

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:1262–1270  
 DOI 10.1007/s00103-016-2423-7  
 Online publiziert: 12. September 2016  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

Peter Zimmermann<sup>1</sup> · Marc Vierhaus<sup>2</sup> · Andreas Eickhorst<sup>3</sup> · Alexandra Sann<sup>3</sup> · Carine Egger<sup>2</sup> · Judith Förthner<sup>4</sup> · Jennifer Gerlach<sup>4</sup> · Alexandra Iwanski<sup>1</sup> · Christoph Liel<sup>3</sup> · Fritz Podewski<sup>1</sup> · Sandra Wyrwich<sup>2</sup> · Gottfried Spangler<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Lehrstuhl Entwicklungspsychologie, Institut für Psychologie, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Psychologie, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

<sup>3</sup> Fachgruppe Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Deutsches Jugendinstitut e. V., München, Deutschland

<sup>4</sup> Institut für Psychologie, Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

# Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland

## Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung

Die Frühen Hilfen in Deutschland fokussieren darauf, präventive Hilfsangebote für Familien anzubieten, bei denen ein Risiko für Vernachlässigung oder Gewalt gegen Kinder gegeben, wahrscheinlich oder möglich ist. Eine Reihe an Kriterien, wann und für wen Hilfsangebote bereitgestellt werden und welche Ziele und Methoden die Präventionsansätze in diesem Bereich verfolgen, basieren auf der Forschung zur Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit sowie deren Wirkung auf die Familienmitglieder, insbesondere auch im Bereich Risiken und Konsequenzen von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern. Ein Großteil der Forschung in diesem Bereich stammt aus Ländern mit einem anderen Sozialsystem als Deutschland [1, 2], sodass eine entwicklungsorientierte Forschung zu belasteten Familien in Deutschland Mitte der 2010er-Jahre eine wichtige aktuelle Forschungslücke schließen kann. In den letzten Jahren koordinierte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) die Evaluation von Modellprojekten für risikobelastete Familien im Rahmen des Aktionsprogrammes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend. Die Evaluation der Effektivität dieser Programme ergab ein gemischtes Bild hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Präventionsmaßnahmen. So berichteten Taubner, Wolter und Rabun [3] in ihrer Metaanalyse nur über geringe Effektivitäten der Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf eine Reduktion der mütterlichen Belastung und kleine bzw. keine Effekte bei der Förderung elterlicher Kompetenzen, wobei die Effekte bei späteren Follow-up-Erhebungen nicht mehr nachweisbar waren [4]. Effekte auf die physische und psychische Entwicklung der Kinder waren ebenfalls nicht systematisch nachweisbar. Die geringen Effekte der Präventionsprogramme lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass diese in den einzelnen Studien für alle Familien, unabhängig von ihrem spezifischen Risiko- oder Ressourcenprofil, angeboten wurden. Möglicherweise liegt dies an einer mangelnden Passung der Ziele einiger Interventionen mit den konkreten, in der Familie vorliegenden Problemen, sodass die Präventionsprogramme nur für manche Familien effektiv sind, bei anderen aber keine Wirkung haben, was im Durchschnitt in kleinen oder gar fehlenden Gesamteffekten resultiert. Tat-

sächlich zeigten sich in einem Teil der Studien, die in die Metaanalysen eingehen, Hinweise auf die Bedeutsamkeit individueller Risikoprofile [4–6].

### Risiko und Schutz in der Entwicklung von Kindern

Die Forschung zum Verständnis der Mechanismen psychopathologischer Entwicklung und zur Prävention von jeglicher Form von Gewalt gegen Kinder hat sich in der Anfangszeit zunächst auf die Identifizierung von Risikofaktoren und etwas später von Schutzfaktoren fokussiert [7–10]. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von abweichendem Verhalten bei Kindern und Fürsorgepersonen, während Schutzfaktoren die negativen Wirkungen von Risikofaktoren mildern oder die Wahrscheinlichkeit negativer Auswirkungen von spezifischen Risikokonstellationen verringern. In internationalen Längsschnittstudien wurden u. a. die folgenden Risikofaktoren für Misshandlung oder Vernachlässigung als empirisch bedeutsam identifiziert: Wahrnehmung des Kindes als Belastung, elterliche Psychopathologie, elterlicher Stress, geringe

Selbstwirksamkeit der Eltern, geringe soziale Kompetenzen des Kindes, dysfunktionale Eltern-Kind-Beziehung, ungeplante Schwangerschaft, niedriger sozioökonomischer Status [8, 9]. Möglicherweise sind diese Risikofaktoren bezogen auf Mütter und Väter zu unterscheiden [10].

Eine Reihe an empirischen Studien machte jedoch deutlich, dass man für die Vorhersage von psychischen Auffälligkeiten von einem Schwellenwertmodell an Risiken ausgehen muss. Dies bedeutet, dass i. d. R. das Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors noch keine signifikante Erhöhung der Entwicklung von Verhaltensproblemen bewirkt, jedoch ab dem Vorliegen von zwei oder mehr Risikofaktoren häufig eine deutlich erhöhte Rate an psychischen Auffälligkeiten feststellbar ist [11–15]. Die empirischen Studien unterschieden sich darin, ob es mit jedem zusätzlichen Risikofaktor weiterhin zu einem linearen Anstieg einer abweichenden bzw. psychopathologischen Entwicklung bei Kindern kommt oder ob sich dieser Anstieg eher exponentiell darstellt [15]. Die Resilienzforschung hat jedoch nicht nur direkte Auswirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische und physische Gesundheit bzw. auf die Psychopathologie untersucht, sondern auch deutlich gezeigt, dass der aktuelle Entwicklungsstand eines Kindes und altersspezifische Entwicklungsprozesse berücksichtigt werden müssen [16]. Die Wirkung des Aufwachsens unter Risikobedingungen in spezifischen sensiblen Phasen der frühen Kindheit scheint folgenreicher für die spätere Entwicklung von Störungen zu sein als die Wirkung später erlebter Risikofaktoren, z. B. in der mittleren Kindheit [15]. Selbst wenn Kinder aus sehr widrigen Lebensumständen in „normale“, förderliche Lebensumstände wechseln, können langfristige Entwicklungsdefizite erhalten bleiben, wie die Befunde aus Adoptionsstudien mit rumänischen Waisenkindern zeigen [17]. Dies unterstreicht die Relevanz der Frühen Hilfen, da die physischen und psychischen Strukturen, die sich bereits früh im Kind entwickeln, die Effektivität von Hilfsangeboten beeinflussen. Die Wirkung von Risikofaktoren hängt natürlich auch da-

von ab, wie lange man diesen ausgesetzt war, ob sie eine zeitliche Stabilität aufweisen und letztlich auch, welche Art von Störungsverhalten oder Kompetenzbereichen als Entwicklungsergebnis des Aufwachsens unter Risikobedingungen untersucht wird. Gerade für Misshandlung und Vernachlässigung ist es zentral zu prüfen, was deren Stabilität oder Auswirkungen beeinflusst.

Das Erleben von Risiko oder Schutz im Kontext alterstypischer Entwicklungsthematiken beeinflusst neben dem Eintreten von negativen Ereignissen (z. B. Misshandlung) auch das Gelingen oder Misslingen des Aufbaus altersspezifischer Kompetenzen. Gelingt der Kompetenzaufbau trotz familiärer Belastung, so wird Resilienz wahrscheinlicher. Gelingt der Aufbau alterstypischer Kompetenzen nicht oder nur teilweise, so führen Risikofaktoren zu langfristiger Fehlanpassung bei Kindern, aber auch bei Eltern [18–20]. Dies weist darauf hin, dass über das reine Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Risiko- oder Schutzfaktoren hinaus den Risiko- und Schutzmechanismen eine besondere Relevanz zukommt [14]. Risiko- und Schutzmechanismen beschreiben und erklären, wie und warum Risiko sich auf die Entwicklung abweichenden Verhaltens in bestimmten Altersstufen auswirkt und worin die konkrete Schutzwirkung einzelner Kompetenzen, Eigenschaften oder sozialer Umwelten besteht [14, 20]. Die Existenz eines familiären Risikofaktors bedeutet nicht stets, dass ein Kind tatsächlich einem Risiko ausgesetzt ist oder aber, dass der Risikofaktor sich tatsächlich negativ auf das Kind auswirkt. Bereits in den 1990er-Jahren [21] wurde darauf hingewiesen, dass eine tatsächliche individuelle Erkrankungsneigung (Diathese) nicht immer vorliegt, wenn ein relevanter Risikofaktor hierfür beim Kind festgestellt wurde (z. B. psychische Erkrankung eines Elternteils). Ebenso wirkt nicht jeder identifizierte, klassische Schutzfaktor schützend, sondern kann, je nach Risikokonstellation, Problemverhalten bei Kindern sogar noch verstärken [22] bzw. nur bei bestimmten sozioökonomischem Status der Familie schützend wirken [18]. Die interne Validität eines Risiko- oder Schutzfaktors ist also nicht

immer gegeben. Deshalb ist es gerade für Präventionsangebote sinnvoll, vermittelnde oder moderierende Schutz- oder Risikomechanismen der Familien zu eruieren. Distale Risikofaktoren, die zwar die allgemeinen Lebensbedingungen beeinflussen (wie z. B. Armut, Arbeitslosigkeit), sollten hierbei von proximalen Risikofaktoren unterschieden werden, die direkt die Entwicklung eines Kindes oder dessen Fürsorgeerfahrung beeinflussen (z. B. elterliche Feinfühligkeit oder elterliches Stresserleben) [20] oder die Lebenswelt des Kindes charakterisieren (wie z. B. Unvorhersehbarkeit elterlichen Verhaltens) [23].

Das Aufwachsen in Armut ist bspw. ein klassischer distaler Risikofaktor, jedoch bedeutet Armut nicht in jedem Fall, dass ein Risiko für die Entwicklung von Fehlanpassung beim Kind oder für Misshandlung tatsächlich gegeben ist, wenn z. B. proximal in der Umgebung des Kindes ausreichend Fürsorge vorhanden ist. Andererseits führt eine Verringerung von Armut nicht zwangsläufig zu einer Reduktion der Entwicklung jeglicher Form von Psychopathologie [24]. Für Präventionsangebote in den Frühen Hilfen ist dies deshalb bedeutsam, da man bei Kenntnis von Schutzmechanismen gezielter auf diejenigen Bereiche fokussieren kann, die innerhalb der Familie tatsächlich Risiko oder Schutz bewirken und nicht ein generelles Präventionsprogramm anbietet, weil ein Kennzeichen aus einer Liste an potenziellen Risikofaktoren vorliegt. Für die Aufdeckung solcher Mechanismen ist ein dynamisches, entwicklungsorientiertes Forschungsdesign zur Untersuchung der konkreten Auswirkungen von familiärer Belastung auf die erlebte familiäre Interaktion und die Entwicklung von Kindern innerhalb eines spezifischen gesellschaftlichen Rahmens notwendig. Ein solches Design liegt der deutschen entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzprozessen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer

Belastung<sup>1</sup> zugrunde, deren Entwicklung und Konzeption im folgenden Abschnitt dargestellt werden soll.

## Das transaktionale Design der deutschen entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzprozessen

Die deutsche entwicklungspsychologische Vertiefungsstudie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung untersucht längsschnittlich den Zusammenhang zwischen dem Risikoaussmaß, das Familien erleben, und der nachfolgenden Kompetenzentwicklung sowie der Entwicklung von Verhaltensproblemen bei Kleinkindern. Die Kompetenz der Kinder wird einerseits anhand des kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstands erfasst, andererseits im Bereich der Bindung, der Emotionsregulation und Autonomie der Kinder (▣ **Abb. 1**). Misshandlung und Vernachlässigung der Kinder werden über den Bericht der Eltern zur Anzahl gefährdender bzw. schädigender Ereignisse sowohl als Teil der familiären Lebenslage als auch als Merkmal berichteten Elternverhaltens und somit als späterer potenzieller Mediator erhoben. Dem Design der Studie liegt ein transaktionales Entwicklungsmodell zugrunde [25], bei dem davon ausgegangen wird, dass sich der Risikostatus einer Familie nicht nur direkt auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Vielmehr wird angenommen, dass Eigenschaften des Kindes (z. B. Temperament, Gesundheit) und der Eltern (z. B. subjektiv empfundene Belastung, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit in der Erziehung), aber v. a. Merkmale der direkten wechselseitigen Interaktion von Eltern und Kind (z. B. beobachtet als Fürsorge, Förderung, elterliche Belastungsbewältigung im Kontakt mit dem Kind und Kooperation des Kindes sowie berichtet als schädigendes Ver-

<sup>1</sup> Ein Kooperationsprojekt der Universitäten Erlangen, Wuppertal und Bielefeld und dem Deutschen Jugendinstitut unter Förderung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Rahmen der Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:1262–1270 DOI 10.1007/s00103-016-2423-7  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

P. Zimmermann · M. Vierhaus · A. Eickhorst · A. Sann · C. Egger · J. Förthner · J. Gerlach · A. Iwanski · C. Liel · F. Podewski · S. Wyrwich · G. Spangler

## Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland. Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung

### Zusammenfassung

Das Aufwachsen unter familiären Belastungen birgt eine Reihe an Risiken für Eltern und Kinder. Die Frühen Hilfen wollen in diesem Bereich nachhaltig effektive und wissenschaftlich validierte Prävention und Intervention anbieten, um zum Schutz der Kinder diesen Risiken effektiv zu begegnen. Die entwicklungspsychologische Studie zu Risiko- und Schutzprozessen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung dient dazu, die Mechanismen zu eruieren, die bei Belastung unter den aktuellen Lebensbedingungen und dem vorhandenen Schutzsystem in Deutschland zu Misshandlung und Vernachlässigung führen, bzw. zu Defiziten in der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung bei betroffenen Kindern beitragen, sie

verstärken oder aber abmildern und verhindern. Die Längsschnittstudie mit Kohortensequenzdesign untersucht bei Kleinkindern die Entwicklung von Kompetenz und frühen Verhaltensauffälligkeiten sowie die Interaktionsqualität mit den Bezugspersonen. Der Artikel beschreibt das Design der Studie und die Methoden, die Entwicklungstests, systematische Beobachtungen und Fragebogendaten umfassen. Die ersten Ergebnisse deuten auf eine stabile Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe über die Zeit, bei moderater Stabilität einzelner Risikofaktoren der Familien, hin.

### Schlüsselwörter

Frühe Kindheit · Risiko · Kognitive Entwicklung · Bindung · Emotionsregulation

## Growing up under adversity in Germany. Design and methods of a developmental study on risk and protective mechanisms in families with diverse psychosocial risk

### Abstract

Family adversity comprises many risk factors for parents and children. The German early intervention approach *Frühe Hilfen* aims at providing enduring, effective, and scientifically validated prevention and intervention for effective child protection against those risks. The study on risk and protective mechanisms in the development of families with diverse psychosocial risks aims at identifying those mechanisms that cause and stabilize or moderate and diminish maltreatment and neglect, as well as cognitive, social, and emotional developmental deviations in risk families, specifically in the current German social and child protection system. The study

examines the development of competence and early behavior problems in a sample of infants and toddlers and the interaction quality with their caregivers by applying a longitudinal sequential-cohort design. The assessments include developmental tests, systematic observations, and questionnaire data. First results suggest stable risk group membership and moderate stability of single risk factors.

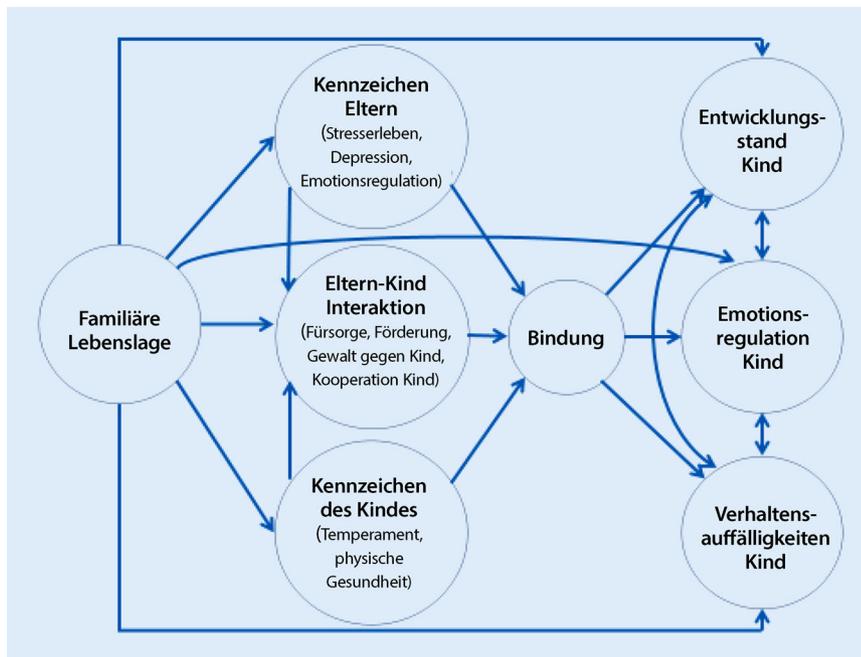
### Keywords

Early childhood · Risk · Cognitive development · Attachment · Emotion regulation

halten der Eltern) als Moderatoren oder Mediatoren des Risikostatus wirken.

Das Forschungsdesign der hier vorgestellten Studie ist entwicklungs sensitiv, da es alterstypische Entwicklungsthematiken und die daraus resultierende Kompetenzentwicklung berücksichtigt [16, 20]. Da das Alter der Kinder in der Studie zwischen dem ersten und

dritten Lebensjahr lag, wurde altersspezifisch insbesondere die Organisation von Bindung und Autonomie berücksichtigt. Sichere Bindung kann als Schutzfaktor bei gegebenem Risiko angesehen werden, sodass ihr in dem Entwicklungsmodell altersspezifisch eine relevante Bedeutung für den späteren Kompetenzaufbau zugewiesen wird [1, 16, 20]. Die Entwick-



**Abb. 1** ▲ Transaktionales Entwicklungsmodell und Design der deutschen Entwicklungsstudie über Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung (Übersicht)

lung kooperativer Autonomie stellt für das zweite Lebensjahr eine wichtige Entwicklungsthematik dar, die sowohl durch Bindung beeinflusst wird als auch ihrerseits die spätere Anpassung positiv beeinflusst. Kooperative Autonomie beinhaltet die Entwicklung eigener Ziele und die Bereitschaft und Fähigkeit zu deren Durchsetzung unter Einhaltung familiärer oder gesellschaftlicher Regeln ohne Selbstschädigung oder Schädigung anderer [16, 20, 26–28].

Der hier vorgestellten Studie liegt ein längsschnittliches Kohortensequenzmodell zugrunde, das die Dynamik möglicher Veränderungen a) im Risikostatus, b) in den vermittelnden Parametern der Eigenschaften von Eltern und Kind und c) in der Interaktionsqualität zwischen Eltern und Kind im Lauf der Entwicklung berücksichtigt. Außerdem können so längsschnittliche Veränderungen innerhalb der Kohorten mit querschnittlichen Unterschieden zwischen verschiedenen Altersgruppen verglichen werden, um tatsächliche, zeitlich kausal interpretierbare Entwicklungsprozesse identifizieren zu können. Darüber hinaus ermöglicht ein solches Design Analysen der Auswirkungen auf Kompetenz und abweichende Entwick-

lung der Kinder in Abhängigkeit vom Alter des Kindes oder von der Dauer des Aufwachsens unter familiärer Belastung. Für die Frühen Hilfen und die Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung lässt sich somit (unter den aktuell in Deutschland gegebenen Bedingungen) ableiten, in welchem Alter Interventionen erfolgsversprechender sind oder wann sensible Phasen in der Kindheit bereits abgeschlossen und Interventionen somit mit mehr Aufwand verbunden sind, weil sich schon relativ stabile Eigenschaften und Interaktionsmuster der Familienmitglieder entwickelt haben. Da die Auswirkungen von Risiko, Schutz und Personenmerkmalen nicht konstant sind, kommt diesem Design insbesondere auch eine Relevanz zur Ableitung eines, auf das Risiko- und Ressourcenprofil der Familie abgestimmten Präventionsangebots („tailored prevention“) im Bereich der Frühen Hilfen zu [29].

### Stichprobe und Datenerhebung

Die Probandenauswahl erfolgte aus einer Gesamtmenge von 937 Familien mit Kindern im ausgewählten Altersbereich, die an Pilotstudien zur Prävalenzerfas-

sung von familiären Risiken, durchgeführt vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), teilgenommen hatten<sup>2</sup>. Die Familien wurden mit einem Screeningfragebogen zur Erfassung ihrer aktuellen Lebenssituation, dem KID-0–3 [30], befragt.

Im Hinblick auf ihre Belastung wurden alle potenziellen Familien in Abhängigkeit von der Anzahl erfasster distaler und proximaler Risikomerkmale in drei verschiedene Belastungsgruppen (niedrig, mittel, hoch) eingeteilt. Dabei wurde die Zuordnung anhand der Risikofaktoren kriteriumsorientiert vorgenommen und nicht stichprobenabhängig relativiert. Die Einteilung der Risikogruppen erfolgte anhand der bisherigen empirischen Befundlage der Forschung im Bereich der Entwicklungspsychopathologie und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung. Danach zeigt ein einzelner Risikofaktor statistisch betrachtet kaum generelle negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern. Ab 2 Risikofaktoren ergeben sich i. d. R. signifikante negative Auswirkungen und ab 4 und mehr Risiken ist von einer Hochrisikogruppe auszugehen [12–15]. Die verwendeten distalen Risikomerkmale waren Armut, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Status als alleinerziehend, Migrationshintergrund, niedriger Bildungsgrad der Hauptbezugsperson, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen der Hauptbezugsperson, frühe Mutterschaft, mehr als zwei jüngere Kinder in der Familie, psychische Erkrankung und Substanzmissbrauch eines Elternteils. Die verwendeten proximalen Risikomerkmale waren Streit der Eltern, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsfragen, aktuelle Gewalterfahrung in der Partnerschaft, Depression, negative Haltung zum Kind während der Schwangerschaft, negative Erziehungseinstellung zum Kind, Vernachlässigung, Stresserleben bzw. Überbelastung der Hauptbezugsperson, schlechter Gesundheits-

<sup>2</sup> Im Rahmen der NZFH-Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland (KiD 0–3)“ unter Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

status und schwieriges Temperament des Kindes. Im Hinblick auf die Verteilung der Belastungsgruppen in der endgültigen Stichprobe war durch Oversampling hochbelasteter Familien eine Gleichverteilung der drei Gruppen mit niedriger, mittlerer und hoher Belastung geplant. Auch wenn die Herstellung einer Gleichverteilung aller Risikogruppen nicht vollständig gelang, lag der Anteil der Familien mit hoher Belastung bei 26 % der Stichprobe ( $n = 52$ ), während die Gruppe mit niedriger ( $n = 74$ ) und mittlerer Belastung ( $n = 71$ ) jeweils etwas mehr als ein Drittel ausmachten. Familien mit niedriger Belastung wiesen keinen oder maximal einen der zuvor genannten distalen oder proximalen Risikofaktoren auf, Familien mit mittlerer Belastung mindestens zwei und maximal drei Risikofaktoren. Familien mit hoher psychosozialer familiärer Belastung hatten mindestens vier Risikofaktoren in der Selbstauskunft [30] angegeben. Die individuelle Gruppenzugehörigkeit der ausgewählten Familien zu einer Risikogruppe war zunächst nur dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) bekannt, um die Unabhängigkeit der Datenerhebung zu gewährleisten. Die Erhebungsteams der beteiligten Universitäten Erlangen, Bielefeld und Wuppertal hatten somit keine Kenntnis über den Risikostatus der einzelnen Familien. Auch die Familien selbst bekamen keine Information über die Zuteilung in eine der drei Belastungsgruppen, sodass ein Bewertungsbias ausgeschlossen wurde. Die Familien wurden durch die Erhebungsteams kontaktiert und besucht. Im Falle der Absage einer Familie wurde durch das DJI eine neue Familie aus der entsprechenden Belastungsgruppe zufällig ausgewählt und kontaktiert. Der gesamte, aus der Pilotstudie generierte Stichprobenpool wurde ausgeschöpft.

Der Studie liegt ein Kohortensequenzdesign mit zwei Altersgruppen und zwei Messzeitpunkten im Abstand von sieben Monaten zugrunde. Die Datenerhebungen wurden durch Forschungsteams der Universitäten Bielefeld, Erlangen und Wuppertal im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt, bei denen das Kind und die Hauptbezugsperson (i. d. R. die Mutter) beobachtet wurden. Die zwei-

te Bezugsperson des Kindes (i. d. R. der Vater) wurde schriftlich befragt. Die Einteilung der Hauptbezugsperson basierte auf der Selbsteinschätzung der Familien.

Im ersten Erhebungszeitraum von September 2014 bis Februar 2015 wurden bei insgesamt 197 Familien in zwei westdeutschen Städten in Nordrhein-Westfalen Datenerhebungen durchgeführt. Die Beteiligungsrate des zweiten Elternteils bei den Fragebogenerhebungen lag bei 97 %. Das Alter der Kinder zum ersten Messzeitpunkt lag bei 10–14 Monaten für die jüngere Kohorte ( $n = 98$ , MW = 11,81 Monate, SD = 1,02) und 17–21 Monaten für die ältere Kohorte ( $n = 99$ , MW = 18,66 Monate, SD = 1,04). Es gab keinen signifikanten Effekt des Alters des Kindes hinsichtlich der Anzahl an Risikofaktoren zum ersten Erhebungszeitpunkt ( $t[195] = -0,37$ , *n. s.*), d. h. die durchschnittliche Anzahl an Risikofaktoren pro Altersgruppe war vergleichbar. Die Geschlechterverteilung in der Kinderstichprobe war zum ersten Erhebungszeitpunkt ausgeglichen (50,3 % männlich). Die primären Bezugspersonen der Kinder wurden zwischen 1950 und 1994 geboren. Das Alter der Hauptbezugsperson unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den beiden Kohorten. In 97 % der Fälle war die Hauptbezugsperson die Mutter und in drei Prozent war es der Vater. Die zweiten Bezugspersonen wurden zwischen 1959 und 1997 geboren, zwei Prozent der zweiten Bezugspersonen waren weder Väter noch Mütter, sondern z. B. Großmütter oder Partner.

Durchschnittlich 7 Monate nach der ersten Datenerhebung wurde der zweite Hausbesuch durch die Erhebungsteams der Universitäten Erlangen, Bielefeld und Wuppertal durchgeführt. 182 Familien konnten für die zweite Erhebung erneut gewonnen werden (179 mit Beteiligung beider Elternteile). Das Alter der Kinder der jüngeren Kohorte lag zum zweiten Messzeitpunkt bei 17–22 Monaten ( $n = 91$ , MW = 18,93 Monate, SD = 1,05) und bei 22–28 Monaten für die ältere Kohorte ( $n = 91$ , MW = 25,64 Monate, SD = 1,23). Auch zum zweiten Messzeitpunkt war die Geschlechterverteilung ausgewogen (51,1 % männlich) und es gab keinen

signifikanten Alterseffekt auf die Anzahl der Risikofaktoren ( $t[181] = -0,57$ , *n. s.*).

Die Drop-out-Rate lag bei lediglich 7,6 %, war unabhängig vom Erhebungsstandort sowie gleichverteilt auf beide Altersgruppen. Allerdings war der Drop-out selektiv im Hinblick auf die drei Belastungsgruppen. Während in den beiden Gruppen mit niedriger und mittlerer Belastung nur relativ wenige Familien nicht mehr teilnahmen, war dies in der Gruppe mit hoher Belastung bei zehn Familien der Fall, sodass sich diese Teilstichprobe um 19 % verringerte.

## Methoden

Bei Hausbesuchen wurden sowohl individuelle Merkmale der Hauptbezugsperson und der Kinder als auch beobachtbare dyadische Eltern-Kind-Interaktionsmerkmale erhoben. Dabei wurden standardisierte Testverfahren und Befragungsinstrumente verwendet sowie systematische Verhaltensbeobachtungen durchgeführt.

Hinsichtlich der Merkmale des Kindes wurde der kognitive und sprachliche Entwicklungsstand (mit den Skalen Kognition, rezeptive Kommunikation und expressive Kommunikation) mit den „Bayley Scales of Infant Development“ [31] erhoben. Das kindliche Temperament wurde anhand des „Infant Behavior Questionnaire“ (IBQ) [32] für die jüngere Kohorte und anhand des „Early Childhood Behavior Questionnaire“ (ECBQ) [33] für die ältere Kohorte erfasst. Des Weiteren wurde die deutsche Version des „Early Childhood Screening Assessment“ [34], das Screening Frühe Kindheit [35] verwendet, um emotionale und Verhaltensprobleme der Kinder zu erfassen. Kindliche Autonomie wurde mittels Verhaltensbeobachtung eingeschätzt. In einer halbstrukturierten Spielsituation mit Knete zwischen Bezugsperson und Kind wurde das kindliche Spielinteresse (adaptierte Version der Skala zum konstruktiven Spielinteresse [36]) als Indikator für autonomes Spielverhalten des Kindes beobachtet. In einer sogenannten „Do-Situation“ wurden zusätzlich Autonomieanzeichen [37] beim Kind nach einer Aufforderung durch die Hauptbezugsperson beobachtet. Die Emotions-

regulation der Kinder wurde ebenfalls mittels Verhaltensbeobachtung [38] in emotionsinduzierenden Situationen codiert. Hierzu wurde Angst und Ärger in jeweils zwei Situationen induziert und individuelle sowie soziale und auch durch die Mutter initiierte Emotionsregulationsversuche erfasst und zusätzlich im Hinblick auf deren Effektivität codiert. Auch die ausgelöste Emotionsintensität beim Kind sowie Dauer und Latenz des Emotionsausdrucks wurde bewertet [39]. Die Bindungssicherheit des Kindes gegenüber der Hauptbezugsperson wurde im Hausbesuch in Eltern-Kind-Interaktionen beobachtet und mithilfe des Attachment Q-Sorts [40] ausgewertet.

Hinsichtlich der Merkmale der primären Bezugsperson wurden sowohl die elterliche Feinfühligkeit, entsprechend der NICHD-Studie [41], mit den Subskalen unterstützende Anwesenheit, Rücksicht auf kindliche Autonomie sowie Feindseligkeit als auch die elterliche Spielfeinfühligkeit als autonomie- und kompetenzförderliche Spielanleitung mithilfe der adaptierten Skala „Sensitive Challenging Interactive Play“ [42] über Verhaltensbeobachtung ermittelt. Elterliche Stressbelastung im Selbstbericht [43] und Belastungsbewältigung in Interaktion mit dem Kind mittels Verhaltensbeobachtung [44] wurden ebenfalls erfasst. Die Emotionsregulation und emotionale Verletzungssensitivität der Eltern wurde per Fragebogen [45, 46] erfasst, ebenso dyadisches Coping der Eltern [47].

Aus dem Instrument zum Risikoscreening der Pilotstudie zur Prävalenzzerfassung, dem KID-0-3 [30], wurden in der entwicklungspsychologischen Vertiefungsstudie ausgewählte Items bzw. Skalen erneut verwendet. Folgende Daten wurden mithilfe des Screenings erfasst: Merkmale der Lebenslage der Familien (sozioökonomischer Status, Familienform, Migrationserfahrungen etc.), objektive Belastungsmerkmale auf kind-, eltern- und familienbezogener sowie auf sozialer Ebene (z. B. besondere Fürsorgeanforderungen durch das Kind, elterliche Zusammenarbeit, Gewalt, verfügbare soziale Unterstützung), subjektives Belastungsleben

der Hauptbezugsperson sowie Kenntnis und Inanspruchnahme von öffentlichen Unterstützungsleistungen seitens der Familien (z. B. Frühe Hilfen) [30]. Diese Merkmale und zentrale Risiko- bzw. Schutzmerkmale der teilnehmenden Familien wurden zur Pilotstudie (Stress mit PSS-4, Partnerschaftsqualität mit DAS-4) [48, 49] oder ausführlicher erfasst und zwar für beide Elternteile dyadisch auf Partnerebene: Depression, Ängste und Alkoholmissbrauch anhand des deutschen „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-D mit GAD-7) [50], Kindesmisshandlungsrisiko anhand des „Brief Child Abuse Potential Inventory“ (B-CAPI) [51], Gewalt- und Deprivationserfahrungen in der Kindheit anhand des „Adverse Childhood Experiences Questionnaire“ (ACE) [52], empfundene Selbstwirksamkeit in der Kindererziehung anhand des „Self Efficacy Nurturing Role Questionnaire“ [53], Erkennen von kindlichen Emotionen anhand der „Facial Emotion Expressions From Looking at Pictures“ (IFEEL Pictures) [54], einem Booklet mit 30 einzuschätzenden Babyporraits, und die Aufgabenverteilung bei der Versorgung des Kindes zwischen den Eltern anhand der adaptierten „Who Does What Scale“ [55]. Hinweise auf tatsächlich vorgekommene Misshandlung, Vernachlässigung oder Partnergewalt wurden mit adaptierten Fragen aus der NSPCC-Prävalenzstudie („National Society for the Prevention of Cruelty to Children“) in Großbritannien [56] erhoben.

Erste Analysen des Projekts gehen der Frage nach, ob eine Einteilung der Familien in Risikogruppen im Sinne einer, zumindest mittelfristig stabilen, belastenden Lebenswelt zu interpretieren ist oder ob es sich nur um Momentaufnahmen der familiären Lebenswirklichkeit handelt. Eine, zumindest mittelfristig stabile Umwelt wäre im Sinne von Sameroff [25] als Umwelttyp („*enviromentype*“) im Gegensatz zum Genotyp zu interpretieren und würde für die Reliabilität der Einteilung in Risikogruppen sprechen.

## Ergebnisse und Diskussion

### Stabilitäten der Risikofaktoren und Risikogruppen

Die Einteilung der Familien in unterschiedliche Risikogruppen und die Prüfung des Effekts der Zugehörigkeit zu diesen Risikogruppen auf die Entwicklung der Kinder und Eltern impliziert, dass der Risikostatus über die Erhebungszeit hinweg konstant bleibt und deshalb als stabiles Risiko auf die Familien wirkt. Die Stabilität der Einteilung der Risikogruppen wurde in dieser Studie geprüft. Die folgenden *distalen* Risikomerkmale wurden in beiden Wellen der Vertiefungsstudie erneut erhoben: Armut, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Alleinerziehendenstatus, Anzahl der jüngeren Geschwister größer als zwei und Substanzmissbrauch. ■ Tab. 1 zeigt die Stabilitäten dieser Merkmale zwischen der Erfassung in der Pilotstudie (Pilot) und den beiden Messzeitpunkten in der entwicklungspsychologischen Vertiefungsstudie (T1 und T2).

Die weiteren distalen Risikomerkmale (Migrationshintergrund, niedriger Bildungsgrad der Bezugsperson, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen der Bezugsperson, frühe Mutterschaft, bisherige psychische Erkrankung) sind per Definition oder mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit besonders stabil und wurden daher nicht erneut erfasst. Es ist in ■ Tab. 1 deutlich zu erkennen, dass – bis auf eine Ausnahme – alle distalen Risikomerkmale eine substantielle Stabilität innerhalb der Vertiefungsstudie aufweisen ( $r = 0,69\text{--}0,91$ ). Auch die Stabilitäten zwischen den Messungen innerhalb der Vertiefungsstudie und der vorausgehenden Messung in der Pilotstudie sind – bis auf eine Ausnahme – deutlich ausgeprägt ( $r = 0,58\text{--}0,79$  zwischen Pilot und T1-Vertiefung;  $r = 0,47\text{--}0,77$  zwischen Pilot und T2-Vertiefung). Besonders die zwischen der Messung in der Pilotstudie und der zweiten Messung in der Vertiefungsstudie gegebenen hohen Stabilitätskoeffizienten, die immerhin Stabilitäten über einen Zeitraum von durchschnittlich 16 Monaten bei hohem Entwicklungstempo abbilden, weisen

**Tab. 1** Stabilität der distalen Risikofaktoren über die Messzeitpunkte (Pearson-Korrelation)

Distales Risikomerkmal	Stabilität (Pearson-r)		
	Pilot-T1	T1-T2	Pilot-T2
Armut	0,72	0,82	0,72
Beengte Wohnverhältnisse	0,58	0,69	0,47
Arbeitslosigkeit	0,79	0,72	0,77
Alleinerziehend	0,59	0,91	0,57
Geschwister >2	0,77	0,86	0,66
Alkohol/ Substanzmissbrauch <sup>a</sup>	0,06	0,63	0,06
Gesamt: Distale Risiken	0,88	0,90	0,86

*Pilot* Pilotstudie, *T1* und *T2* Messzeitpunkte der Vertiefungsstudie

<sup>a</sup> In der Pilotstudie für beide Elternteile gemeinsam und mit anderem Instrument als PHQ-D erfasst. T1 und T2 nur Alkoholkonsum erfasst

**Tab. 2** Stabilität der proximalen Risikofaktoren über die Messzeitpunkte (Pearson-Korrelation)

Proximales Risikomerkmal	Stabilität (Pearson-r)		
	Pilot-T1	T1-T2	Pilot-T2
Streit Eltern	0,44	0,42	0,39
Uneinigkeit Eltern	0,31	0,30	0,18
Depression <sup>a</sup>	0,10	0,40	0,11
Gesundheitszustand	0,40	0,28	0,34
Gesamt: Proximale Risiken	0,46	0,61	0,42

*Pilot* Pilotstudie, *T1* und *T2* Messzeitpunkte der Vertiefungsstudie

<sup>a</sup> In Pilotstudie mit anderem Instrument als PHQ-D erfasst

**Tab. 3** Unterschiede zwischen den Risikogruppen in der mittleren Anzahl der Risikofaktoren zu allen Messzeitpunkten

Risikogruppe	Mittlere Anzahl der Risikofaktoren (SD)		
	T0 (Pilot)	T1	T2
Niedrig	0,48 (0,44)	0,41 (0,46)	0,41 (0,45)
Mittel	2,37 (0,64)	2,24 (0,65)	2,14 (0,59)
Hoch	4,85 (0,90)	4,33 (0,49)	5,08 (1,31)
F	603,56**	449,81**	449,38**

\*\*  $p < 0,001$ ,  $df_1 = 2$ ,  $df_2 = 179$

darauf hin, dass diese Risikomerkmale für die Familien eine langfristige Belastung bedeuten, die sich konstant auf die kindliche Entwicklung auswirken kann. Die Ausnahme bildet das distale Risikomerkmal Alkohol-/Substanzmissbrauch, welches durch eine hohe Instabilität gekennzeichnet ist. Hier zeigen sich möglicherweise entweder hohe Schwankungen im individuellen Konsum über die Zeit oder methodische Einflüsse des Wechsels des Erhebungsinstruments bzw. des Wechsels zwischen anonymer Befragung und Hausbesuch. Nimmt man die Gesamtsumme aller distalen Faktoren, so

zeigt sich hier eine sehr hohe Stabilität zwischen  $r = 0,86$  und  $r = 0,90$ .

Die folgenden proximalen Risikomerkmale wurden ebenfalls nicht nur in der Pilotstudie, sondern auch in der entwicklungspsychologischen Vertiefungsstudie erhoben: Streit der Eltern, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsfragen, Depression und schlechter Gesundheitsstatus des Kindes. Die übrigen Merkmale wurden in der entwicklungspsychologischen Vertiefungsstudie dezidiert als im Screening mittels entsprechender Messinstrumente erfasst.

Die Stabilitäten der proximalen Merkmale werden in [Tab. 2](#) berichtet.

Im Vergleich zu den Stabilitäten der einzelnen distalen Risikomerkmale sind durchgängig geringere Stabilitätsindizes bezüglich der einzelnen proximalen Merkmale festzustellen (max.  $r = 0,44$ ). Dies wird insbesondere bezüglich der Stabilitäten zwischen der Messung in der Pilotstudie und dem ersten Messzeitpunkt in der Vertiefungsstudie deutlich. Dies würde darauf hindeuten, dass Risikofaktoren, welche die direkte Interaktion der Eltern und Kinder unmittelbar beeinflussen, sich v. a. zwischen der Stichprobenauswahl (Pilotstudie) und der ersten Testung und Beobachtung der Kinder bei vielen Familien verändern. Bei einigen Familien steigt die Belastung an, bei anderen sinkt sie ab. Für den Zeitraum der Untersuchung der Entwicklung der Kinder über ca. acht Monate besitzen sie jedoch zumindest eine gewisse Stabilität. Nimmt man die Gesamtsumme aller proximalen Faktoren, so liegen die Stabilitätskoeffizienten hier deskriptiv über jenen der Einzelfaktoren, bleiben aber im mittleren Bereich, wobei die Stabilität innerhalb der beiden Messzeitpunkte der Vertiefungsstudie immerhin bei  $r = 0,61$  liegt.

Betrachtet man die Stabilität der kombinierten distalen und proximalen Risikofaktoren, wie sie der Einteilung der Familien kurz vor Beginn der Studie zugrunde lag, so zeigte sich eine Stabilität von  $r = 0,79$  von der Pilotstudie zur Auswahl der Familien, von  $r = 0,85$  von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 und von  $r = 0,77$  von der Pilotstudie zum letzten Messzeitpunkt. Trotz der Veränderung des Vorliegens einzelner Risikofaktoren unterscheiden sich die drei familiären Risikogruppen (niedrig, mittel, hoch) zu allen Messzeitpunkten signifikant voneinander in der Anzahl der Risikofaktoren ([Tab. 3](#)).

Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die vorgenommene Einteilung in Risikogruppen im Säuglingsalter der Kinder relativ stabil ist und man so durchaus davon ausgehen kann, dauerhaft belastete von dauerhaft eher unbelasteten Familien zu unterscheiden. Die parallele Wirkung weiterer Risikofaktoren, wie sie ursprünglich zur Pilotuntersuchung vorlagen, aber später nicht mehr erfasst wurden, kann ebenfalls an-

genommen werden. Die mehrfach wiederholte Messung von familiären Risikofaktoren und Untersuchung der Variabilität von Risikobelastung wird eher selten vorgenommen. Sie könnte aber Hinweise darauf geben, dass es durchaus Dynamiken in der Belastung einzelner Familien gibt, die sich differenziell auf die Entwicklung der Kinder auswirken kann. Dies kann jedoch auch ein Beleg für ein transaktionales Entwicklungsmodell sein, das in der Entwicklungsstudie geprüft werden wird. So kann sich Streit der Eltern negativ auf das Kind auswirken. Jedoch kann der Aufbau von sicherer Bindung oder die Entwicklung von kooperativer Autonomie beim Kind es den Eltern erleichtern, mit den vielfältigen Anforderungen der Fürsorge und Erziehung der Kinder besser zurechtzukommen und so die Konfliktnéigung verringern. Solche wechselseitigen Entwicklungsprozesse und deren Rahmenbedingungen (z. B. finanzieller Rahmen, Unterstützungsnetz) sind für die Frühen Hilfen relevant, weil man eher für die Familie passende Angebote machen kann, die die Ressourcen und den individuellen Bedarf mit einbeziehen, anstatt auf Standardprogramme zurückzugreifen. Ein solches Vorgehen kann ggf. auch kostengünstiger sein, da es durchaus wahrscheinlich ist, dass eine Intervention nur einzelne Entwicklungsbereiche oder einzelne Belastungsfaktoren betreffen muss [29].

## Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder: Ein Ausblick

Die Ergebnisse erster Analysen deuten darauf hin, dass ein höherer Risikostatus direkt mit einer ungünstigeren kognitiven Entwicklung, einer vermindernden Affektregulation sowie mit einem höheren Ausmaß an Verhaltensproblemen der Kinder einhergeht. In einzelnen Entwicklungsbereichen zeigen sich negative Auswirkungen schon bei mittlerer Risikobelastung. Vermittelnde oder moderierende Faktoren wie die Feinfühligkeit der Eltern im emotionalen Bereich oder im Anleitungsbereich, das Stresserleben der Eltern oder das Temperament, Entwicklungsthematiken wie die Bindungsqualität und die Autonomie der Kinder

[57, 58] werden derzeit geprüft. Gerade die konkreten Lebenswirklichkeiten der Kinder in der täglichen Interaktion mit ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Umfeld können wichtige Hinweise für konkrete Ansatzpunkte für Prävention im Bereich der Frühen Hilfen in Deutschland bieten.

## Fazit

Der entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung liegt ein transaktionales Entwicklungsmodell zugrunde. Die Studie konnte erfolgreich und mit geringer Drop-out-Rate die längsschnittliche Entwicklung von Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung erfassen und zeigt eine relativ hohe Stabilität des Risikostatus über die Zeit. Die Effekte hoher familiärer Belastung auf die Entwicklung der Kinder zeigen sich ebenfalls dauerhaft über die frühe Kindheit hinweg. Erkenntnisse, welche Bedeutung Risikofaktoren wie Armut oder Elternstress tatsächlich für die konkrete Lebenswirklichkeit der Kinder haben und über welche sozialen Interaktionserfahrungen sie sich auf die Entwicklung ihrer kognitiven, motivationalen, emotionalen und sozialen Kompetenzen auswirken, werden in weiterführenden Analysen berichtet.

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. P. Zimmermann

Lehrstuhl Entwicklungspsychologie, Institut für Psychologie, Bergische Universität Wuppertal  
Gaußstr. 20, 42119 Wuppertal, Deutschland  
pzimmermann@uni-wuppertal.de

**Danksagung.** Wir danken Jasmin Faber, Lucie Lichtenstein, Lea Orth und Judit Schieber für ihre engagierte Mitarbeit bei der Datenerhebung und -auswertung und Christian Brand für die effektive Zusammenarbeit bei der Auswahl der Risikogruppen und Studienteilnehmer. Außerdem möchten wir uns bei den teilnehmenden Familien bedanken, ohne deren Bereitschaft und große Kooperation die Studie nicht umsetzbar gewesen wäre.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** P. Zimmermann, M. Vierhaus, A. Eickhorst, A. Sann, Carine Egger, J. Förthner, J. Gerlach, A. Iwanski, C. Liel, F. Podewski, S. Wyrwich und G. Spangler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

## Literatur

1. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S (1990) Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 61:85–98
2. van Doesum KTM, Riksen-Walraven JM, Hosman CMH, Hoefnagels C (2008) A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev* 79:547–561
3. Taubner S, Wolter S, Rabung S (2015) Effectiveness of early intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Ment Health Prev* 3:69–78
4. Zwönitzer A, Ziegenhain U, Bovenschen I, Bresslem K, Pillhofer M, Fegert JM, Spangler G, Gerlach J, Gabler S, Künster AK (2015) Effects of early intervention in children at risk: short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. *Ment Health Prev* 3:98–102
5. Evers O, Cierpka M (2015) Pathways in prevention-subgroups in an early preventive intervention program and their engagement with the child welfare service. *Ment Health Prev* 3:117–128
6. Bovenschen I, Gabler S, Spangler G, Pillhofer M, Künster AK (2012) Videogestützte Beratung zur Beziehungsförderung bei jungen Müttern und ihren Säuglingen - Auswirkungen auf die mütterliche Feinfühligkeit. *Psychol Erziehung Unterricht* 59:275–289
7. Cicchetti D (2013) An overview of developmental psychopathology. In: Zelazo PD (Hrsg) *The oxford handbook of developmental psychology*, Bd. 2. Oxford University Press, New York, S 455–480
8. Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 53:1073–1079
9. Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009) Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav* 14:13–29
10. Kuntz J, Metzner F, Pawlis S (2013) Spezifische Risiko- und Schutzfaktoren von Vätern bei Kindeswohlgefährdung. *Kindh Entwickl* 1:14–21
11. Garmezy N, Masten A, Nordstrom L, Terrorese M (1979) The nature of competence in normal and deviant children. In: Kent MW, Rolf JE (Hrsg) *The primary prevention of psychopathology*, Bd. 3. University Press of New England, Hanover, S 23–43
12. Werner EE, Smith RS (1982) *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. McGraw-Hill, New York
13. Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2001) Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsiveness. *Dev Med Child Neurol* 43:292–300

14. Rutter M (1990) Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S (Hrsg) Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge, S 181–214
15. Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM (2005) When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 46:235–245
16. Sroufe LA (2013) The promise of developmental psychopathology: past and present. *Dev Psychopathol* 25:1215–1224
17. Krepner JM, Rutter M, Beckett C, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, O'Connor TG, Stevens S, Sonuga-Barke EJ (2007) Normality and impairment following profound early institutional deprivation: a longitudinal follow-up into early adolescence. *Dev Psychol* 43:931–946
18. Cicchetti D (2013) Resilient functioning in maltreated children – past, present, and future perspectives. *J Child Psychol Child Psychiatry* 54:402–422
19. Masten A, Tellegen A (2012) Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Dev Psychopathol* 24:234–361
20. Zimmermann P (2000) Bindung, Emotionsregulation und interne Arbeitsmodelle: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell. *Fruhford Interdisziplin* 19:119–129
21. Richters J, Weintraub S (1990) Beyond diathesis: toward an understanding of high-risk environments. In: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S (Hrsg) Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge, S 67–98
22. Bender D, Lösel F (1997) Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behavior in adolescents from multi-problem milieus. *J Adolesc* 20:661–678
23. Belsky J, Schlomer GL, Ellis BJ (2012) Beyond cumulative risk: distinguishing harshness and unpredictability as determinants of parenting and early life history strategy. *Dev Psychol* 48:662–673
24. Costello E, Compton SN, Keeler G, Angold A (2003) Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA* 290:2023–2029
25. Sameroff A (2010) A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Dev* 81:622
26. Crockenberg S, Litman C (1990) Autonomy as competence in 2 year olds: maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion. *Dev Psychol* 26:961–971
27. Potegal M, Davidson RJ (2003) Temper tantrums in young children: 1. behavioral composition. *J Dev Behav Pediatr* 24:140–147
28. Wakschlag LS, Tolan PH, Leventhal BL (2010) „Ain't Misbehavin'": towards a developmentally-specified nosology for preschool disruptive behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 51:3–22
29. Ng MY, Weisz JR (2016) Building a science of personalized intervention for youth mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 57:216–236
30. Eickhorst A, Brand C, Lang K, Liel C, Neumann A, Scheier A, Renner I, Sann A (2015) Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern. Studiendesign und Analysepotential. *Soz Passagen* 7:381–387
31. Reuner G, Rosenkranz J, Pietz J, Horn R (2007) Bayley scales of infant development-II. Harcourt Test Services, Frankfurt am Main
32. Vonderlin E, Pahnke J, Pauen S (2008) Infant temperament and information processing in a visual categorization task. *Infant Behav Dev* 31:559–569
33. Putnam SP, Gartstein MA, Rothbart MK (2006) Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: the early childhood behavior questionnaire. *Infant Behav Dev* 29:386–401
34. Gleason MM, Zeanah CH, Dickstein S (2010) Recognizing young children in need of mental health assessment: development and preliminary validity of the early childhood screening assessment. *Infant Ment Health J* 31:335–357
35. Zimmermann P (2013) Screening Frühe Kindheit (SFK). Unveröffentlichtes Manual, Universität Wuppertal
36. Iwanski A, Zimmermann P (2001) Erfassung von autonomem, konstruktivem Spielinteresse bei Kleinkindern in einer strukturierten Interaktionssituation. Unveröffentlichtes Manual. Universität Wuppertal
37. Zimmermann P, Iwanski A (2013) Autonomiekodierung in einer Aufräumsituation. Unveröffentlichtes Manual, Universität Wuppertal
38. Iwanski A, Zimmermann P (2015) Beobachtung von Emotionsregulation in emotionsinduzierenden Situationen. Unveröffentlichtes Manual, Universität Wuppertal
39. Iwanski A, Zimmermann P (2015) Erfassung von Emotionen in Angst- und Ärgersituationen. Unveröffentlichtes Manual, Universität Wuppertal
40. Waters E (1995) Appendix A: the attachment Q-set (version 3.0). *Monogr Soc Res Child Dev* 60:234–246. doi:10.2307/1166181
41. NICHD Early Child Care Research Network (2003) Early child care and mother-child interaction from 36 months through first grade. *Infant Behav Dev* 26:345–370
42. Grossmann K, Grossmann KE (2004) Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart
43. Tröster H (2011) Eltern-Belastungs-Inventar: EB; deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von RR Abidin. Hogrefe, Göttingen
44. Vierhaus M, Egger C (2015) Displacement Behavior bei Eltern in Interaktion mit ihren Kindern. Unveröffentlichtes Manual, Universität Bielefeld
45. Zimmermann P, Iwanski A (2014) Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *Int J Behav Dev* 38:182–194
46. Zimmermann P, Çelik F (2015) Heilt die Zeit alle Wunden? Der Einfluss von Bindung und emotionaler Verletzungssensitivität auf das emotionale Erleben von Trennungen bei jungen Erwachsenen. *Z Soz Erzieh Sozial* 35:268–284
47. Bodenmann G (2008) Dyadisches Coping Inventar (DCI). Huber, Bern
48. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 24:385–396
49. Sabourin S, Valois P, Lussier Y (2005) Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychol Assess* 17:15–27
50. Löwe B, Spitzer R, Zipfel S, Herzog W (2002) PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHG). Manual, Kompletversion und Kurzform. Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg
51. Ondersma SJ, Chaffin M, Simpson S, LeBreton J (2005) The brief child abuse potential inventory: development and validation. *J Clin Child Adolesc Psychol* 34:301–311
52. Grabski H (2012) Reliabile und ökonomische Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung: die deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). Dissertation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
53. Pedersen FA, Bryan YE, Huffman LC, Del Carmen R (1989) Constructions of self and offspring in the pregnancy and early infancy periods. SRCD, Kansas City, 27.-30. April 1989. (Paper)
54. Emde RN, Osofsky JD, Butterfield PM (1993) The FEEL Pictures. A new instrument for interpreting emotions. International Universities Press, Madison
55. Cowan CP, Cowan PA (1988) Who does what: when partners become parents. *Marriage Fam Rev* 12:105–131
56. Radford L, Corral S, Bradley C et al (2011) Child abuse and neglect in the UK today. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London
57. Kindler H, Künster AK (2013) Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg) Datenreport Frühe Hilfen: Gefährdungslagen und Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln, S 8–13
58. Spangler G, Zimmermann P (1999) Bindung und Anpassung im Lebenslauf; Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter R, Röper G, von Hagen C, Noam G (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 171–194