengeln, Trotz- oder Wutanfälle Ihres Kindes

<b>Wessel-Regel</b>	Wie oft am Tag?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> <1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1-3 Stunden	<input type="checkbox"/> >3 Stunden
Wie oft schreit/quengelt Ihr Kind?	An wie vielen Tagen pro Woche?	<input type="checkbox"/> <1 Tag	<input type="checkbox"/> 1-3 Tage	<input type="checkbox"/> >3 Tage	
	Wie viele Wochen hintereinander?	<input type="checkbox"/> 1-2 Wochen	<input type="checkbox"/> 2-3 Wochen	<input type="checkbox"/> >3 Wochen	

Wie häufig schreit und quengelt Ihr Kind zu folgenden Tageszeiten eine halbe Stunde oder länger am Stück und lässt sich nicht beruhigen?	nie/alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich
1 Vom Aufwachen bis zum Mittag (12 Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vom Mittag bis zum frühen Abend (18 Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 In den Abendstunden bis zum Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Während der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wenn Ihr Kind anhaltend schreit und schwer zu beruhigen ist, wie oft haben Sie den Eindruck, dass die Ursache Trotz/ Wut sein könnte?	<input type="checkbox"/> nie/ sehr selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
---	---	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

6 Wie oft hat Ihr Kind Trotz- oder Wutanfälle?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> weniger als 1x in der Woche	<input type="checkbox"/> mindestens 1x in der Woche	<input type="checkbox"/> an den meisten Tagen	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich
Wie heftig sind die Trotz-/ Wutanfälle Ihres Kindes im Vergleich zu anderen Kindern?	<input type="checkbox"/> weniger heftig als bei anderen Kindern	<input type="checkbox"/> genauso heftig wie bei anderen Kindern	<input type="checkbox"/> heftiger als bei anderen Kindern		

7 Beruhigungsversuche:	Wenn Ihr Kind anhaltend schreit, quengelt, trotzt oder schwer zu beruhigen ist, ...							
	... wie oft wenden Sie diese Beruhigungsversuche an?				... wie häufig spricht Ihr Kind darauf an?			
	nie/ alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich	nie/sehr selten	manchmal	häufig	immer
Herumtragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fläschchen geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Wie stark fühlen Sie sich durch das Schreien, Quengeln, Trotzen, die Wutanfälle Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
--	--	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

#### 2. Ernährung und Essgewohnheiten Ihres Kindes

9 Wie erleben Sie die momentane Füttersituation mit Ihrem Kind?	nie/sehr selten	manchmal	häufig	immer
Ich sorge mich, dass mein Kind zu wenig isst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich fühle mich beim Füttern/Stillen gut, entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich fühle mich beim Füttern/Stillen belastet, angespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Wer hat Bedenken zum Gewicht oder Wachstum Ihres Kindes?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Ich selber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Eine andere Person z.B. Ärztin/ Arzt, Hebamme, Angehörige, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Wie nehmen Sie Ihr Kind in der Fütterungssituation wahr?	nie/alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich
Mein Kind... isst/trinkt gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ist wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 lässt sich nicht füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 isst nur unter Ablenkung (Spielen, Fernsehen, Musik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 braucht mehr als 45 Minuten für eine Mahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 hat Kau-, Saug- oder Schluckprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 wird zum Essen gezwungen, damit es überhaupt isst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Wie stark fühlen Sie sich durch das Essverhalten Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
--	--	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

## 3. Schlafverhalten Ihres Kindes

Welchen Eindruck haben Sie von der Schlafdauer Ihres Kindes?		nie/alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich
22	Mein Kind... schläft zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	bekommt ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	bekommt jeden Tag ungefähr die gleiche Menge an Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	schläft tagsüber mehr als 30 Min. am Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	wirkt tagsüber ständig müde (reibt sich die Augen, gähnt, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	wirkt nach dem Aufwachen am Morgen oder nach dem Tagesschlafchen ausgeschlafen und erholt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was bekommen Sie vom nächtlichen Wachwerden Ihres Kindes mit?		nie/alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich
28	Mein Kind ... wacht mehr als drei Mal in der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	hat nächtliche Wachphasen von mehr als 20 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	wacht schreiend und schwer zu beruhigen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft wenden Sie diese Strategien an, wenn Ihr Kind nachts aufwacht?		nie/alle paar Wochen	1-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich
31	Ich ... brauche nichts zu tun, mein Kind schläft nach dem Aufwachen wieder ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	hole mein Kind in der Nacht zu mir ins Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	trage mein Kind herum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	stille mein Kind oder gebe ihm die Flasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Strategien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eine Schlafschwierigkeit vorliegt, welche Ursachen könnten Ihrem Eindruck nach am ehesten bestehen?		nie/sehr selten	manchmal	häufig	immer
35	Mein Kind... hat Angst alleine zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	muss viele Eindrücke des Tages verarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	findet trotz Müdigkeit nicht in den Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Ursachen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schläft Ihr Kind tagsüber und am Abend ein?		nie/sehr selten	manchmal	häufig	immer
38	Mein Kind ... kann innerhalb von 30 Minuten zum Schlafen gebracht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	schläft ohne Protest leicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	schreit, wehrt sich gegen das Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	schläft allein im eigenen Bett/Wiege ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	schläft am Körper der Eltern ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	schläft bei wiegenden oder rhythmischen Bewegungen ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	wird zum Einschlafen herumgetragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	hat beim Einschlafen die Eltern oder Geschwister im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	schläft beim Stillen/Fläschchen trinken ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47	Wie stark fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
----	--	--	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

## Eltern-Belastungs-Inventar - EBI (Tröster (2011))

### TEIL 3 – Fragen zu Ihrem Wohlbefinden

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die auf die aktuelle Situation von Eltern mit Kleinkindern zutreffen können.

 Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die **am besten** auf Ihre Situation **in den letzten 7 Tagen/ üblicherweise** zutrifft.

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Ihre aktuelle Situation zu?	0 = gar nicht	1 = eher nicht	2 = nicht sicher	3 = eher	4 = genau
1. Seit ich mein Kind habe, bin ich öfter krank.	0	1	2	3	4
2. Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter/ Vater manchmal eingengt.	0	1	2	3	4
3. Um meinem Kind gerecht zu werden, muss ich mich stärker einschränken, als ich mir vorgestellt habe.	0	1	2	3	4
4. In der letzten Zeit fühle ich mich nicht mehr so fit und leistungsfähig wie früher.	0	1	2	3	4
5. Seit ich Mutter/ Vater bin, ist es schwieriger für mich neue Kontakte zu knüpfen.	0	1	2	3	4
6. Seit ich Mutter/ Vater bin habe ich weniger Gelegenheit, Freunde zu treffen und neue Freundschaften zu schließen.	0	1	2	3	4
7. Ich habe nicht mehr so viel Energie, Dinge zu tun, die mir früher Spaß gemacht haben.	0	1	2	3	4
8. Ich habe nicht mehr so viel Interesse an anderen Menschen wie früher.	0	1	2	3	4
9. In der letzten Zeit war ich körperlich sehr erschöpft.	0	1	2	3	4
10. Ich fühle mich oft auf mich allein gestellt.	0	1	2	3	4
11. Ich habe das Gefühl, als Mutter/ Vater auf vieles verzichten zu müssen.	0	1	2	3	4
12. Seit mein Kind da ist, habe ich kaum noch Zeit für mich selbst.	0	1	2	3	4
13. Einige Dinge in der Erziehung meines Kindes fallen mir schwerer als ich erwartet habe.	0	1	2	3	4
14. Es fällt mir manchmal schwer, mich in mein Kind einzufühlen.	0	1	2	3	4
15. Es fällt mir manchmal schwer herauszufinden, was mein Kind braucht.	0	1	2	3	4
16. Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob ich den Anforderungen als Mutter/ Vater wirklich gewachsen bin	0	1	2	3	4
17. In manchen Situationen wünschte ich mir, ich könnte besser nachempfinden, was in meinem Kind vorgeht.	0	1	2	3	4
18. Es hat bei mir länger gedauert, bis ich ein Gefühl der Nähe und Wärme für mein Kind entwickeln konnte.	0	1	2	3	4
19. Ich habe manchmal den Eindruck, dass ich mit einigen Dingen nicht besonders gut zurechtkomme.	0	1	2	3	4
20. Mutter/ Vater zu sein ist schwieriger als gedacht.	0	1	2	3	4
21. Seit mein Kind da ist, verbringen mein Partner und ich nicht so viel Zeit gemeinsam wie ich mir wünsche.	0	1	2	3	4
22. Es bedrückt mich, wenn ich merke, dass ich gereizt auf mein Kind reagiere.	0	1	2	3	4
23. Seit mein Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Sexualität.	0	1	2	3	4
24. Ich denke manchmal, dass ich etwas falsch mache, wenn sich mein Kind schlecht benimmt oder zu viel quengelt.	0	1	2	3	4
25. Es bedrückt mich, wenn ich darüber nachdenke, was man in der Erziehung alles falsch machen kann.	0	1	2	3	4
26. Seit ich mein Kind habe, unternehme ich nicht mehr so viel gemeinsam mit meinem Partner.	0	1	2	3	4
27. Ich habe manchmal das Gefühl, es ist eigentlich meine Schuld, wenn mein Kind etwas verkehrt gemacht hat.	0	1	2	3	4
28. Durch mein Kind sind einige Probleme in meiner Partnerschaft entstanden.	0	1	2	3	4

### Fragebogen zur Familienbezogenen Lebensqualität - FLQ (Tröster, 2005)

Wie oft konnten Sie in den letzten 7 Tagen...?	0 = nie/ fast nie	1 = selten	2 = manchmal	3 = häufig	4 = sehr häufig
1. ... sich einmal zurückziehen und etwas für sich tun	0	1	2	3	4
2. ... sich zeitweise von Ihren Alltagsbelastungen frei machen	0	1	2	3	4
3. ... Ihren eigenen Interessen nachgehen	0	1	2	3	4
4. ... sich von Ihrem Partner verstanden fühlen	0	1	2	3	4
5. ... sich mit Ihren Ansichten in Ihrer Familie Gehör verschaffen	0	1	2	3	4
6. ... Verständnis in Ihrer Familie finden	0	1	2	3	4
7. ... sich mit Selbstvertrauen an neue Aufgaben heranwagen	0	1	2	3	4
8. ... Unterstützung von Ihrem Partner erfahren	0	1	2	3	4
9. ... in Ihrer Familie sagen, was Ihnen nicht passt	0	1	2	3	4
10. ... schöne Stunden mit Ihrem Partner verbringen	0	1	2	3	4
11. ... sich körperlich wohl fühlen	0	1	2	3	4
12. ... ausreichend Schlaf finden	0	1	2	3	4
13. ... sich darüber freuen, dass Sie etwas geschafft haben, was Sie sich vorgenommen hatten	0	1	2	3	4
14. ... sich mit Tatkraft und Energie neuen Aufgaben zuwenden	0	1	2	3	4
15. ... mit Zuversicht in die Zukunft sehen	0	1	2	3	4
16. ... etwas Schönes für sich tun und es genießen	0	1	2	3	4
17. ... Selbstbewusstsein ausstrahlen	0	1	2	3	4
18. ... in Ruhe das tun, was zu erledigen war	0	1	2	3	4



## C-2 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung (Mattejat & Remschmidt, 1998)



### Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung



Liebe Eltern,

Code:

mit diesem Fragebogen möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie mit der Beratung in der Sprechstunde des Kinderzentrums waren. Bitte erinnern Sie sich an die gesamte Zeit der Beratung und beurteilen Sie, wie gut die Antworten auf jede Frage zutreffen.

Wie gut treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	überhaupt nicht	kaum	teilweise	überwiegend	ganz genau
1. Die Beratung im Kinderzentrum war für mein Kind hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
2. Die Beraterin hatte Verständnis für unsere Situation.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierherkommen.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich wurde über Sinn und Zweck der Beratung und über ihren Verlauf ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>				
5. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich hatte Vertrauen zu der verantwortlichen Beraterin.	<input type="checkbox"/>				
7. Die Beraterin verstand das Wesentliche von den Problemen, die uns hierhergebracht haben.	<input type="checkbox"/>				
8. Die Beraterin hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich konnte mit der Beraterin offen über die Probleme reden, die uns hierhergebracht haben.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich habe mich über die Beraterin geärgert.	<input type="checkbox"/>				
11. Die Beraterin war mir sympathisch.	<input type="checkbox"/>				
12. Im Verlaufe der Beratung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.	<input type="checkbox"/>				
13. Die Beraterin und ich kamen gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>				
14. Ich war mit allen Maßnahmen im Verlauf der Beratung völlig einverstanden.	<input type="checkbox"/>				
15. Ich würde die Beratung im Kinderzentrum Freunden und Bekannten empfehlen.	<input type="checkbox"/>				
16. Ich fühlte mich ausreichend in die Beratung einbezogen.	<input type="checkbox"/>				
17. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Beratung gebessert.	<input type="checkbox"/>				
18. Durch die Gespräche mit der Beraterin bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	<input type="checkbox"/>				
19. Im Verlaufe der Beratung haben sich auch meine eigenen Probleme gebessert.	<input type="checkbox"/>				
20. Im Verlaufe der Beratung bin ich auch für mich ein Stück weitergekommen.	<input type="checkbox"/>				
21. Ich bin mit der Beratung zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

### C-3 Anmeldeprotokoll/ Kurzscreening



## Anmeldeprotokoll



Studiencode:

Datum	
Anmeldung	
Termin zur Erstvorstellung	
Terminänderung	
Terminabsage	

von:  leiblicher Mutter  leiblichem Vater  Pflegemutter  Pflegevater  
 Adoptivmutter  Adoptivater  gesetzlich Betreuende  Vormund  
 andere:

Grund:  Krankheit  anderer:

Grund:  Symptomverbesserung  andere Hilfe:  
 anderer:

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?  mehrere Bereiche möglich	Wie ausgeprägt ist das Problem?				Wie stark fühlen Sie sich durch das Problem belastet?			
	nicht	leicht	stark	sehr stark	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/> Unruhe	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Quengeln	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Schreien	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Wutanfälle	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Trotzen	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Schlafen	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Füttern/Essverhalten	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Trennung	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Spielverhalten/Beschäftigung	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> psychische Entwicklung	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> andere:	0	1	2	3	0	1	2	3

**Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind vorzustellen?**

Kinderarzt/ärztin  Hebamme  FrühförderIn  TherapeutIn  Jugendamt

andere:

**Hat/hatte Ihr Kind eine beeinträchtigende Erkrankung/ Behinderung?**

organische Erkrankung (z.B. Herzerkrankung, Mittelohrentzündung)

körperliche Beeinträchtigung (z.B. Cerebralparese, Hüftgelenksfehlbildung, Schief-/ Schräghaltung/Blockaden)

...

## C-4 Beratungsprotokoll

## Beratungsprotokoll

Studiencode:
--------------

Beratungsverlauf	Datum	Dauer (Min.)	Beteiligte						nicht wahrgenommen	
			Psy	ET/Phy	K	KM	KV	andere	entsch.	unentsch.
Erstgespräch			<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1. Folgetermin <input type="checkbox"/> persönl. <input type="checkbox"/> tel.			<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Folgetermin <input type="checkbox"/> persönl. <input type="checkbox"/> tel.			<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Folgetermin <input type="checkbox"/> persönl. <input type="checkbox"/> tel.			<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Folgetermin <input type="checkbox"/> persönl. <input type="checkbox"/> tel.			<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Beratungsinhalte/ Methoden
<input type="checkbox"/> Edukation <input type="checkbox"/> Modellvermittlung <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> Hinweise auf Hilfen <input type="checkbox"/> Videoberatung <input type="checkbox"/> Entwicklungsberatung <input type="checkbox"/> Aktives Zuhören <input type="checkbox"/> Befundrückmeldung <input type="checkbox"/> Verhaltensbeobachtung <input type="checkbox"/> Kurzintervention ...

Empfehlungen
<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung in ... Monaten <input type="checkbox"/> Diagnostik intern ... <input type="checkbox"/> Diagnostik extern ... <input type="checkbox"/> Medikation...
<input type="checkbox"/> Sozialberatung <input type="checkbox"/> Familienberatung <input type="checkbox"/> Frühe Hilfen/ SPFH <input type="checkbox"/> Familientlastender Dienst
Therapien <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Psychomotorik <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Video-Home-Training <input type="checkbox"/> Eltern-Säuglings-Psychotherapie <input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie ...

Diagnosen	
ICD-10 <span style="float: right;">AG V Z</span>	DC: 0-5 <span style="float: right;">AG V Z</span>

## C-5 Studieninformation und Einverständniserklärung (SPZ)



INSTITUT FÜR SONDER- UND REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Prof. Dr. Ute Koglin

Sonder- und  
Rehabilitationspädagogische  
Psychologie

TELEFON:  
+49-(0)441 798-2644

FAX:  
+49-(0)441 798-2012

E-MAIL  
[ute.koglin@uni-oldenburg.de](mailto:ute.koglin@uni-oldenburg.de)

Homepage:

OLDENBURG, den 04.06.2019

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg  
PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg  
TELEFON  
(0441) 798 - 0  
INTERNET  
[www.uni-oldenburg.de](http://www.uni-oldenburg.de)

BANKVERBINDUNG  
Landessparkasse zu Oldenburg

IBAN: DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC: SLZODE22

Studie: **Wirksamkeit der Elternberatung bei Regulationsproblemen**

Kontakt: Kinderzentrum Oldenburg  
Cloppenburger Straße 361  
26133 Oldenburg  
Tel.: 0441-969670

### Studieninformation für Eltern

Liebe Eltern,

Sie haben Ihr Kind in der Sprechstunde für Kinder mit Regulationsproblemen des Kinderzentrums Oldenburg angemeldet. Um unser Beratungsangebot noch besser auf die Bedürfnisse der Familien anzupassen, führen wir eine Studie durch.

#### Was ist das Ziel der Studie?

Wir wollen herausfinden, wie hilfreich die Beratung in der Regulationssprechstunde ist.

#### Was haben Sie davon?

Mit der Teilnahme an dieser Studie helfen Sie, mehr Wissen über die Bedürfnisse von Familien zu gewinnen und die gesundheitliche Versorgung in Zukunft zu verbessern.

Ihre Antworten sind auch deshalb sehr wichtig und erforderlich, da die Fragebögen Grundlage für das Gespräch mit den Beraterinnen im Kinderzentrum sind.

#### Was ist geplant?

Wir möchten Sie bitten, zu zwei Zeitpunkten Fragebögen zu beantworten:

- bei der Anmeldung stellen wir Ihnen allgemeine Fragen zu Ihrer Familie, zum Verhalten Ihres Kindes und wie sich das Verhalten auf Ihren Alltag auswirkt.

Wir bitten Sie, die Fragebögen **zum ersten Beratungstermin mitzubringen**.

- 6 Monate nach der Beratung wollen wir wissen, wie sich das Verhalten Ihres Kindes verändert hat. Und es interessiert uns, wie zufrieden Sie mit der Beratung im Kinderzentrum gewesen sind.

Die Fragebögen können Sie dann **in einem frankierten Umschlag zurücksenden**.

Vermutlich wird es etwa 30 bis 45 Minuten dauern, die Fragebögen zu beantworten.

#### Ist die Teilnahme an der Studie mit Nachteilen verbunden?

Mit der Beantwortung der Fragebögen sind keine Verpflichtungen oder gesundheitliche Risiken verbunden. Eventuell treten bei der Beantwortung Gedanken oder Fragen auf. Diese können Sie gerne während der Beratung ansprechen.

---

**Wie wird mit Ihren Informationen im Fragebogen umgegangen?**


---

- Alle Informationen, die Sie uns mitteilen, werden vertraulich behandelt. Sowohl die Beraterinnen als auch der Studienkoordinator unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.
- Um Sie 6 Monate nach der Beratung erneut befragen zu können, werden die Fragebögen mit einem Studien-Code gekennzeichnet. Ihre personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) sind dann pseudonymisiert. Dieser Buchstaben-Nummern-Code steht jedoch nicht auf der von Ihnen unterzeichneten Einverständniserklärung zur Studienteilnahme.
- Die Zuordnung der personenbezogenen Daten und des Codes erfolgt auf einer Personen-Identifikationsliste. Diese Liste wird an einem speziell gesicherten Safe im Kinderzentrum aufbewahrt. Den Zugang zur Liste im Safe hat eine Verwaltungsangestellte des Kinderzentrums. Einblick und Weitergabe der Liste an Dritte, auch an die Beraterinnen und den Studienkoordinator sind ausgeschlossen.
- Nach Abschluss der Befragung, spätestens aber am 31.12.2020, wird die Personen-Identifikationsliste mit Hilfe eines Aktenvernichters zerstört; dieser Vorgang wird protokolliert. Danach ist eine Zuordnung von Personendaten und Studien-Code ausgeschlossen; die Daten sind dann anonymisiert. D.h. es ist nicht mehr möglich, auf Ihre Identität und die Ihrer Familie zurückzuschließen. Für die Datenauswertung und bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen der Ergebnisse werden ausschließlich anonymisierte Daten genutzt. Diese werden 10 Jahre gespeichert.
- Bis zur Vernichtung der Personen-Identifikationsliste können Sie die Löschung der von Ihnen erhobenen Daten mit Wirkung für die Zukunft verlangen.
- Sie haben jederzeit die Möglichkeit von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind Nachteile entstehen. In diesem Fall werden alle bisher erhobenen Informationen gelöscht. Die Beratung kann davon unabhängig fortgesetzt werden.
- Die Studie wurde durch die medizinische Ethik-Kommission der Universität Oldenburg geprüft und am 02.07.2019 als positiv bewertet.

Gerne beantworten wir Ihre Fragen. Bitte wenden Sie sich an das **Kinderzentrum Oldenburg**.

Wir würden uns freuen, wenn Sie bereit sind, uns dabei zu unterstützen, unsere Arbeit zu verbessern.

Schon jetzt ein herzliches Dankeschön dafür!

---

Als von der Datenverarbeitung Betroffene/r kommen für Sie die folgenden Rechte in Betracht:

- Auskunftsrecht (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Eine ggf. erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen**, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Falls Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzvorschriften verstößt, wenden Sie sich bitte an die/den Datenschutzbeauftragte/n (**Tel.: 0441-798-4196; E-Mail: dsuni@uol.de; www.uol.de/datschutz**). Unabhängig hiervon haben Sie ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120-4500, Telefax: 0511 120-4599



Studie: **Wirksamkeit der Elternberatung bei Regulationsproblemen**

Kontakt: Kinderzentrum Oldenburg  
Cloppenburger Straße 361  
26133 Oldenburg  
Tel.: 0441-969670

**Einverständniserklärung für Eltern** – getrennt vom Fragebogen aufbewahren

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name der Bezugsperson (Elternteil):

INSTITUT FÜR SONDER- UND REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

**Prof. Dr. Ute Koglin**

**Sonder- und  
Rehabilitationspädagogische  
Psychologie**

TELEFON:  
+49-(0)441 798-2644

FAX:  
+49-(0)441 798-2012

E-MAIL  
[ute.koglin@uni-oldenburg.de](mailto:ute.koglin@uni-oldenburg.de)

HOME PAGE:

OLDENBURG, den 04.06.2019

Ich wurde bei der Anmeldung meines Kindes über Zweck, Ablauf und Bedeutung der Studie informiert. Ich bin mir bewusst, dass im Rahmen der Studie auch besondere Kategorien von personenbezogenen Informationen (Fragen zur eigenen Gesundheit) verarbeitet werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei der Beantwortung der Fragebögen keine Verpflichtungen oder gesundheitlichen Risiken zu erwarten sind.

Die Studieninformation habe ich gelesen und verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung, an der Studie teilzunehmen, zu überdenken und frei zu treffen.

Ich weiß, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Löschung der von mir erhobenen Daten kann ich jederzeit verlangen.

Durch einen Abbruch der Studienteilnahme entstehen mir, meiner Familie und meinem Kind keinerlei Nachteile. Die Beratung in der Regulationssprechstunde kann ich weiter in Anspruch nehmen, ohne dass meine Informationen wissenschaftlich erfasst und ausgewertet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Studiendaten zunächst in pseudonymisierter Form, d.h. mit Hilfe eines Studien-Codes erfasst werden.

Ich erkläre mich weiter damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erfassten Informationen über mich, meine Familie und mein Kind von zur Verschwiegenheit verpflichteten Wissenschaftlern ausgewertet und für wissenschaftliche Publikationen in anonymisierter Form verwendet werden dürfen.

Ich bin mir bewusst, dass durch diese anonymisierten Daten nicht auf meine Person, auf meine Familie oder auf mein Kind zurückgeschlossen werden kann.

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg  
PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg  
TELEFON  
(0441) 798 - 0  
INTERNET  
[www.uni-oldenburg.de](http://www.uni-oldenburg.de)

BANKVERBINDUNG  
Landessparkasse zu Oldenburg

IBAN: DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC: SLZODE22

Unterschrift der Bezugsperson:

Datum:

## C-6 Studieninformation, Anleitung zur Code-Erstellung, Einverständniserklärung (KiTa)



Studie: **Wirksamkeit der Elternberatung bei Regulationsproblemen**

Kontakt: Kinderzentrum Oldenburg  
Cloppenburger Straße 361  
26133 Oldenburg  
Tel.: 0441-969670

INSTITUT FÜR SONDER- UND  
REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

**Prof. Dr. Ute Koglin**

**Sonder- und  
Rehabilitationspädagogische  
Psychologie**

TELEFON:  
+49-(0)441 798-2644

FAX:  
+49-(0)441 798-2012

E-MAIL  
[ute.koglin@uni-oldenburg.de](mailto:ute.koglin@uni-oldenburg.de)

### Studieninformation für Eltern

Liebe Eltern,

Sie wurden bereits von den Mitarbeitenden der Krippe auf diese Studie hingewiesen.  
Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit.

OLDENBURG, den 06.01.2020

Wir führen diese Studie durch, um das Beratungsangebot in der Sprechstunde für Kinder mit Regulationsproblemen im Kinderzentrum Oldenburg noch besser auf die Bedürfnisse der Familien anzupassen.

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg  
PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg

TELEFON  
(0441) 798 - 0  
INTERNET  
[www.uni-oldenburg.de](http://www.uni-oldenburg.de)

#### Was ist das Ziel dieses Studienteils?

Wir wollen erfahren, wie sich das Verhalten von Kleinkindern auf die Familie auswirkt.

#### Was haben Sie davon?

Mit der Teilnahme an dieser Studie helfen Sie, mehr Wissen über die Bedürfnisse von Familien zu gewinnen und die gesundheitliche Versorgung in Zukunft zu verbessern.

BANKVERBINDUNG  
Landessparkasse zu Oldenburg

IBAN: DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC: SLZODE22

#### Was ist geplant?

Wir möchten Sie bitten, zu zwei Zeitpunkten Fragebögen zu beantworten:

- Im **Januar 2020** stellen wir Ihnen allgemeine Fragen zu Ihrer Familie, zum Verhalten Ihres Kindes und wie sich das Verhalten Ihres Kindes auf Ihren Alltag auswirkt.
- Im **Juli 2020** interessiert uns, wie sich das Verhalten Ihres Kindes verändert hat.

Es wird vermutlich 30 bis 45 Minuten dauern, die Fragebögen zu bearbeiten.

Die ausgefüllten Fragebögen geben Sie jeweils in einem verschlossenen Umschlag der Leitung der Krippe. Diese leitet den Umschlag an das Kinderzentrum weiter.

#### Ist die Teilnahme an der Studie mit Nachteilen verbunden?

Bei der Beantwortung der Fragebögen sind keine Verpflichtungen oder gesundheitlichen Risiken zu erwarten. Eventuell treten bei der Beantwortung Gedanken oder Fragen auf. Diese können Sie gerne bei der Leitung der Krippe ansprechen.

**Wie wird mit Ihren Informationen im Fragebogen umgegangen?**

---

- Alle Informationen, die Sie uns mitteilen, werden vertraulich behandelt. Die Mitarbeitenden der Krippe erhalten keinen Einblick in die Fragebögen. Sie geben die Fragebögen in einem verschlossenen Umschlag zurück.
- Die Befragung ist anonym – an keiner Stelle werden der Namen oder Geburtsdaten erfragt, weder von Ihnen noch von Ihrem Kind.
- Zu Beginn bitten wir Sie, einen Buchstaben-Zahlen-Code anhand einer vorgegebenen Regel zu erstellen. Diesen Code kennen nur Sie. Er bleibt für Dritte, einschließlich den Mitarbeitenden der Kinderkrippe und dem Studienkoordinator unbekannt. Es ist nicht möglich, Ihre Antworten mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen und auf Ihre Identität oder die Ihrer Familie zurückzuschließen.
- Für die Datenauswertung und bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen der Ergebnisse werden ausschließlich diese anonymisierten Daten genutzt. Diese werden 10 Jahre gespeichert.
- Sie können jederzeit die Löschung der von Ihnen erhobenen Daten mit Wirkung für die Zukunft verlangen.
- Sie haben jederzeit die Möglichkeit von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind Nachteile entstehen. In diesem Fall werden alle bisher erhobenen Informationen gelöscht.
- Die Studie wurde durch die medizinische Ethik-Kommission der Universität Oldenburg geprüft und am 02.07.2019 als positiv bewertet.

Gerne beantworten wir Ihre Fragen zu der Studie. Bitte wenden Sie sich an das **Kinderzentrum Oldenburg**.

Wir würden uns freuen, wenn Sie bereit sind, uns dabei zu unterstützen, unsere Arbeit zu verbessern.

Schon jetzt ein herzliches Dankeschön dafür!

---

Als von der Datenverarbeitung Betroffene/r kommen für Sie die folgenden Rechte in Betracht:

- Auskunftsrecht (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Eine ggf. erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen**, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Falls Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzvorschriften verstößt, wenden Sie sich bitte an die/den Datenschutzbeauftragte/n (Tel.: **0441-798-4196**; E-Mail: **dsuni@uol.de**; **www.uol.de/datschutz**). Unabhängig hiervon haben Sie ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120-4500, Telefax: 0511 120-4599



Studie: **Wirksamkeit der Elternberatung bei Regulationsproblemen**

Kontakt: Kinderzentrum Oldenburg  
Cloppenburger Straße 361  
26133 Oldenburg  
Tel.: 0441-969670

### Wie erstellen Sie Ihren persönlichen Code?

Um Ihre Daten richtig zuordnen zu können, ohne die Geheimhaltung zu verletzen, benötigen wir einen Zahlen-Buchstaben-Code. Diesen Code erstellen Sie nach einer bestimmten Regel selber. Der Code ist so aufgebaut, dass niemand von diesem Code auf Ihre Person schließen kann. Sie selbst können Ihren Code aber jederzeit nach dieser Regel wiederherstellen, wenn Sie danach gefragt werden oder ihn vergessen haben sollten.

### Dies ist die Regel für Ihren persönlichen Code.

1. Die **Anzahl der Buchstaben** Ihres (ersten) Vornamens (zweistellig, ggf. mit Null am Anfang).
2. Die **beiden ersten Buchstaben** des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter.
3. Ihr **eigener Geburtstag** (nur der Tag, nicht Monat und/oder Jahr; zweistellig, ggf. mit Null).

### Ein Beispiel (fiktiv)

Die Anzahl der Buchstaben Ihres (ersten) Vornamens:	<u>Ann</u> -Kristin → <b>03</b>
Die ersten beiden Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter:	<u>Eva</u> -Maria → <b>EV</b>
Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag):	<b>09.11.1987</b> → <b>09</b>
<b>Code:</b>	<b>03EV09</b>

**Bitte tragen Sie jetzt in die Kästchen Ihre Antworten ein:**

Die Anzahl der Buchstaben Ihres (ersten) Vornamens:	
Die ersten beiden Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter:	
Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag):	
<b>Ihr Code:</b>	

**Wichtig:** Dieses Dokument verbleibt bei Ihnen. Bewahren Sie es gut auf!  
Sie sollten es niemandem zeigen.

INSTITUT FÜR SONDER- UND  
REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

**Prof. Dr. Ute Koglin**

**Sonder- und  
Rehabilitationspädagogische  
Psychologie**

TELEFON:  
+49-(0)441 798-2644

FAX:  
+49-(0)441 798-2012

E-MAIL  
[ute.koglin@uni-oldenburg.de](mailto:ute.koglin@uni-oldenburg.de)

OLDENBURG, den 06.01.2020

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg  
PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg  
TELEFON  
(0441) 798 - 0  
INTERNET  
[www.uni-oldenburg.de](http://www.uni-oldenburg.de)

BANKVERBINDUNG  
Landessparkasse zu Oldenburg

IBAN: DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC: SLZODE22



INSTITUT FÜR SONDER- UND  
REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Prof. Dr. Ute Koglin

Sonder- und  
Rehabilitationspädagogische  
Psychologie

TELEFON:  
+49-(0)441 798-2644

FAX:  
+49-(0)441 798-2012

E-MAIL  
[ute.koglin@uni-oldenburg.de](mailto:ute.koglin@uni-oldenburg.de)

Studie: **Wirksamkeit der Elternberatung bei Regulationsproblemen**

Kontakt: Kinderzentrum Oldenburg  
Cloppenburger Straße 361  
26133 Oldenburg  
Tel.: 0441-969670

OLDENBURG, den 06.01.2020

**Einverständniserklärung für Eltern** – getrennt vom Fragebogen aufbewahren

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name der Bezugsperson (Elternteil):

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg  
PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg  
TELEFON  
(0441) 798 - 0  
INTERNET  
[www.uni-oldenburg.de](http://www.uni-oldenburg.de)

BANKVERBINDUNG  
Landesparkasse zu Oldenburg

IBAN: DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC: SLZODE22

Ich wurde von den Mitarbeitenden der Kinderkrippe über Zweck, Bedeutung und Ablauf der Studie informiert. Ich bin mir bewusst, dass im Rahmen der Studie auch besondere Kategorien von personenbezogenen Informationen (Fragen zur eigenen Gesundheit) verarbeitet werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei der Beantwortung der Fragebögen keine Verpflichtungen oder gesundheitlichen Risiken zu erwarten sind.

Die Studieninformation habe ich gelesen und verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung, an der Studie teilzunehmen, zu überdenken und frei zu treffen.

Ich weiß, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Löschung der von mir erhobenen Daten kann ich jederzeit verlangen. Durch einen Abbruch der Studienteilnahme entstehen mir, meiner Familie und meinem Kind keinerlei Nachteile.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erfassten Informationen über mich, meine Familie und mein Kind von zur Verschwiegenheit verpflichteten Wissenschaftlern ausgewertet und für wissenschaftliche Publikationen in anonymisierter Form verwendet werden dürfen. Ich bin mir bewusst, dass durch diese anonymisierten Daten nicht auf meine Person, auf meine Familie oder auf mein Kind zurückgeschlossen werden kann.

Unterschrift der Bezugsperson (Elternteil):

Datum:

**C-7 Ethikvotum**

CARL VON OSSIEZKY UNIVERSITÄT OLDENBURG · 26111 OLDENBURG

Prof. Dr. Ute Koglin  
Institut für Rehabilitationswissenschaften  
-im Hause-

**Nachrichtlich per E-Mail:**  
Dipl. Psych. Michael Otto  
Michael.ottouin-oldenburg.de

**Unser Zeichen:** 2019-070 (bitte stets angeben)

**Antragsteller:** Prof. Dr. Ute Koglin  
Dipl.-Psych. Michael Otto

**Titel** RegulaS - Wirksamkeit der interdisziplinären Elternberatung bei Kindern mit Regulationsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Belastung der Eltern

**Antrag vom:** 05.06.2019

**Beratung gem. § 15 BO**

Sehr geehrte Frau Prof. Koglin,

Ihr Antrag hat der medizinischen Ethikkommission in ihrer Sitzung am 26.06.2019 zur Beratung vorgelegen.

**Die medizinische Ethikkommission hat keine Bedenken gegen die Durchführung der o.g. Studie.**

**Sie weist auf folgendes hin:**

- Die Studie ist multizentrisch.
- Bitte überarbeiten Sie das Ausschlusskriterium „Autismus-Spektrum-Störung“, da diese in dem Alter der Probandengruppe nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

**Medizinische  
Ethikkommission**  
-Geschäftsstelle-

TELEFONDURCHWAHL  
+49 (0)441 798 31 09  
FAX  
+49 (0)441 798 4745  
E-MAIL  
med.ethikkommission@uni-oldenburg.de

VORSITZENDER  
Prof. Dr. Frank Griesinger

JURISTIN  
Ass. jur. Carola Alvarez Castillo

OLDENBURG, 02.07.2019

POSTANSCHRIFT  
D-26111 Oldenburg

PAKETANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstraße 114 - 118  
D-26129 Oldenburg

BESUCHERANSCHRIFT  
Ammerländer Heerstr. 140  
V04-1-136/137  
D-26129 Oldenburg

INTERNET  
www.uni-oldenburg.de

BANKVERBINDUNG  
Landessparkasse zu Oldenburg  
IBAN DE46 2805 0100 0001 9881 12  
BIC SLZODE22

**Bitte beachten Sie noch folgende Punkte:**

- Die Ethikkommission erwartet, dass ihr ohne Aufforderung ein Abschlussbericht mit dem beigelegten **Formular B** übermittelt wird.
- Unabhängig davon ist die Ethikkommission unaufgefordert und zeitnah über alle Änderungen am Prüfplan, sowie den in diesem Antrag vorgelegten Dokumenten unaufgefordert und unverzüglich zu unterrichten. Ihr sind unaufgefordert alle schweren unerwünschten Ereignisse mitzuteilen, soweit sie im Zuständigkeitsbereich der Ethikkommission aufgetreten sind.
- Die ethische medizinische und juristische Verantwortung des Studienleiters und des an der Studie beteiligten medizinischen und wissenschaftlichen Personal bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der medizinischen Ethikkommission durch diese Stellungnahme unberührt.
- Die Ethikkommission kann dieses Votum jederzeit zurückziehen oder ändern. Dies wird dem Antragsteller mitgeteilt.
- Bitte machen Sie dieses Votum und die der Begutachtung zugrundeliegenden Dokumente allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zugänglich.

An der Beratung und Beschlussfassung haben keine Kommissionsmitglieder teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Wir bitten um Mitteilung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Zuständigkeitsbereich der Universität Oldenburg, sobald diese bekannt sind bzw. sofern im Verlauf weitere Ärztinnen und Ärzte hinzukommen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Stellungnahme der medizinischen Ethikkommission und die studienrelevante Korrespondenz an alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte weiterzuleiten ist.

**Bitte informieren Sie die Ethikkommission unter Nutzung des beigelegten Formulars A über den Beginn der Rekrutierung an Ihrem Studienzentrum.**

Wir wünschen Ihnen bei der Durchführung Ihrer Studie viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Frank Griesinger  
Vorsitzender der medizinischen Ethikkommission

Tabelle D-1

*Drop-out-Analyse Interventionsgruppe*

<i>Merkmale</i>		drop-out	eingeschlossen	Teststatistik		
		( <i>n</i> = 30)	( <i>n</i> = 40)	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>
		Häufigkeit ( <i>n</i> )	Häufigkeit ( <i>n</i> )			
<i>Ausfüllperson</i>	leibliche Mutter	26	32	2.53	3	.470
	leiblicher Vater	2	5			
	leibliche Eltern	1	0			
	andere	1	3			
<i>Geschlecht des Kindes</i>	weiblich	12	24	2.75	1	.098
	männlich	18	16			
<i>Geschwisterstatus</i>	Einzelkind	17	20	0.31	1	.580
	Geschwisterkind	13	20			
<i>Beziehungsstatus der Eltern</i>	zusammenlebend	27	35	0.28	2	.871
	nie zusammen gelebt	2	4			
	getrennt lebend	1	1			
<i>Berufstätigkeit der Mutter</i>	berufstätig	6	20	11.53	3	.009
	arbeitssuchend	2	1			
	Elternzeit	19	12			
	anders	1	6			
<i>Berufstätigkeit des Vaters</i>	berufstätig	27	34	0.05	2	.975
	arbeitssuchend	1	1			
	anders	1	1			
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	
<i>Alter</i>	Kind	19.57 (5.61)	20.56 (7.45)	563.0	.660	
	Mutter	30.50 (4.57)	32.49 (4.26)	383.5	.097	
	Vater	33.62 (6.10)	37.03 (6.63)	320.5	.069	
<i>Geschwisteranzahl</i>		0.53 (0.68)	0.70 (0.85)	548.0	.493	

Tabelle D-2

*Drop-out-Analyse Vergleichsgruppe*

<i>Merkmale</i>		drop-out (n = 16)	eingeschlossen (n = 30)	Teststatistik		
		Häufigkeit ( <i>n</i> )	Häufigkeit ( <i>n</i> )	$\chi^2$	$d$ <i>f</i>	<i>p</i>
<i>Ausfüllperson</i>	leibliche Mutter	14	29	2.17	3	.337
	leiblicher Vater	1	0			
	leibliche Eltern	1	1			
	andere	0	0			
<i>Geschlecht des Kindes</i>	weiblich	11	12	3.45	1	.063
	männlich	5	18			
<i>Geschwisterstatus</i>	Einzelkind	5	15	1.49	1	.222
	Geschwisterkind	11	15			
<i>Beziehungsstatus der Eltern</i>	zusammenlebend	16	30			
	nie zusammen gelebt	0	0			
	getrennt lebend	0	0			
<i>Berufstätigkeit der Mutter</i>	berufstätig	10	20	5.40	3	.145
	arbeitssuchend	2	0			
	Elternzeit	3	5			
	anders	0	3			
<i>Berufstätigkeit des Vaters</i>	berufstätig	11	27	4.58	3	.205
	arbeitssuchend	1	0			
	Elternzeit	1	0			
	anders	1	1			
<i>Alter</i>		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	
	Kind	27.56 (6.53)	26.20 (6.88)	217.00	.595	
	Mutter	35.40 (7.87)	33.54 (4.43)	176.50	.919	
	Vater	39.43 (7.31)	37.17 (6.70)	138.00	.363	
<i>Geschwisteranzahl</i>		1.06 (0.93)	0.67 (0.76)	182.50	.155	

Tabelle D-3

*Deskriptive Statistik zum Schulabschluss der Bezugspersonen*

Bezugs- person	Bildungsstatus Schulabschluss	Studiengruppe				Gesamtstichprobe	
		Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe		n	%
		n	%	n	%		
Mütter	<i>niedriger Bildungsstatus</i>	25	49.0	10	25.6	35	38.9
	Hauptschulabschluss	4	7.8	0	0.0	4	4.4
	Realschulabschluss	12	23.5	6	15.4	18	20.0
	erw. Realschulabschluss	9	17.6	4	10.3	13	14.4
	<i>mittlerer Bildungsstatus</i>	19	37.3	26	66.7	45	50.0
	Allg. Hochschulreife	14	27.5	25	64.1	39	43.3
	Fachhochschulreife	5	9.8	1	2.6	6	6.7
	<i>hoher Bildungsstatus</i>	7	13.7	3	7.7	10	11.1
	Universität	6	11.8	2	5.1	8	8.9
	Fachhochschule	1	2.0	1	2.6	2	2.2
<i>Gesamt</i>		51	100.0	39	100.0	90	100.0
Väter	<i>niedriger Bildungsstatus</i>	20	45.5	8	21.1	28	34.1
	Hauptschulabschluss	6	13.6	0	0.0	6	7.2
	Realschulabschluss	11	25.0	7	17.9	18	21.7
	erw. Realschulabschluss	3	6.8	1	2.6	4	4.8
	<i>mittlerer Bildungsstatus</i>	14	31.8	29	76.3	43	52.4
	Allg. Hochschulreife	11	25.0	29	74.4	40	48.2
	Fachhochschulreife	3	6.8	0	0.0	3	3.6
	<i>hoher Bildungsstatus</i>	10	22.7	1	2.6	11	13.4
	Universität	9	20.5	1	2.6	10	12.0
	Fachhochschule	1	2.3	0	0.0	1	1.2
<i>Gesamt</i>		44	100.0	38	100.0	82	100.0

*Anmerkungen.* Bildungsstatus nach ISCED: *niedrige Bildung*: max. mittlere Reife; *mittlere Bildung*: Berufsausbildung/Hochschulreife, *hohe Bildung*: Meister-/Hochschulabschluss.

Tabelle D-4

Verteilung der Risikofaktoren auf die Klassen der LCA in der Interventionsgruppe

Faktoren		Klassenzuordnung				Teststatistik			
		Klasse 1		Klasse 2		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	Cramers' <i>V</i>	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%				
		<i>n</i> = 34		<i>n</i> = 36					
<i>Merkmale der Familie</i>									
<i>distal</i>	1	alleinerziehend	3	8.8	5	13.9	0.44	.506	.080
	2	niedriger Bildungsstaus der Mutter	14	41.2	11	30.6	0.86	.354	.111
	3	jüngere Kinder	1	2.9	1	2.8	0.01	.967	.005
<i>proximal</i>	4	Unzufriedenheit mit der Qualität der Familiensituation	2	5.9	9	25.0	4.83	.028	.263
<i>Merkmale der Mutter</i>									
<i>distal</i>	5	Substanzgebrauch (pränatal)	1	2.9	5	13.9	2.67	.102	.195
	6	seelische Belastungen	8	23.5	10	27.8	0.16	.686	.049
	7	soziale Belastungen	1	2.9	3	8.3	1.06	.303	.125
	8	junges Alter der Mutter bei der Geburt	3	8.8	6	16.7	1.06	.304	.127
	9	psychische Schwierigkeiten	3	8.8	14	38.9	8.59	.003	.350
<i>proximal</i>	10	Neigung zu Depressivität	15	44.1	33	91.7	18.34	< .001	.512
	11	Geringes Einfühlungsvermögen	0	0.0	25	69.4	36.73	< .001	.724
	12	Zweifel an der Erziehungskompetenz	0	0.0	28	77.8	44.07	< .001	.793
<i>Merkmale des Kindes</i>									
<i>distal</i>	13	Frühgeburtlichkeit	3	8.8	9	25.0	3.04	.081	.213
<i>proximal</i>	14	Negative Emotionalität (Wut/Trotz)	7	20.6	26	72.2	17.19	< .001	.503
	15	Belastendes Schreiverhalten	11	32.4	14	38.9	1.57	.210	.176
	16	Belastendes Essverhalten	2	5.9	5	13.9	1.141	.285	.137
	17	Belastendes Schlafverhalten	15	44.1	12	33.3	0.59	.809	.040

*Anmerkungen.* Klasse 1: geringe Belastung, Klasse 2: hohe Belastung; die durchschnittliche Anzahl an Risiko-faktoren wurde a posteriori durch die höchste Klassenzugehörigkeitswahrscheinlichkeit bestimmt. Effektstärke Cramér's *V* nach Cohen (1988): kleiner Effekt *V* = 0.1; mittlerer Effekt *V* = 0.3; großer Effekt *V* = 0.5.

Tabelle D-5

Verteilung der Risikofaktoren auf die Klassen der LCA in der Vergleichsgruppe

Faktoren		Klassenzuordnung				Teststatistik			
		Klasse 1 <i>n</i> = 34		Klasse 2 <i>n</i> = 36		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	Cramers' <i>V</i>	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%				
<i>Merkmale der Familie</i>									
distal	1	alleinerziehend	0	0.0	0	0.0			
	2	niedriger Bildungsstatus der Mutter	8	25.8	2	13.3	0.924	.336	.142
	3	jüngere Kinder	0	0.0	0	0.0			
proximal	4	Unzufriedenheit mit der Qualität der Familiensituation	6	19.4	2	14.3	0.170	.681	.060
<i>Merkmale der Mutter</i>									
distal	5	Substanzgebrauch (pränatal)	0	0.0	2	14.3	4.635	.031	.321
	6	seelische Belastungen	5	16.1	5	35.7	2.140	.143	.223
	7	soziale Belastungen	1	3.2	1	7.1	0.348	.555	.097
	8	junges Alter der Mutter bei der Geburt	1	3.8	0	0.0	0.513	.474	.123
	9	psychische Schwierigkeiten	5	16.1	2	13.3	0.061	.805	.049
proximal	10	Neigung zu Depressivität	10	33.3	15	100.0	18.000	< .001	.635
	11	Geringes Einfühlungsvermögen	0	0.0	6	40.0	14.260	< .001	.568
	12	Zweifel an der Erziehungskompetenz	1	3.2	14	93.3	37.349	< .001	.901
<i>Merkmale des Kindes</i>									
distal	13	Frühgeburtlichkeit	3	10.3	1	7.7	0.073	.787	.041
proximal	14	Negative Emotionalität (Wut/ Trotz)	5	16.1	8	53.3	6.901	.009	.393
	15	Belastendes Schreiverhalten	0	0.0	4	33.3	10.712	.001	.510
	16	Belastendes Essverhalten	0	0.0	1	7.7	2.440	.118	.242
	17	Belastendes Schlafverhalten	3	11.1	3	21.4	0.786	.375	.148

*Anmerkungen.* Klasse 1: geringe Belastung, Klasse 2: hohe Belastung; die durchschnittliche Anzahl an Risiko-faktoren wurde a posteriori durch die höchste Klassenzugehörigkeitswahrscheinlichkeit bestimmt. Effektstärke Cramér's *V* nach Cohen (1988): kleiner Effekt *V* = 0.1; mittlerer Effekt *V* = 0.3; großer Effekt *V* = 0.5.

Tabelle D-6

*Multiple Regressionsanalyse zum Endpunkt kindliche Regulationsprobleme*

Koeffizienten	95% KI						
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>UG</i>	<i>OG</i>
<i>BITSEA</i> <sup>a</sup>							
(Konstante)	0.385	0.133		2.890	.005	0.121	0.649
external	-0.097	0.068	-0.092	-1.418	.159	-0.232	0.038
internal	0.106	0.076	0.098	1.385	.169	-0.045	0.257
Dysregulation	0.892	0.083	0.758	10.712	< .001	0.727	1.057
<i>EBP</i> <sup>b</sup>							
(Konstante)	1.223	0.149		8.213	< .001	0.928	1.518
Gesundheit	-0.008	0.042	-0.020	-0.198	.844	-0.092	0.075
Persönliche Einschränkung	0.045	0.052	0.109	0.864	.389	-0.058	0.147
Soziale Isolation	0.120	0.046	0.285	2.637	.010	0.030	0.210
Elternkompetenz	-0.039	0.055	-0.096	-0.709	.480	-0.149	0.070
Bindung	0.172	0.060	0.334	2.883	.005	0.054	0.290
Partnerbeziehung	-0.020	0.047	-0.048	-0.440	.661	-0.113	0.072
Depression	0.036	0.048	0.084	0.757	.451	-0.059	0.131
<i>FLQ</i> <sup>c</sup>							
(Konstante)	2.640	0.166		15.886	< .001	2.311	2.969
Entlastung	-0.101	0.062	-0.178	-1.643	.103	-0.223	0.021
Unterstützung	-0.029	0.055	-0.059	-0.525	.601	-0.138	0.080
Energie und Aktivität	-0.114	0.061	-0.223	-1.853	.066	-0.235	0.008

*Anmerkungen:* abhängige Variable: Gesamtskala SFS (prä);  $N = 116$ ; <sup>a</sup>  $R^2 = 0.611$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.600;  $F(3,112) = 58.604$ ;  $p < .001$ ; <sup>b</sup>  $R^2 = 0.277$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.231;  $F(7,108) = 5.924$ ;  $p < .001$ ; <sup>c</sup>  $R^2 = 0.158$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.135;  $F(3,112) = 6.998$ ;  $p < .001$ .

Tabelle D-7

*Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt sozial-emotionale Probleme*

Koeffizienten	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	
						<i>UG</i>	<i>OG</i>
<i>SFS<sup>a</sup></i>							
(Konstante)	0.632	0.093		6.795	< .001	0.448	0.817
Schreien, Quengeln, Schlafen	0.275	0.278	0.516	0.990	.325	-0.276	0.827
Füttern	0.078	0.037	0.139	2.080	.040	0.004	0.152
Koregulation	0.047	0.033	0.104	1.417	.159	-0.019	0.113
Trotzverhalten	0.096	0.086	0.201	1.123	.264	-0.074	0.267
Schlafprobleme	-0.014	0.205	-0.028	-0.067	.947	-0.421	0.393
<i>EBP<sup>b</sup></i>							
(Konstante)	1.055	0.105		10.044	< .001	0.847	1.264
Gesundheit	-0.017	0.030	-0.057	-0.573	.568	-0.076	0.042
Persönliche Einschränkung	0.068	0.037	0.231	1.857	.066	-0.005	0.140
Soziale Isolation	0.028	0.032	0.094	0.885	.378	-0.035	0.092
Elternkompetenz	-0.032	0.039	-0.109	-0.813	.418	-0.109	0.046
Bindung	0.146	0.042	0.397	3.476	< .001	0.063	0.230
Partnerbeziehung	-0.021	0.033	-0.070	-0.651	.516	-0.087	0.044
Depression	0.046	0.034	0.150	1.362	.176	-0.021	0.113
<i>FLQ<sup>c</sup></i>							
(Konstante)	2.100	0.118		17.752	< .001	1.866	2.334
Entlastung	-0.044	0.044	-0.109	-1.005	.317	-0.131	0.043
Unterstützung	-0.035	0.039	-0.100	-0.893	.374	-0.113	0.043
Energie und Aktivität	-0.096	0.044	-0.263	-2.189	.031	-0.182	-0.009

*Anmerkungen:* abhängige Variable: Gesamtskala BITSEA (prä);  $N = 116$ ; <sup>a</sup>  $R^2 = 0.543$ ; *korr. R<sup>2</sup>* = 0.523;  $F(5,110) = 26.189$ ;  $p < .001$ ; <sup>b</sup>  $R^2 = 0.297$ ; *korr. R<sup>2</sup>* = 0.251;  $F(7,108) = 6.518$ ;  $p < .001$ ; <sup>c</sup>  $R^2 = 0.166$ ; *korr. R<sup>2</sup>* = 0.144;  $F(3,112) = 7.453$ ;  $p < .001$ .

Tabelle D-8

*Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt Elterliches Belastungsempfinden*

Koeffizienten	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	
						<i>UG</i>	<i>OG</i>
<i>SFS</i> <sup>a</sup>							
(Konstante)	1.287	0.280		4.595	< .001	0.732	1.842
Schreien, Quengeln, Schlafen	-1.178	0.837	-0.942	-1.406	.162	-2.837	0.482
Füttern	0.062	0.113	0.047	0.547	.585	-0.162	0.285
Koregulation	0.139	0.100	0.131	1.391	.167	-0.059	0.337
Trotzverhalten	0.496	0.258	0.440	1.921	.057	-0.016	1.008
Schlafprobleme	1.186	0.618	1.031	1.919	.058	-0.039	2.410
<i>BITSEA</i> <sup>b</sup>							
(Konstante)	1.116	0.318		3.504	< .001	0.485	1.746
external	0.099	0.163	0.057	0.609	.544	-0.224	0.422
internal	0.458	0.182	0.253	2.511	.013	0.097	0.820
Dysregulation	0.475	0.199	0.241	2.386	.019	0.081	0.869
<i>FLQ</i> <sup>c</sup>							
(Konstante)	4.274	0.255		16.794	< .001	3.770	4.778
Entlastung	-0.125	0.094	-0.132	-1.328	.187	-0.312	0.062
Unterstützung	-0.019	0.085	-0.023	-0.222	.825	-0.186	0.149
Energie und Aktivität	-0.378	0.094	-0.443	-4.025	< .001	-0.564	-0.192

*Anmerkungen:* abhängige Variable: Gesamtskala EBI (prä);  $N = 116$ ; <sup>a</sup>  $R^2 = 0.247$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.213;  $F(5,110) = 7.214$ ;  $p < .001$ ; <sup>b</sup>  $R^2 = 0.209$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.188;  $F(3,112) = 9.882$ ;  $p < .001$ ; <sup>c</sup>  $R^2 = 0.297$ ; *korr. R*<sup>2</sup> = 0.279;  $F(3,112) = 15.809$ ;  $p < .001$ .

Tabelle D-9

*Multiple Regressionsanalysen zum Endpunkt Familienbezogene Lebensqualität*

Koeffizienten	95% KI						
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>UG</i>	<i>OG</i>
<i>SFS</i> <sup>a</sup>							
(Konstante)	4.106	0.278		14.753	< .001	3.555	4.658
Schreien, Quengeln, Schlafen	-0.840	0.832	-0.697	-1.009	.315	-2.489	0.809
Füttern	-0.042	0.112	-0.033	-0.376	.708	-0.264	0.180
Koregulation	-0.047	0.099	-0.046	-0.471	.638	-0.243	0.150
Trotzverhalten	0.243	0.257	0.224	0.946	.346	-0.266	0.752
Schlafprobleme	0.143	0.614	0.129	0.232	.817	-1.074	1.360
<i>BITSEA</i> <sup>b</sup>							
(Konstante)	4.440	0.314		14.139	< .001	3.818	5.062
external	-0.084	0.161	-0.049	-0.520	.604	-0.402	0.235
internal	-0.322	0.180	-0.185	-1.791	.076	-0.679	0.034
Dysregulation	-0.499	0.196	-0.262	-2.542	.012	-0.888	-0.110
<i>EBF</i> <sup>c</sup>							
(Konstante)	4.361	0.231		18.890	< .001	3.904	4.819
Gesundheit	0.038	0.066	0.056	0.582	.562	-0.092	0.168
Persönliche Einschränkung	-0.009	0.080	-0.013	-0.109	.914	-0.168	0.151
Soziale Isolation	-0.134	0.071	-0.197	-1.898	.060	-0.274	0.006
Elternkompetenz	-0.058	0.086	-0.087	-0.672	.503	-0.227	0.112
Bindung	0.030	0.093	0.036	0.323	.747	-0.154	0.213
Partnerbeziehung	-0.073	0.072	-0.107	-1.011	.314	-0.216	0.070
Depression	-0.268	0.074	-0.387	-3.619	< .001	-0.416	-0.121

*Anmerkungen:* abhängige Variable: Gesamtskala FLQ (prä);  $N = 116$ ; <sup>a</sup>  $R^2 = 0.200$ ; *korr.*  $R^2 = 0.163$ ;  $F(5,110) = 5.494$ ;  $p < .001$ ; <sup>b</sup>  $R^2 = 0.172$ ; *korr.*  $R^2 = 0.150$ ;  $F(3,112) = 7.765$ ;  $p < .001$ ; <sup>c</sup>  $R^2 = 0.335$ ; *korr.*  $R^2 = 0.292$ ;  $F(7,108) = 7.773$ ;  $p < .001$ .

Tabelle D-10

*Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz SFS<sub>T1-T2</sub>*

Faktoren	Subskalen	$R^2_{\text{korr}}$	$F$	$B$	$Beta$	$T$	$p$
<i>Subskalen der primären Endpunkte zu T1</i>							
SFS	Koregulation	0.29	16.56***	0.26	0.56	4.07	< .001
EBI			0.73				.647
FLQ			1.61				.205
BITSEA			0.31				.816
<i>Kindbezogene Faktoren</i>							
Geschlecht			0.94				.339
Kindesalter		0.09	4.76*	-0.01	-0.33	-2.18	.035
Frühgeburtlichkeit			0.70				.408
<i>Mutterbezogene Faktoren</i>							
Alter			0.94				.337
Bildungsstatus			0.78				.469
Berufsstatus			0.41				.748
psychische Probleme			0.14				.715
<i>Familienbezogene Faktoren</i>							
Familienstatus			2.37				.107
Geschwisterkind			0.49				.489
Einschneidende Lebensereignisse			1.02				.319
<i>Beratungsbezogene Faktoren</i>							
Wartezeit, Terminanzahl, Termindauer			0.91				.445
Teilnahme des Vaters			0.58				.450
FBB	Beratungserfolg	0.15	7.73	0.11	0.42	2.78	.009
<i>Anmerkungen.</i> Anpassungsgüte/Varianzaufklärung: schwach $R^2_{\text{korr}} = .02$ , moderat $R^2_{\text{korr}} = .13$ , stark $R^2_{\text{korr}} = .26$ (Cohen, 1988)							

Tabelle D-11

*Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz BITSEA<sub>T1-T2</sub>*

Faktoren	Subskalen	$R^2_{\text{korr}}$	$F$	$B$	$Beta$	$T$	$p$
<i>Subskalen der primären Endpunkte zu T1</i>							
SFS	Trotzverhalten	0.18	9.66**	0.19	0.45	3.11	.004
EBI			0.64				.720
FLQ	Support	0.12	6.40*	-0.11	-0.38	-2.53	.016
BITSEA	internal	0.33	20.04***	0.35	0.59	4.48	< .001
<i>Kindbezogene Faktoren</i>							
Geschlecht	Jungen	0.11	6.04*	-0.20		-2.46	.019
Kindesalter			0.01				.914
Frühgeburtlichkeit			0.01				.916
<i>Mutterbezogene Faktoren</i>							
Alter			0.09				.772
Bildungsstatus			1.84				.178
Berufsstatus			3.63				.022
psychische Probleme			0.76				.390
<i>Familienbezogene Faktoren</i>							
Familienstatus			0.14				.869
Geschwisterkind			0.04				.849
Einschneidende Lebensereignisse			0.01				.957
<i>Beratungsbezogene Faktoren</i>							
Wartezeit, Terminanzahl, Termindauer			0.60				.618
Teilnahme des Vaters			0.06				.806
FBB	Beratungserfolg		0.67				.517
<i>Anmerkungen.</i> Anpassungsgüte/Varianzaufklärung: schwach $R^2_{\text{korr}} = .02$ , moderat $R^2_{\text{korr}} = .13$ , stark $R^2_{\text{korr}} = .26$ (Cohen, 1988)							

Tabelle D-12

*Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz EBI<sub>T1-T2</sub>*

Faktoren	Subskalen	$R^2_{\text{korr}}$	$F$	$B$	$Beta$	$T$	$p$
<i>Subskalen der primären Endpunkte zu T1</i>							
SFS	Fütterprobleme	0.10	5.14*	-0.33	-0.35	-2.27	.029
EBI	Bindung	0.17	8.86**	0.28	0.44	2.98	.005
FLQ			2.54				.072
BITSEA			1.56				.217
<i>Kindbezogene Faktoren</i>							
Geschlecht			0.02				.901
Kindesalter		0.13	7.06*	0.03	0.40	2.66	.011
	> 30 Monate	0.15	3.31**	0.79		3.14	.003
Frühgeburtlichkeit			0.21				.646
<i>Mutterbezogene Faktoren</i>							
Alter			0.47				.497
Bildungsstatus			2.61				.091
Berufsstatus			0.19				.906
psychische Probleme			2.97				.093
<i>Familienbezogene Faktoren</i>							
Familienstatus	getrennt lebend	0.14	4.07*	1.39		2.72	.010
Geschwisterkind		0.13	6.75*	-0.42		-2.60	.013
Einschneidende Lebensereignisse			0.53				.471
<i>Beratungsbezogene Faktoren</i>							
Wartezeit		0.17	8.84	0.01	0.43	2.97	.005
Teilnahme des Vaters			0.01				.998
FBB	Beratungserfolg		0.26				.773

*Anmerkungen.* Anpassungsgüte/Varianzaufklärung: schwach  $R^2_{\text{korr}} = .02$ , moderat  $R^2_{\text{korr}} = .13$ , stark  $R^2_{\text{korr}} = .26$  (Cohen, 1988)

Tabelle D-13

Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Differenz  $FLQ_{T1-T2}$ 

Faktoren	Subskalen	$R^2_{\text{korr}}$	$F$	$B$	$Beta$	$T$	$p$
<i>Subskalen der primären Endpunkte zu T1</i>							
SFS			0.51				.769
EBI			1.80				.121
FLQ	Support	0.15	7.72**	0.30	0.41	2.78	.008
BITSEA			0.90				.452
<i>Kindbezogene Faktoren</i>							
Geschlecht			0.99				.326
Kindesalter			0.99				.327
Frühgeburtlichkeit		0.10	5.43*	-0.58		-2.33	.025
<i>Mutterbezogene Faktoren</i>							
Alter			0.01				.954
Bildungsstatus			0.16				.851
Berufsstatus			0.34				.794
psychische Probleme			0.88				.355
<i>Familienbezogene Faktoren</i>							
Familienstatus			0.13				.878
Geschwisterkind			0.30				.589
Einschneidende Lebensereignisse			0.11				.737
<i>Beratungsbezogene Faktoren</i>							
Wartezeit, Terminanzahl, Termindauer			0.98				.411
Teilnahme des Vaters			0.01				.960
FBB	Beratungserfolg		1.50				.236
<i>Anmerkungen.</i> Anpassungsgüte/Varianzaufklärung: schwach $R^2_{\text{korr}} = .02$ , moderat $R^2_{\text{korr}} = .13$ , stark $R^2_{\text{korr}} = .26$ (Cohen, 1988)							

Tabelle D-14

Effektstärkevergleiche für die Gesamtskalen der primären Endpunkte

Gesamtskalen	Studien- gruppen	prä		post		$r_{\text{prä-post}}$	$d_{\text{RM}}$	95%-CI	RCI	$d_{\text{ppc}}$
		$M$	$SD$	$M$	$SD$					
SFS	IG	2.17	0.35	1.71	0.33	.56***	-1.41	-2.04, -1.06	2.68	-1.02
	VG	1.67	0.30	1.55	0.22	.59***	-0.44	-1.05, -0.03	0.75	
BITSEA	IG	1.69	0.30	1.50	0.26	.53***	-0.66	-1.17, -0.27	1.17	-0.54
	VG	1.44	0.19	1.39	0.17	.63***	-0.30	-0.88, 0.14	0.31	
EBI	IG	2.79	0.73	2.59	0.73	.72***	-0.37	-0.93, -0.05	0.83	-0.18
	VG	2.71	0.60	2.63	0.73	.72***	-0.18	-0.72, 0.30	0.34	
FLQ	IG	2.87	0.68	3.16	0.83	.62***	0.49	0.05, 0.94	-1.09	0.28
	VG	3.31	0.65	3.41	1.13	.30	0.13	-0.43, 0.58	-0.42	

*Anmerkungen.* IG = Interventionsgruppe, VG = Vergleichsgruppe;  $r_{\text{prä-post}}$  = Korrelation der Prä-und-Post-Messung;  $d_{\text{RM}}$  = Effektstärkendifferenz der Prä-Post-Messungen innerhalb einer Studiengruppe (Morris, 2008); RCI = Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1992);  $d_{\text{ppc}}$  = Effektstärkendifferenz der Prä-Post-Messungen zwischen den Studiengruppen (Morris, 2008); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

**Anhang E: Qualitative Aussagen der Eltern zu ihren Erwartungen an die Beratung**

---

„besseres selbständigeres Essen beim Mittag, Frühstück und Abendessen ohne ständige Aufforderung; wie ich besser mit ihrem Essverhalten umgehen kann; evtl. das sie auch größere Portionen isst - Essen ohne Ablenkung“

---

„den Schlafrhythmus zu regeln; erfahren was das Kind für Sorgen hat; Tipps, um dem Kind zu helfen besser zu schlafen“

---

„eine Lösung zu finden; vlt. die Ursache - Gesundheit meines Kindes; besser Schlafen“

---

„Einen Weg finden, damit M. alleine schlafen kann; Ihre Unruhe und ihr ständiges Gemecker vermindern“

---

„Einschätzung der Fachperson, ob eine Regulationsstörung vorliegt; Tipps und Empfehlungen zum Umgang mit H.“

---

„Empfehlungen zur besseren Regulierung des Schlafverhaltens; Besserer Tages- und Nachtverhalten bei Umstellung“

---

„festere Nahrung; Schnuller, Löffel, Trinkflasche selbst zum Mund führen kann; Sprachentwicklung z.B. 3 silbrige Wörter. Er kann bis jetzt nur sehr wenige Laute und nur Da, Ja, Ta, Tz“

---

„hilfreiche Tipps zur Ernährung, mag keine Stücke im Essen; aktuell Brei 6-8 Mon. Müsli 10. Mon -> Stückchen da okay + Früchte im Gläschen auch okay“

---

„Tipps für das Einschlafritual, Alternativen aufzeigen; unseren Alltag, Gewohnheiten und Zeiten zu besprechen; alle sollen mehr schlafen können“

---

„zu verstehen, was mein Kind gerade durchmacht und wie ich ihm helfen kann; zu lernen E. einfühlsam zu begleiten/ mit Mamawut umzugehen“

---

„1. Guter Schlaf; 2. Gute Ernährung“

---

„Aufklärung für einen besseren Schlaf“

---

„Beratung, Beurteilung von Entwicklung, Essverhalten und Unruhe und der wackeligen Motorik. Das Essverhalten soll verbessert werden, M. soll in der Körperwahrnehmung besser werden.“

---

„Besser verstehen warum meine Tochter so schreit bzw. so um sich schlägt/überstreckt/nach hinten wirft; ihr das Einschlafen erleichtern“

---

„Das Essverhalten, dass er das gekaute Essen runterschluckt, anstatt auszuspuken, damit ich z.B. auch abstillen kann und er die Nahrung richtig auf- und zu sich nimmt“

---

„Das ich ernst genommen werde. Das meinem Kind geholfen werden kann.“

---

„Das M. durchschlafen kann.“

---

„Das Schlafverhalten von B.“

---

„das Schlafverhältnis soll sich bessern, besseres Einschlafen und durchschlafen“

---

„Das uns geholfen werden kann G. zu lernen alleine einzuschlafen und durch schlafen“

---

„Das unser Kind nachts durchschläft!“

---

---

„Das wir Hilfe bekommen, damit J. besser schlafen kann und somit ausgeglichener und zufriedener ist.“

---

„Das wir Hilfe und Tipps bekommen wie wir unserem Sohn helfen können besser einzuschlafen und nachts zur Ruhe kommen kann. Wie wir mit dem Schlafverhalten umgehen sollen, wenn das zweite Kind da ist. Wir möchten nach der Beratung sicherer werden im Erziehen was das Schlafen angeht.“

---

„Dass mein Kind lernt durchzuschlafen“

---

„Dass uns Tipps erteilt werden, die zur Entspannung des Kindes führen können“

---

„Dass wir Unterstützung bekommen, damit unsere Tochter wieder ruhiger und alleine in ihrem Zimmer schläft und nicht bei uns im Bett als Dauerlösung. Dass sie tagsüber gelassen und ruhiger ohne Wut ist.“

---

„Durchschlafen des Kindes“

---

„Eine Antwort auf die Frage, warum mein Kind so schlecht schläft wäre schön.“

---

„Eine Veränderung im Schlafverhalten (besserer und ruhiger Schlaf ohne die vielen Unterbrechungen und Aufschreie)“

---

„Eine Verbesserung des Ein- und Weiterschlafens. Hilfestellung“

---

„einen geregelten Tages- und Nachtablauf bekommt. Er soll zu relativ festen Zeiten schlafen. schneller einschläft, ein Einschlafritual finden. er nachts nicht mehr so häufig wach wird. Essverhalten ändern, er satt wird, ich ihn abstillen kann“

---

„Ende/Beendigung von 2-3-stündigen Wachphasen in den meisten Nächten zwischen 1-5 Uhr.“

---

„Es ging um I.'s Schlafprobleme/ Durchschlafstörung“

---

„Es sollte sich nach Möglichkeit ein Rhythmus bei unserem Sohn einstellen, der uns als Eltern eine normale Teilhabe am Alltag ohne Einschränkungen ermöglicht → weniger Stress, weniger Übermüdung, weniger Frustration“

---

„Evtl. noch Tipps zum Schlafverhalten/Hilfen zum durchschlafen. Da wir schon viel ausprobiert haben, evtl. auch einfach die Bestätigung, dass das Verhalten im Rahmen des Normalen liegt und wir keine gravierenden Fehler machen, die P. am durchschlafen hindern.“

---

„Frage 1: keine; Frage 2: das wird sich zeigen“

---

„Hilfe + Tipps zum Essverhalten“

---

„Ich erhoffe mir, mein Kind besser zu verstehen. Das auch ich ihn mehr darin unterstützen kann, dass sich unsere Lebenssituation und vor allem Qualität verbessert und ich endlich die Hilfe bekomme die ich mir für uns schon seit 1,5 Jahren erhoffe.“

---

„Ich erwarte Lösungsansätze, die umsetzbar sind, individuell auf unser Kind zugeschnitten und hilfreich“

---

„Ich erwarte, dass mein Kind besser schläft“

---

„Ich habe keine großen Erwartungen. Ich erhoffe mir einfach nur etwas Hilfe und Beratung im Umgang mit dem Schlafverhalten meines Sohnes.“

---

„Ich hoffe Hilfe zu bekommen. Ratschläge, Tipps oder alles was hilft damit es einfacher wird“

---

---

„Ich hoffe Tipps zu bekommen, damit unser Kleiner etwas besser schläft.“

---

„ich möchte, dass mein Kind endlich wieder "normal" schläft. Das er nicht mehr beim Schlafen gellend schreit, nörgelt und das er in seinem Bettchen einschläft und mich herumgetragen werden muss. Man macht sich als Elternteil große Sorgen, da man nicht weiß was das Kind hat.“

---

„Ich wünsche mir das erkannt wird warum meine Tochter Schlafprobleme hat und das es sich ändert oder verbessert.“

---

„Ich wünsche mir Tipps, Ideen wie sich das Schlafverhalten meines Sohnes verbessern kann. Schön wäre es, wenn er hin und wieder eine Nacht durchschläft.“

---

„M. soll ruhiger werden mit unserer Hilfe, besserer Schlaf, mehr Offenheit ggü. Kita (Trennungsangst überwinden)“

---

„Reduzierung der nächtlichen Wachphasen. Das Verlangen der Milch reduzieren. tägliche Einschlafhilfetipps, so dass er lernt alleine einzuschlafen.“

---

„Schlafberatung, Durchschlafhilfe, Einschlafhilfe... Wir hoffen, dass unserer Tochter ohne vorher oder zum Einschlafen gestillt werden muss/möchte.“

---

„Schlafberatung; Verbesserung des Ein- und Durchschlafens ohne das Kind leiden zu lassen“

---

„Schlafsituation sollte sich im Besten Fall verbessern (länger schlafen am Stück, schneller wieder einschlafen)“

---

„Schlafverhalten der Kinder Durchschlafen, motorische Unruhe reduzieren“

---

„Schlafverhalten der Kinder Durchschlafen, motorische Unruhe vermindern, Angst vermindern“

---

„störende Schlafverhalten vom Mittags- und Nachtschlaf“

---

„Stressfreies regelmäßiges Einschlafen bis ca. 20:00 und vor allem Durchschlafen“

---

„Unterstützung bei der Lösung der Schlafprobleme meines Kindes (evtl. auch Tipps zum Abstillen und Hilfe beim Finden von Einschlafmethoden. Beratung über mögliche Ursachen der Schlafprobleme.“

---

„Wir erhoffen uns Tipps, die wir vielleicht noch nicht versucht haben.“

---

„Wir hoffen, dass sich das Schlafverhalten unseres Sohnes sich normalisiert.“

---

„Wir wünschen uns, dass er 1 Woche mal durchschläft“

---

**Anhang F: Quellenverzeichnis Anhang**

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index: Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M. (2000a). *Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF 1 1/2 - 5): Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern*. Göttingen: Testzentrale.
- Achenbach, T. M. (2000b). *Child behavior checklist (CBCL 1 1/2): Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder*. Göttingen: Testzentrale.
- Adamson, M., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2013). Childhood feeding difficulties: a randomized controlled trial of a group-based parenting intervention. *J Dev Behav Pediatr*, 34(5), 293-302.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum.
- Ayerle, G. M., Luderer, C., & Behrens, J. (2010). Modellprojekt FrühStart - Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt: Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt*, 53(11), 1158-1165.
- Bailhache, M., Doyle, O., Salmi, L. R., & McDonnell, T. (2019). Does maternal attachment to her infant mediate the link between perceptions of infant crying at 6 months and parenting stress at 24 months? A structural equation modelling approach. *CHILD CARE HEALTH AND DEVELOPMENT*, 45(4), 540-550.
- Barr, R. G., McMullan, S. J., Spiess, H., Leduc, D. G., Yaremko, J., Barfield, R., Francoeur, T. E., & Hunziker, U. A. (1991). Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 87(5), 623-630.
- Berlin, K. S., Davies, W. H., Silverman, A. H., & Rudolph, C. D. (2011). Assessing family-based feeding strategies, strengths, and mealtime structure with the Feeding Strategies Questionnaire. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 586-595.
- Berlin, K. S., Davies, W. H., Silverman, A. H., Woods, D. W., Fischer, E. A., & Rudolph, C. D. (2010). Assessing children's mealtime problems with the Mealtime Behavior Questionnaire. *Children's Health Care*, 39(2), 142-156.
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2017). Development of comorbid crying, sleeping, feeding problems across infancy: Neurodevelopmental vulnerability and parenting. *Early Human Development*, 109, 37-43.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34, 114-167.
- Böttcher, W., Bastian, P., & Lenzmann, V. (2008). *Soziale Frühwarnsysteme*. Waxmann Verlag.
- 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. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 143-155.
- Brisch, K. H. (2010). *SAFE: sichere Ausbildung für Eltern; sichere Bindung zwischen Eltern und Kind; für Schwangerschaft und erste Lebensjahre*. Klett-Cotta.

- Brockington, I., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health, 9*(5), 233-242.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1157-1164.
- Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., & Hiscock, H. (2012). Baby Business: a randomised controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression. *BMC Pediatr, 12*, 13.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry, 163*(1), 27-31.
- Dinter-Jörg, M., Polowczyk, M., Herrle, J., Esser, G., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1997). Mannheim Rating Scales for the analysis of mother-child interaction in toddlers. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 25*(4), 207-217.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 313-337.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Goodman, R., & Skovgaard, A. M. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5–7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*, 725-735.
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T., & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babyotse-Plus- Screeningbogens. Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz, 59*(10), 1300-1309.
- Franke, G. H. (2014). Symptom-Checklist-90-Standard: SCL-90-S. Manual. In *SCL-90-S*: Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M., Weihrauch, L., & Schäfer, R. (2011). PALME: a preventive parental training program for single mothers with preschool aged children. *Journal of Public Health, 19*(4), 305-319.
- Galland, B. C., Sayers, R. M., Cameron, S. L., Gray, A. R., Heath, A. M., Lawrence, J. A., Newlands, A., Taylor, B. J., & Taylor, R. W. (2017). Anticipatory guidance to prevent infant sleep problems within a randomised controlled trial: infant, maternal and partner outcomes at 6 months of age. *BMJ OPEN, 7*(5), e014908.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development, 26*, 64-86.
- Georg, A. K., Cierpka, M., Schröder-Pfeifer, P., Kress, S., & Taubner, S. (2021). The Efficacy of Brief Parent - Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(6), 723-733.

- Georg, A. K., Dewett, P., & Taubner, S. (2022). Learning from mothers who received focused parent–infant psychotherapy for the treatment of their child’s regulatory disorders. *Psychotherapy Research*, 1-15.
- Georg, A. K., Schröder-Pfeifer, P., Cierpka, M., & Taubner, S. (2021). Maternal Parenting Stress in the Face of Early Regulatory Disorders in Infancy: A Machine Learning Approach to Identify What Matters Most. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12.
- Gordon, M. (2003). Roots of empathy: Responsive parenting, caring societies. *The Keio journal of medicine*, 52(4), 236-243.
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 137(6), e20151486.
- 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.
- Hall, W., Hutton, E., F. Brant, R., Collet, J.-P., Gregg, K., Saunders, R., Ipsiroglu, O., Gafni, A., Triolet, K., Tse, L., Bhagat, R., & Wooldridge, J. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants’ behavioral sleep problems. *BMC Pediatrics*, 15, 181-192.
- Hash, J. B., Oxford, M. L., Fleming, C. B., Ward, T. M., Spieker, S. J., & Lohr, M. J. (2019). Impact of a home visiting program on sleep problems among young children experiencing adversity. *Child Abuse & Neglect*, 89, 143-154.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck depressions-inventar (BDI-II)*. Harcourt Test Services.
- Hayes, L., Matthews, J., Copley, A., & Welsh, D. (2008). A randomized controlled trial of a mother–infant or toddler parenting program: Demonstrating effectiveness in practice. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 473-486.
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Hampton, A., Ukoumunne, O. C., & Wake, M. (2008). Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: Cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 122(3), E621-E627.
- Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., Symon, B., & James-Roberts, I. S. (2014). Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 133(2), 346-354.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *Bmj*, 324(7345), 1062-1065.
- In-Albon, T., Equit, M., von Gontard, A., Schwarz, D., Müller, J. M., & Bolten, M. (2020). Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA: 0 – 6). *Kindheit und Entwicklung*, 29(4), 209-220.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 631–648). American Psychological Association.
- Jalloul, R. J., Vigil, A., Chen, H. Y., & Ward, C. (2021). Effectiveness of Educational Materials Designed to Improve Knowledge Regarding Crying and Shaken Baby Syndrome in Mothers of Hispanic Population. *Hisp Health Care Int*, 15404153211040244.
- Jörg, M., Dinter, R., Rose, F., Villalbayantorno, P., Esser, G., Schmidt, M., & Laucht, M. (1994). A System of Categories for the Assessment of Early-Child Interaction. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 22(2), 97-106.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T., Sierau, S., & Klitzing, K. (2010). Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“: Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. 53, 1180-1187.
- Kahn, M., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Tikotzky, L., Anders, T. F., & Sadeh, A. (2020). Behavioral interventions for pediatric insomnia: one treatment may not fit all. *Sleep*, 43(4).
- Keefe, M. R., Karlsen, K., Lobo, M., Marie Kotzer, A., & Dudley, W. (2006). Reducing Parenting Stress in Families With Irritable Infants. *Nursing research*, 55, 198-205.
- Keefe, M. R., Lobo, M., Froese-Fretz, A., Marie Kotzer, A., A Barbosa, G., & Dudley, W. (2006). Effectiveness of an Intervention for Colic. *Clinical pediatrics*, 45, 123-133.
- Kerr, S. M., Jowett, S. A., & Smith, L. N. (1996). Preventing sleep problems in infants: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 938-942.
- Keys, E. M., Benzie, K. M., Kirk, V. G., & Duffett-Leger, L. (2022). Effect of Play2Sleep on mother-reported and father-reported infant sleep: a sequential explanatory mixed-methods study of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(2), 439-452.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Deu)-Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde.
- Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H., & Petermann, F. (2007). Deutsche version des strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Deu). *Diagnostica*, 53(4), 175-183.
- Kristensen, T. S., Borg, V., & Hannerz, H. (2002). Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(59\_suppl), 41-48.
- Laux, L., Hock, M., Bergner-Köther, R., Hodapp, V., & Renner, K.-H. (2013). Das State-trait-Angst-Depressions-Inventar: STADI; manual.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. C. (2013). Depression anxiety and stress scales (DASS).
- Ludwig-Körner, C. (2019). Zur Wirksamkeit einer Psychotherapie-Methode: Evaluation der Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien (SKKIPPI). *Sprache Stimme Gehör*, 43(1), 8-9.

- Makowsky, K., & Schücking, B. (2010). Familienhebammen: Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. *Bundesgesundheitsblatt*(53), 1080–1088.
- McKenzie, S. (1991). Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation. *Arch Dis Child*, 66(12), 1416-1420.
- McRury, J. M., & Zolotor, A. J. (2010). A Randomized, Controlled Trial of a Behavioral Intervention to Reduce Crying among Infants. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3), 315-322.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter - Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen* [Technische Universität Braunschweig].
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N., & Gunn, E. (2011a). Efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances. *Sleep*, 34(4), 451-458B.
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N., & Gunn, E. (2011b). Long-term efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances: one year follow-up. *J Clin Sleep Med*, 7(5), 507-511.
- Mongillo, E. A., Briggs-Gowan, M., Ford, J. D., & Carter, A. S. (2009). Impact of Traumatic Life Events in a Community Sample of Toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 455-468.
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational research methods*, 11(2), 364-386.
- Newnham, C. A., Milgrom, J., & Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified mother-infant transaction program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior & Development*, 32(1), 17-26.
- Nikolopoulou, M., & St. James-Roberts, I. (2003). Preventing sleeping problems in infants who are at risk of developing them. *Arch Dis Child*, 88(2), 108-111.
- Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep-New York-*, 23(8), 1043-1052.
- Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Huber.
- Pederson, D. R., Moran, G., & Bento, S. (1999). Manual maternal behavior Q-sort version 3.1. *London, Canada: Department of Psychology, University of Western Ontario*.
- Petzoldt, J., Wittchen, H.-U., Einsle, F., & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child Care Health & Development*, 42(2), 231-245.

- Popp, L., Fuths, S., & Schneider, S. (2019). The relevance of infant outcome measures: A Pilot-RCT comparing Baby Triple P positive parenting program with care as usual. *Frontiers in Psychology, 10*, 1-9.
- Popp, L., Fuths, S., Seehagen, S., Bolten, M., Gross-Hemmi, M., Wolke, D., & Schneider, S. (2016). Inter-rater reliability and acceptance of the structured diagnostic interview for regulatory problems in infancy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*, 21.
- Price, A. M., Wake, M., Ukoumunne, O. C., & Hiscock, H. (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics, 130*(4), 643-651.
- Reijneveld, S. A., Brugman, E., & Hirasings, R. A. (2001). Excessive Infant Crying: The Impact of Varying Definitions. *Pediatrics, 108*(4), 893-897.
- Ribaudo, J., Lawler, J. M., Jester, J. M., Riggs, J., Erickson, N. L., Stacks, A. M., Brophy-Herb, H., Muzik, M., & Rosenblum, K. L. (2022). Maternal History of Adverse Experiences and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Impact Toddlers' Early Socioemotional Wellbeing: The Benefits of Infant Mental Health-Home Visiting. *Frontiers in Psychology, 12*.
- Richter, N., & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior and Development, 36*(4), 498-506.
- Rouzafzoon, M., Farnam, F., & Khakbazan, Z. (2021). The effects of infant behavioural sleep interventions on maternal sleep and mood, and infant sleep: A randomised controlled trial. *J Sleep Res, 30*(5), 1-9.
- Rowe, H., Wynter, K., Lorgelly, P., Amir, L. H., Ranasinha, S., Proimos, J., Cann, W., Hiscock, H., Bayer, J., Burns, J., Ride, J., Bobevski, I., & Fisher, J. (2014). A cluster randomised controlled trial of a brief couple-focused psychoeducational intervention to prevent common postnatal mental disorders among women: study protocol. *BMJ OPEN, 4*(9).
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics, 113*(6), e570-e577.
- Salisbury, A. L., High, P., Twomey, J. E., Dickstein, S., Chapman, H., Liu, J., & Lester, B. (2012). A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic. *Infant Mental Health Journal, 33*(2), 110-122.
- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011). A randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Mental Health Journal, 32*(2), 207-231.
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015). A Long-Term Follow-up Study of a Randomized Controlled Trial of Mother-Infant Psychoanalytic Treatment: Outcomes on Mothers and Interactions. *Infant Ment Health J, 36*(6), 542-555.
- Saß, H. (2007). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Huber.

- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Hayden, L. C., & Schiller, M. (1996). Parental psychopathology and sleep variation in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 5(3), 715-728.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 766-780.
- Sidor, A., Kunz, E., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2016). Wirksamkeit des Präventionsprojekts „Keiner fällt durchs Netz“ (KfdN) in Modellprojektstandorten im Saarland. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 48(1), 1-13.
- Skovgaard, A. M., Bakermans-Kranenburg, M., Pontoppidan, M., Tjornhoj-Thomsen, T., Madsen, K. R., Voss, I., Wehner, S. K., Pedersen, T. P., Finseth, L., Taylor, R. S., Tolstrup, J. S., & Ammitzboll, J. (2022). The Infant Health Study - Promoting mental health and healthy weight through sensitive parenting to infants with cognitive, emotional, and regulatory vulnerabilities: protocol for a stepped-wedge cluster-randomized trial and a process evaluation within municipality settings. *BMC Public Health*, 22(1).
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., Lichtenberg, A., & Team, C. C. C. S. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Sprengeler, M., Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Koerner, C., Kuchinke, L., Klitzing, K., & Schlenso-Schuster, F. (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, 21.
- Squires, J., Bricker, D. D., & Twombly, E. (2009). *Ages & stages questionnaires*. Paul H. Brookes Baltimore, MD.
- Squires, J., L. Waddell, M., Clifford, J., Funk, K., M. Hoselton, R., & Chen, C.-I. (2013). A Psychometric Study of the Infant and Toddler Intervals of the Social Emotional Assessment Measure. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(2), 78-90.
- St. James-Roberts, I., Conroy, S., & Wilsher, C. (1998). Stability and outcome of persistent infant crying. *Infant Behavior and Development*, 21(3), 411-435.
- St. James-Roberts, I., Sleep, J., Morris, S., Owen, C., & Gillham, P. (2001). Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. *Journal of paediatrics child health*, 37(3), 289-297.
- Stevens, J., Splaingard, D., Webster-Cheng, S., Rausch, J., & Splaingard, M. (2019). A randomized trial of a self-administered parenting intervention for infant and toddler insomnia. *Clinical pediatrics*, 58(6), 633-640.

- Streit, U., Nantke, S., Jansen, F., Wolf, K., Gallasch, M., & Kohlmann, T. (2014). Einfluss einer Verbesserung des Körperkontakts auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(5), 301-313.
- Stremler, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J., & Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial. *BMJ-BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 346.
- Stremler, R., Hodnett, E., Lee, K., MacMillan, S., Mill, C., Ongcangco, L., & Willan, A. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: A pilot randomized, controlled trial. *Sleep*, 29(12), 1609-1615.
- Suess, G. J., Bohlen, U., Carlson, E. A., Spangler, G., & Frumentia Maier, M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. *Attachment & Human Development*, 18(5), 443-460.
- Symon, B., Marley, J., Martin, J., & Norman, E. (2005). Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: A randomised controlled trial. *The Medical journal of Australia*, 182, 215-218.
- 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-e621.
- Taylor, B. J., Gray, A. R., Galland, B. C., Heath, A.-L. M., Lawrence, J., Sayers, R. M., Cameron, S., Hanna, M., Dale, K., Coppell, K. J., & Taylor, R. W. (2017). Targeting Sleep, Food, and Activity in Infants for Obesity Prevention: An RCT. *Pediatrics*, 139(3), e20162037.
- Tröster, H. (2005). Entwicklung eines Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ) für Mütter mit chronisch kranken Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 14(2), 69-78.
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI). Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Manual.* Hogrefe.
- Ulvund, S. E. (2022). Early Intervention in Families with Preterm Infants: A Review of Findings from a Randomized Controlled Trial Following Children Up to 9 Years of Age. *CHILDREN-BASEL*, 9(4).
- von Gontard, A., Möhler, E., & Bindt, C. (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k).* AWMF.
- von Kries, R., Kalies, H., & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Paediatr Adolesc Med*, 160.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1994). Beyond the face: An empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural, and regulatory behaviors. *Child Development*, 65(5), 1503-1515.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). *Infant and caregiver engagement phases system.* Boston, MA: Harvard Medical School.

- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). Die deutsche version des childhood trauma questionnaire (CTQ): erste befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60(11), 442-450.
- Wolke, D., Gray, P., & Meyer, R. (1994). Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94(3), 322-332.
- 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 & Neglect*, 28(8), 877-888.
- ZeroToThree. (2019). *DC: 0-5. Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit*. Kohlhammer.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., & Derksen, B. (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Beltz Juventa.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., & Fegert, J. M. (2010). *Guter Start ins Kinderleben*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

## **Authentizitätserklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde unzulässige Hilfe angefertigt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt auch für Zeichen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen sowie für Quellen aus dem Internet.

Ich versichere, dass der Inhalt der Dissertation nicht schon überwiegend für eine Bachelor-, Master-, Diplom- oder ähnliche Prüfungsarbeit verwendet wurde.

Ich erkläre, dass die Regelungen zu guter wissenschaftlicher Praxis der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg befolgt worden sind.

Weiterhin erkläre ich, dass im Zusammenhang mit dem Promotionsvorhaben keine kommerziellen Vermittlungs- oder Beratungsdienste (Promotionsberatung) in Anspruch genommen worden sind.

Oldenburg, den

---

(Dipl.-Psych. Michael Otto)