

# Frühkindliche Prädiktoren der Empathieentwicklung in der Adoleszenz

---

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum  
an der  
Medizinischen Fakultät Heidelberg  
der  
Ruprecht-Karl-Universität

**Vorgelegt von  
Michelle Zeisel**

**Aus  
Heppenheim**

2021

Dekan: Herr Prof. Dr. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Prof. Dr. med. univ. Franz Resch

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	2
1 Einleitung	3
1.1 Frühkindliche Prädiktoren	3
1.2 Interaktionsverhalten	4
1.2.1 Entstehung von Bindungssicherheit	5
1.2.2 Elterliche Sensitivität	7
1.2.3 Effekte elterlicher Sensitivität	8
1.2.4 Zusammenhang von Bindung und psychischen Störungen	10
1.3 Fremdenangst und Trennungsangst im Kleinkindalter	10
1.3.1 Fremdeln	10
1.3.2 Trennungsängste	12
1.3.3 Emotionale Störung mit Trennungsangst	12
1.4 Einfluss des Stresserlebens und der Lebenssituation der Mutter während der Schwangerschaft und nach der Geburt	14
1.4.1 Psychopathologie der Mutter	18
1.5 Empathieentwicklung	21
1.5.1 Der Begriff Empathie	21
1.5.2 Entwicklung von Empathie	22

1.5.3 Messen von Empathie	23
1.6 Adoleszenz	25
1.6.1 Die Entwicklungsphasen	25
1.6.2 Der Begriff der Adoleszenz	26
1.7 Ziel der Studie	30
1.7.1 Zugrundeliegende Hypothesen	30
2 Material und Methode	31
2.1 Das Studiendesign	31
2.2 Stichprobenbeschreibung	31
2.2.1 Stichprobenbeschreibung zum ersten Messzeitpunkt	31
2.2.2 Stichprobenbeschreibung zum fünften Messzeitpunkt	32
2.3 Forschungsinstrumente	33
2.3.1 MEV (mütterliches Erleben und Verhalten)	33
2.3.2 Pränataler Emotionaler Stress Index (PESI)	37
2.3.3 Inventar für Verhalten und Empathie (IVE)	38
2.4 Studiendesign	39
2.5 Statistische Analysen	39
3 Ergebnisse	42
3.1 Faktorenanalyse des MEV Fragebogens	42
3.1.1 Itemanalyse des MEV (T1)	42
3.2 Deskriptive Statistik der MEV Fragebögen (T1-T4)	43

3.2.1 Zusammenhänge zwischen den Items des MEV zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten	51
3.2.2 Zusammenhang der Items 1-6 zwischen dem MEV T1 und MEV T3	52
3.3 Deskriptive Statistik des Fragebogens Pränataler Emotionaler Stress Index (PESI)	53
3.3.1 Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Stress im Verlauf der Schwangerschaft	56
3.4 Deskriptive Statistik der Skalen Empathie, Riskantes Verhalten und Impulsivität des IVE	57
3.5 Unterschied zwischen mütterlichem Erleben und Verhalten im ersten Lebensjahr sowie der Empathieentwicklung des Kindes in der Adoleszenz	60
3.6 Zusammenhang zwischen Fremdenangst sowie Trennungsangst und den Skalen Empathie, Impulsivität und Riskantes Verhalten des IVE	61
3.7 Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Stress im Verlauf der Schwangerschaft und den Skalen des IVE	61
3.8 Zusammenhang zwischen den IVE Skalen und dem Pränataler Emotionaler Stress Index (PESI)	62
4 Diskussion	63
4.1 Ergebnisdarstellung und Interpretation	63
4.2 Limitationen und Einschränkungen der Stichprobe	65
4.3 Indikation für Forschung und therapeutischen Alltag	67
4.4 Ausblick	72
5 Zusammenfassung	74

6 Literaturverzeichnis	76
Anhang	99
Lebenslauf	117
Danksagung	121
Eidesstattliche Versicherung	122

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Items, deren Messzeitpunkte und Werte

Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Messinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten

Tabelle 3: Deskriptive Statistik MEV (T1-T4)

Tabelle 4: Deskriptive Statistik der nominalskalierten Items des MEV (T1-T4)

Tabelle 5: Deskriptive Statistik für den PESI ( $N = 99$ , wenn abweichend angegeben)

Tabelle 6: Deskriptive Statistik der IVE-Skala Empathie (Selbstauskunft Kinder) ( $N = 76$ )

Tabelle 7: Deskriptive Statistik der drei Skalen Impulsivität, Riskantes Verhalten und Empathie des IVE ( $N = 76$ , bei einem Minimum von 1 und Maximum von 16)

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Das Prozessmodell der Determinanten des elterlichen Verhaltens nach BELSKY (1984)

Abbildung 2: Bedürfnispyramide nach Maslow (1954)

Abbildung 3: Entstehung von Bindungssicherheit (nach Ainsworth et al. 1974)

Abbildung 4: Sozialeinflüsse auf kindliche Entwicklung (nach Bodenmann 2016)

Abbildung 5: Tragezeit des Kindes am Körper in Stunden

Abbildung 6: Sicherheit im Umgang mit dem Kind: in Zentimeter (0-10cm)

Abbildung 7: Ergebnisübersicht des Gefühls während der Schwangerschaft (MEV T1)

# 1 Einleitung

## 1.1 Frühkindliche Prädiktoren

„Schon während der Schwangerschaft gibt es großen Spielraum für individuelle Varianten im Entwicklungsprozess des Kindes. In der vorgeburtlichen Zeit hat das psychische und das physische Befinden der Mutter über metabolische, nutritive, hormonelle und sensorische Faktoren, einen starken Einfluss auf die Entwicklung des Fötus“ (Ernegg, 2018).

Das Prozessmodell von Belsky (1984, s. Abb. 1) erklärt drei grundlegende Aspekte, welche die individuelle Entwicklung eines Kindes durch elterliche Interaktion bedingen können. Zum einen beschreibt er die Komponenten auf der Elternseite, dazu zählt er die eigene Entwicklungsgeschichte und Persönlichkeitsmerkmale der Eltern sowie deren Umweltfaktoren (Beziehung der Eltern, soziale Eingebundenheit, Arbeitsalltag). Diese können be- oder entlastend auf das Interaktionsverhalten der Eltern mit dem Kind wirken. Zum anderen beschreibt er die individuellen Charakterzüge des Kindes. Zusammen bedingen diese Faktoren die Entwicklung des Kindes und stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang. Abgeleitet aus diesem Modell lässt sich vermuten, dass wenn die einzelnen Faktoren belastet sind, ein Ungleichgewicht entsteht, welches sich negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. (Belsky 1984).

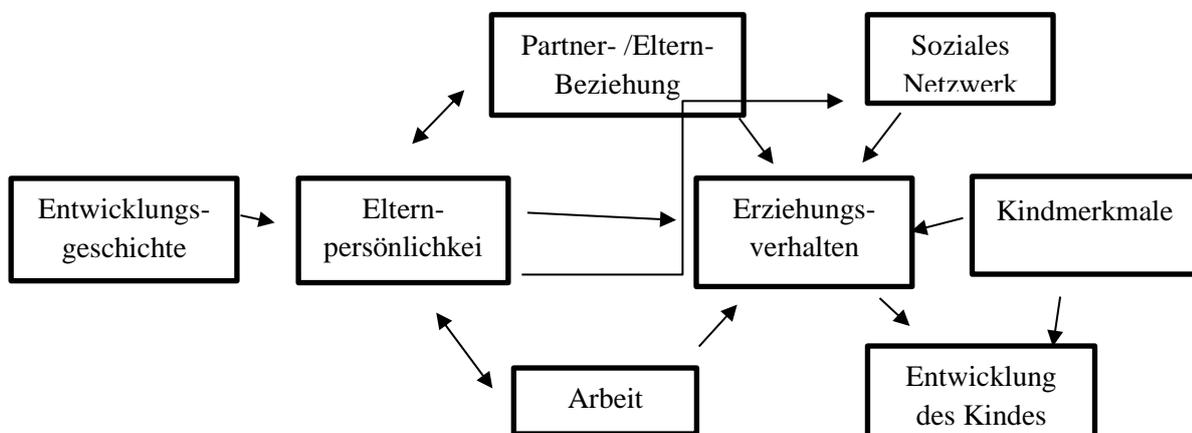


Abb. 1: Das Prozessmodell der Determinanten des elterlichen Verhaltens nach BELSKY (1984)

Bezugnehmend auf dieses Modell, wird die vorliegende Arbeit sich besonders auf die Persönlichkeitsmerkmale und Umweltfaktoren der Mutter, beziehungsweise ihr Erleben und ihre Einschätzungen in den frühen Lebensmonaten des Neugeborenen beziehen.

## **1.2 Interaktionsverhalten**

Unter Interaktion wird hier die wechselseitige Einflussnahme zwischen Mutter und Kind verstanden. Schon unmittelbar nach der Geburt sucht das Neugeborene eine emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson. Die Voraussetzungen für eine Mutter-Kind-Dyade ist unter anderem, dass das Neugeborene von Beginn an in der Lage ist, eigene Bedürfnisse und Emotionen darstellen zu können und somit in Interaktion treten kann (Ainsworth 1976/2003). Des Weiteren muss das Neugeborene auf die Signale der Mutter reagieren können. Dies lässt annehmen, dass bereits Neugeborene mit einer gewissen natürlichen Fähigkeit geboren werden (vgl. Papousek 1998).

Demgegenüber steht die Bezugsperson, deren Aufgabe es ist, die gezeigten Emotionen zu erkennen, richtig zu verstehen und darauf adäquat zu reagieren (Ainsworth et al. 1974), sowie das Kind bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (Perrez 2005). Meist zeigt sich eine steile Lernkurve bezogen auf das Interaktionsverhalten bei den Eltern, sodass Bedürfnisse im Verlauf immer besser erkannt und versanden werden können (Lohaus und Vierhaus 2015).

Grossmann und Grossmann (2012) beschreiben familiäre Prädiktoren, welche eine gesunde Entwicklung von Neugeborenen bedingen können. Dazu zählen sie den Faktor Erziehung und beziehen sich dabei auf das Aufzeigen von Grenzen, bestimmen von Regeln und das Strukturieren auf der einen Seite sowie den Faktor Bindung auf der anderen Seite. Unter Bindung verstehen Grossmann und Grossmann (2012) die Komponenten Liebe, Nähe, Wärme und Geborgenheit, welche Schutz, Fürsorge und Sicherheit symbolisieren. Des Weiteren

beschreiben sie die Faktoren Stimulation, Förderung sowie Lob und Bestätigung. In dem nachfolgenden Abschnitt wird besonders auf den Faktor Bindung eingegangen.

Von frühester Kindheit an ist die Interaktion zwischen dem Kind und seiner unmittelbaren Umwelt von enormer Bedeutung für die kindliche Entwicklung (Bronfenbrenner und Morris 2006). Dabei ist nicht allein die Quantität der Interaktionen, sondern vor allem die Qualität der Interaktionsgestaltung ausschlaggebend.

### 1.2.1 Entstehung von Bindungssicherheit

„Bindung und Vertrauen als existentielles Bedürfnis“ beschreibt Maslow in der von ihm erstellten Bedürfnispyramide (Maslow 1954, s. Abb. 2). Er beschreibt in dieser welche Lebenskomponenten erfüllt sein müssen, um menschliches Wachstum zu erreichen. Grundlegend werden die Grundbedürfnisse Liebe, Nähe und Geborgenheit bei Neugeborenen als wichtigste Komponenten verstanden (Bodenmann 2006).



Abb. 2: Bedürfnispyramide nach Maslow (1954)

Er unterscheidet zwischen *Defizitbedürfnissen*, dazu werden die Grundbedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse und soziale Bedürfnisse gezählt und die *Wachstumsbedürfnisse*, dazu zählt er die Ich- Bedürfnisse und die Selbstverwirklichung. Damit der Mensch sich auf die Wachstumsbedürfnisse fokussieren kann, müssen zuerst einmal nach Maslow (1954) die Defizitbedürfnisse gestillt sein. Dies ist maßgeblich für die bestmögliche Entwicklung eines jeden Menschen. Neben dem Grundbedürfnis nach Nahrungsaufnahme, stellt Bowlby (1980) das Bedürfnis nach Bindung dar.

Nach Bowlbys Bindungstheorie (1999) wird der Beziehungsaufbau, die pränatale Bindung, schon während der Schwangerschaft bestimmt. Diese Annahme wird durch weitere Forschungsarbeiten bestärkt.

Grossmann und Grossmann (2012) beschreiben vier Bindungstypen, welche die Entwicklung von Heranwachsenden in großem Maße beeinflusst. Die sichere Bindung, unsicher-vermeidende Bindung, unsicher-ambivalente Bindung und die desorganisierte/desorientierte Bindung.

Unter einer sicheren Bindung versteht man die adäquate Reaktion der Bezugsperson auf das gezeigte Bedürfnis des Kindes. Auch nach Trennung von der Bezugsperson wird im erneuten Kontakt die Bezugsperson wieder mit ins Spiel eingeschlossen (Grossmann und Grossmann 2012). Eine adäquate Rückmeldung der Bezugsperson, demzufolge eine sichere Bindung, auf gezeigte Bedürfnisse des Kindes, unterstützt die psychische und körperliche Entwicklung.

Bei sicher gebundenen Kindern reagieren diese auf eine Trennung von der Bezugsperson sowie den Wiederkontakt nach Trennung angemessen. Weiterhin haben sie auch weniger Konflikte mit Gleichaltrigen und demzufolge mehr positive Beziehungen (Thompson 2008).

Erlebt das Kleinkind schon im frühen Lebensalter eine sichere Bindung, steht dies in einem positiven Zusammenhang mit der Bewältigung von emotional belastenden Umständen (Spangler und Grossmann 1993).

Demgegenüber zeigen Säuglinge und Kleinkinder die unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent gebunden sind, Bedürfnisse also nicht zeigen und eher selbstständig wirken, eine erhöhte Stressreaktion auf die Abwesenheit einer Bezugsperson (Zietlow et. al 2016), bei der Wiedervereinigung wird die Bezugsperson gemieden. Zwischen Fremden und Bezugspersonen wird wenig differenziert, Mütter reagieren zurückweisend und wenig konsequent (Grossmann und Grossmann 2012; Kienbaum und Schuhrke, 2010). Laut Zietlow et al. (2016) kann deren angepasste psychobiologische Stressreaktivität zu einer geringeren sozialen Integrität im Verlauf des Lebens führen.

Bei einer desorganisierten/desorientierten Bindung wird das Bedürfnis vom Kind gezeigt, die Kinder haben aber nicht die Kompetenz sich an die Bezugsperson zu wenden (Grossmann und Grossmann 2012; Kienbaum und Schuhrke 2010).

Der Bindungstyp wird durch unterschiedliche Faktoren bedingt, im Folgenden wird auf die elterliche Sensitivität genauer eingegangen.

### **1.2.2 Elterliche Sensitivität**

Die untenstehende Grafik (Abb. 3) stellt ein Konzept der Entstehung von Bindungssicherheit dar. Die Bindung zwischen Bezugsperson und Säugling wird maßgeblich von der elterlichen Sensitivität beeinflusst.

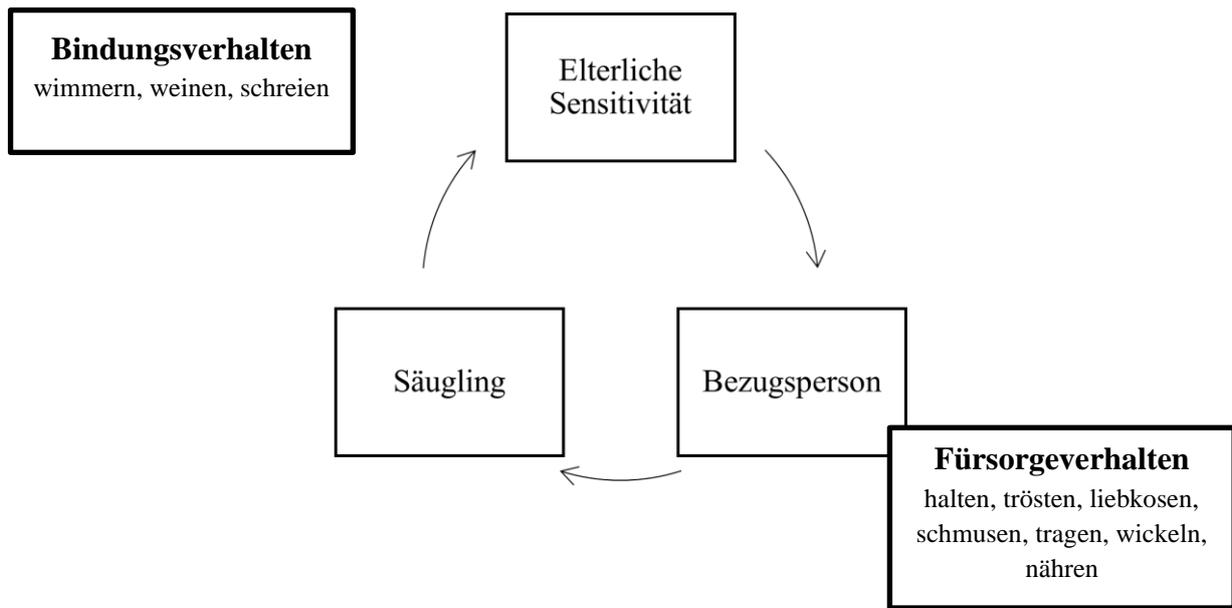


Abb. 3: Entstehung von Bindungssicherheit (nach Ainsworth et al. 1974)

Unter elterlicher Sensitivität versteht man die Kompetenz der Eltern, die vom Kind gesendeten Informationen über kindliches Verhalten zu erkennen und diese zu interpretieren. Dies wird unter Fürsorgeverhalten beschrieben. Dazu zählt das Halten, Trösten, Liebkosen, Schmuse, Tragen, Wickeln und Nähren. Des Weiteren ist die direkte Reaktion ein weiterer Teil von elterlicher Sensitivität, die mitunter durch das Bindungsverhalten des Kindes beeinflusst wird. Dazu zählt Ainsworth et al. (1974) das Wimmern, Weinen und Schreien.

### 1.2.3 Effekte elterlicher Sensitivität

Säuglinge haben angeborene Fertigkeiten zur Selbstregulation ihrer Verhaltensweisen (zum Beispiel das Saugen an der Hand), jedoch spielt die Ko-Regulation durch die Bezugsperson eine entscheidende Rolle. Die Wichtigkeit einer sensitiven Bezugsperson zur positiven Entwicklung wird als unbedingt notwendig angesehen (Hänggi et al. 2012). Die Aufmerksamkeit, richtige Interpretation und angemessene, direkte Reaktion durch eine Bezugsperson wird als positiv bewertet.

Weiterhin scheint das Maß an Fürsorge eine wichtige Rolle zu spielen (Ainsworth et al. 1974). Zeigt das Kind das Bedürfnis von Hunger, ist es das Fürsorgeverhalten der Mutter dieses zu stillen. Erschreckt sich das Kind sollte es durch Halten und Trösten beruhigt werden.

Sensitive Eltern bilden demnach das Grundgerüst für die positive emotionale Entwicklung der Neugeborenen. Nach dem ersten Lebensjahr scheinen die Kinder mit sensitiven Bezugspersonen signifikant ruhiger und sicherer gebunden (Becker-Stoll 2002; Grossmann und Grossmann 2012).

Sowohl im Kontakt mit Gleichaltrigen im Kindergarten und der Schule seien die Kinder mit sensitiven Bezugspersonen laut Studienlage zum einen eher in freundschaftlichen Beziehungen verankert und würden zum anderen weniger Aggressivität zeigen. Demnach aber auch weniger abhängig von den Gleichaltrigen.

Eine Verstärkung sei nicht unmittelbar notwendig, die Kompetenz in Kommunikation und der Regulation der Emotion seien ausgeprägter sowie das Konzept über sich selbst umfangreicher (Becker-Stoll 2002, Diethelm 1990, Grossmann und Grossmann 2012; Suess, Spangler und Zimmermann 1999).

Kemppinen et al. (2006) konnten zeigen, dass die mütterliche Sensitivität im ersten Lebensjahr einen Einfluss auf die kognitive Entwicklung des Kindes hat und dass dieser Einfluss teilweise noch bis in das Vorschulalter feststellbar sei (Blomeyer et al. 2010; Bornstein und Tamis-LeMonda 1989; Pearson et al. 2011). Außerdem zeigte sie auf, dass ein anregendes elterliches Verhalten mit einem höheren sprachlichen Entwicklungsstand des Kindes assoziiert ist (Nozadi et al., 2013). Mütterliche Sensitivität kann laut Spangler et al. (2009) das Risiko für die Entstehung einer psychischen Störung positiv bedingen.

## **1.2.4 Zusammenhang von Bindung und psychischen Störungen**

Um die Wichtigkeit der angesprochenen Thematik erneut zu verdeutlichen zeigen aktuelle Metaanalysen (Fearon et al. 2010), dass Bindungsunsicherheit ein signifikanter Prädiktor für externe Störungen zu sein scheint. Savage (2014) zeigte einen Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und physischer Aggression und Gewalt. Scharf et al. (2014) stellten eine Verbindung zu ADHS her. Schindler und Bröning (2017) berichteten von einer Korrelation zwischen unsicherer Bindung und Substanzmissbrauch. Neben den externen Störungen zeigten Studien auch einen Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und internalisierenden Störungen (Madigan et al. 2016).

Spangler und Großmann (1993) konnten nachweisen, dass ein sicheres Bindungsverhalten positiv mit der Fertigkeit im Umgang von emotionalen Belastungen korreliert.

## **1.3 Fremdenangst und Trennungsangst im Kleinkindalter**

### **1.3.1 Fremdeln**

Nach Rene A. Spitz (2005) wird die Phase des Fremdelns auch als „Acht-Monats-Angst“ bezeichnet. Üblicherweise fühlen sich Kleinkinder zwischen dem vierten und achten Lebensmonat besonders unwohl im Kontakt zu Fremden. Charakteristisch für diese Phase ist, dass das Kleinkind lernt, zwischen Bekanntem und Unbekanntem zu differenzieren (Spitz 1992). Die Kindseltern erkennt das Kleinkind schon in den ersten Lebensmonaten anhand der Stimme und des Geruchs, im Verlauf wird auch das Gesicht erkannt.

Dies hat zur Folge, dass die Kinder die Fähigkeit entwickeln Bekanntes von Unbekanntem zu unterscheiden (Wettig 2006). Demnach ist diese Phase von großer Bedeutung und dient als Schutzmechanismus. Da sich durch das Krabbeln der Bewegungsradius des

Kleinkindes sich vergrößert, wird auch die Möglichkeit auf Fremde zu stoßen vergrößert. Dieses neue Gefühl der Selbstständigkeit ist auch mit einer Angst verbunden.

Im Alter von zwei bis drei Jahren ist das Fremdeln bei den meisten Kleinkindern dann wieder rückläufig.

In der Phase der Fremdenangst, welche hier als Angst vor Fremden definiert wurde, zeigt sich auch die Sorge über eine mögliche Trennung. Lernt das Kleinkind in den ersten Monaten, dass es sich auf die Bezugsperson verlassen kann und diese deren Bedürfnisse erkennt und stillt, so führt dies zur Bildung eines Urvertrauens (Wettig 2006). Dieses Urvertrauen wird im gesamten Leben in zwischenmenschlichen Beziehungen eine Rolle spielen (Posth 2014).

Fremdeln steht für eine sichere Bindung zur Bezugsperson. Das Kleinkind hat gelernt, dass es sich auf sie verlassen kann (Grossmann und Grossmann 2009). Daher sind die Bezugspersonen auch entscheidend, wenn es um den Umgang mit neuen – für sie noch fremde – Situationen geht.

Wird die Bezugsperson in unbekanntem Situationen unsicher und nervös, reagieren diese möglicherweise sogar ängstlich, überträgt sich diese Sorgen und Ängste auch auf das Kleinkind. Muris et al. (1996) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen ängstlichem Verhalten des Kindes und vermehrt ängstlichem Verhalten der Bezugsperson. Entscheidend ist eine realistische Einschätzung der Situation. Nur so ist ein mutiges Erkunden der Umwelt für die Heranwachsenden möglich (Wettig 2006). Das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit in der Phase des Fremdels ist die Hauptaufgabe der Bezugspersonen (Wittig 2009, S. 110-114). Zum Lernen von sozialen Fähigkeiten ist eine Interaktion mit unbekanntem Menschen unabdingbar. Die Bezugsperson dient zur Emotionsregulation als Modell (Thompson 2001). Durch Rückversicherung auch nonverbal können Heranwachsende ihr Verhalten regulieren (Vaish und Straino 2004).

Im Unterschied zur Fremdenangst, bei der sich die Angstreaktion auf das Erkennen einer fremden Person bezieht, zeigt sich bei der Trennungsangst eine Angstreaktion beim Fortgehen der Bezugsperson. Auf Trennungsängste wird im Folgenden eingegangen.

### **1.3.2 Trennungsängste**

Die Phase der Trennungsangst ist eine der Entwicklungsaufgaben der Kleinkinder, es handelt sich um die Sorge, von der Bezugsperson getrennt zu sein. Diese Phase beginnt zeitlich nach der Fremdelphase ab dem achten Lebensmonat. Am ausgeprägtesten werden diese Ängste bei zehn bis 18-monatigen Kleinkindern erlebt (Sommer et al. 2019). Gerade dadurch, dass das Zuhause immer mehr verlassen wird, steigt auch die Sorge von der Bezugsperson verlassen beziehungsweise getrennt zu werden. Kleinkinder neigen dazu starken Blickkontakt zu halten, wird dieser durch ein Fortgehen der Bezugsperson aus dem Raum unterbrochen, fangen sicher gebundene Kinder an zu weinen. Das Weinen verdeutlicht die innige Beziehung zur Bezugsperson.

Bis zum 24. Lebensmonat begleitet diese Angst die Heranwachsenden, so lange, bis die Objektpermanenz erlernt wird und sich ein neues Vertrauen bilden kann. Die Ängste werden immer geringer und verschwinden zuletzt gänzlich (Stern 1996).

Diese normale Entwicklungsphase ist zu trennen von einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst, diese wird im nächsten Abschnitt erläutert.

### **1.3.3 Emotionale Störung mit Trennungsangst**

Sind Kinder aus dem Alter herausgewachsen, in welchem die Phase der Trennungsangst aus entwicklungspsychologischer Sicht als normal beschrieben wird, zeigt sich möglicherweise eine Emotionale Störung mit Trennungsangst. Diese ist die häufigste Angsterkrankung im Kindes- und Jugendalter (Cartwright-Hatton et al. 2006; Kessler et al. 2005). Liegt dieses Störungsbild vor, ist es Kindern beispielsweise nicht möglich den Kindergarten zu besuchen

oder in die Schule zu gehen. Die normale Entwicklung des Kindes ist gestört (Sommer et. al 2019).

Leiden Kinder an einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst beschäftigen sie sich nach der Trennung von der Bezugsperson ausschließlich mit der Wiederkehr dieser, dies wird als starker Stress empfunden. Häufig ist die Trennung auch für die Bezugsperson mit großem Leiden verbunden. Zeigt die Bezugsperson auch eine Sorge beziehungsweise Angst, wirkt das noch zusätzlich als Verstärkung der Angstreaktion (Barrett et al. 1996, Blatter 2008). Die Sorge, dass dem Kleinkind selbst oder der Bezugsperson etwas zustoßen könne ist charakteristisch für dieses Störungsbild (Sommer et al. 2019).

Fundamental für die Bildung und Aufrechterhaltung der Störung scheinen Umweltbedingungen zu sein (Eley et al. 2008).

Liegt diese Erkrankung vor, weigern sich die Kinder ihr bekanntes Umfeld zu verlassen, weigern sich an Ausflügen oder Ähnlichem teilzunehmen, klammern sich fest an die Bezugsperson und folgen ihr mitunter überall hin. Des Weiteren fällt ihnen das alleinige Einschlafen schwer, Alpträume verfestigen die aufkommenden Ängste. Meist reagieren die Kinder mit somatischen Beschwerden, leiden an Kopf- und/ oder Bauchschmerzen (Sommer et al. 2019).

Zur Behandlung dient als Methode der ersten Wahl eine Verhaltenstherapie (In-Albon und Schneider 2007). Die gemeinsame Arbeit mit der oder den Bezugspersonen steht im Fokus der Therapie. Abschiedssituationen sollen möglichst kurzgehalten werden und auf das Verhalten des Kindes solle so wenig wie möglich eingegangen werden (Schneider 2004). Die Zusammenarbeit mit Kindergärten und Schule ist unabdingbar, der Aufbau einer sicheren Bindung zu einer Bezugsperson in der Einrichtung kann dem Kind bei der Trennung helfen. Da

nach den Ferien oder den Wochenenden die Kinder meist rückfällig werden sind die Bezugspersonen angehalten auch in diesen Zeiten regelmäßige Trennungen einzuplanen.

#### **1.4 Einfluss des Stresserlebens und der Lebenssituation der Mutter während der Schwangerschaft und nach der Geburt**

Stress kann als Antwort eines Individuums auf eine an ihn gestellte Aufgabe verstanden werden, bei der die individuellen Fähig- und Fertigkeiten desjenigen sehr beansprucht und mitunter übersteigert werden (Folkmann und Moskovitz 2004).

Eine Schwangerschaft bringt hormonelle, physische und psychische Veränderungen mit sich. Der Embryo und Fötus liegt umgeben von Fruchtwasser in der Fruchthaut, dieser Schutz bewahrt ihn jedoch nicht vor physischen und psychischen Belastungen der Schwangeren (Hobel et al. 2008).

Von Beginn der Schwangerschaft an ist das noch Ungeborene dem erlebten Stress der Mutter ausgesetzt. Dieser Stress lässt sich unterscheiden in natürlichen Schwangerschaftsstress bis hin zu schweren psychischer Belastungsfaktoren wie etwa Missbrauch oder andere Situationen, die das Leben der Mutter gefährden könnten (Möhler und Resch 2019). Man unterscheidet zwischen dem alltäglichen Stress und dem Stress, der durch eine Schwangerschaft ausgelöst werden kann. Zum Beispiel die Sorgen um das Kind, Sorge um die Versorgung, das Leben als Mutter (Lobel et al. 2008).

Nicht zuletzt unterstützt uns eine kurz anhaltende Stressreaktion häufig mit schwierigen Gegebenheiten umzugehen (Wriedt-Monske 2020).

Der menschliche Körper hat zwei Systeme zur Verfügung, um mit Stress umzugehen. Zum einen gibt es das sympathische Nervensystem, welches Teil des autonomen Nervensystems ist. Innerhalb dieses Systems wird durch die Aktivierung von Adrenalin oder

Noradrenalin auf den Stressor reagiert. Aufgrund dessen wird der Körper in einen Erregungszustand versetzt, der uns ein Handeln ermöglicht („fight-or-flight-Theorie“ von Cannon (1915)). Zum anderen gibt es die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse. Diese ist zum Zeitpunkt der Geburt ausgereift. Sie ermöglicht eine längere Anpassung des Körpers an einen Stressor. Diese Anpassung wird durch ein Zusammenspiel der Hormone Cortisol, ACTH (adrenokortikotropes Hormon) und CRF (Corticotropin Releasing Factor) ermöglicht (Zietlow et al. 2016). Cortisol ist - in gewissem Maße - hilfreich für den Körper. Er unterstützt diesen dabei, auf ereignisreiche Gegebenheiten adäquat zu reagieren. Der Ausschüttungsgrad sowie die individuellen Copingstrategien im Umgang mit dem Stressor sind von großer Bedeutung (McEwen 1994).

Kurzzeitige Ausschüttung von Cortisol kann die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit verbessern und das Immunsystem stärken (Beckner et al. 2006; Benschop et al. 1995). Dauert die Ausschüttung an, wird die Merkfähigkeit gestört und das Immunsystem angegriffen (Kalat 2009).

Der Zusammenhang von erlebtem Stress der Mutter während der Schwangerschaft und der emotionalen und kognitiven Entwicklung des Kindes wurde bereits nachgewiesen (Buitelaar et al. 2003; Graignic-Philippe und Tordjman 2009; Möhler und Resch 2018). Weiterhin konnte ein Zusammenspiel zwischen frühkindlichen Lebenserfahrungen und der HPA-Achsenfunktion im voranschreitenden Leben durch Studien belegt werden (Elzinga et al. 2008, Heim et al. 2004). Durch die Plazenta gelangt das Stresshormon Cortisol zum Fötus (Thornton 2010; Weinstock 2005). Ist die Mutter demnach starkem Stress ausgesetzt oder leidet an großer Angst, ist die Cortisolausschüttung erhöht. Eben jene kann auch beim Fötus nachgewiesen werden (Beijers et al. 2014). Demnach beeinflusst dies die Entstehung von biologischen Systemen. Dieser Entstehungsprozess führt zur pränatalen/fetalen Programmierung (Tollenaar et al. 2011).

Die Schwangerschaft wird in drei Teile geteilt, jeweils drei Monate werden als Trimester bezeichnet. Im ersten Trimenon steht das Wachsen des Körpers sowie die Organbildung im Mittelpunkt. Einzelne Körperteile sowie überlebensnotwendige Mechanismen wie das Atmen und Schlucken bilden sich aus. In diesem Zeitraum leidet die Mutter meist an Übelkeit und in manchen Fällen an weiteren somatischen Symptomen. Ist dieser Abschnitt der Schwangerschaft abgeschlossen geht es im zweiten Trimester um die weitere Reifung der Organe und die Gewichtszunahme steht nun im Mittelpunkt, damit verbunden wächst der Bauch der Schwangeren und erste Bewegungen des Fötus sind spürbar. Später sind diese auch für den Partner spürbar. Im fünften Monat beginnen die ersten individuellen Entwicklungen wie zum Beispiel der Schlaf-Wach-Rhythmus.

Im dritten Trimester ist das Wachsen des Fötus weiterhin von Bedeutung, die Ausbildung von Reflexen findet statt, Fetteinlagerungen werden gespeichert, sodass der Fötus auch außerhalb des Mutterleibs überleben könnte (Berk 2011). Im letzten Drittel leiden die werdenden Mütter häufig an Wassereinlagerungen und Rückenschmerzen (Herpertz-Dahlmann 2008), somit wird der Alltag zunehmend erschwert.

Inbesondere die erste Hälfte der Schwangerschaft scheint eine wichtige Rolle für die Stressbelastung zu spielen (Rothenberger et al. 2011; Zhu et al. 2010). Wobei auch die Tatsache, dass eine Schwangerschaft als solche als Stressfaktor assoziiert werden kann mit beachtet werden muss (Bjelica und Kapor- Stanulovic, 2004). Das Erleben der ersten Bindungsgefühle konnte ab der zehnten Schwangerschaftswoche beobachtet werden (Caccia et al. 1991).

„In der vorgeburtlichen Zeit hat das psychische und das physische Befinden der Mutter über metabolische, nutritive, hormonelle und sensorische Faktoren, einen starken Einfluss auf die Entwicklung des Fötus (Dole et al. 2003; Huizink et. al. 2003)“. Bereits in den 70er- Jahren

konnte nachgewiesen werden, dass Stress im familiären sowie beruflichen Alltag häufiger zu Frühgeburten, und damit verbundener Unreife, Untergewicht und erhöhter somatischer Anfälligkeit des Neugeborenen führen können. Dies bestätigen auch jüngste Studien (Davis et al. 2011; Deutsche Forschungsgemeinschaft 1977, Zhu 2010).

Der Einfluss von pränatalen Faktoren auf die kindliche Entwicklung konnte festgestellt werden. Hierfür wurden Kinder von eher ängstlichen Müttern mit Kindern von weniger ängstlichen Müttern im Schreiverhalten verglichen (Feirreira 1960 und 1965). Die Ergebnisse von Talge et al. (2007) zeigten, dass pränataler Stress in der frühen Kindheit öfter Einschränkungen im emotionalen und sozialen Bereich mit sich bringt.

Stress während der Schwangerschaft wird als Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung verschiedenster Fehlfunktionen auf somatischer sowie auch auf psychischer Ebene angegeben (Coussons-Read 2013; Cottrell und Seckl 2009). Die Temperamentsentwicklung scheint mitunter auch durch den erlebten Stress beeinflusst zu werden (Huizink et al. 2002). Huizink et al. (2004) beschreibt diesen Stress als möglichen Risikofaktor in Verbindung mit der Bildung von psychischen Störungen im Laufe des Lebens.

Die somatischen Auswirkungen des Stresserlebens der Mutter während der Schwangerschaft auf die Heranwachsenden wurde in vielen Studien nachgewiesen (Matthews und Gallo 2011; Miller et al. 2012). Wie sich dieses auf die psychische Entwicklung auswirkt, wird weiterhin erforscht (Bohnert und Breslau 2008; Costello et al. 2007).

Das Stresserleben und die Sensibilität der Mutter bedingen laut Dittrich et al. (2018) die erlebte Lebensqualität. Rothenberger et al. (2011) zeigten, dass besonders die erste Hälfte der Schwangerschaft dies maßgeblich bedingt.

Stress ist als maßgeblicher Prädiktor für die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu sehen (Dittrich et al 2017). Gerade Säuglinge reagieren besonders sensitiv auf das mütterliche emotionale Erleben sowie das von weiteren Bezugspersonen (Zietlow und Reck 2017).

Bei der Beobachtung von Verhaltensprofilen von Jungaffen, die pränatalem Stress ausgesetzt wurden zeigte sich eine „erhöhte Emotionalität“, dies wird aufgrund des Ungleichgewichts im Stoffwechselhaushalt des Gehirns und damit verbundenen erhöhten HPA-Achsen Aktivität assoziiert (Coe et al. 2003).

Weiterhin konnte dies auch in Studien mit Kindern im Kindergartenalter nachgewiesen werden. Aufgrund des veränderten Cortisolgehaltes zeigten sich veränderte Strukturen des präfrontalen Cortex. Im präfrontalen Cortex wird die Regulation der Impulse und des Selbst gesteuert (Shiner et al. 2012; Bridgett et al. 2015; Nigg et al. 2017). Möhler und Resch (2019) stellten einen Zusammenhang zwischen dem erlebten Stress im Kleinkindalter und damit möglicherweise verbundenen darausfolgenden gestörten Emotions- und Impulskontrollstrategien.

Eine Mutter mit sicherem Bindungsverhalten weist laut Zimmermann et al. (2001) ein besseres Emotionsregulationsverhalten auf und damit in Verbindung eine geringere Vulnerabilität eine Depression zu erleiden.

#### **1.4.1 Psychopathologie der Mutter**

Nach dem „Diathese-Stress-Modell“ nach Monroe und Simons (1991), kann ein dauerhaft einwirkender Stressor und eine erhöhte Vulnerabilität, auch Diathese genannt, zur Entwicklung einer psychischen Störung führen.

Laut Nonnenmacher et al. (2018) leiden bis zu 12% der Schwangeren und 6% der Mütter in der Postpartalzeit an einer Depression. Vermehrte Selbstzweifel, Überforderungsgefühl und damit verbundene Ängste zeichnen die Symptomatik aus. Meist weisen Mütter mit postpartaler Depression auch komorbid Ängste oder Panik auf. Was stark abzugrenzen ist vom sogenannten „Baby Blues“. Den „Baby Blues“ erleben bis zu 70% der Mütter, dieser schließt eine Funktionsbeeinträchtigung aus (Wriedt-Monske 2020).

Die Prävalenz für Peripartale Angststörungen liegt bei 11-17% (Fairbrother et. al. 2016; Reck et al. 2008). Die damit verbundenen langanhaltenden negativen Auswirkungen auf die kindliche kognitive und sozio- emotionale Entwicklung sind nachgewiesen (Madigan et. al. 2018). Die genauen Ursachen dafür sind noch nicht abschließend erforscht. Das Fehlen des Lernens von Angstbewältigungsstrategien könnte eine mögliche Ursache sein (Whaley et al. 1999). Ein mütterlich erhöhte Cortisol- Level korreliert mit erhöhten Cortisol- Werten und Cortisol- Reaktivität der Kinder (Luecken et. al. 2013), dies könnte ein erhöhtes Risiko für die Kinder darstellen.

Studien erwiesen deutliche Effekte mütterlicher Psychopathologie auf die frühe Mutter – Kind – Interaktion (Nonnenmacher et al. 2018), denn die psychische Verfassung der Mutter ist eine der ersten Einflüsse auf das Leben des Neugeborenen.

In den ersten Lebenswochen postpartum bildet sich eine emotionale Verbindung zwischen der Mutter und dem Neugeborenen, welche „Bonding“ genannt wird (Spinner 1987). Es wird als festigende Phase zwischen der reziproken Beziehung zwischen Mutter und Kind beschrieben (Ahnert 2004).

Nach Figueiredo und Costa (2009) erhöht sich die depressive Symptomatik vor der Geburt, die Symptomatik einer Angststörung nach der Geburt.

Eine mütterliche peripartale Depression führte zu weniger Positivität, geringerer Responsivität, damit verbundener erhöhter Negativität und eingeschränktem Blickverhalten. Peripartale Angststörungen wirkten sich auch auf die Mutter- Kind- Beziehung aus, diese bedingte erhöhte Negativität und geringere Responsivität (Reck et al. 2016).

MacMahon et al. (2001) fanden einen Zusammenhang zwischen mütterlichen Depressionen und exzessivem Schreien sowie geringer Anpassungsfähigkeit und Berechenbarkeit der Säuglinge. Weiterhin zeigte sich ein erhöhtes Risiko für Fütter- und Schlafstörungen (Righetti-Veltema et al. 2002).

Sowohl präpartale als auch postpartale maternale psychische Störungen sind ein Risikofaktor für verhaltens- sowie emotionale Auffälligkeiten im Grundschulalter (Kingston und Thoun 2014).

Durch geringere postnatale mütterliche Fürsorge, pränatale Depression und eine erhöhte Ängstlichkeit der Mutter im letzten Trimester steigt der *Methylierung der NR3C1 Region* (Exon des GR Gens) beim Neugeborenen. Damit verbunden zeigt sich eine erhöhte Cortisol- Antwort als Reaktion auf Stress (Oberlander 2008). Ein gesteigerter Cortisolspiegel im Sputum des Kindes lässt sich laut einer Kohortenstudie von O'Connor et al. (2005) im 10. Lebensjahr nachweisen.

Die Reaktion auf akuten Stress bei Kindern von chronisch depressiven Müttern konnte von Gump und Kollegen (2009) als deutlich höher erforscht werden als bei Gleichaltrigen. Die Kompetenz Stress zu regulieren scheint dadurch eingeschränkt.

Dittrich et al (2018) konnten auch zeigen, dass eine Remission der depressiven Symptomatik der Mutter eine Bedeutung für die von ihnen angegebene Lebensqualität haben kann.

Der Einfluss von mütterlichen Angststörungen rückt zunehmend in den Fokus der Forschung (Matthey et al. 2003). So berichten Mütter, die unter einer Angststörung leiden, dass sie ein schwächeres „Bonding“ zu ihrem Kind erleben (Müller et al. 2016; Tietz et al. 2014), die Mutter-Kind-Dyade ist auch hier gestört, damit zusammen hängt ein kürzerer Blickaustausch und eine sofortige Erregungsreaktion der Mutter (Denke und Lüders 2003; Ioha 2007). Eine gegenseitige negative Emotionsregulation wurde von Riva Curgnola et al. (2016) entdeckt.

Die genaue Einflussnahme der transgenerationalen Weitergabe ist noch nicht abschließend erforscht, jedoch scheint die Mutter- Kind- Interaktion im Zentrum dieser zu stehen.

## **1.5 Empathieentwicklung**

### **1.5.1 Der Begriff Empathie**

Empathie wird in der Literatur als „Einfühlungsvermögen“ definiert (Günther und Sperber 2000; Overlander 2000). Der Psychologe Lipp definierte den Begriff erstmals im Jahr 1880. Er beschreibt Empathie als „Sich-hinein-Versetzen in ein fremdes Erleben“ (Dorsch et al. 1994). Der Empathiebegriff wird in der Literatur inhaltlich verschieden definiert. Im Allgemeinen wird damit eine soziale Fähigkeit beschrieben, die Emotionen des Gegenübers wahrzunehmen, sie im eigenen Handeln zu berücksichtigen und auf das emotionale Erleben des anderen Einflusses zu nehmen (Leiberg und Anders 2006; Lischetzke, et al. 2001; Stern und Cassidy 2018). Einem empathischen Menschen ist es folglich möglich die Situationen des Gegenübers „mitzuerleben“ (Lukesch 2006).

Empathie wird in der aktuellen Literatur als multimodales Konstrukt, welches aus affektiven und kognitiven Fähigkeiten besteht, dargestellt. Diese Fähigkeiten dienen als Fundament erfolgreicher zwischenmenschlicher Beziehungen (Dziobek 2008).

Batson (2009) erstellte auf Grundlage zahlreicher Studien ein Konstrukt aus acht Inhalten zusammen, die in Bezug zu Empathie stehen. Er geht als erstes davon aus, dass zur Kompetenz empathisch zu sein, das Wissen über die Gedanken und Gefühle des Gegenübers zähle. Zweitens sind die Beobachtung und das Spiegeln der Körperhaltung einer der aufgeführten Inhalte. Das Gefühl der anderen Person selbst spüren zu können wird als weitere Komponente genannt, sowie sich in die Lage des anderen hineinversetzen zu können. Sich ein Bild davon zu machen, wie der andere denkt und sich eine Idee davon zu machen, wie ein anderer denken und fühlen würde. Des Weiteren seien das Mitfühlen und das Erleben von eigenem Kummer beim Aufnehmen des Leidens des anderen die beiden letzten Komponenten der insgesamt acht Inhalte.

Die Komplexität von Empathie wird dahingehend sichtlich deutlich und ist hier nur in Ausschnitten darstellbar.

### **1.5.2 Entwicklung von Empathie**

Empathie wird als multifaktorielles Konstrukt beschrieben. Zum einen beinhaltet es die „emotionale Ansteckung“ und zum anderen die Perspektivübernahme des Gegenübers. Inwieweit eher das eine oder das andere ausgeprägt ist, hängt von jedem Einzelnen ab (Leiberg und Anders 2006). Die Entwicklung von Empathie ist demnach ein sehr individueller Vorgang.

Jüngste Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass die Empathieentwicklung bereits im Mutterleib beginnt. Positives emotionales Erleben sowie der Rückgriff auf Ressourcen einer

intakten Partnerschaft und die Freude der Eltern auf das Neugeborene scheinen wichtige Komponenten für die kindliche Entwicklung zu sein (Kasten 2013).

Gerade Säuglinge reagieren besonders sensibel auf die emotionalen Zustände der Mutter und weiteren Bezugspersonen (Zietlow et al. 2017). In der Entwicklung spielen laut Lang und Davis (2006) neben der Amygdala noch weitere Gehirnareale eine Rolle und bedingen unter anderem auch die menschliche Motivation.

Studien von Becker et al. (2007) zeigten, dass frühe emotionale Erfahrungen mit der kindlichen Entwicklung zusammenhängen, und diese die Regulation (Davis et al. 2011) sowie den Umgang mit Neuem (Möhler 2006) bedingen können.

### **1.5.3 Messen von Empathie**

Obwohl schon lange der Begriff der Empathie in der Psychologie genutzt wird, ist es der Forschergruppe um Rizzolatti erst 1996 (Rizzolatti et al. 1996) gelungen, herauszufinden, warum es manchen Menschen besser oder schlechter gelingt, die Emotionen anderer zu verstehen beziehungsweise diese mitzuempfinden. Die Forscher konnten durch die Entdeckung der Spiegelneuronen bei Versuchen an Affen herausarbeiten, dass lediglich die bloße Beobachtung von Handlungen die gleichen Neuronen aktiviert, wie bei einer tatsächlichen Handlung.

Im Jahr 2007 konnten Ferrari und Gallese (2007) das Bestehen von Spiegelneuronen auch im menschlichen Gehirn nachweisen, durch diese ist es den Menschen möglich ist, die Gefühlslage des anderen zu erkennen und mitempfinden.

Infolge dieser Entdeckung etablierte sich die Erforschung des Konzeptes Empathie in den letzten Jahren in der Neurowissenschaft erfolgreich, denn es wurde festgestellt, dass eine gestörte Empathie zu Einschränkungen im Verhalten führen kann (Shamay-Tsoory 2009). Für

die genaue Untersuchung des Einflusses der Spiegelneuronen auf das Empathievermögen bedarf es noch weiterer Untersuchungen, davon auszugehen ist jedoch, dass das Empathievermögen abhängig ist vom Verständnis für die eigenen Gefühle und Bedürfnisse.

In vergangenen Studien wurde versucht auf verschiedene Fragebogenverfahren zurückzugreifen, um die Selbsteinschätzung des eigenen Empathievermögens festzustellen. Sowohl eine Selbst- als auch Fremdeinschätzung sollte in Kombination erfasst werden, um ein umfassendes und aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten. Ebenfalls können Verhaltensbeobachtungen zur ausführlichen Erfassung des Empathievermögens durchgeführt werden, diese erwiesen sich jedoch als sehr zeitaufwendig.

Der FEAS - Fragebogen zur Erfassung von Empathie und angemessenem sozialem Verhalten von (Meindl 1999) erfasst mittels 46 Items sowohl die Empathiefähigkeit (30 Items) als auch das damit verbundenen Sozialverhalten (16 Items). Die Reliabilität und Validität des Tests scheinen ausreichend gut. Die Normierung wurde an Hauptschülern durchgeführt, sodass nur eine eingeschränkte Nutzung möglich ist.

Des Weiteren erstellte Lukesch (2005) den FEPAA – Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten. Dieser kann in den Jahrgangsstufen sechs bis zehn, also bei 12- bis 16-Jährigen angewandt werden. Mittels vier Skalen zur Unterteilung in positives beziehungsweise negatives Sozialverhalten werden die Bereiche Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressives Verhalten erfragt. Die Gütekriterien scheinen auch hier als erfüllt.

In englischsprachigen Ländern wird auf den Emotion Awareness Questionnaire zurückgegriffen, dieser weist gute Validität auf und erfasst auch Emotionsregulationsstrategien (Rieffe et al. 2008).

Ebenso wird in vielen Fragebögen, unter anderem in diesem, welcher in dieser Studie genutzt wurde (IVE – Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (Stadler et al. 2004)), Empathie als eine Subskala des Gesamtfragebogens erfasst.

Alle dargestellten Fragebogenverfahren beruhen auf Selbstbeurteilungen.

## **1.6 Adoleszenz**

### **1.6.1 Die Entwicklungsphasen**

Wie die untenstehende Darstellung (Abb. 4.) zu „Sozialeinflüssen auf kindliche Entwicklung“ von Bodenmann (2016) zeigt, wird das heranwachsende Kleinkind durch unterschiedliche soziale Bedingungen beeinflusst. Deutlich zu erkennen ist, dass die Familie über die gesamte Lebensspanne auf die Entwicklung des Kindes Einfluss nimmt, auch noch nach dem Lebensabschnitt der Adoleszenz.

In der frühen Kindheit sind die Hauptbezugspersonen Familienmitglieder und gegebenenfalls Betreuungspersonen in Krabbelgruppen oder Ähnliches (beispielsweise eine Tagesmutter). Mit Eintritt in den Kindergarten werden Gleichaltrige sowie weitere Betreuungspersonen in die Entwicklung des Kindes miteinbezogen. Des Weiteren wird der Einfluss von Medien im Alltag eines Heranwachsenden immer bedeutsamer. In einer durchgeführten Studie bestätigten 97% der 12- bis 19-jährigen die tägliche Nutzung eines Smartphones. Die tägliche Internetnutzung belief sich auf 205 Minuten pro Tag (Weidenbach 2020). Ab dem Schuleintritt werden die Kinder von weiteren sozialen Einflüssen wie Normen und Werten einer Gesellschaft beeinflusst, sodass mit steigendem Alter immer mehr Einflussfaktoren hinzukommen, welche die Entwicklung beeinträchtigen. In der Adoleszenz scheint die Zahl der möglichen Einflussfaktoren mitunter am größten, was eine weitere Aufgabe

an den Heranwachsenden stellt. Darüber hinaus ist eine Aufgabe der Adoleszenz, die Selektion von Möglichkeiten, die für sie am sinnvollsten oder wertvollsten erscheinenden Faktoren herauszufiltern.

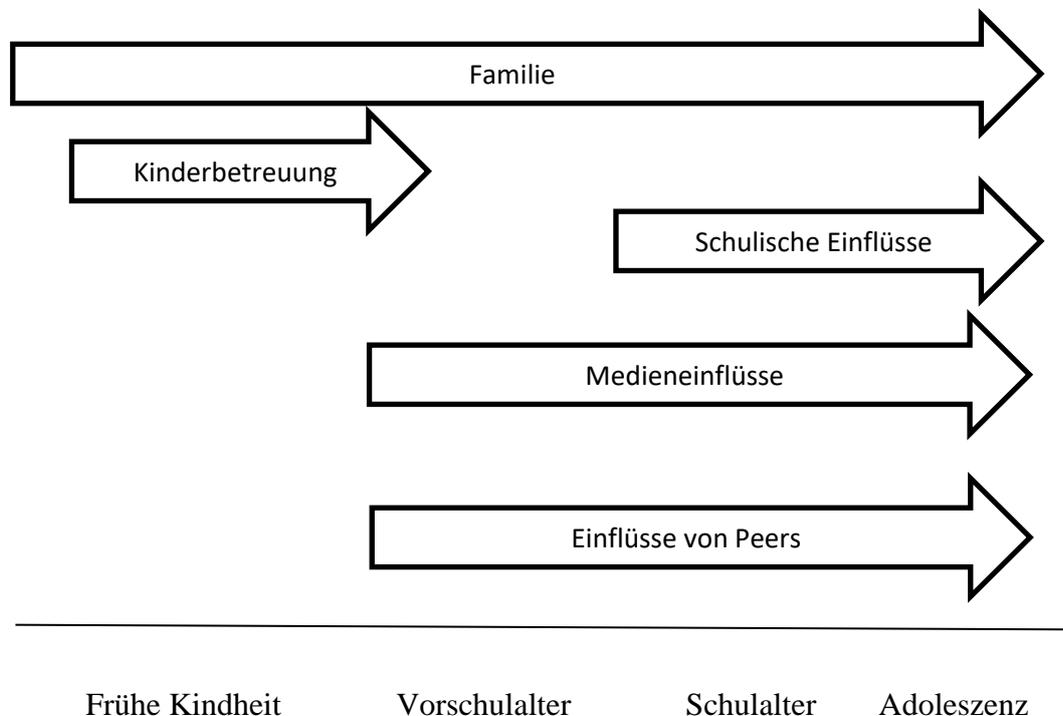


Abb. 4: Sozialeinflüsse auf kindliche Entwicklung (nach Bodenmann 2016)

### 1.6.2 Der Begriff der Adoleszenz

„Anerkennung geht dem Erkennen voraus“

(Honneth 2005).

Nach Kings (2004) spricht man bei der Adoleszenz von einer Lebensphase, die sich qualitativ von der Kindheit auf der einen Seite und auf der anderen Seite von dem Erwachsen sein abgrenzen lässt. In dieser Phase wird sowohl eine individuelle als auch eine gesellschaftliche Veränderung für den Heranwachsenden zu meistern sein. Dieser Vorgang wird von Petermann und Petermann (2012) auch als „krisenhafter Entwicklungsabschnitt“ beschrieben. Im Laufe der letzten Jahre ist das Maß an Möglichkeiten, was Heranwachsende

sich für ihre Zukunft wünschen und vorstellen (z. B. Berufswahl, Lebensraum und Lebensform), ins Unermessliche gestiegen (Forbes und Dahl 2010), sodass eine gute Vorbereitung auf diese Lebensphase einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Adoleszenten in dieser Phase nehmen kann. Für das Individuum maßgebliche Entscheidungen gehen mit einer immensen individuellen Veränderung einher. Sowohl der Trennungsprozess von der Familie, als auch die Neuorientierung spielen eine große Rolle (Shellstudie 2006). Diese können massive Stressoren für die Heranwachsenden sein (Costello et al. 2006; Hollenstein und Lougheed, 2013).

Die Psychologie nutzt den Begriff der Adoleszenz in Abgrenzung zu physischen Veränderungen. Hierbei wird das Augenmerk auf die Veränderungen der Kognition, Emotion und Moral gelegt. Mit der sexuellen Reife beginnt diese Lebensphase. Ein genaues Lebensalter ist dafür nicht benennbar, da dies die große Varianz nicht erlaubt (Wischmann 2010).

Für die Veränderung sind zwei neuronale und psychische Systeme von Bedeutung. Zum einen das limbische System – es bedingt Emotion und Motivation - und zum anderen der präfrontale Cortex, welcher auch als Schaltpunkt des Gehirns bezeichnet wird. Dieser bedingt das Finden von Entscheidungen, Planungsbereitschaft, Kontrolle von Impulsen und den Umgang mit Belohnung (Konrad et al. 2013). Besonders weiblichen Adoleszente scheinen in diesem Entwicklungsalter anfälliger für die Entwicklung von psychischen Störungen als männliche Adoleszente (Kouros und Garber 2014; Li et al. 2006). Malooly et al. (2015) bestätigt dies und stellt die Mehrheit an dysphorischen Störungen bei weiblichen adolescenten Probandinnen fest. Weiterhin nutzen sie laut Lange und Tröster (2015) vermehrt maladaptive Emotionsregulationsstrategien.

Während der Adoleszenz befindet sich das Gehirn in einer Reorganisation, was die adolescentenspezifischen Verhaltensweisen - wie zum Beispiel die schnellere Bereitschaft für riskantes Verhalten - in gewissem Maße erklären könnte (Konrad et al 2013).

Piaget ist zu nennen, wenn von der Entwicklungspsychologie gesprochen wird. Er untersuchte die Entwicklung des Denkens, prägte Begriffe wie Dezentrierung und erforschte den Übergang von Heteronomie zur Autonomie (Piaget 1993, 1994). Durch die Dezentrierung des Denkens wird dem Heranwachsen die Möglichkeit geboten, sich in den Gegenüber hineinzusetzen. Die Situation eines Gegenübers wird wahrgenommen und kann beurteilt werden. Diese Fähigkeit kann den Heranwachsenden ein Gemeinschaftsgefühl erschaffen (Honneth 2005) und ist für die Entwicklung der Autonomie von großer Bedeutung. Es entsteht die Möglichkeit sich selbst in Beziehung zu anderen zu sehen. Eine Identität wird gebildet. Um sich so entwickeln zu können, ist es für die Heranwachsenden unabdingbar zunächst heteronom zu leben, denn als Kleinkind ist man noch nicht in der Lage autonom zu leben. Dies überträgt die Pflicht an die Erwachsenen, die bereits autonom leben können, für das Kleinkind zu entscheiden (Piaget 1954).

Nach Honneth (2005) gehe Anerkennung dem Erkennen voraus. Die Theorie von Honneth lässt sich insofern in die Entwicklungstheorie von Piaget einbeziehen, als dass er die Wechselseitige Anerkennung von Gestik, Mimik, Emotion etc. in vorangegangenen Beziehungen als Voraussetzung für das dezentrierte Denken setzt. „Wenn Kinder eine Pflegeperson haben, die sich intensiv um ihr Wohl kümmert, werden offenbar die besten Resilienzbedingungen geschaffen.“ (Streeck-Fischer 2004).

Peter Blos und Erik Erikson betrachteten die Bedeutung der Adoleszenz im Hinblick auf die Genese, sie wurde nach Erdheim (1982) als „zweite Chance“ beschrieben. In dieser sei

es möglich, alte Konflikte erneut zu durchleben aber auch neue Konflikte zu erleben und Problemlösestrategien für diese zu erkennen und umzusetzen.

Für die gesamte Familie ist die Lebensphase der Adoleszenz ein Übergang, der sowohl für den Adoleszenten sowohl auf der individuellen Ebene als auch in der Eltern-Kind-Beziehung maßgebliche Veränderungen mit sich bringt. Von der engen Familienbeziehung kommt es zu Peerbeziehungen, die im Verlauf immer wichtiger werden. Die Ablösung von den Eltern ist eine der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenten (Zietlow et al. 2016). Nach Gilligan (1992) bleibt man im Prozess der Ablösung dennoch in Verbundenheit mit den Eltern, wengleich das Bilden der eigenen Realität im Fokus steht. Ein starker Zusammenhang zwischen individuellen Lebensideen und verinnerlichter familiärer Beziehungen konnte von Cierpka (2002) dargestellt werden. Die Gestaltung von Beziehungen wird laut Cirillo (1998) durch Lernerfahrungen bedingt.

Sowohl negative als auch positive Erfahrungen aus der Vergangenheit beeinflussen die Entwicklung des Adoleszenten und entscheiden mitunter auch, ob eine neue Identität entstehen kann. Dies wird unterstützt durch Faktoren innerhalb und außerhalb des familiären Rahmens, die Wechselwirkung der beiden Faktoren scheint nachweislich von großer Bedeutung.

Wird die Beziehung zu Peers in der Adoleszenz immer wichtiger, ermöglicht die kognitive Entwicklung in diesem Lebensabschnitt auch die Möglichkeit der Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivübernahme. Besonders sei dies bei Jungen feststellbar (Van der Graaf et al. 2014).

Ein emotionales Bewusstsein ist laut Kranzler et al. (2015) ein Prädiktor für psychische Gesundheit in der Adoleszenz.

## **1.7 Ziel der Studie**

Wie sich aus der Literatur ableiten lässt, sind die ersten Lebensjahre von großer Bedeutung. Einhergehend damit sind die Kontakte zu den direkten Bezugspersonen, welche maßgeblich von diesen als Modell beeinflusst werden. Um mögliche Spannungen zwischen dem emotionalen Erleben der Mutter und ihrer Lebenssituation während und nach der Schwangerschaft und der Empathieentwicklung der Adoleszenten herauszuarbeiten wurde diese Studie durchgeführt. Das Ziel der Studie ist es, einen möglichen Zusammenhang dieser beiden Konstrukte in den vorliegenden Daten zu erkennen.

### **1.7.1 Zugrundeliegende Hypothesen**

**Hypothese 1:** Ein erhöhtes Stresserleben der Mutter während der Schwangerschaft führt zu einem geringeren Empathieerleben der Adoleszenten.

**Hypothese 2:** Eine erhöhte Ausprägung der Fremden- und Trennungsangst der Neugeborenen hat einen negativen Effekt auf das Empathieerleben der Adoleszenten sowie das impulsive und riskante Verhalten.

**Hypothese 3:** Das emotionale Erleben der Mutter während der Schwangerschaft hat einen Einfluss auf das emotionale Erleben beziehungsweise Verhalten des Adoleszenten.

## **2 Material und Methode**

Im nachfolgenden Abschnitt werden das Studiendesign und die Charakteristika der Stichprobe vorgestellt. Des Weiteren werden die genutzten Forschungsinstrumente vorgestellt und abschließend die Messmethoden und das genutzte Statistikprogramm erläutert.

### **2.1 Das Studiendesign**

Zur Berechnung wird auf die Daten der DFG-Studie Mo 978/1-1 und 1-2 und 5-1 zurückgegriffen. Diese wurde von 2002 bis 2018 durchgeführt. Die ursprüngliche Fallzahl beläuft sich auf 101, nach 14 Jahren auf 79, was einer Rücklaufquote von 80% entspricht.

### **2.2 Stichprobenbeschreibung**

Da sich die Stichprobengröße über den Messzeitraum von 14 Jahren unterscheidet werden im Folgenden die unterschiedlichen Stichproben beschrieben.

#### **2.2.1 Stichprobenbeschreibung zum ersten Messzeitpunkt**

In die Studie eingeschlossen wurden europäische Mütter und deren Neugeborenen nach der Schwangerschaft, ausgeschlossen wurden Mütter und deren Neugeborene nach Mehrlingsschwangerschaften. Die Rekrutierung erfolgte in vier großen lokalen Geburtshilfezentren. Zur Teilnahme mussten die folgenden Kriterien erfüllt werden: Termingerechter Geburtszeitpunkt, Geburtsgewicht >2500g, APGAR-Wert > 7 sowie, dass das Baby, während der ersten drei postnatalen medizinischen Untersuchungen als gesund eingestuft wurden. Des Weiteren mussten die Mütter in der Lage sein die deutsche Sprache zu sprechen und zu lesen, sie durften nicht an einer akuten psychiatrischen Störung leiden und keine Medikamente oder Drogen nehmen, die ein Risiko für den Fötus darstellen (Moehler et al. 2006).

Aus den Geburtszentren rekrutiert, wurden zunächst 342 Mütter kontaktiert. Daraufhin stimmten 102 Mütter der Teilnahme an der Studie zu. Eine Mutter beschloss nach der ersten Befragung nicht weiter an der Studie teilnehmen zu wollen, sodass insgesamt 101 Mutter-Kind-Dyaden an der Studie und somit an allen Befragungen im ersten Lebensjahr des Kindes teilnahmen (Moehler et al. 2006).

Zum ersten Messzeitpunkt waren die Mütter zwischen 19 bis 45 Jahre alt ( $M = 33$ ,  $SD = 4.13$ ). Von der Gesamtzahl der Teilnehmerinnen hatten 55% einen universitären Abschluss, knapp 20% hatten eine Fachhochschulreife (Abitur) und fast 25% hatten einen Realschulabschluss. Alle befragten Mütter lebten in einer Partnerschaft mit den Vätern des Neugeborenen. Die Neugeborenen wogen zwischen 2,52kg bis 4,45kg ( $M = 3,49$ ,  $SD = 0.37$ ) und 55% der Neugeborenen waren männlich.

### **2.2.2 Stichprobenbeschreibung zum fünften Messzeitpunkt**

Zum fünften Messzeitpunkt - als die damals Neugeborenen nun 14 Jahre alt waren - erklärten sich 76 Mutter-Kind-Dyaden bereit an der erneuten Befragung im Rahmen der Langzeitstudie teilzunehmen.

Zum fünften Messzeitpunkt lebten 83% der Mütter noch mit dem Kindsvater zusammen, knapp 8% hatten eine neue Partnerschaft und 9% waren alleinlebend. Die Mehrheit der befragten Adoleszenten besuchte ein Gymnasium. Ein Anteil von 54% der befragten Adoleszenten war männlich. Die 76 befragten Dyaden unterschieden sich nicht maßgeblich von den 25 ausgeschiedenen Familien. Gründe für den Drop-Out nach 14 Jahren könnten ein Umzug und somit eine Adressänderung gewesen oder das fehlende Interesse erneut an der Studie teilzunehmen sein.

## **2.3 Forschungsinstrumente**

Zur Erhebung der Daten wurden die paper- pencil- Fragebögen MEV (mütterliches Erleben und Verhalten), das IVE (Inventar für Verhalten und Empathie) und der PESI (Pränatales Stresserleben der Mutter) und genutzt. Es erfolgte die detaillierte Beschreibung der genutzten Fragebögen.

### **2.3.1 MEV (mütterliches Erleben und Verhalten)**

Der Fragebogen MEV dient zur Erfassung des Erziehungsverhaltens der Mutter. Dieser wurde zu vier Messzeitpunkten (eine Woche nach der Geburt, sechs Wochen nach der Geburt, vier und 14 Monate nach der Geburt), in jeweils erweiterter Form, durch die Mütter ausgefüllt.

Es wurden zu den verschiedenen Messzeitpunkten einzelne Komponenten wie das Schrei- und Essverhalten, die Erziehungseinstellung der Mutter, die körperliche Zuneigung zwischen Mutter und Kind, der Umgang mit dem Neugeborenen, die soziale Aktivität und die Offenheit des Neugeborenen für Stimulation erfasst.

Der MEV T1 besteht aus zwölf Aussagen über die Einstellung zum Umgang mit dem eigenen Kind. Darüber hinaus wird das Schrei- und Essverhalten des Kinds erfasst. Die Aussagen können überwiegend auf einer vierstufigen Skala („immer“, „häufig“, „gelegentlich“ und „nie“) geratet werden.

Der MEV T2 besteht aus 14 Aussagen, die ersten 12 Aussagen sind identische zum MEV T1 und werden jeweils ein Item zur sozialen Aktivität und Fremdbetreuung ergänzt. Item 13 ist auf einer dreistufigen Skala („0-1 mal“, „2-6 mal“ und „mehr als 6 mal“) zu beantworten und Item 14 durch eine zweistufige Skala („ja“, „nein“) und die jeweilige freie Angabe der Stundenzahl anzugeben.

Der MEV T3 wird durch fünf weitere Aussagen erweitert, welche von der Mutter auf einer zweistufigen Skala („ja“, „nein“) zu bewerten sind. Die Offenheit für Stimulation und der Umgang mit Neuem wird dabei erfasst.

Zum vierten Messzeitpunkt (MEV T4) wird das Item 14 durch eine differenzierte Einteilung der möglicherweise betreuenden Personen neben der Mutter ergänzt, die Betreuungszeit kann durch die Mutter frei in Stunden pro Woche angegeben werden. Des Weiteren wird die Aussage durch den Betreuungsort erweitert, dabei hat die Mutter die Möglichkeit zwischen einer außerhäuslichen oder innerhäuslichen Betreuung zu wählen sowie die Betreuung mit anderen Kindern anzugeben.

Der MEV T4 erfasst weitere Faktoren zur sozialen Eingebundenheit sowie die möglicherweise wieder aufgenommene Berufstätigkeit der Mutter im freien Antwortformat. Des Weiteren wird die Angst vor Fremden und Trennungsangst in ihrem Auftreten und der Intensität erfragt, sowie das Schlafverhalten und die mögliche Trennung von der Mutter in einem Zeitraum von über 24 Stunden erfragt. Abschließend wird auf einer freien Antwortskala („gar nicht wichtig“ -> „äußerst wichtig“) die Wichtigkeit von Gehorsamkeit des Kindes in der Erziehung erfasst. Am vierten Messzeitpunkt nahmen 98 Probanden teil.

Zur besseren Übersicht ist untenstehend eine Tabelle der genutzten Items zu den vier Messzeitpunkten angefügt.

Tab. 1: Übersicht der verwendeten Items, deren Messzeitpunkte und Werte.

Variable	Messzeitpunkte	Beschreibung	Werte
mev1	T1, T2, T3, T4	Ich lasse mein Kind schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev2	T1, T2, T3, T4	Ein Säugling (T4: Kind) sollte immer sofort beruhigt werden, wenn er (T4=es) schreit	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev3	T1, T2, T3, T4	Säuglinge sollte gestillt werden, wann immer sie wollen (Kleinkinder sollten zu essen bekommen, wann immer sie wollen)	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev4	T1, T2, T3, T4	Mein Kind erhält regelmäßige Mahlzeiten nach Plan	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev5	T1, T2, T3, T4	Säuglinge (T4: Kinder) sollten lernen, selbständig einzuschlafen	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev6	T1, T2, T3, T4	Mein Kind schläft in seinem Bett ein	1=immer, 2=häufig, 3=gelegentlich, 4=nie
mev7	T1, T2, T3, T4	Gefühl während der Schwangerschaft (nur zu T1)	1=überwiegend gut, 2= überwiegend schlecht
mev8	T1, T2, T3, T4	Mutter arbeitet während der Schwangerschaft (nur zu T1)	1=nein, 2=ja, Teilzeit, 3= ja, Vollzeit
mev9a	T1, T2, T3, T4	Mutter stillt ihr Kind	1=ja, 0=nein (im T1-Fragebogen: 2= nein)
mev10	T1, T2, T3, T4	Tragezeit des Kindes am Körper: in Stunden	
mev11	T1, T2, T3, T4	Sicherheit im Umgang mit Kind (Skala abmessen von links): in Zentimeter (0-10cm)	Extrempole: 0=sehr unsicher bis 10=sehr sicher
mev12	T1, T2, T3, T4	Tägliche Schreidauer	1=weniger als 30min., 2=weniger als 60min., 3=weniger als 2Std., 4=weniger als 3Std., 5=mehr als 3Std.
mev13	T2, T3, T4	Häufigkeit des Treffens mit Freunden in letzten 14 Tagen	1=0-1 mal, 2=2-6 mal, 3=mehr als 6 mal
mev14	T2, T3, T4	Betreuung ausschließlich durch Mutter	1=ja, 0=nein
mev14_wer_1	T2, T3, T4	weitere Betreuungspersonen	
mev14_dauer_1	T2, T3, T4	Dauer der Betreuung durch andere Personen (in Stunden pro Woche)	
mev14_wer_2	T2, T3, T4	evt. dritte Betreuungsperson	
mev14_dauer_2	T2, T3, T4	Dauer der Betreuung durch dritte Personen (in Stunden pro Woche)	

mev15	T3, T4	Schreckhaft bei akustischen Reizen (Mütterliche Bewertung des Kindes)	1=ja, 0=nein
mev 16	T3, T4	Schreckhaft bei optischen Reizen	1=ja, 0=nein
mev 17	T3, T4	Aufgeschlossen gegenüber neuen Reizen	1=ja, 0=nein
mev18	T3, T4	Aufgeschlossen gegenüber fremden Personen	1=ja, 0=nein
mev19	T3, T4	Zurückhaltend geg. fremden Personen	1=ja, 0=nein
mev20	T4	Spielplatzbesuch (Wo./Std.)	0=gar nicht oder Anzahl Std./Wo.
mev21	T4	wieder berufstätig	1=ja, 0=nein
mev21_wann	T4	Datum des berufl. Wiedereinstiegs	
mev21a	T4	zu Hause berufstätig	1=ja, 0=nein
mev21b	T4	außer Haus berufstätig	1=ja, 0=nein
mev21aa	T4	berufstätig: Tage pro Woche (Anzahl 1-7)	
mev21bb	T4	berufstätig: Stunden pro Tag (Anzahl >0 -24)	
mev22a	T4	Phase der Fremdenangst	1=ja, 0=nein
mev22a_von	T4	Fremdenangst ab Lebensmonat....	
mev22a_bis	T4	Fremdenangst bis Lebensmonat....	
mev22b	T4	Phase starker Fremdenangst	1=ja, 0=nein
mev22b_von	T4	Starke Fremdenangst ab Lebensmonat...	
mev22b_bis	T4	Starke Fremdenangst bis Lebensmonat...	
mev23a	T4	Phase der Trennungsangst	1=ja, 0=nein
mev23a_von	T4	Trennungsangst ab Lebensmonat....	
mev23a_bis	T4	Trennungsangst bis Lebensmonat....	
mev23b	T4	Phase starker Trennungsangst	1=ja, 0=nein
mev23b_von	T4	Starke Trennungsangst ab Lebensmonat..	
mev23b_bis	T4	Starke Trennungsangst bis Lebensmonat..	
mev24	T4	Häufigkeit nächtliches Erwachen	0=gar nicht , 1=ein- bis zweimal, 2= drei- und mehrmals
mev25	T4	Trennung (K/M) länger als 24 Stunden	1=ja, 0=nein
mev26	T4	Stellenwert von Gehorsam in der Erziehung (Skala von 0-10cm)	Extrempole: 0=gar nicht wichtig bis 10=äußerst wichtig

### 2.3.2 Pränataler Emotionaler Stress Index (PESI)

Der Fragebogen mütterlichen Stresserlebens (PESI) von Möhler et al. (2006) während der Schwangerschaft wurde vier Monate nach der Geburt des Kindes an die Mütter ausgehändigt.

Der Fragebogen umfasst 11 Items, die Items sind differenziert zu den einzelnen Trimestern zu beantworten. Es gibt die Möglichkeit mittels einer zweistufigen Nominalskala („ja“ und „nein“) zu raten. Weiterhin ist durch ein freies Antwortformat beispielsweise die Anzahl der Arbeitswochenstunden sowie das Datum des letzten Arbeitstages anzugeben.

Es wird die Berufstätigkeit und deren Umfang innerhalb der drei Trimester der Schwangerschaft erfasst, sowie die damit verbundene berufliche Stressbelastung. Diese ist anhand einer Skala von 0% bis 100% frei einzuschätzen und zu markieren.

Weiterhin wird die Versorgung eines weiteren Kindes erfragt. Anschließend an die Abfrage mittels zweistufiger Skala („ja“ oder „nein“) gibt es ein freies Antwortformat zur Beschreibung des Alters und Geschlechtes sowie den Umfang der Versorgungsleistung in %.

Das Aktivitätsniveau der Schwangeren wird für jedes einzelne Trimester anhand der Angaben von Stunden die stehend/sitzend, liegend oder in Bewegung verbracht haben erhoben.

Neben der beruflichen Stressbelastung wird auch die private Stressbelastung pro Trimester mittels freier Antwortskala (0% bis 100%) erfragt.

Die einzelnen Emotionen wie Ärger und Wut, Nervosität und Angespanntheit, Traurigkeit, Freude und Zufriedenheit, Müdigkeit und ausgebrannt sein, Überforderung und Verzweiflung sowie Ängste und Sorgen werden ebenfalls mittels freier Antwortskala (0% bis 100%) pro Trimester von der Mutter angegeben. Die Emotion Angst wird unterschieden in Angst bezogen auf das noch ungeborene Kind oder andere/unbestimmte Ängste.

Durch die Erfassung der verschiedenen Emotionen soll das emotionale Empfinden der Schwangeren bestmöglich erfasst werden.

Der Gesamtwert wird aus dem Durchschnitt aller 33 Antwortskalen ermittelt.

Der Fragebogen ist reliabel, die interne Konsistenz ist gut, Cronbachs alpha = .95 (Wriedt-Monske 2020).

### **2.3.3 Inventar für Verhalten und Empathie (IVE)**

Das IVE ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für Kinder und Jugendliche im Alter von 9-14 Jahren und stellt eine für den deutschen Sprachraum adaptierte Version des Impulsivitätsfragebogens I6 von Eysenck und Eysenck (1980) dar. Die Skala Impulsivität erfasst anhand von 16 Items Aspekte kognitiver und motivationaler Impulsivität. Die Skala Risikoverhalten ermittelt das Ausmaß von riskantem und sensationssuchendem Verhalten mit ebenfalls 16 Items. Die Skala Empathie (16 Items) umfasst den Bereich Einfühlungsvermögen und Sensitivität gegenüber den Gefühlen anderer Menschen. Die Items werden in durch eine zweistufige Skala geratet („ja“, „nein“).

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt für die Skala Impulsivität für Jungen  $\alpha = .82$  und für Mädchen  $\alpha = .80$ . Für die Skala Risikoverhalten wurden Werte von  $\alpha = .85$  (Jungen) und  $\alpha = .81$  (Mädchen) ermittelt. Für die Skala Empathie liegen die internen Konsistenzen zwischen  $\alpha = .86$  (Jungen) und  $\alpha = .77$  (Mädchen). Die interne Validität ist durch die Konvergenz von faktorenanalytischen und itemmetrischen Analysen gesichert. Die Skala Impulsivität diskriminiert zuverlässig zwischen Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und einer gesunden Kontrollgruppe. Auch Kinder mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens konnten zuverlässig von gesunden Kindern diskriminiert werden. Eine geschlechtsspezifische Normierung (T-Werte und Prozentränge) erfolgte an einer Stichprobe von 896 Kindern der Normalpopulation. Die Bearbeitungsdauer

beträgt altersabhängig zwischen fünf und 15 Minuten. Die besagte Normierung wird seit 2004 angewendet.

Nach 14 Jahren wurde der IVE an der verbleibenden Stichprobe von  $n= 76$  Adoleszenten durchgeführt. Für die Überprüfung der Hypothesen werden in dieser Arbeit die Skalen Empathie, Riskantes Verhalten und Impulsivität deskriptiv ausgewertet und mit den oben beschriebenen Fragebögen in Zusammenhang gestellt.

## 2.4 Studiendesign

Bei den vorliegenden Daten handelt es sich um Daten, die durch eine Langzeitstudie gewonnen wurden. Die Studienteilnehmer wurden über einen Zeitraum von vierzehn Jahren begleitet.

Zum ersten Messzeitpunkt, eine Woche nach der Geburt, wurde der MEV T1 erhoben, darauffolgend nach sechs Wochen nach der Geburt der MEV T2. Zum dritten Messzeitpunkt, vier Monate nach Geburt der MEV T3 und abschließend nach 14 Monaten der MEV T4.

Der PESI wurde von den Müttern vier Monate nach der Geburt ausgefüllt.

Der IVE wurde den Jugendlichen im Alter von 14 Jahren ausgehändigt.

Tab. 2: Übersicht der verwendeten Messinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten

Messzeitpunkte	Alter der Kinder	Messinstrument
T1	Eine Woche	MEV T1
T2	Sechs Wochen	MEV T2
T3	Vier Monate	MEV T3, PESI
T4	14 Monate	MEV T4
T5	14 Jahre	IVE

## 2.5 Statistische Analysen

Die Datenauswertung zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen erfolgt mittels des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics Version 25.

Zur Evaluation des neu erarbeiteten Fragebogens zu vier unterschiedlichen Messzeitpunkten (MEV T1- T4) wurde eine Faktorenanalyse und eine Itemanalyse durchgeführt. Es wurde eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt, da keine Sicherheit vorliegt, dass es einen Zusammenhang zwischen den erhobenen Items geben wird und somit explorativ nach einer Datenstruktur untersucht wird.

Zur Übersicht werden zu Beginn die Ergebnisse der genutzten Fragebögen zu ihren unterschiedlichen Messzeitpunkten deskriptiv dargestellt, dafür werden zuerst die einzelnen Daten des MEV zu seinen vier Messzeitpunkten aufgeführt und darauffolgend die Daten aus der Erhebung des PESI und des IVE durch die Jugendlichen.

Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen den intervallskalierten Daten der MEV Fragebögen wurde eine Pearson-Korrelation berechnet. Wurde ein Zusammenhang zwischen intervallskalierten Daten und kategorialen Daten berechnet wurde eine punktbiserialer Rangkorrelation durchgeführt. Zur Interpretation der Stärke der Korrelation wurde auf die Einstufung nach Cohen (1988) zurückgegriffen.

Eine Darstellung des Zusammenhanges zwischen den Items eins bis sechs des MEV zwischen den einzelnen Messzeitpunkten T1 bis T4 wurde durchgeführt, da das Kriterium einer Normalverteilung verletzt wurde, wurde auf ein nonparametrisches Testverfahren zurückgegriffen, dem Wilcoxon-Test.

Eine ANOVA mit Messwiederholung wurde herangezogen, um den Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Stress im Verlauf der Schwangerschaft zu untersuchen. Wenngleich das Kriterium einer Normalverteilung verletzt wurde gilt eine ANOVA mit Messwiederholung bei einer Stichprobengröße  $N > 30$  je Zeitpunkt als robust gegenüber dieser Verletzung.

Da die Voraussetzungen für einen t-Test nicht erfüllt waren, wurde eine punktbiseriale Rangkorrelation angewandt, um zu prüfen, ob sich die Ergebnisse der Skalen IVE Empathie, IVE Impulsivität und IVE Riskantes Verhalten durch das Gefühl während der Schwangerschaft unterscheiden.

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen dem emotional erlebten Stress der Mutter während der Schwangerschaft und der Ergebnisse der IVE Skalen in der Adoleszenz mittels Pearson-Korrelation dargestellt, da die Stichprobe ein  $N > 30$  aufwies.

Ein Signifikanzniveau von 5% wurde allen statistischen Berechnungen zugrunde gelegt.

### **3 Ergebnisse**

Zur Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse der statistischen Analysen des MEV (T1-T4), darauffolgend die Ergebnisse des IVE und abschließend dazu in Zusammenhang mit dem PESI die gewonnenen Daten aufgeführt.

#### **3.1 Faktorenanalyse des MEV Fragebogens**

Zur Evaluation des neu erarbeiteten Fragebogens MEV zu vier verschiedenen Messzeitpunkten wurde mittels explorativer Faktorenanalysen ermittelt, dass sich die Variablen nicht für eine Faktorenanalyse eignen. Denn es werden einige statistische Voraussetzungen empirisch für die Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse verletzt.

Der Fragebogen umfasst eine Vielzahl an dichotomen Variablen und lineare Zusammenhänge sind nicht gegeben (Guadagnoli und Velicer 1988, zitiert nach Bortz 1999). Auch nach der Berechnung der explorativen Faktorenanalyse unter Ausschluss der dichotomen Variablen laden nicht mindestens vier Items auf einem Faktor, sodass eine Bestimmung von Faktoren nicht möglich ist. Die Items decken auch theoretisch viele Dimensionen ab.

##### **3.1.1 Itemanalyse des MEV (T1)**

Zur Überprüfung der Konstruktion des neu erstellten Fragebogens wurde eine Itemanalyse durchgeführt, womit der Schwierigkeitsindex und der Trennschärfeindex ermittelt wurde. Dafür wurden die ersten sechs Items des MEV (T1) herangezogen.

Der Schwierigkeitsindex liegt im vorliegenden Fragebogen im mittleren Bereich, sodass davon auszugehen ist, dass der Anteil der befragten Personen und deren erreichten Itemwerte im Mittel zu den möglich erreichten Itemwerten liegt.

Die Trennschärfe der Items zwei und drei zeigen einen Wert von  $< 0.2$  an, sodass auf diese nicht zurückgegriffen werden sollte.

Schließt man alle Items in die Berechnung der Reliabilität mit ein, wird ein Cronbachs Alpha von .302 erreicht, was als nicht akzeptabel gilt. Schließt man das Item fünf des MEV aus, verbessert sich die Reliabilität auf ein Cronbachs Alpha von .86. Dies kann als ein guter Wert in Bezug auf die Reliabilität angegeben werden (Cronbach 1951). Daher wurde Item fünf im Folgenden aus den Berechnungen ausgeschlossen.

Die Inter-Item-Korrelationen liegen zwischen -.63 und .34. Diese Werte weisen nach Cronbach (1951) auf eine schwache bis ungenügende Reliabilität hin.

### 3.2 Deskriptive Statistik der MEV Fragebögen (T1-T4)

Im Folgenden werden die einzelnen Items der vier Fragebögen deskriptiv dargestellt, dabei ist die unterschiedliche Teilnehmerzahl zu den vier verschiedenen Messzeitpunkten zu beachten. Die Bewertung der Antworten von „nie“ bis „immer“ wurde umgepolt („nie“ = Wert 4, „gelegentlich“ = Wert 3, „häufig“ = Wert 2 und „immer“ = Wert 1), sodass ein höherer Mittelwert für eine geringere Häufigkeit spricht.

Es konnte festgestellt werden, dass das Schreien der Kinder - ohne ersichtlichen Grund – in der Zeit vom ersten Messzeitpunkt ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 3.14$ ,  $SD_{T1} = .617$ ) bis zum vierten Messzeitpunkt zugenommen hat. Gaben zum ersten Messzeitpunkt 1% der Mütter an, dass ihr Kind immer schreie, waren es beim vierten Messzeitpunkt 4% der teilnehmenden Mütter ( $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 2.87$ ,  $SD_{T4} = .652$ ).

Die Schreidauer nahm über den Verlauf der vier Messzeitpunkte im Mittel zu ( $n_{T1} = 99$ ,  $M_{T1} = 1.69$ ,  $SD_{T1} = .877$ ,  $n_{T2} = 100$ ,  $M_{T2} = 2.12$ ,  $SD_{T2} = 1.01$ ,  $n_{T3} = 100$ ,  $M_{T3} = 1.55$ ,  $SD_{T3} = .700$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 1.43$ ,  $SD_{T4} = .64$ ).

Demgegenüber beruhigten die Mütter im Laufe der Zeit die Kinder weniger häufig ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 1.88$ ,  $SD_{T1} = .725$ ,  $n_{T2} = 100$ ,  $M_{T2} = 1.85$ ,  $SD_{T2} = .744$ ,  $n_{T3} = 100$ ,  $M_{T3} = 1.95$ ,  $SD_{T3}$

= .712,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 2.14$ ,  $SD_{T4} = .689$ ). Dies lässt das Ansteigen der Schreidauer mitunter erklären.

Stillten zum ersten und zweiten Messzeitpunkt noch 94% der Mütter ( $n_{1/2} = 101$ ) waren es zum dritten Messzeitpunkt ( $n_3 = 99$ ) noch 76,8%. Zum letzten Messzeitpunkt ( $n_{T4} = 98$ ) stillten lediglich noch fast 11% der Mütter.

Umso älter die Kinder wurden, desto häufiger stillten die Mütter nach Plan ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 3.21$ ,  $SD_{T1} = .898$ ,  $n_{T2} = 101$ ,  $M_{T2} = 3.16$ ,  $SD_{T2} = .944$ ,  $n_{T3} = 101$ ,  $M_{T3} = 2.90$ ,  $SD_{T3} = .954$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 1.78$ ,  $SD_{T4} = .566$ ) und weniger nach Wunsch des Kindes ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 1.81$ ,  $SD_{T1} = .771$ ,  $n_{T2} = 100$ ,  $M_{T2} = 1.79$ ,  $SD_{T2} = .856$ ,  $n_{T3} = 100$ ,  $M_{T3} = 1.90$ ,  $SD_{T3} = .823$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 2.51$ ,  $SD_{T4} = .790$ ). Dadurch wurde die Strukturierung des Tagesablaufes von den Müttern eingeführt und durchgesetzt.

Das Erlernen des selbstständigen Einschlafens der Kinder erlangte so für die Mütter mit zunehmendem Alter der Kinder an Wichtigkeit ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 2,16$ ,  $SD_{T1} = .797$ ,  $n_{T2} = 101$ ,  $M_{T2} = 2.14$ ,  $SD_{T2} = .825$ ,  $n_{T3} = 101$ ,  $M_{T3} = 1.85$ ,  $SD_{T3} = .757$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 1.52$ ,  $SD_{T4} = .646$ ), die Häufigkeit des Schlafens im eigenen Bett nimmt zu ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 2.37$ ,  $SD_{T1} = .758$ ,  $n_{T2} = 100$ ,  $M_{T2} = 2.30$ ,  $SD_{T2} = .905$ ,  $n_{T3} = 100$ ,  $M_{T3} = 1.95$ ,  $SD_{T3} = .968$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 1.53$ ,  $SD_{T4} = .955$ ).

Die Tragezeit der Kinder am Körper nahm im Verlauf ab. Waren es bei der ersten Befragung noch 3.65 Stunden im Durchschnitt ( $n_{T1} = 98$ ,  $SD_{T1} = 1.934$ ), so nahm die Tragezeit des Kindes am Körper zum zweiten Messzeitpunkt zu ( $n_{T2} = 99$ ,  $M_{T2} = 3.88$  Stunden,  $SD_{T2} = 2.101$ ). Zum dritten Messzeitpunkt wiederum reduzierte sich diese um eine Stunde im Durchschnitt ( $n_{T3} = 99$ ,  $M_{T3} = 2.84$ ,  $SD_{T3} = 1.516$ ). Die Tragezeit wurde zum vierten Messzeitpunkt nicht erhoben.

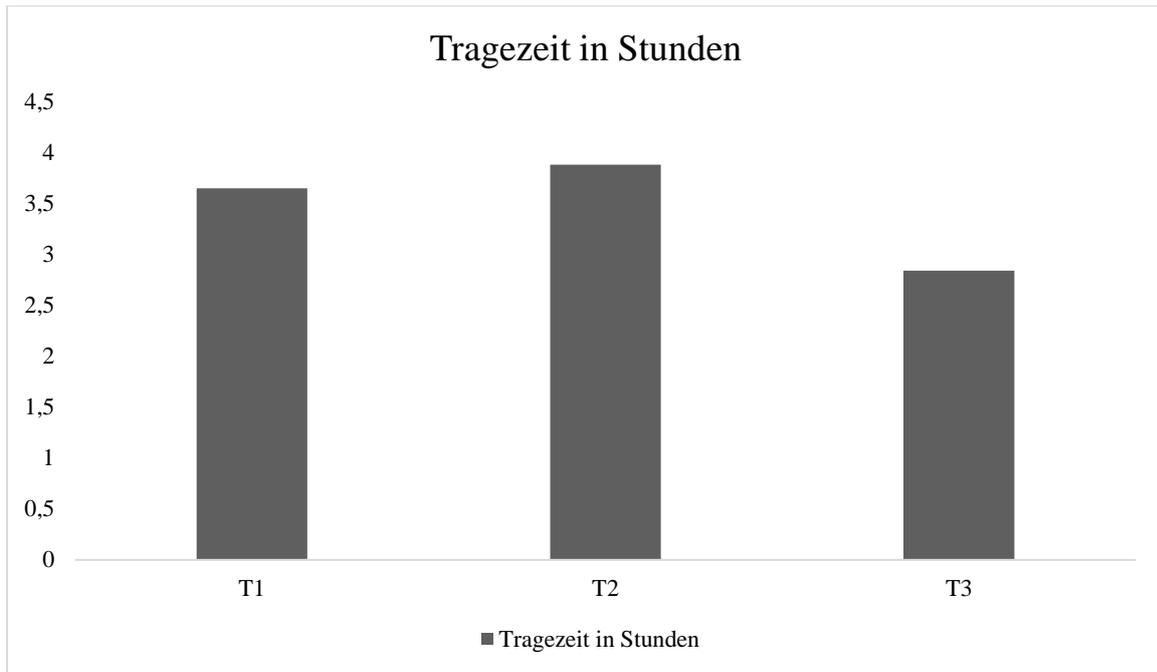


Abb. 5: Tragezeit des Kindes am Körper in Stunden

94% der befragten Mütter fühlten sich während der Schwangerschaft gut ( $n_{T1} = 101$ ). Zum ersten Messzeitpunkt ( $n_{T1} = 101$ ) gaben 79% an berufstätig zu sein, fast 48% davon wiederum in Vollzeit.

Wie sicher sich die Mütter im Umgang mit den Kindern fühlen, wurde mittels freier Antwortskala - in Form eines Zahlenstrahls - von sehr unsicher bis sehr sicher gemessen. Die Sicherheit im Umgang mit dem Kind im Verlauf der Messzeitpunkte stieg an, hierbei spricht ein höherer Mittelwert für ein höheres Sicherheitsgefühl im Umgang mit dem Kind ( $n_{T1} = 101$ ,  $M_{T1} = 8.26$ ,  $SD_{T1} = 1.35$ ,  $n_{T2} = 99$ ,  $M_{T2} = 8.84$ ,  $SD_{T2} = 1.029$ ,  $n_{T3} = 101$ ,  $M_{T3} = 9.10$ ,  $SD_{T3} = 1.19$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 9.11$ ,  $SD_{T4} = 1.108$ ).

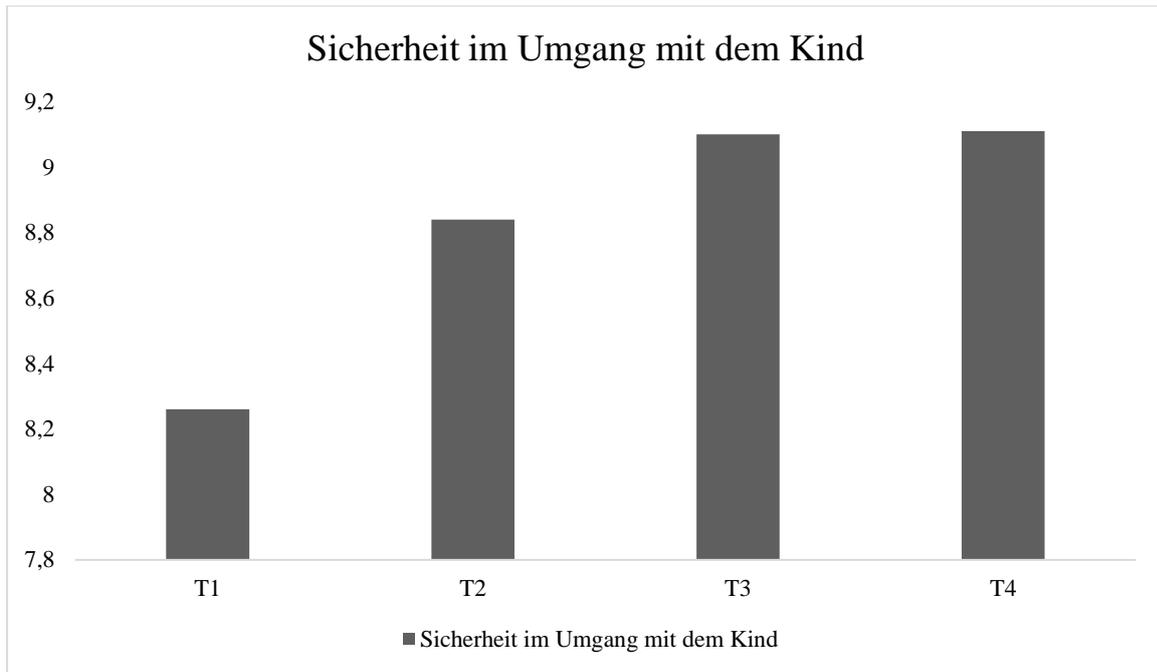


Abb. 6: Sicherheit im Umgang mit dem Kind: in Zentimeter (0-10cm)

Mit zunehmendem Alter nahm die alleinige Betreuung durch die Mutter ab, so betreuten zum zweiten Messzeitpunkt ( $n_{T2} = 95$ ) 62% der Mütter die Kinder allein. Zum dritten Messzeitpunkt ( $n_{T3} = 101$ ) betreuten noch 59% und zum vierten Messzeitpunkt ( $n_{T4} = 97$ ) nur noch fast 22% der Mütter allein. Die Betreuung durch weitere Bezugspersonen nahm somit zu.

Die Anzahl der Treffen zwischen den Müttern und Freunden nahm über die Messzeitpunkte und somit dem Entwicklungsalter der Kinder nicht zu. Die Anzahl belief sich auf im Durchschnitt zwei bis sechs Treffen innerhalb von zwei Wochen, die Angabe war von 1 = Null – einmal, 2 = zwei- bis sechsmal und 3 = mehr als sechsmal anzugeben ( $n_{T2} = 100$ ,  $M_{T2} = 2.21$ ,  $SD_{T2} = .478$ ,  $n_{T3} = 101$ ,  $M_{T3} = 2.15$ ,  $SD_{T3} = .536$ ,  $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = 2.20$ ,  $SD_{T4} = .58$ ).

Im Allgemeinen ist die Schwankungsbreite der Antworten zu beachten, was die Individualität des Erziehungsverhaltens der einzelnen Mütter unterstreicht, in den unten angefügten Tabellen ist eine Übersicht der Daten aufbereitet.

Zum dritten Messzeitpunkt wurde die Aufgeschlossenheit der Säuglinge gegenüber Fremden erhoben, die deutliche Mehrheit der Säuglinge zeigte laut Müttern eine Aufgeschlossenheit gegenüber Fremden ( $n_{T4} = 98$ , 90%) lediglich knapp 14% zeigten laut der Mutter eine Zurückhaltung gegenüber Fremden.

Dass es eine Phase der „Fremdenangst“ gab, wurde von 53% verneint, von fast 47% bejaht ( $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = .47$ ,  $SD_{T4} = .502$ ), von 15% wurde diese als stark bewertet. Die Angst habe zwischen dem Alter von drei Monaten und sechs Monaten begonnen und im Durchschnitt drei Monate lang angehalten.

Eine Phase der „Trennungsangst“ wurde von fast 37% verneint, von 63% bejaht ( $n_{T4} = 98$ ,  $M_{T4} = .63$ ,  $SD_{T4} = .485$ ), von etwa 25% wurde diese als stark bewertet. Die Angst habe zwischen dem Alter von drei Monaten (3%) und 14.5 Monaten (2%) begonnen und bis zum siebten Lebensmonat (2%) beziehungsweise 15 Lebensmonat (3%) angehalten.

Fremdeln Kinder, zeigten laut Mütter häufig auch eine Trennungsängstlichkeit. Die Phase der Fremdenangst korreliert signifikant mit der Phase der Trennungsangst ( $n = 76$ ,  $r_{pbis} = .29$ ,  $p = .01$ ). Ist die Phase des Fremdelns besonders stark ausgeprägt zeigt dies auch einen signifikanten Zusammenhang zu der gezeigten Trennungsangst im fortschreitenden Alter der Kleinkinder ( $n = 93$ ,  $\phi = .409$ ,  $p = .00$ ,  $n = 93$ ).

Tab. 3: Deskriptive Statistik MEV (T1-T4)

<b>Item (Teilnehmerzahl)</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b>% nie (4)</b>	<b>% gelegent- lich (3)</b>	<b>% häufig (2)</b>	<b>%_immer (1)</b>
Schreien_T1	3.14	.617	25.7	63.4	9.9	1
Schreien_T2 (n=100)	2.98	.696	20	61	16	3
Schreien_T3	2.99	.624	17.8	64.4	16.8	1
Schreien_T4 (n = 98)	2.87	.652	11.2	68.4	16.3	4.1
Schreidauer_T1 (1 < 30 Min., 2 30-59 Min., 3 60-119 Min, 4 120 – 179 Min., 5 >180 Min.) (n=99)	1.69	.877	52.5	28.3	15.2	2
Schreidauer_T2 (n=100)	2.12	1.008	31	39	18	11
Schreidauer_T3	1.55	.700	53.5	39.6	5.9	0
Schreidauer_T4 (n=98)	1.43	.642	64.3	29.6	5.1	1
Kind_beruhigen_T1	1.88	.725	2	14.9	52.5	30.7
Kind_beruhigen_T2 (n=100)	1.85	.744	3	12	52	33
Kind_beruhigen_T3 (n=100)	1.91	.712	1	18	52	29
Kind_beruhigen_T4 (n=98)	2.14	.689	2	25.5	57.1	15.3
Stillen, wenn_gewollt_T1	1.81	.771	1	18.8	40.6	39.6
Stillen, wenn_gewollt_T2 (n=100)	1.79	.856	4	16	35	45
Stillen, wenn_gewollt_T3 (n=100)	1.90	.823	3	20	41	36
Stillen, wenn_gewollt_T4 (n=98)	2.51	.790	7.1	48	33.7	11.2

Stillen_nach_Plan_T1	3.21	.898	50.5	21.8	25.7	2
Stillen_nach_Plan_T2	3.16	.944	48.5	24.2	22.2	5.1
Stillen_nach_Plan_T3	2.90	.954	33.7	29.7	29.7	6.9
Stillen_nach_Plan_T4 (n=98)	1.78	.566	1	4.1	66.3	28.6
Selbständiges_Einschlafen_ lernen_T1	2.16	.797	6.9	19.8	55.4	17.8
Selbständiges_Einschlafen_ lernen_T2	2.14	.825	5.9	23.8	48.5	21.8
Selbständiges_Einschlafen_ lernen_T3	1.87	.757	2	16.8	47.5	33.7
Selbständiges_Einschlafen_ lernen_T4 (n=98)	1.52	.646	2	2	41.8	54.1
Schlafen_im_eigenen_ Bett_T1	2.37	.758	6.9	32.7	50.5	9.9
Schlafen_im_eigenen_ Bett_T2 (n=100)	2.30	.905	11	27	43	19
Schlafen_im_eigenen_ Bett_T3 (n=100)	1.95	.968	9	17	34	40
Schlafen_im_eigenen_ Bett_T4 (n=98)	1.53	.955	9.2	5.1	15.3	70.4
Tragezeit_am_Körper_T1 (in h) (n=98)	3.65	1.934				
Tragezeit_am_Körper_T2 (in h) (n=99)	3.88	2.010				
Tragezeit_am_Körper_T3 (in h) (n=99)	2.84	1.516				
Sicherheit_im_Umgang_mi t_dem_Kind_T1	8.26	1.355				

Sicherheit_im_Umgang_mit_dem_Kind_T2 (n=99)	8.84	1.029			
Sicherheit_im_Umgang_mit_dem_Kind_T3	9.10	1,199			
Sicherheit_im_Umgang_mit_dem_Kind_T4 (n=98)	9.11	1.108			
Mütter_Freunde_getroffen_letzten_2_Wochen_T2 (n=100) (1 =0-1 mal, 2= 2-6 mal, 3 =mehr als 6 mal)	2.21	.478	3	24	73
Mütter_Freunde_getroffen_letzten_2_Wochen_T3	2.15	.536	7.9	69.3	22.8
Mütter_Freunde_getroffen_letzten_2_Wochen_T4 (n=98)	2.20	.517	5.1	69.4	25.5

---

Item (Teilnehmerzahl)	Nein in %	Ja in %	Ja, in Vollzeit in %
Stillen_T1	5.9	94.1	
Stillen_T2	5.9	94.1	
Stillen_T3 (n=99)	23.2	76.8	
Stillen_T4 (n=98)	89.8	10.2	
Überwiegend_gutes_Gefühl_Schwangerschaft_T1	5.9	94.1	
Vollzeitarbeit_während_Schwangerschaft_T1	20.8	31.7	47.5
Betreuung_alleine_durch_Mutter_T2 (n=95)	37.9	62.1	
Betreuung_alleine_durch_Mutter_T3	40.6	59.4	

Tab. 4: Deskriptive Statistik der nominalskalierten Items des MEV (T1-T4)

### 3.2.1 Zusammenhänge zwischen den Items des MEV zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten

Betrachtet man das Antwortverhalten der Mutter zum ersten Messzeitpunkt ( $N = 101$ ) lässt sich eine signifikant positive Korrelation nach Pearson zwischen dem Item eins („Ich lasse mein Kind schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist“) und Item fünf („Säugling sollte lernen selbstständig einzuschlafen“) (*Pearson's  $r = .321, p = .00$* ).

Demgegenüber steht ein starker negativer Zusammenhang zwischen dem Item eins und Item zwei („Ein Säugling sollte immer sofort beruhigt werden, wenn er schreit“) (*Pearson's  $r = -.633, p = .00$* ), sowie zwischen dem Item eins und Item drei („Säugling sollte gestillt werden, wann immer sie wollen“) ein schwacher negativer Zusammenhang erkennbar ist (*Pearson's  $r = -.260, p = .01$* ).

Dies zeigt, dass Mütter ein gewisses Maß an Eigenverantwortung schon im ganz jungen Alter an die Neugeborenen übertragen. Demgegenüber stehen Müttern, die sich ausschließlich an den Bedürfnissen des Neugeborenen orientieren, Item zwei korreliert somit moderat mit Item drei (*Pearson's r* = .335, *p* = .00), Item drei zeigt einen stark negativen Zusammenhang zu Item vier („Mahlzeiten nach Plan“) (*Pearson's r* = -.535, *p* = .00).

Demnach scheinen Mütter durch strukturiertes Verhalten in vielen Bereichen die Entwicklung und Selbstständigkeit positiv zu fördern, wenngleich in der vorliegenden Studie nur ein schwacher Zusammenhang nachgewiesen werden konnte, Item vier korreliert mit Item fünf positiv (*Pearson's r* = .261, *p* = .01) und auch Item fünf mit Item sechs zeigt einen schwach positiven Zusammenhang (*Pearson's r* = .267, *p* = .01).

Zum vierten Messzeitpunkt korrelieren das Item sechs („Kind schläft im eigenen Bett“) und Item 22a („Phase der Fremdenangst“) schwach positiv (*r<sub>pbis</sub>* = .206, *p* = .04), es korrelieren die Items 22b („Phase starker Fremdenangst“) und Item 23b („Phase starker Trennungsangst“) ( $\phi$  = .409, *p* = .00), demnach scheint jedes fremdelnde Kind der Studie auch eine Schwierigkeit bei der Trennung von der Mutter zu haben.

### **3.2.2 Zusammenhang der Items 1-6 zwischen dem MEV T1 und MEV T3**

Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Antwortverhalten der Mütter über die Messzeiträume hinweg wurde ein t-Test zwischen dem Messzeitpunkt MEV T1 und MEV T3 durchgeführt. Gemäß dem Shapiro-Wilk Test sind die Daten nicht normalverteilt (*p* = .00), demnach wurde auf ein non-parametrisches Testverfahren zurückgegriffen.

Mütter ließen das Neugeborene zum dritten Messzeitpunkt ( $M_{T3}$  = 2.9) signifikant häufiger schreien, wenn keine änderbare Ursache abzusehen sei als zum ersten Messzeitpunkt ( $M_{T1}$  = 3.14), die zentrale Tendenz der Messzeitpunkte unterscheiden sich (Wilcoxon-Test: *z* =

-2.34,  $p = .02$ ,  $n = 101$ ). Die Effektstärke liegt bei  $r = .23$  und spricht nach Cohen (1988) für einen kleinen Effekt.

Die Regelmäßigkeit der Mahlzeiten nimmt im Verlauf auch signifikant zu ( $M_{T1} = 3.2$ ;  $M_{T3} = 2.91$ ; Wilcoxon-Test:  $z = -3.2$ ,  $p = .01$ ,  $n = 101$ ). Die Effektstärke liegt bei  $r = .32$  und spricht nach Cohen (1988) für einen mittleren Effekt.

Das Kind schläft zum dritten Messzeitpunkt ( $M_{T3} = 1.95$ ) signifikant häufiger im eigenen Bett als noch zum ersten Messzeitpunkt ( $M_{T1} = 2.36$ ; Wilcoxon-Test:  $z = -3.85$ ,  $p = .00$ ,  $n = 100$ ). Die Effektstärke liegt bei  $r = .39$  und spricht nach Cohen (1988) für einen mittleren Effekt.

### **3.3 Deskriptive Statistik des Fragebogens Pränataler Emotionaler Stress Index (PESI)**

80% der teilnehmenden schwangeren Probanden waren im ersten Trimester der Schwangerschaft berufstätig, dies sank leicht im Verlauf der Schwangerschaft, damit verbunden sanken auch die Wochenstunden, in denen die Schwangeren berufstätig waren ( $M_{T1} = 31.09\text{h}$ ,  $SD_{T1} = 12.79$ ,  $M_{T2} = 29.5\text{h}$ ,  $SD_{T2} = 12.28$ ,  $M_{T3} = 28.8\text{h}$ ,  $SD_{T3} = 12.45$ ). Die berufliche Stressbelastung sank vom ersten Trimester bis zum letzten Trimester der Schwangerschaft, was sicherlich in Zusammenhang mit den geringeren Beschäftigungsverhältnissen beziehungsweise wenn weiterhin tätig, dann geringere Arbeitsdauer, stehen kann.

Ein weiteres Kind während der Schwangerschaft hatten 49% der Befragten noch zu versorgen.

Das private Stresserleben war durch eine Skala von 0 = „nie“ und 100 = „extrem oft anzugeben“. Das private Stresserleben schwankte vom ersten ins letzte Trimester. Im Durchschnitt lag das private Stresserleben im ersten Trimester bei  $M = 32.78$  ( $SD = 27.08$ ), im

zweiten Trimester bei  $M = 29.90$  ( $SD = 25.38$ ) und im dritten Trimester wieder bei  $M = 32.8$  ( $SD = 27.6$ ).

Insgesamt wurde das emotionale Stresserleben im ersten Trimester der Schwangerschaft am höchsten geratet, in zweiten Trimester am geringsten, im letzten Trimester wieder erhöht. Das durchschnittliche emotionale Stresserleben der Schwangeren lag dabei im Durchschnitt bei 26.34 ( $SD = 14.224$ ).

Die Häufigkeit von erlebtem Ärger und Wut (Bewertung auf einer Skala von 0 = „nie“ und 100 = „extrem oft“) sank vom ersten bis zum letzten Trimester der Schwangerschaft ( $M_1 = 25.71$ ,  $SD_{T1} = 21.71$ ;  $M_{T3} = 23.95$ ,  $SD_3 = 23.88$ ).

Die Skala Nervosität schwankte wie auch das private Stresserleben (Bewertung auf einer Skala von 0 = „nie“ und 100 = „extrem oft“) im Schwangerschaftsverlauf. Fühlten sich zu Beginn der Schwangerschaft noch vermehrt mehr eher nervös, wurde es im zweiten Trimester weniger und im letzten Trimester wieder mehr.

Die erlebte Freude stieg im Verlauf der Schwangerschaft sowie die Zufriedenheit. Ein Gefühl von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit zeigte sich im Verlauf schwankend, damit verbunden schwankten auch die Ängste ums Kind. Unspezifische Ängste sanken jedoch im Verlauf der Schwangerschaft.

Die hohe Schwankungsbreite des angegebenen emotionalen Erlebens zeigt die starke individuelle Wahrnehmung von Emotionen bezogen auf eine Schwangerschaft. Die untenstehende Tabelle zeigt die Übersicht des Antwortverhaltens der befragten Schwangeren.

Tab. 5: Deskriptive Statistik für den PESI ( $N = 99$ , wenn abweichend angegeben)

<b>Item (Teilnehmerzahl)</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>
Berufliche Stressbelastung_T1 (n = 78)	50.42	27.91
Berufliche Stressbelastung_T2 (n = 78)	48.51	27.74
Berufliche Stressbelastung_T3 (n = 71)	40.08	27.96
Private Stressbelastung_T1	32.35	26.69
Private Stressbelastung_T2	29.63	25.52
Private Stressbelastung_T3	33.01	27.81
Häufigkeit von Ärger und Wut_T1	25.22	20.88
Häufigkeit von Ärger und Wut_T1	24.36	20.28
Häufigkeit von Ärger und Wut_T1	24.23	24.04
Häufigkeit von Nervosität_T1	29.92	24.67
Häufigkeit von Nervosität_T2	24.52	28.38
Häufigkeit von Nervosität_T3	28.38	24.66
Häufigkeit von Traurigkeit_T1	21.95	23.46
Häufigkeit von Traurigkeit_T2	19.90	21.89
Häufigkeit von Traurigkeit_T3	20.77	22.68
Häufigkeit von Freude_T1	65.95	21.76
Häufigkeit von Freude_T2	67.52	21.56
Häufigkeit von Freude_T3	71.01	21.09
Häufigkeit von Müdigkeit_T1	43.25	31.25
Häufigkeit von Müdigkeit_T2	32.39	24.98
Häufigkeit von Müdigkeit_T3	42.46	29.56

Häufigkeit von Überforderung_T1	24.49	24.36
Häufigkeit von Überforderung_T2	21.78	23.22
Häufigkeit von Überforderung_T3	27.83	26.724
Häufigkeit von Niedergeschlagenheit_T1	13.36	20.16
Häufigkeit von Niedergeschlagenheit_T2	11.19	16.69
Häufigkeit von Niedergeschlagenheit_T3	12.76	19.61
Häufigkeit von Zufriedenheit_T1	68.19	23.86
Häufigkeit von Zufriedenheit_T2	72.83	21.58
Häufigkeit von Zufriedenheit_T3	73.53	22.11
Häufigkeit von Ängsten ums Kind_T1	36.08	29.95
Häufigkeit von Ängsten ums Kind_T2	26.29	25.26
Häufigkeit von Ängsten ums Kind_T3	30.20	26.58
Häufigkeit von anderen Ängsten_T1	17.88	23.96
Häufigkeit von anderen Ängsten_T2	17.14	21.91
Häufigkeit von anderen Ängsten_T3	16.85	22.17
Emotionaler Stress_T1	28.22	16.26
Emotionaler Stress_T2	24.26	15.82
Emotionaler Stress_T3	26.54	17.31

### **3.3.1 Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Stress im Verlauf der Schwangerschaft**

Der emotionale Stress innerhalb der einzelnen Trimester korreliert signifikant untereinander. Zwischen dem ersten und zweiten Trimester *Pearson's r*(97) = .693,  $p < .05$ ,

dem ersten und dritten Trimester  $Pearson's\ r(97) = .256, p < .05$  und zwischen dem zweiten und dritten Trimester  $Pearson's\ r(97) = .729, p < .05$ .

Mauchly's Test auf Sphärizität zeigte an, dass eine Verletzung der Sphärizität vorliege ( $\chi^2(2) = 27.30, p = .00$ ). Da  $\epsilon > .75$  wurde eine Huynh-Feld-Korrektur angewendet.

Es gab einen signifikanten Haupteffekt der Zeit auf emotionalen Stress ( $F(1.61, 157.39) = 3.76, p = .034, \eta p^2 = .04$ ). Post-hoc-Tests mit der Bonferroni-Korrektur ergaben, dass es einen signifikanten Rückgang ( $p = .01$ ) des emotionalen Stresses um durchschnittlich 3.96 vom ersten Trimester zum zweiten Trimester gab.

### 3.4 Deskriptive Statistik der Skalen Empathie, Riskantes Verhalten und Impulsivität des IVE

Insgesamt nahmen 76 Jugendliche an der Befragung durch den IVE teil, der Fragebogen wurde von allen Teilnehmern selbstständig und vollständig ausgefüllt.

Im Besonderen wird nachfolgend auf die Skala Empathie des Fragebogens eingegangen. Der Skala Empathie werden die Items 3, 5, 10, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 30, 33, 35, 39, 42, 46 und 48 zugeordnet.

Da es sich bei den Items um dichotome Items handelt wird die zentrale Tendenz mittels Modalwert angeben. Eine Übersicht der Modalwerte ist im Folgenden dargestellt.

Tab. 6: Deskriptive Statistik der IVE-Skala Empathie (Selbstauskunft Kinder) ( $N = 76$ )

Item	Modalwert (0=nein, 1=ja)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in %
Ich habe Mitleid mit einem Kind, das neu in der Klasse ist.	1	53	69.7
Es macht mich traurig, wenn mir jemand etwas Trauriges erzählt.	1	53	69.7
Es bedrückt mich, wenn ich sehe, dass jemand ausgelacht wird.	1	60	78.9
Kinder, die schüchtern sind, tun mir leid.	0	43	56.6

Ich werde traurig, wenn einer meiner Freunde unglücklich ist.	1	58	76.3
Es tut mir weh, wenn ich sehe, dass ein Tier schlecht behandelt.	1	67	88.2
Es nimmt mich sehr mit, wenn ich jemanden weinen sehe.	1	49	64.5
Kinder, die niemanden zum Spielen finden, tun mir leid.	1	61	80.3
Ich mache mir Sorgen, wenn sich andere in meiner Umgebung Sorgen	0	43	56.6
Wenn ich Entscheidungen treffe, mache ich mir viele Gedanken darüber, wie sich andere dabei fühlen.	1	47	61.8
Ich spüre oft Mitgefühl für Leute, denen es schlechter geht als mir.	1	63	82.9
Ich kann mir gut vorstellen, wie sich jemand fühlt, der sehr einsam ist.	1	56	73.7
Es bedrückt mich, wenn ich jemanden eine schlechte Nachricht erzählen muss.	1	61	80.3
Manchmal ist mir zum Weinen, wenn ich im Fernsehen einen traurigen Film sehe.	1	42	55.3
Kinder, die oft gehänselt werden, tun mir leid.	1	70	92.1
Ich bin glücklich, wenn ich mit fröhlichen Kindern zusammen bin und traurig, wenn ich mit unglücklichen Kindern zusammen bin	1	54	71.1

Im Allgemeinen zeigt die Tabelle, dass sich die teilnehmenden Probanden im Selbsturteil als sehr empathisch einschätzen.

Fast 70% der befragten Adoleszenten empfanden Mitleid für ein Kind, das neu in eine Klasse kommt und gaben an, dass sie die Gefühlslage eines anderen mitempfinden könnten. Dies sei sowohl bei negativen als auch bei positiven Gefühlen der Fall. Es bedrücke sie, wenn sie jemanden weinen sehen würden. Weiterhin belastete es knapp 80% der Probanden, wenn sie sehen, dass jemand ausgelacht werde. Sie würden Mitgefühl für ein Kind empfinden, wenn dieses niemanden zum Spielen finden würde. Mehr als 90% gaben an, dass ihnen Kinder, welche gemobbt werden leidtun würden. Fast 89% gaben an, dass es ihnen weh tue, wenn ein

Tier schlecht behandelt werde. Über die Mehrheit der Adoleszenten mache sich Gedanken darüber, was ihr Gegenüber über getroffene Entscheidungen denke.

Die Tabelle 7 zeigt, dass auf der Skala Empathie der höchste Mittelwert von  $M = 11.32$  ( $SD = 3.76$ ) erreicht wurde, wenn man diesen mit den Ergebnissen der beiden anderen Skalen Impulsivität ( $M = 6.28$ ,  $SD = 3.68$ ) und Riskantes Verhalten ( $M = 10.05$ ,  $SD = 3.76$ ) vergleicht.

Tab. 7: Deskriptive Statistik der drei Skalen Impulsivität, Riskantes Verhalten und Empathie de IVE ( $N = 76$ , bei einem Minimum von 1 und Maximum von 16)

	<b>IVE</b>	<b>IVE</b>	<b>Riskantes</b>
	<b>Impulsivität</b>	<b>Verhalten</b>	<b>IVE Empathie</b>
Mittelwert	6.54	9.42	11.32
Standardabweichung	3.18	3.13	3.75

Unterteilt man die Spanne der Ergebnismöglichkeiten in Quartile zeigt sich, dass fast 95% der Probanden ihr Empathievermögen im oberen Quartilsbereich einschätzen.

Die Verteilung der Skala Empathie beläuft sich auf eine starke Tendenz zu sehr hohen Werten. Über die Hälfte der Probanden (57%) erreichten auf der Skala Empathie einen Wert zwischen 12 und 16, was für eine hohe Kompetenz an Einfühlungsvermögen bei den Befragten spricht.

Die Skala Riskantes Verhalten erstreckte sich von 1 bis 16. 4% der eingeschlossenen Befragten erreichten Werte im höchsten Quartil (13-16). Aus den Werten ergibt sich, dass die Befragten angeben selten riskantes Verhalten zu zeigen.

Auf der Skala Impulsivität konnten die Werte 0 bis 14 erreicht werden. 17% zeigten hier ein Ergebnis im höchsten Quartil (13-16). Das spricht für ein gutes Konsequenzempfinden sowie eine gute Handlungsplanung, ihnen gelingt der Bedürfnisaufschub.

### 3.5 Unterschied zwischen mütterlichem Erleben und Verhalten im ersten Lebensjahr sowie der Empathieentwicklung des Kindes in der Adoleszenz

Zum ersten Messzeitpunkt gaben 94% der befragten Mütter an, sich während der Schwangerschaft überwiegend gut gefühlt zu haben. Lediglich knapp 6% gaben an, sich überwiegend schlecht gefühlt zu haben.

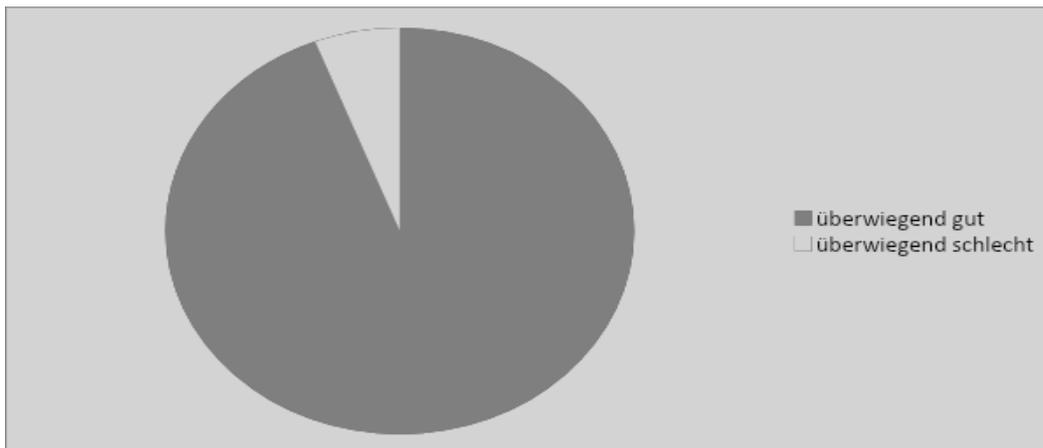


Abb. 7: Ergebnisübersicht des Gefühls während der Schwangerschaft (MEV T1)

Es liegt gemäß Shapiro-Wilk-Test keine Normalverteilung der Daten vor ( $p = .00$ ).

Eine punktbiserale Korrelation wurde berechnet, um zu prüfen, ob das Gefühl während der Schwangerschaft die Ergebnisse der Skalen Empathie, Impulsivität und Riskantes Verhalten bedingen.

Es gibt nach Durchführung der Prüfung keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Gefühl während der Schwangerschaft und den Ausprägungen auf den Skalen Empathie ( $r_{pbis} = -.23, p = .05, n = 76$ ), Riskantes Verhalten ( $r_{pbis} = -.22, p = .06, n = 76$ ) und Impulsivität ( $r_{pbis} = -.00, p = .98, n = 76$ ). Die Hypothese eins kann somit verworfen werden.

### **3.6 Zusammenhang zwischen Fremdenangst sowie Trennungsangst und den Skalen Empathie, Impulsivität und Riskantes Verhalten des IVE**

Die Darstellung der Skalenwerte der IVE zeigten einen Mittelwert der einzelnen Skalen von  $M_{Empathie} = 11.315$  ( $SD = 3.756$ ),  $M_{Impulsivität} = 1.05$  ( $SD = .225$ ),  $M_{Riskantes\ Verhalten} = 6.276$  ( $SD = 3.81$ ).

Es zeigt sich zwischen der Skala Empathie und Fremdenangst beziehungsweise Trennungsangst kein signifikanter Zusammenhang,  $r_{pbis} = -.13$ ,  $p = .28$ ,  $n = 76$ ;  $r_{pbis} = -.09$ ,  $p = .45$ ,  $n = 76$ .

Auch zur Skala Riskantes Verhalten lassen sich keine signifikanten Korrelationen zur Fremdenangst erkennen ( $r_{pbis} = .07$ ,  $p = .54$ ,  $n = 76$ ). Es besteht jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Phase der Trennungsangst und dem riskanten Verhalten der Jugendlichen,  $r_{pbis} = .28$ ,  $p = .01$ ,  $n = 76$ ).

Die Impulsivität der Adoleszenten steht sowohl zur Fremdenangst als auch zur Trennungsangst in keinem signifikanten Zusammenhang ( $r_{pbis} = -.05$ ,  $p = .65$ ,  $n = 76$ ;  $r_{pbis} = .17$ ,  $p = .14$ ,  $n = 76$ ).

### **3.7 Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Stress im Verlauf der Schwangerschaft und den Skalen des IVE**

Nach der Durchführung der explorativen Datenanalyse wurden keine Fälle ausgeschlossen da sich keine Ausreißer im Datensatz befanden. Alle Gruppen waren gemäß dem Shapiro-Wilk Test nicht normalverteilt ( $p < .05$ ). Da die Stichprobe  $N > 30$  ist, können die Signifikanzen dennoch interpretiert werden.

Der angegebene emotionale Stress während der einzelnen Trimester der Schwangerschaft hat keinen signifikanten Einfluss auf die Skalen des IVE ( $n = 75$ ).

Es zeigt sich zwischen dem emotional erlebten Stress in den einzelnen Trimestern und der Skala Empathie kein signifikanter Zusammenhang (*Pearsons*  $r_{Trimester1} = .04$ ,  $p_{Trimester1} = .71$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester2} = .03$ ,  $p_{Trimester2} = .84$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester3} = -.08$ ,  $p_{Trimester3} = .5$ ).

Auch zeigt sich dieser Zusammenhang nicht zwischen der Skala Riskantes Verhalten und dem emotional erlebten Stress der Mutter während der einzelnen Trimester der Schwangerschaft (*Pearsons*  $r_{Trimester1} = .20$ ,  $p_{Trimester1} = .08$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester2} = .20$ ,  $p_{Trimester2} = .09$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester3} = .18$ ,  $p_{Trimester3} = .12$ ).

Ebenso zeigt sich dieser Zusammenhang zwischen dem emotional erlebten Stress in den einzelnen Trimestern und der Skala Impulsivität nicht (*Pearsons*  $r_{Trimester1} = .15$ ,  $p_{Trimester1} = .20$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester2} = .04$ ,  $p_{Trimester2} = .75$ ; *Pearsons*  $r_{Trimester3} = .03$ ,  $p_{Trimester3} = .79$ ).

### **3.8 Zusammenhang zwischen den IVE Skalen und dem Pränataler Emotionaler Stress**

#### **Index (PESI)**

Einen Zusammenhang zwischen dem angegebenen emotionalen Stress über den gesamten Schwangerschaftsverlauf hinweg konnte zu den Skalen der Empathie (*Pearsons*  $r_{Gesamt} = -.00$ ,  $p_{Gesamt} = .98$ ), Riskantes Verhalten (*Pearsons*  $r_{Gesamt} = .22$ ,  $p_{Gesamt} = .06$ ) und Impulsivität (*Pearsons*  $r_{Gesamt} = .09$ ,  $p_{Gesamt} = .46$ ) nicht ermittelt werden, sodass davon auszugehen ist, dass dieser keinen Einfluss auf die Skalen in dieser Stichprobe hat.

## **4 Diskussion**

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Hypothese, dass frühkindliche Prädiktoren die Empathieentwicklung in der Adoleszenz beeinflussen können. Zunächst werden die Ergebnisse der Studie zusammenfassend interpretiert und daraufhin kritisch betrachtet. Limitationen werden dargestellt sowie daraus ableitende Forschungsideen und Indikationen für den therapeutischen Alltag herausgearbeitet. Abschließend wird ein kurzer Ausblick gegeben.

### **4.1 Ergebnisdarstellung und Interpretation**

Die Studienergebnisse lassen sich in zwei Teilen darstellen. Zum einen werden die Ergebnisse der Mütter aus pränatalen sowie postpartalen Messzeitpunkten interpretiert. Zum anderen erfolgt einer Auswertung der Ergebnisse der Selbstbeurteilung der Adoleszenten 14 Jahre später.

Über die vier Messzeitpunkte hinweg ist ein relativ stabiles Antwortverhalten der Mütter zu erkennen. In der vorliegenden Studie gaben 94% der Mütter an, sich während der Schwangerschaft vorwiegend gut gefühlt zu haben.

Fast die Hälfte der teilnehmenden Kinder haben laut der Mütter unter einer Fremdenangst und Trennungsangst im Kleinkindalter gelitten. Ein Viertel beschrieb eine starke Phase der Trennungsangst.

Es zeigte sich, dass Mütter, die eine klare Struktur vorgeben, die Entwicklung der Selbstständigkeit der Säuglinge positiv beeinflussen. Demgegenüber zeigte sich, dass Mütter, die stark nach dem Willen des Kindes handeln, die Unselbstständigkeit dieser fördern. Dies zeigten auch vergangene wissenschaftliche Arbeiten. Grossmann und Grossmann (2012)

beschrieben schon die Wichtigkeit des Aufzeigens von Grenzen, Regeln und Strukturen als Prädiktor, der die Entwicklung des Kindes positiv bedingt.

Des Weiteren ist hervorgegangen, dass vermehrt fremdelnde Kleinkinder auch eher zu einer Trennungsängstlichkeit neigen als Kleinkinder die weniger fremdeln. Dieses Ergebnis zeigten auch Sommer et al. (2019) als ätiologischen Faktor einer Angststörung in ihrer Übersichtsarbeit auf.

Bis zum Ende der Schwangerschaft waren 67% der teilnehmenden Probandinnen berufstätig. Die berufliche Stressbelastung im Verlauf der Schwangerschaft sank sowie die private Stressbelastung. Die private Stressbelastung erhöhte sich jedoch im letzten Trimester wieder.

Es wurden die negativen Emotionen Ärger, Wut, Nervosität und Traurigkeit sowie Niedergeschlagenheit und Angst erhoben. Die Emotionen Ärger und Wut wurden von der Schwangeren im Schwangerschaftsverlauf immer weniger empfunden. Wohingegen die erlebten Emotionen Nervosität, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Sorgen um das Kind im Schwangerschaftsverlauf schwankten. Unspezifische Sorgen sanken zum Ende der Schwangerschaft hin. Als positive Emotionen wurden Freude und Zufriedenheit erhoben, diese stiegen mit fortlaufender Schwangerschaft bei den befragten Müttern an. Allgemein ist eine hohe Schwankungsbreite der erlebten Emotionen im Schwangerschaftsverlauf zu erkennen. Dies untermauert die Annahme des individuellen Erlebens von Emotionen.

Es konnte gezeigt werden, dass das erfragte Konstrukt des emotional erlebten Stresses der Mutter während der Schwangerschaft keinen Einfluss auf die Empathie, das riskante Verhalten und die Impulsivität der adoleszenten Probanden hatte. Die aufgestellte Hypothese, dass ein erhöhtes Stresserleben der Mutter während der Schwangerschaft zu einem geringeren Empathieerleben der Adoleszenten führt, wird in dieser Studie nicht belegt.

Demgegenüber konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Stresserleben in den einzelnen Trimestern der Schwangerschaft und der Stressbelastung über die gesamte Schwangerschaft hinweg nachgewiesen werden. Es zeigte sich eine geringe Varianz über die einzelnen Trimester, demnach kann von einer stabilen Stressbelastung über den gesamten Schwangerschaftsverlauf ausgegangen.

Insgesamt zeigte sich, dass die jugendlichen Probanden bei der Selbstbeurteilung im Alter von 14 Jahren ihr Empathievermögen als sehr positiv bewertet haben. Des Weiteren schätzten sie sich als wenig risikobereit und selten impulsiv ein.

Aufgrund der deutlichen Diskrepanz zwischen der Gruppengrößen konnte keine Aussage über einen Unterschied zwischen dem Gefühlerleben der Mutter während der Schwangerschaft und der Empathieentwicklung derer Kinder in der Adoleszenz getroffen werden. Die aufgestellte Hypothese konnte demnach in der vorliegenden Arbeit - aufgrund der hohen Strichprobendifferenz - nicht ausreichend geprüft werden und sollte in weiteren Forschungsarbeiten mit einbezogen werden.

Ein Zusammenhang zwischen gezeigter Fremden- und Trennungsangst im Kleinkindalter und dem Empathieerleben der Adoleszenten wurde in der vorliegenden Studie nicht bestätigt, sodass sich die Adoleszenten in diesem Merkmal nicht unterschieden. Ein eher risikobereites Verhalten in der Adoleszenten hängt mit angegebener Trennungsängstlichkeit im Kleinkindalter zusammen.

#### **4.2 Limitationen und Einschränkungen der Stichprobe**

Bezugnehmend auf die vorliegende Studie müssen sechs Punkte kritisch betrachtet werden. Erstens ist die Datenlage zum Einfluss pränataler Bindung auf die postpartale Mutter-

Kind- Interaktion weiterhin noch ausbaufähig und im speziellen der Zusammenhang von pränataler Bindung und mütterlichen Angststörungen bisher noch wenig erforscht.

Zweitens ist die sehr positive Darstellung des Gefühlserlebens der Mütter kritisch zu hinterfragen. Es ist anzunehmen, dass viele der Probandinnen sozial erwünscht geantwortet haben. Die Bereitschaft zum Preisgeben einer möglichen „Schwäche“ ist für alle Menschen, insbesondere für werdende Mütter, häufig sehr eingeschränkt. Darüber hinaus ist in der Allgemeinbevölkerung der Begriff von Schwangerschaftsstress unzureichend definiert und bekannt. Eine Schwangerschaft ist neben dem alltäglichen Leben mitunter ein Stressor, der ganz normal ist, weiterhin jedoch als Tabuthema gilt.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Studie nur in einer Stadt und damit möglicherweise auch an nur einer speziellen Bevölkerungsgruppe durchgeführt wurde, was als Einschränkung der Interpretation der Ergebnisse gesehen werden muss. In folgenden Studien sollte auf eine heterogene Stichprobe geachtet werden.

Eine Limitation der vorliegenden Studie ist, dass ausschließlich Mütter in das Studiendesign mitaufgenommen wurden. Es erfolgte kein Einbezug der Väter.

Der neu erstellte Fragebogen MEV T1-T4 erwies sich in einigen Merkmalsausprägungen als sehr besonders, es wurde mit unterschiedlichen Skalenniveaus gearbeitet. Er wurde zu vier Messzeitpunkten erhoben und es wurde versucht eine Vielzahl von unterschiedlichen Items zu erfassen.

Nicht zuletzt ist das Erfragen der erlebten Empathie nur durch die Jugendlichen selbst in diese Studie erfasst worden, sodass möglicherweise eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung liegen könnte, was wiederum die Ergebnisse verfälschen könnte.

Zur umfangreichen Darstellung muss sowohl ein Selbst- als auch ein Fremdurteil erhoben werden.

Des Weiteren ist wenig, bis kein Forschungsmaterial entwickelt worden, welches das Messen von Empathie ermöglicht, sodass eine Aussage über die Empathiefähigkeit eines Menschen weiterhin durchaus kompliziert darzustellen ist. Das Einsetzen von Beobachtungsverfahren wurde schon untersucht und als positiv bewertet, aktuell wird dies bisher noch mitunter nicht ausreichend finanziell unterstützt oder mit unzureichendem Interesse verfolgt und somit wenig angewendet. Für weitere Forschungsarbeiten sollte eine umfassendere Diagnostik der Empathiefähigkeit eingesetzt werden.

#### **4.3 Indikation für Forschung und therapeutischen Alltag**

In Anbetracht der oben genannten Limitationen der Studie, ist die vorliegende Arbeit ein weiterer Versuch die Datenlage zum Einfluss des Stresserlebens und der Lebenssituation der Mutter pränatal sowie postnatal und der Empathieentwicklung der Adoleszenten zu erweitern.

Die Mutter-Kind-Beziehung beginnt im Mutterleib, eine Bindung wird durch die Mutter schon während der Schwangerschaft aufgebaut. Diese ist ein Prädiktor dafür, inwieweit sich die Mutter-Kind-Interaktion postpartal gestaltet. Mit diesem Wissen ist die Wichtigkeit der besonderen Aufmerksamkeit auf das Gefühlserleben und die Lebensumstände der werdenden Mutter betont und sollte mehr von den begleitenden Ärzten beobachtet werden. Durch Screeningverfahren können Risikofaktoren erkannt, sowie psychische Erkrankungen erfasst werden, um das Wohlergehen der Schwangeren bestmöglich zu sichern (Biaggi et. al., 2016).

Der Zusammenhang zwischen der Psychopathologie der Mutter und der Mutter-Kind-Interaktion sowie im Speziellen der Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und der

möglichen Beeinflussung der Mutter-Kind-Interaktion ist durch eine Vielzahl an Studien belegt (Nonnenmacher et al. 2018). Ein besonderes Augenmerk für weitere Forschungsarbeiten könnte auf der Versorgung von Schwangeren liegen. Zeigen sich Auffälligkeiten im emotionalen oder sozialen Erleben der Schwangeren sollten diese begleitet und betreut werden (Branjerdporn et. al., 2020). Der Fokus der Behandlung der postpartalen Depression liegt auf der Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion. Diese Interaktion könnte also auch schon während der Schwangerschaft zwischen der Mutter und des noch Ungeborenen unterstützt und erarbeitet werden. Dazu scheint das Hinzunehmen von Videoaufzeichnungen der Mutter-Kind-Interaktion ein erfolgsversprechender Therapieansatz im Behandlungsverlauf zu sein (Noe et al. 2018). Möglicherweise könnten auch Schwangere durch das Schauen dieser Videos präventiv unterstützt werden.

Durch die Erfassung der Lebenssituation von werdenden Müttern, wird die Möglichkeit geschaffen, auf Schwangere – besonders in schwierigen Lebenssituationen – schon während der Schwangerschaft einen Einfluss zu nehmen. Die Erfassung kann über Fragebogenverfahren zum Beispiel während des Wartens im Wartezimmer beim Gynäkologen umgesetzt werden. Auch hier sollte eine Fremdbeurteilung durch enge Bezugspersonen miteinbezogen werden.

Sowohl Primär- als auch Sekundärprävention sollten sowohl im Allgemeinen als auch im Speziellen vermehrt durch das deutsche Gesundheitswesen gewährleistet werden. Eine Vielzahl an Therapiemaßnahmen erwiesen sich als wirksam, zum Beispiel cortisol-dämpfende Therapien (Massagen und weitere Methoden aus diesem Spektrum) für jede Schwangere im Schwangerschaftsverlauf (Field et al. 2008; Huang et al. 2019; Sbrilli et al. 2020), sodass dies als gesicherte Versorgungsmaßnahme in Anbetracht gezogen werden sollte. Besonders die Unterstützung im ersten Trimester der Schwangerschaft scheint von großer Bedeutung zu sein, daher ist eine frühe Intervention sehr wichtig (Rothenberger et al. 2011; Zhu et al. 2010).

Wenngleich in früheren Studien kein Unterschied zwischen Geburtskomplikationen und der sozialen Integration der Mutter gemacht werden konnte (Williamson et al. 1989), zeigen einige jüngere Studien einen deutlichen Einfluss des Stresserlebens der Mutter auf sowohl somatische als auch psychische Befindlichkeiten des Neugeborenen (Dole et al. 2003; Huizink et al. 2003).

Die klare Definition von „mütterlichem Stress“ sollte fortlaufend forciert werden, denn „mütterlicher Stress“ ist bisher noch nicht reliabel definiert worden (Lobel 1994). Des Weiteren ist eine klare Abgrenzung zu spezifischem „Schwangerschaftsstress“ erstrebenswert, um die Wichtigkeit und den großen Einfluss auf das Neugeborene zu untermauern (Lobel et al. 2008). Auf diesem Weg könnten durch Prävention und Intervention die Schwangeren unterstützt werden. Sowohl jene, die beeinträchtigt sind als auch jene, welche zunächst keine Auffälligkeiten zeigen. Durch das direkte Ansprechen des Stresserlebens in laufenden gynäkologischen Untersuchungen kann die Hemmschwelle gesenkt werden und die Natürlichkeit des Auftretens von vermehrtem Stress und aufkommenden Sorgen und Ängsten neutralisiert werden. Das Wissen und vor allem das entgegengebrachte Verständnis hilft in vielen Fällen bereits den Stresspegel zu senken.

Sowohl die Psychopathologie als auch das Stresserleben der Mutter sind Einflussfaktoren auf die Bindung zwischen der Mutter und dem Kind. Wie sicher oder unsicher ein Kind gebunden ist, ist nicht zuletzt maßgeblich davon abhängig wie es der Mutter während und nach der Schwangerschaft ergeht. Das Erlernen der Emotionsregulation beginnt ab dem ersten Lebenstag und eine sichere Bindung wirkt sich positiv auf die Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien aus (Bowlby et al. 1999; Zimmermann 2000).

2017 versuchten Ulrich und Petermann erstmals auch die elterliche Emotionsdysregulation als Risikofaktor in einer Übersichtsarbeit darzustellen. In diesem

Bereich sollte weiter geforscht werden, um für Eltern Präventionsangebote im emotionalen Bereich zu ermöglichen.

Die Wichtigkeit und unabdingbare Rolle des Vaters wurde in einigen Studien dargestellt (Eickhorst et al. 2003; Kinder und Grossmann 2004; Seiffge-Krenke 2001). Daher sollte auch in zukünftiger Forschung auf den Einbezug der Väter vermehrt geachtet werden. Sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt.

Gerade die Nähe zum Vater und Unterstützung von diesem - besonders in der Adoleszenz - zeigten sich in Längsschnittstudien als Prädiktor für ein geringeres Angsterleben (Bögels et al. 2008). Weiterhin können Väter die Mutter in ihrem Erziehungsverhalten unterstützen, beziehungsweise dieses positiv bedingen (Bögels und Phares, in Druck; zitiert nach Bögels et al. 2008). Darüber hinaus wird auch die Notwendigkeit der Unterstützung für Väter in den letzten Jahren immer mehr erkannt und benannt. Es wurden dafür spezifische Interventionen für Väter entwickelt (Eickhorst 2009). Diese müssen weiter etabliert und bekannt werden, um auch hier eine erlebte Stigmatisierung zu verringern.

Insbesondere bei Kindern mit Angsterkrankungen scheint die Rolle des Vaters sowie die Interaktion zwischen Mutter und Vater von Bedeutung und sollte daher noch weiter erforscht werden (vgl. Greco und Morris 2002; Hundson und Rapee 2004). Darüber hinaus kann der Vater als gesundes Modell herangezogen werden, wenn zum Beispiel die Mutter an einer psychischen Störung leidet. Die Wichtigkeit einer sensitiven Bezugsperson wird als unbedingt notwendig angesehen, um eine positive Entwicklung zu fördern (Hänggi et al. 2012).

Wie die Daten der Studie zeigten, ist ein Zusammenhang zwischen Trennungsangst im Kleinkindalter und riskantem Verhalten in der Adoleszenz erkennbar, dieser sollte in weiteren Forschungsarbeiten untersucht werden.

Bezugnehmend zu der oben genannten Limitation der Erfassung des Empathievermögens der Adoleszenten mittels Selbstbeurteilungsfragebogen scheint sich die multimodale Erfassung von Empathie weiterhin in Ihrem Anfangsstadium zu befinden (Stern und Cassidy 2018), sodass auch hier in der Forschung weitere Studien sowie die Erstellung von Messmethoden und Diagnostikmaterial fokussiert werden sollte. Wenngleich die Verhaltensbeobachtung bisher als Mittel der Wahl genutzt wird, um Interaktionen zwischen Mutter und Kind bestmöglich zu beobachten (Dishion und Granic 2004), so könnte diese auch sinnvoll für die Diagnostik des Konstruktes Empathie sein. Jugendliche in ihrem Alltag zu begleiten und die Interaktionen mit Gleichaltrigen zu beobachten ist durchaus methodisch aufwändiger, scheint jedoch für eine reliable und umfassende Erfassung des Konstruktes Empathie unabdingbar.

Da die Adoleszenz als „kritische Entwicklungsphase“ (Petermann und Petermann 2012) gilt, sollte besonderes Augenmerk auf diesen Lebensabschnitt gelegt werden, denn speziell inmitten dieser Lebensphase sind mindestens ein Fünftel der Adoleszenten psychisch schon erkrankt (Petermann et al. 2012) oder entwickeln in diesem Zeitraum eine psychische Störung. Durch in den Schulalltag integrierte Fächer sowie feste Nachmittagsangebote könnten diese im Allgemeinen unterstützt und im Speziellen aufgefangen werden. Mittels Fragebogenverfahren kann auch hier ein Screening der aktuellen Lebenssituation ermöglicht werden. Eine Vielzahl an Schulen hat bereits Sozialarbeiter in den Schulalltag integriert, die Kinder und Jugendliche in ihren Entwicklungsaufgaben unterstützen. Dies sollte für alle Schulen als fester Bestandteil umgesetzt werden. Einzelne Schulstunden zur Aufklärung über psychische Störungen sowie Emotions- und Problemlösestrategien für den Alltag sollten fester Bestandteil des Stundenplans werden. Aufklärung kann auch hier oftmals mitunter schon ausreichend sein.

Eine spezielle Beachtung sollte dabei den weiblichen Adoleszenten entgegengebracht werden, denn diese scheinen in diesem Entwicklungsalter besonders vulnerabel für depressive Verstimmungen zu sein (Kouros und Garber 2014; Li et al. 2006). Weiterhin nutzen diese laut

Lange und Tröster (2015) vermehrt maladaptive Emotionsregulationsstrategien. Im Allgemeinen greifen Adoleszente eher auf maladaptive Regulationsstrategien zurück (Cracco et al. 2017). Wird dies offen mit ihnen besprochen, kann sowohl das Verständnis für das eigene emotionale Erleben gesteigert werden als auch die Hemmschwelle für das Aufsuchen von Unterstützungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch einen Sozialarbeiter, verringert werden.

#### **4.4 Ausblick**

Durch den Beleg des Zusammenhangs zwischen mütterlicher Psychopathologie und möglichen Einschränkungen der Mutter-Kind-Interaktion konnten Interventionen, die sowohl die Psychopathologie der Mutter als auch die Mutter-Kind-Interaktion behandeln entwickelt werden und diese zeigen sich bisher vielversprechend (Nonnenmacher et al. 2018). Diese Ergebnisse untermauern die Sensibilität dieses Entwicklungszeitraumes. Wenn sich während der Schwangerschaft Auffälligkeiten im emotionalen Erleben der Mutter oder engen Bezugspersonen zeigen, sollten werdende Mütter und/ oder deren enge Bezugspersonen schon in diesem Zeitraum betreut und begleitet werden.

Wurde der Rolle der Väter in älterer Forschung noch wenig Beachtung geschenkt, wird in jüngsten Forschungsarbeiten das Augenmerk auf den Einbezug der Väter gelegt, sodass zum einen immer aussagekräftigere und objektivere Ergebnisdarstellung möglich werden und zum anderen auch der Einbezug dieser in den Schwangerschaftsverlauf gefördert wird.

Das emotionale Erleben spielt nicht nur während der Adoleszenz, sondern auch in jedem anderen Lebensalter eine entscheidende Rolle. Nicht zuletzt sind die Verhaltensweisen aller Menschen durch Emotionen gesteuert und mitunter hat dies zu Forschungsschwerpunkten im Bereich emotionale Kompetenz beziehungsweise emotionale Intelligenz geführt. Mikolajczak et al. (2015) erforschten, dass emotional kompetente Menschen sowohl glücklicher als auch

mental gesünder sind. Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig das Fördern beziehungsweise das Fokussieren auf den emotionalen Prozess in allen Lebensabschnitten ist.

Immer häufiger tritt die Frage in den gesellschaftlichen Raum, was uns gesund hält und was uns krank macht (Bengel et al. 2001). Die Notwendigkeit von Prävention rückt immer mehr in den Blickpunkt der Gesellschaft. Nicht zuletzt kann diese dazu führen, dass durch unterschiedliche Maßnahmen im schulischen und beruflichen Kontext (Coachings, Gesundheitsförderung in Unternehmen und Ähnliches) wie auch im privaten Alltag (Coachings, Meditation, Achtsamkeit, Yoga und Weiteres), das Stresserleben eines jeden Einzelnen minimiert werden kann (Beelmann 2006).

Die Studienlage zeigt deutliche Verbesserungen in der Lebensqualität nach Durchführung von derartigen Präventionsangeboten und Interventionen im Allgemeinen. Insbesondere in der Adoleszenz scheint das Unterstützen von prosozialem Verhalten durch bestimmte schulische Interventionen einen positiven Effekt auf den Umgang mit Aggressionen wie auch auf die schulischen Leistungen zu haben (Caprara et al. 2014). Ein emotionales Bewusstsein scheint nach Kranzler et al. (2015) ein Prädiktor für psychische Gesundheit zu sein. Nicht zuletzt wird das Bewusstsein für Emotionen durch Trainings signifikant verbessert, jenes Bewusstsein bleibt über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen (Diener et al. in Druck).

Diese Erkenntnisse liefern uns die Möglichkeit aktiv zu handeln und daran zu arbeiten die psychische Gesundheit eines jeden Einzelnen aufrecht zu erhalten, beziehungsweise diese stetig zu verbessern.

## **5 Zusammenfassung**

In der vorliegenden Studie wurden frühkindliche Prädiktoren untersucht, welche die Empathieentwicklung in der Adoleszenz bedingen können. Des Weiteren wurde ein neu entwickeltes Fragebogenverfahren evaluiert.

Die werdenden Mütter erhielten die Fragebögen zu vier Messzeitpunkten: Während der Schwangerschaft, unmittelbar nach der Geburt, vier Monate nach der Geburt und ein Jahr nach der Geburt. Diese erfassten unter anderem das Stresserleben und die Lebenssituation der Mutter während der Schwangerschaft sowie die Fremden- und Trennungsangst der Neugeborenen. Die Mutter-Kind-Dyaden wurden in der Langzeitstudie über 14 Jahren begleitet. Im Alter von 14 Jahren erhielten die heranwachsenden Adoleszenten einen bereits häufig genutzten Fragebogen aus der klinischen Praxis mit der Möglichkeit über eine Skala ihr selbsterlebtes Empathievermögen, Risikoverhalten und ihre Impulsivität zu erfassen.

Da in der Stichprobe keine vergleichbaren Gruppen zum Gefühlserleben der Mütter während der Schwangerschaft zu ermitteln waren, wurde in der Arbeit ein Fokus auf die, von den Müttern angegebene Fremden- und Trennungsangst der Neugeborenen gelegt. Des Weiteren wurde der von der Mutter erlebte emotionale Stress im Schwangerschaftsverlauf in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Adoleszenten gesetzt.

Kinder mit einer Fremdenangst im ersten Lebensjahr zeigten auch in dieser Studie deutlich häufiger eine Trennungsängstlichkeit im Verlauf ihres Lebens.

Das emotionale Stresserleben während der Schwangerschaft steht mit dem Empathieerleben der Adoleszenten nicht in Zusammenhang.

Ist eine Mutter im ersten Trimester der Schwangerschaft durch emotionalen Stress belastet, beeinflusst dies auch das Stresserleben im zweiten und dritten Trimester und somit auch das Stresserleben während der gesamten Schwangerschaft.

Diese Ergebnisse zeigen erneut die Wichtigkeit der ersten Lebensjahre auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Notwendigkeit, Adoleszente in ihrem Reifungsprozess zu begleiten und zu unterstützen. Das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien in der frühen Kindheit scheint eine unabdingbare Lernerfahrung zu sein. Sind Emotionsregulationsstrategien in der frühen Kindheit nicht erlernt worden, sollte den Adoleszenten eine Möglichkeit gegeben werden, diese Strategien durch ein neues Modell zu erlernen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2004). **Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung.** In: Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung, Hrsg. Ahnert, L., Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. und Stayton, D. J. (1974). **Infant- mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals.** In: The integration of a child into a social world, Hrsg. Richards, M. P. M., Cambridge University Press, London, S. 99-135.
- Ainsworth, M. (1976/2003). **Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens: Feinfühligkeit vs. Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Babys.** In: Entwicklung der Lernfähigkeit, Hrsg. Grossmann, K. und Grossmann, K. E., Klett Cotta, Stuttgart, S. 96–107.
- Anderson, J. und Honneth, A. (2005). **Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice.** In: Autonomy and the Challenges to Liberalism: New Essays, Hrsg. Christman, J. und Anderson, J., New York Cambridge, S. 127–149.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds M. M. und Ryan, M. M. (1996). **Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children.** J Abnorm Child Psychol 24, 187–203.
- Batson, C. D. (2009). **These things called empathy: Eight related but distinct phenomena.** In: Social neuroscience. The social neuroscience of empathy, Hrsg. Decety, J. und Ickes, W., MIT Press, Cambridge, S. 3-15.

- Beckner, V. E., Tucker, D. M., Delville, Y. und Mohr, D. C. (2006). **Stress facilitates consolidation of verbal memory for a film but does not affect retrieval.** Behavioral Neuroscience 120,518–527.
- Becker, K., Abraham, A., Kindler, J., Helmeke, C. und Braun K. (2007). **Exposure to neonatal separation stress alters exploratory behavior and corticotropin releasing factor expression in neurons in the amygdala and hippocampus.** Developmental neurobiology 67(5), 617-629.
- Becker-Stoll, F. (2002). **Bindung und Psychopathologie im Jugendalter.** In: Klinische Bindungsforschung, Hrsg. Strauß, B., Buchheim, A. und Kächele, H., Schattaue, Stuttgart, S. 196-208.
- Beelmann, A. (2006). **Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen.** Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35, 151-162.
- Beijers, R., Buitelaar, J. K. und De Weerth, C. (2014). **Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: Beyond the HPA axis.** European Child and Adolescent Psychiatry 23, 943–956.
- Belsky, J. (1984). **The Determinants of Parenting: A Process Model.** Child Development 55, 83-96.
- Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (2001). **Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert,** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Benshop, R. J., Godaert, G. L. R., DeSmet, M. B. M. und Olf, M. (1995). **Relationships between cardiovascular and immunologic changes in an experimental stress model.** Psychological Medicine 25, 323–327.

- Berk, L. E. (2011). **Entwicklungspsychologie**, 5. Auflage, Pearson Studium, München.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. und Pariante, C. M. (2016). **Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review.** *J Affect Disord* 191, 62-77.
- Bjelica, A. und Kapor- Stanulovic, N. (2004). **Pregnancy as a psychological event.** *Medicinski Pregled* 57 (3-4), 144-148.
- Blatter, J. C. (2008). **Zur Rolle familiärer Faktoren bei der emotionalen Störung mit Trennungsangst im Kindesalter**, Psychologische Dissertation, Universität Basel.
- Blomeyer, D. Laucht, M., Pfeiffer, F. und Reuß. K. (2010). **Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter, Familienumgebung und Entwicklung früher kognitiver und nicht-kognitiver Fähigkeiten: Eine prospektive Studie.** *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 79(3), 11-26.
- Bodenmann, G. (2006). **Bindung und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.**  
*URL: 03\_Bindung und kindliches Befinden (Handout Bodenmann).pdf* [Stand: 20.02.2021].
- Bodenmann, G. (2016). **Klinische Paar- und Familienpsychologie**, 2. Auflage, Hogrefe, Bern Göttingen.
- Bögels, S. M., Bamelis, L. und van der Bruggen, C. (2008). **Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference.** *Cognition and Emotion* 22(3), 522-538.
- Bohnert, K. M. und Breslau N. (2008). **Stability of psychiatric outcomes of low birth weight: a longitudinal investigation.** *Arch Gen Psychiatry* 65(9), 1080-1086.

- Bornstein, M. H. und Tamis-LeMonda, C. S. (1989). **Maternal responsiveness and cognitive development in children.** *New Dir Child Dev.* 43, 49-61.
- Bortz, J. (1999). **Statistik für Sozialwissenschaftler,** Springer, Heidelberg.
- Bowlby, J. (1980). **Loss: Sadness and depression,** Bd. 3, Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1999). **Inneres Arbeitsmodell von Bindung.** In: Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung, Hrsg. Spangler, G. und Zimmermann, P., Klett-Cotta, Stuttgart, 109-120.
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Wilson, T. und Strong, J. (2020). **Prenatal Predictors of Maternal-infant Attachment.** *Can J Occup Ther.* 87(4), 265-277.
- Bridgett, D., Burt, N., Edwards, E. und Deater-deckard, K. (2015). **Intergenretanioal transmission of self-regulation. A multidisciplinary review and integrative conceptual framework.** *Psychological bulletin* 141, 602-654.
- Bronfenbrenner, U., und Morris, P. A. (2006). **The Bioecological Model of Human Development.** In: *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development,* Hrsg. Lerner, R. M. und Damon, W., John Wiley & Sons Inc., S. 793-828.
- Brown, L. M. und Gilligan, C. (1992). **Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development.** Harvard University Press, doi.org/10.4159/harvard.9780674731837.
- Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., Medina, Robles de Medina, P. G. und Visser, G. H. A. (2003). **Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants.** *Neurobiology of aging* 24(1), 53-60.

- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G. E. und Barna, T. (1991). **Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villussampling versus amniocentesis.** *Am J Obstet Gynecol* 165(4),1122-1125.
- Cannon, W.B. (1915). **Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage,** D. Appleton & Company, New York.
- Caprara, G. V., Kanacri, B. P. L., Gerbino, M., Zuffiano, A., Alessandri, G., Vecchio, G., Caprara E., Pastorelli, C. und Bridglall, B. (2014). **Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: Evidence from a school-based intervention.** *International Journal of Behavioral Development* 38(4), 386-396.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. und Doubleday, E. (2006). **Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children.** *Clinical Psychology Review* 26, 817-833.
- Cierpka, M. (2002). **Organisationsprozesse und ihre Funktionalität in Familien.** In: Die Struktur der Persönlichkeit, Hrsg. Rudolf, G., Grande, T. und Henningsen, P., 4. Auflage, Schattauer, Stuttgart.
- Cirillo, S. (1998). **Die Familie des Drogensüchtigen.** Eine mehrgenerationale Perspektive. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Coe, C. L., Kramer, M., Czeh, B., Gould, E., Reeves, A. J. und Kirchbaum, C. (2003). **Prenatal stress diminishes neurogenesis in the dentate gyrus of juvenile rhesus monkeys.** *Biol Psychiatry* 54, 1025-1034.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences,** Erlbaum, Hillsdale.

- Costello, J. E., Erkanli, A. und Angold, A. (2006). **Is there an epidemic of child or adolescent depression?** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 1263–1271.
- Costello, E. J., Worthman, C., Erkanli, A. und Angold, A. (2007). **Prediction from low birth weight to female adolescent depression: a test of competing hypotheses.** *Arch Gen Psychiatry* 64(3), 338-344.
- Cottrell, E. C. und Seckl, J. R. (2009). **Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease.** *Behavioral Neuroscience* 3(19), 1-9.
- Coussons-Read, M. E. (2013). **Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways.** *Obstet Med* 6(2), 52-57.
- Cracco, E., Goossens, L. und Braet, C. (2017). **Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence.** *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26, 909–921.
- Cronbach, L. J. (1951). **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** *Psychometrika* 16, 297–334, doi:10.1007/BF02310555.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Waffarn, F. und Sandman, C. A. (2011). **Prenatal maternal stress programs infant stress regulation.** *J Child Psychol Psychiatry* 52(2), 119–129.
- Deneke, C. und Lüders, B. (2003). **Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern.** *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52(3), 172–181.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1977). **Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung. Bisherige Ergebnisse einer seit 1964 geförderten Schwerpunktprogramms,** Harald Boldt Vlg., Bonn- Bad Godesberg.

- Diener, C., Grundinger, N., Petermann, F., Petermann, U., Gerstenberger, L. Peterson, R. et al., D. (in Druck). **Förderung emotionaler Kompetenzen: Kurzfristige Effekte des Emotionstrainings in der Schule.** Psychologie in Erziehung und Unterricht.
- Dishion, T. J. und Granic, I. (2004). **Naturalistic observation of relationship processes.** In: Behavioral Assessment, Hrsg. Haynes, S. N., Heilby, E. M. und Hersen, M., Wiley & sons, Hoboken.
- Dittrich, K., Fuchs, A., Führer, D., Bempohl, F., Kluczniok, D., Hindi-Attar, C., Jaite, C., Zietlow, A., Licata, M., Reck, C., Herpertz, S., Brunner, R., Möhler, E., Resch, F., Winter, S., Lehmkuhl, U. und Bödeker, K. (2017). **Observational Context of Mother-Child Interaction: Impact of a stress context on Emotional Availability.** Journal of Child and Family Studies. [Epub ahead of print].
- Dittrich, K., Fuchs, A., Bempohl, F., Meyer, J., Führer, D., Reichl, C., Reck, C., Kluczniok, D., Kaess, M., Hindi Attar, C., Moehler, E., Bierbaum, A.L., Zietlow, A.L., Jaite, C., Winter, S. M., Herpertz, S.C., Brunner, R., Boedeker, K. und Resch, F. (2018). **Effects of maternal history of depression and early life maltreatment on children's health-related quality of life.** J Affect Disord. *1(225)*, 280-288.
- Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J. und Buekens, P. (2003). **Maternal stress and preterm birth.** Am J Epidemiol *157*, 14-24.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T. und Convit, A. (2008). **Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET).** Journal of Autism and Developmental Disorders *38(3)*, 464-473.

- Eickhorst, A., Lamm, B. und Borke, J. (2003). **Die Rolle des Vaters: Eine entwicklungspsychologische Bestandsaufnahme.** In: Handbuch der Kleinkindforschung, Hrsg. Keller, H., 3. Aufl. Huber, Bern.
- Eickhorst, A. (2009). **Zur Notwendigkeit von Frühen Hilfen für Väter.** *Frühe Kindheit 1*, 40–41.
- Elzinga, B. M., Roelofs, K., Tollenaar, M. S., Bakvis, P., Van Pelt, J. und Spinhoven, P. (2008). **Diminished cortisol responses to psychosocial stress associated with lifetime adverse events-A study among healthy young subjects.** *Psychoneuroendocrinology 33*, 227–237.
- Erdheim, M. (1982). **Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit: Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozess,** Suhrkamp, Berlin.
- Ernegg, V. (2018). **Stress und Schwangerschaft.** Diagnosia, URL: <https://www.diagnosia.com/stress-und-schwangerschaft/> [Stand: 28.12.2020].
- Fairbrother, H. Curtis, P. und Goyder, E. (2016). **Making health information meaningful: Children's health literacy practices.** *SSM Popul Health 16(2)*, 476-484.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M. und Roisman, G. I. (2010). **The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study.** *Child development 81(2)*, 435-456.
- Feirreira, A. J. (1960). **The Pregnant Mother's Emotional Attitude and its Reflection upon the Newborn.** *American Journal of Orthopsychiatry 30*, 553-561.
- Feirreira, A. J. (1965). **Emotional Factors in Prenatal Environment.** *The Journal of Nervous and Mental Diseases 141*, 108-117.

- Feldman, R. (2007). **Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(3-4), 329–354.
- Ferrari, P. F. und Gallese, V. (2007). **Mirror neurons and intersubjectivity.** In: *On Being Moved: From mirror neurons to empathy*, Hrsg. Braten, S., John Benjamins Publishing Company, Amsterdam, S. 73-88.
- Field, T., Diego, M. und Hernandez-Reif, M. (2008). **Prematurity and potential predictors.** *Int J Neurosci* 118(2), 277-289.
- Figueiredo, B. und Costa, R. (2009). **Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth.** *Arch Womens Ment Health* 12(3), 143-153.
- Folkmann, S. und Moskowitz, J. T. (2004). **Coping: Pitfalls and promise.** *Annual Review of Psychology* 55, 745–774.
- Forbes, E. E. und Dahl, R. E. (2010). **Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies.** *Brain and Cognition* 72(1), 66–72.
- Graignic-Philippe, R. und Tordjman, S. (2009). **Effects of stress during pregnancy on infant and child development.** *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie* 16(10), 1355-1363.
- Greco, L. L. A. und Morris, T. T. L. (2002). **Parental child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and real father behavior.** *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 24, 259-267.

- Grossmann, K. E. und Grossmann, K. (2009). **Bindung und menschliche Entwicklung – John Bowlby und Mary Ainsworth und die Grundlage der Bindungstheorie**, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grossmann, K. und Grossman, K. E. (2012). **Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit**, Klett Cotta, Stuttgart.
- Gump, B. B., Reihman, J., Stewart, P., Lonky, E., Darvill, T., Granger, D. A. und Matthews, K. A. (2009). **Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: Relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children**. *Development and Psychopathology* 21(1), 207–225.
- Häcker, H. und Stapf, K. H. (1994). **Dorsch Psychologisches Wörterbuch**, Hans Huber, Bern S. 184.
- Hänggi, Y., Benz-Fragniere, C., Haberkorn, K., Furler, K. und Perrez, M. (2012). **Determinanten elterlicher Sensitivität**. *Kindheit und Entwicklung* 22, 23-30.
- Heim, C., Plotsky, P. M. und Nemeroff, C. B. (2004). **Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression**. *Neuropsychopharmacology* 29, 641–648.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. und Warnke, A. (2008). **Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen**, 2. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. und Barrett, E. S. (2008). **Psychosocial Stress and Pregnancy Outcome**. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 51(2), 333–348.

- Huang, M. Z., Kao, C. H., Lin, K. C., Hwang, J. L., Puthussery, S. und Gau, M. L. (2019). **Psychological health of women who have conceived using assisted reproductive technology in Taiwan: findings from a longitudinal study.** *BMC Womens Health* 19(1), 97.
- Hudson, J. L. und Rapee, R. M. (2004). **From anxious temperament to disorders: An etiological model.** In: *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, Hrsg. Heimberg, R. G., Turk, C. L. und Mennin, D. S., The Guilford Press, New York, S. 51-76.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. und Buitelaar, J. K. (2003). **Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy.** *J Child Psychol Psychiatry* 44, 810–818.
- Hurrelmann, K., Albert, M. und TNS Infratest Sozialforschung (2006). **Jugend 2006 – Eine pragmatische Generation unter Druck**, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- In-Albon, T. und Schneider, S. (2007). **Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis.** *Psychother Psychosom* 76, 15-24.
- Kasten, H. (2013). **Entwicklung und Förderung von Empathie in der frühen Kindheit.** *Kinderleicht* 6(13), 4-8.
- Kalat, J. W. (2009). **Biological Psychology**, 10. Aufl., Wadsworth, Cengage Learning, Belmont.
- Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I. und Ebeling, H. (2006). **Recurrent and transient depressive symptoms around delivery and maternal sensitivity.** *Nord J Psychiatrie* 60, 191–199.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. und Walters, E. E. (2005). **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication.** *Archives of General Psychiatry* 62(6), 593-602.
- Kienbaum, J. und Schuhrke, B. (2010). **Entwicklungspsychologie der Kindheit,** Kohlhammer, Stuttgart.
- Kindler, H. und Grossmann, K. (2004). **Vater-Kind-Bindung und die Rollen von Vätern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder.** In: Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, Hrsg. Ahnert, L., Reinhardt, München, S. 240–255.
- King, V. (2004). **Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz. Individuation, Generativität und Geschlecht in modernisierten Gesellschaften,** Springer, Wiesbaden.
- Kingston, D. und Tough, S. (2014). **Prenatal and postnatal maternal mental health and school-aged child development: A systematic review.** *Maternal and Child Health Journal* 18(7), 1728–1741.
- Konrad, K., Firk, C. und Uhlhaas, P. J. (2013). **Hirnentwicklung in der Adoleszenz. Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase.** *Dtsch Arztebl Int.* 110(25), 425-431.
- Kouros, C. D. und Garber, J. (2014). **Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors.** *Developmental Psychology* 50, 2633–2643.
- Kranzler, A., Young, J. F., Hankin, B. L., Abela, J. R. Z., Elias, M. J. und Selby, E. A. (2016). **Emotional Awareness: A Transdiagnostic Predictor of Depression and Anxiety for**

- Children and Adolescents.** Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 45(3), 262-269.
- Lang, P. J. und Davis, M. (2006). **Emotion, motivation, and the brain: Reflex foundations in animal and human research.** Progress in brain research 156, 3-29.
- Lange, S. und Tröster, H. (2015). **Adaptive und maladaptive Emotionsregulationsstrategien im Jugendalter.** Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 23, 101-111.
- Leiberg, S. und Anders, S. (2006). **The multiple facets of empathy: a survey of theory and evidence. The multiple facets of empathy: a survey of theory and evidence.** Prog Brain Res 156, 419-40.
- Li, C. E., DiGiuseppe, R. und Froh, J. (2006). **The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression.** Adolescence 41(163), 409–415.
- Lischetzke, T., Eid, M., Wittig, F. und Trierweiler, L. (2001). **Die Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle.** Diagnostica 47(4), 167-177.
- Lobel, M. (1994). **Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes.** J Behav Med 17, 225–272.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J. und Meyer, B.A. (2009). **Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes.** Health Psychol. 27, 604 – 615.
- Lohaus, A. und Vierhaus, M. (2015). **Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor,** Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

- Luecken, L., Roubinov, D. S. und Tanaka, R. (2013). **Childhood family environment, social competence, and health across the lifespan.** *Journal of Social and Personal Relationships* 30(2), 171-178.
- Lukesch, H. (2006). **FEPA – Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten,** Hogrefe, Göttingen Bern Wien Toronto Seattle Oxford Prag.
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L. und Lyons-Ruth, K. (2016). **Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems.** *Psychological Bulletin* 142, 367-399.
- Madigan, S., Oatley, H., Racin, N., Psaco Fearon, R. M., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E. und Tarabulsy, G. M. (2018). **A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 57(9), 645-657.
- Malooly, A. M., Flannery, K. M. und Ohannessian C. M. (2017). **Coping mediates the association between gender and depressive symptomatology in adolescence.** *International Journal of Behavioral Development* 41(2), 185-197.
- Maslow, A. (1954). **Motivation and personality,** Harper & Row, New York.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. und Kavanagh, D. J. (2013). **Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happend to anxiety?** *J Affect Disord* 74, 139-147.
- McEwen, B. S. (1994). **Introduction: Stress and the nervous system.** *Seminars in the Neurosciences* 6, 195–196.

- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. und Don N. (2001). **Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour.** Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 35(5), 581-588.
- Meindl, C. (1999). **FEAS. Fragebogen zur Erfassung von Empathie und angemessenem sozialem Verhalten** [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9003657 und Fragebogen]. In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, Hrsg. ZPID, Elektronisches Testarchiv, Trier.
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C. und Mierop, A. (2015). **A nationally representative study of emotional competence and health.** Emotion 15(5), 653–667.
- Miller, G. E., Chen, E. und Parker, K. J. (2012). **Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Towards a Model of Behavioral and Biological Mechanisms.** Psychol Bull 13(6), 959-997.
- Möhler, E., Parzer, P., Brunner, R., Wiebel, A. und Resch, F. (2006). **Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity.** Early human development 82(11), 731-737.
- Möhler, E. und Resch, F. (2018). **Maternal Salivary Cortisol in Pregnancy and Pre-, Peri- and Postnatal Medical Complications.** Journal of Pregnancy and Child Health, JPCJ-101.
- Möhler, E. und Resch, F. (2019). **Early Life Stress.** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 68(7), 575-591.

- Monroe, S. M. und Simons, A. D. (1991). **Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders.** *Psychological Bulletin* 110, 406–425.
- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A.-L., Nonnenmacher, N., Verschoor, S. und Träuble, B. (2016). **Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age.** *Psychopathology* 49(4), 295–304.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. und Meesters, C. (1996). **The role of parental fearfulness and modeling in children's fear.** *Behaviour Research and Therapy* 34(3), 265-268.
- Nigg, J. (2017). **Annual research review: on the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, impulsivity, risktaking and inhibition for developmental psychopathology.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 58, 361-383.
- Noe, D., Zietlow, A.-L., Haber, S. und Nonnenmacher, N. (2018). **Krise nach der Geburt – Behandlungsansätze bei postpartaler Depression.** *Familiendynamik* 43(2), 108-114.
- Nonnenmacher, N., Zietlow, A.-L., Noe, D. und Reck, C. (2018). **Depressionen in der Peripartalzeit: Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung im Blickpunkt.** *Familiendynamik* 42(2), 100-107.
- Nozadi, S. S., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Bolnick, R., Eggum-Wilkens, N. D., Smith, C. L., Gaertner, B., Kupfer, A. und Sallquist, J. (2013). **Prediction of toddlers' expressive language from maternal sensitivity and toddlers' anger expressions: a developmental perspective.** *Infant Behavior & Development* 36(4), 650–661.

- Oberlander, T. F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S. und Devlin, A. M. (2008). **Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses.** *Epigenetics* 3(2), 97-106.
- O'Connor, T. G., Ben-Shlomo, Y., Heron, J., Golding, J., Adams, D. und Glover, V. (2005). **Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in preadolescent children.** *Biol. Psychiatry* 58, 211-217.
- Overlander, G. (2000). **Die Last des Mitfühlers**, Marbuse, Frankfurt am Main.
- Papoušek, M. (1998). **Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und –Psychotherapie.** In: *Psychotherapie und Beratung in der frühen Kindheit*, Hrsg. von Klitzing, K., Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
- Pearson, R. M., Lightman, S. L. und Evan, J. (2011). **Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother–infant relations after birth.** *Archives of Women's Mental Health* 14(1), 23-31.
- Perrez, M. (2005). **Stressoren in der Familie und Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklungen von Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** In: *Klinische Psychologie*, Hrsg. Schlotke, P. F., Silbereisen, R. K., Lauth, G. W. und Schneider, S., Band 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter (Enzyklopädie der Psychologie), Hogrefe, Göttingen.
- Petermann, F. und Petermann, U. (2012). **Jugendalter.** *Kindheit und Jugend* 21, 194-197.
- Petermann, F., Jascenoka, J., Koglin, U., Karpinski, N., Petermann, U. und Kullik, A. (2012). **Zur Lebenszeitprävalenz Affektiver Störungen im Jugendalter.** *Kindheit und Entwicklung* 21, 209-218.

- Petersen, R., Petermann, U., Petermann, F., Diener, C. und Nitkowski, D. (2019). **Förderung der emotionalen Entwicklung bei Jugendlichen: Langfristige Wirksamkeit des Präventionsprogrammes „Emotionstraining in der Schule“.** Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 67, 250-260.
- Piaget, J. (1954). **The construction of reality in the child**, Basic Books, New York.
- Piaget, J. (1932/1954). **Das moralische Urteil beim Kinde**, Rascher & Cie. AG, Zürich.
- Posth, R. (2014). **Vom Urvertrauen zum Selbstvertrauen.** Das Bindungskonzept in der emotionalen und psychosozialen Entwicklung des Kindes, Waxmann Verlag, Münster.
- Reck, C., Nonnenmacher, N. und Zietlow, A.-L. (2016). **Intergenerational Transmission of Internalizing Behavior: The Role of Maternal Psychopathology, Child Responsiveness and Maternal Attachment Style Insecurity.** Psychopathology. 49(4).
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C. und Mundt, C. (2008). **Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders.** Acta Psychiatrica Scandinavica 118, 459-468.
- Riecher-Rössler, A. (1997). **Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung.** Fortschr Neurol Psychiat 65, 97-107.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M. und Ly, V. (2008). **Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised.** Personality and Individual Differences 45(8), 756-761.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. und Manzano, J. (2002). **Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old.** Journal of Affective Disorders 70(3), 291–306.

- Riva Curgnola, C., Ierardi, E., Ferro, V., Gallucci, M., Parodi, C. und Astengo, M. (2016). **Mother-infant emotion regulation at three months: The role of maternal anxiety, depression and parenting stress.** *Psychopathology* 49(4), 285–294.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, L. und Fogassi, L. (1996). **Premotor cortex and the recognition of motor actions.** *Brain Res Cogn Brain Res* 3(2), 131-141.
- Rothenberger, S. E., Möhler, E., Reck, C. und Resch, F. (2011). **Prenatal Stress: Course and Interrelation of Emotional and Physiological Stress Measures.** *Psychopathology* 44, 60-67.
- Savage, J. (2014). **The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behavior: A comprehensive review.** *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 164-178.
- Sbrilli, M. D., Duncan, L. G. und Laurent, H. K. (2020). **Effects of prenatal mindfulness-based childbirth education on child-bearers' trajectories of distress: a randomized control trial.** *BMC Pregnancy Childbirth* 20(1), 623.
- Scharf, M., Oshri, A., Eshkof, V. und Pilowsky, T. (2014). **Adolescents` ADHD Symptoms and Adjustment: The Role of Attachment and Rejection Sensitivity.** *American Journal of Orthopsychiatry* 84(2), 209-217.
- Schneider, S. (2004). **Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF).** Unpubliziertes Manual an der Universität Basel.
- Schindler, A. und Bröning, S. (2015). **A review on attachment and adolescent substance abuse: empirical evidence and implications for prevention and treatment.** *Substance Abuse Journal* 36(3), 304-313.

- Seiffge-Krenke, I. (2001). **Väter und Söhne, Väter und Töchter**. Forum Psychoanalyse 17, 51–63.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2009). **Empathic processing: Its cognitive and affective dimensions and neuroanatomical basis**. In: Social neuroscience. The social neuroscience of empathy, Hrsg. Decety, J. und Ickes, W., MIT Press, Cambridge, S. 215–232.
- Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S., Putnam, S., Saudino, K. und Zentner, M. (2012). **What is temperament now?** Assessing progress in temperament research on the twenty fifth anniversary of Goldsmith et al., Child Development Perspectives 6, 436-444.
- Sommer, K., Lippert, M. W., Schuck, K. und Schneider, S. (2019). **Nicht ohne dich! – Störung mit Trennungsangst**. PSYCH up2date 2019 13(1), 39–54.
- Spangler, G. und Grossmann, K. E. (1993). **Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants**. Child Development 64(5), 1439–1450.
- Spangler, G. und Grossmann, K. E. (1993). **Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants**. Child Dev 64, 1439–1450.
- Spangler, G., Johann, M., Ronai, Z. und Zimmermann, P. (2009). **Genetic and environmental influence on attachment disorganization**. J Child Psychol Psychiatry 50(8), 952-961.
- Spangler, G. und Zimmermann, P. (1999). **Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung**, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Spinner, M. R. (1978). **Maternal-infant bonding**. Canadian Family Physician 24, 1151–1153
- Spitz, R. A. (1992). **Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen**, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Spitz, R. A. (2005). **Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr**, Ernst Klett Verlag, Stuttgart. S. 166-177.

- Stadler, C., Janke, W. und Schmeckt, K. (2004). **IVE – Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern**, Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Stern, D. (1996). **Selbstempfindung und Rekonstruktion**. In: *Bewegte Augenblicke im Leben eines Säuglings- und welche therapeutischen Konsequenzen*, Hrsg. Trautmann-Voigt, S. und Voigt, B., Claus Richter Verlag, Köln, S. 17-30.
- Stern, J. A. und Cassidy, J. (2018). **Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences**. *Developmental Review* 47, 1-22.
- Streeck-Fischer, A. (2004). **Adoleszenz – Bindung – Destruktivität**, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Talge, N. M., Neal, C. und Glover, V. (2007). **Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?** *Child Psychol. Psychiatry* 48, 245-261.
- Thompson, R. A. (2008). **Early attachment and later development: Familiar questions, new answers**. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, Hrsg. Cassidy, J. und Shaver P. R., The Guilford Press, New York City, S. 348–365.
- Tietz, A., Zietlow, A.-L. und Reck, C. (2014). **Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour**. *Archives of Women's Health* 17(5), 433–442.
- Tollenaar, M. S., Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, J. M. A. und De Weerth, C. (2011). **Maternal prenatal stress and cortisol reactivity to stressors in human infants**. *Stress* 14(1), 53–65.

- Ulrich, F. und Petermann, F. (2017). **Elterliche Emotionsdysregulation als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung.** *Kindheit und Entwicklung* 26, 133-146.
- Vaish, A. und Striano, T. (2004). **Is visual reference necessary? Contributions of facial versus vocal cues in 12-month-olds' social referencing behaviour.** *Developmental Science* 7, 261-269.
- Van der Graaff, J., Branje, S., De Wied, M., Hawk, S., Van Lier, P., und Meeus, W. (2014). **Perspective taking and empathic concern in adolescence: Gender differences in developmental changes.** *Developmental Psychology* 50(3), 881–888.
- Weidenbach, B. (2020). **Statistik zur Mediennutzung von Jugendlichen.** Statista, URL: [https://de.statista.com/themen/2662/mediennutzung-von-jugendlichen/#topicHeader\\_\\_wrapper](https://de.statista.com/themen/2662/mediennutzung-von-jugendlichen/#topicHeader__wrapper) [Stand: 23.12.2020].
- Wettig, J. (2006). **Kindheit bestimmt das Leben.** *Deutsches Ärzteblatt* 36(103), 2298-2301.
- Whaley, S., Pinto, A. und Sigman, M. (1999). **Characterizing interactions between anxious mothers and their children.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(6), 826-836.
- Williamson, H. A., LeFevre, M. und Hector, M. (1989). **Association between life stress and serious perinatal complications.** *J Fam Pract* 29(5), 489-94.
- Wischmann, A. (2010). **Adoleszenz – Bildung – Anerkennung.** Adoleszente Bildungsprozesse im Kontext sozialer Benachteiligung, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Wittig, J. (2009). **Schicksal Kindheit,** Springer Medizinverlag, Heidelberg.

- Wriedt-Monske, S. C. (2020). **Der Einfluss präpartaler psychischer Störungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion mediiert über präpartalen maternalen Stress.** Philosophische Dissertation, Universität München.
- Zhu, P., Tao, F., Hao, J., Sun, Y. und Jiang, X. (2010). **Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birthweight.** *Am J Obstet Gynecol* 203(1), 34-38.
- Zietlow, A.-L., Heinrichs, M. und Ditzen, B. (2016). **Psychobiologie sozialer Nähe. Zusammenhänge mit Stress und Gesundheit im Entwicklungsverlauf.** *Psychotherapie im Dialog* 17(3), 82-85.
- Zietlow, A.-L., und Reck, C. (2017). **Die Bedeutung postpartaler Depression und Angststörungen für das mütterliche Beziehungserleben, die Mutter-Kind-Interaktion und die kindliche Entwicklung.** In: *Bindung und emotionale Gewalt*, Hrsg. Brisch, K. H., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Zimmermann, P. (2000). **Bindung, internale Arbeitsmodelle und Emotionsregulation: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell.** *Frühförderung Interdisziplinär* 19, 119-129.
- Zimmermann, P., Maier, M. A., Winter, M. und Grossmann, K. E. (2001). **Attachment and adolescents emotion regulation during a joint problem-solving task with a friend.** *International Journal of Behavioral Development* 25(4), 331-343.

## **Anhang**

*Manifestation frühkindlicher Angstdisposition als Vulnerabilitätsfaktor*  
MEV, T1

Probanden-Nr.

Tag der Untersuchung:

Probanden-Initialen:

Untersucher:

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über Einstellungen zum Umgang mit dem eigenen Kind. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Aussagen auf Ihre Einstellungen zutreffen:

1.	Ich lasse mein Kind einige Minuten schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
2.	Ein Säugling sollte immer sofort beruhigt werden, wenn er schreit.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
3.	Säuglinge sollten gestillt werden, wann immer sie wollen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
4.	Mein Kind erhält regelmäßige Mahlzeiten nach Plan.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
5.	Säuglinge sollten lernen, selbständig einzuschlafen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
6.	Mein Kind schläft in seinem Bett ein.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie

Abschließend bitten wir Sie, noch folgende weitere Fragen zu beantworten:

7.	Wie haben Sie sich während der Schwangerschaft gefühlt?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> überwiegend gut <input type="radio"/> <sub>2</sub> überwiegend schlecht
8.	Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> nein <input type="radio"/> <sub>2</sub> ja, Teilzeit <input type="radio"/> <sub>3</sub> ja, Vollzeit
9.	a) Stillen Sie Ihr Kind?  b) Füttern Sie zu?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein  <input type="radio"/> <sub>3</sub> ja <input type="radio"/> <sub>4</sub> nein
10.	Wie viele Stunden am Tag tragen Sie Ihr Kind am Körper?	_____ Stunden
11.	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind? Sehr unsicher  —————  sehr sicher	
12.	Wie lange schreit Ihr Kind am Tag?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> weniger als 30 Minuten <input type="radio"/> <sub>2</sub> weniger als 60 Minuten <input type="radio"/> <sub>3</sub> weniger als 2 Stunden <input type="radio"/> <sub>4</sub> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> <sub>5</sub> mehr als 3 Stunden

Herzlichen Dank für die Beantwortung!

*Manifestation frühkindlicher Angstdisposition als Vulnerabilitätsfaktor*  
MEV, T2

Probanden-Nr.  
Probanden-Initialen:

Tag der Untersuchung:  
Untersucher:

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über Einstellungen zum Umgang mit dem eigenen Kind. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Aussagen auf Ihre Einstellungen zutreffen:

1.	Ich lasse mein Kind einige Minuten schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
2.	Ein Säugling sollte immer sofort beruhigt werden, wenn er schreit.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
3.	Säuglinge sollten gestillt werden, wann immer sie wollen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
4.	Mein Kind erhält regelmäßige Mahlzeiten nach Plan.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
5.	Säuglinge sollten lernen, selbständig einzuschlafen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
6.	Mein Kind schläft in seinem Bett ein.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie

Abschließend bitten wir Sie, noch folgende weitere Fragen zu beantworten:

9.	Stillen Sie Ihr Kind?  Füttern Sie zu?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein  <input type="radio"/> <sub>3</sub> ja <input type="radio"/> <sub>4</sub> nein
10.	Wie viele Stunden am Tag tragen Sie Ihr Kind am Körper?	___ Stunden
11.	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind? sehr unsicher  sehr sicher	
12.	Wie lange schreit Ihr Kind am Tag?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> weniger als 30 Minuten <input type="radio"/> <sub>2</sub> weniger als 60 Minuten <input type="radio"/> <sub>3</sub> weniger als 2 Stunden <input type="radio"/> <sub>4</sub> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> <sub>5</sub> mehr als 3 Stunden
13.	Wie häufig haben Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind innerhalb der letzten 14 Tage mit Freunden getroffen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> 0 – 1 mal <input type="radio"/> <sub>2</sub> 2 – 6 mal <input type="radio"/> <sub>3</sub> mehr als 6 mal
14.	Wird Ihr Kind ausschließlich von Ihnen betreut? <i>falls nein:</i> Wer betreut das Kind über wie viele Stunden pro Woche?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein _____ __St _____ __St

Herzlichen Dank für die Beantwortung!

*Manifestation frühkindlicher Angstdisposition als Vulnerabilitätsfaktor*  
MEV, T3

Probanden-Nr.  
Probanden-Initialen:

Tag der Untersuchung:  
Untersucher:

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über Einstellungen zum Umgang mit dem eigenen Kind. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Aussagen auf Ihre Einstellungen zutreffen:

1.	Ich lasse mein Kind einige Minuten schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
2.	Ein Säugling sollte immer sofort beruhigt werden, wenn er schreit.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
3.	Säuglinge sollten gestillt werden, wann immer sie wollen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
4.	Mein Kind erhält regelmäßige Mahlzeiten nach Plan.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
5.	Säuglinge sollten lernen, selbständig einzuschlafen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
6.	Mein Kind schläft in seinem Bett ein.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie

Abschließend bitten wir Sie, noch folgende weitere Fragen zu beantworten:

9.	Stillen Sie Ihr Kind voll?  Wenn nein, stillen Sie es...	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein  <input type="radio"/> <sub>3</sub> überhaupt nicht <input type="radio"/> <sub>4</sub> weniger als 50% <input type="radio"/> <sub>5</sub> mehr als 50%
10.	Wie viele Stunden am Tag tragen Sie Ihr Kind am Körper?	___ Stunden
11.	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind? sehr unsicher     -----     sehr sicher	
12.	Wie lange schreit Ihr Kind am Tag?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> weniger als 30 Minuten <input type="radio"/> <sub>2</sub> weniger als 60 Minuten <input type="radio"/> <sub>3</sub> weniger als 2 Stunden <input type="radio"/> <sub>4</sub> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> <sub>5</sub> mehr als 3 Stunden
13.	Wie häufig haben Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind innerhalb der letzten 14 Tage mit Freunden getroffen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> 0 – 1 mal <input type="radio"/> <sub>2</sub> 2 – 6 mal <input type="radio"/> <sub>3</sub> mehr als 6 mal
14.	Wird Ihr Kind ausschließlich von Ihnen betreut? <i>falls nein:</i> Wer betreut das Kind über wie viele Stunden pro Woche?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein _____ __St _____ __St
15.	Sie haben jetzt schon einige Zeit Erfahrungen mit Ihrem Kind gesammelt: Halten Sie es für eher schreckhaft bei Geräuschen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein
16.	Halten Sie es für eher schreckhaft bei optischen Reizen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein

17.	Halten Sie es für eher neugierig und aufgeschlossen gegenüber neuen Reizen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein
18.	Halten Sie es für eher neugierig und aufgeschlossen gegenüber unbekanntem Personen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein
19.	Halten Sie es für eher vorsichtig und zurückhaltend gegenüber unbekanntem Personen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein

Herzlichen Dank für die Beantwortung!

*Manifestation frühkindlicher Angstdisposition als Vulnerabilitätsfaktor*  
MEV, T4

Probanden-Nr.:

Tag der Untersuchung:

Probanden-Initialen:

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über Einstellungen zum Umgang und Ihr aktuelles Verhalten im Umgang mit dem eigenen Kind. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Aussagen auf Ihre Einstellungen/Ihr Verhalten sowie Ihre Beurteilung des Verhaltens Ihres Kindes zutreffen:

1.	Ich lasse mein Kind einige Minuten schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
2.	Ein Kind sollte immer sofort beruhigt werden, wenn es schreit.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
3.	Kleinkinder sollten zu essen bekommen, wann immer sie wollen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
4.	Mein Kind erhält regelmäßige Mahlzeiten nach Plan.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
5.	Kinder sollten lernen, selbständig einzuschlafen.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie
6.	Mein Kind schläft in seinem Bett ein.	<input type="radio"/> <sub>1</sub> immer <input type="radio"/> <sub>2</sub> häufig <input type="radio"/> <sub>3</sub> gelegentlich <input type="radio"/> <sub>4</sub> nie

10.	a) Stillen Sie Ihr Kind noch?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein
11.	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind? sehr unsicher     -----     sehr sicher	
12.	Wie lange quengelt Ihr Kind am Tag?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> weniger als 30 Minuten <input type="radio"/> <sub>2</sub> weniger als 60 Minuten <input type="radio"/> <sub>3</sub> weniger als 2 Stunden <input type="radio"/> <sub>4</sub> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> <sub>5</sub> mehr als 3 Stunden
13.	Wie häufig haben Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind innerhalb der letzten 14 Tage mit Freunden getroffen?	<input type="radio"/> <sub>1</sub> 0 – 1 mal <input type="radio"/> <sub>2</sub> 2 – 6 mal <input type="radio"/> <sub>3</sub> mehr als 6 mal
14.	Wird Ihr Kind ausschließlich von Ihnen betreut ?  ----- <i>falls nein:</i> Wer betreut das Kind über wie viele Stunden pro Woche?  <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Verwandte <input type="radio"/> Bekannte <input type="radio"/> Tagesmutter/Aupair/Babysitter <input type="radio"/> Kinderkrippe/-gruppe  ----- Und wo findet diese Betreuung statt ?  a) außer Haus aa) mit anderen Kindern (ausgenommen Geschwister)  b) im eigenen Haus bb) mit anderen Kindern (ausgenommen Geschwister)	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein  ____ Std./Wo. ____ Std./Wo. ____ Std./Wo. ____ Std./Wo. ____ Std./Wo.  <input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein <input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein  <input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein <input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>0</sub> nein

20.	Wie häufig gehen Sie pro Woche mit Ihrem Kind auf den Spielplatz?	<input type="radio"/> gar nicht  _____ Stunden/Wo.
21.	Sind Sie wieder berufstätig?  ----- <i>Wenn ja:</i> Seit wann?  a) zu Hause? b) außer Haus?  aa) Wie viele Tage pro Woche?  bb) Wie viele Stunden pro Tag?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  _____ (Datum)  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  _____ _____ _____
22.	a) Machte oder macht Ihr Kind in der Zwischenzeit eine Phase von Fremdenangst durch?  aa) <i>Wenn ja</i> , ab welchem Alter und bis wann?  b) Machte oder macht Ihr Kind eine Phase starker Fremdenangst durch, indem es in Gegenwart von fremden Personen extremes Unbehagen zeigt(e) oder schreit (schrie)?  bb) <i>Wenn ja</i> , ab welchem Alter und bis wann?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  vom _____ Lebensmonat bis zum _____ Lebensmonat  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  vom _____ Lebensmonat bis zum _____ Lebensmonat
23.	a) Machte oder macht Ihr Kind in der Zwischenzeit eine Phase von Trennungsangst durch?  aa) <i>Wenn ja</i> , ab welchem Alter und bis wann?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  vom _____ Lebensmonat bis zum _____ Lebensmonat

	<p>b) Machte oder macht Ihr Kind eine Phase starker Trennungsangst durch, indem es immer heftig protestiert(e), wenn Sie kurz den Raum verlassen wollen?</p> <p>bb) <i>Wenn ja</i>, ab welchem Alter und bis wann?</p>	<p><input type="radio"/><sub>1</sub> ja  <input type="radio"/><sub>0</sub> nein</p> <p>vom _____ Lebensmonat bis  zum _____ Lebensmonat</p>
24.	Wie häufig wacht Ihr Kind in der Regel nachts auf (wenn es nicht krank ist)?	<p><input type="radio"/><sub>0</sub> gar nicht  <input type="radio"/><sub>1</sub> ein - bis zweimal  <input type="radio"/><sub>2</sub> drei –und mehrmals</p>
25.	War Ihr Kind bereits einmal oder mehrmals länger als 24 Stunden von Ihnen getrennt?	<p><input type="radio"/><sub>1</sub> ja  <input type="radio"/><sub>0</sub> nein</p>
26.	<p>In der Erziehung meines Kindes ist Gehorsam für mich:</p> <p>Gar nicht <span style="margin-left: 150px;"> ----- </span> äußerst wichtig</p> <p>. . . .</p>	

Herzlichen Dank für die Beantwortung!

Probanden-Nr.

Tag der Untersuchung:

Probanden-Initialen:

Untersucher:

Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf die Zeit der Schwangerschaft mit Ihrem jetzigen Kind. Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie mit der Antwort nicht ganz sicher sind. Vielen Dank!

**1. Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig?**  
 (Bitte ankreuzen und ggf. Wochenstundenzahl eintragen)

Im 1. Drittel:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="text"/>	Wochenstunden
Im 2. Drittel:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="text"/>	Wochenstunden
Im 3. Drittel:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="text"/>	Wochenstunden

**2. Wann war Ihr letzter Arbeitstag?**  
 (Bitte ungefähres Datum eintragen)

**3. Wie hoch würden Sie Ihre damalige Stressbelastung im beruflichen Bereich einschätzen?**  
 (Bitte auf der Linie abschätzen und ankreuzen / Nichtberufstätige bitte Frage durchstreichen)

Im 1. Drittel:	0%  -----  100%
Im 2. Drittel:	0%  -----  100%
Im 3. Drittel:	0%  -----  100%

**4. Mussten Sie weitere Kinder während dieser Schwangerschaft versorgen?**

		Alter	Geschlecht: m / w	Versorgungs- leistung in %*
01 nein	02 ja, und zwar	1.Kind		
		2.Kind		
		3.Kind		
		4.Kind		

(\*Falls das Kind regelmäßig von einer anderen Person versorgt wurde, bitte entsprechenden Prozentsatz von 100% abziehen)

**5. Wie viele Stunden Ihrer Tageszeit (ca. 7.00 - 22 Uhr = 15 Stunden) haben Sie stehend/sitzend, liegend bzw. in Bewegung verbracht? (Bitte ungefähr abschätzen)**

Im 1.Drittel:	stehend/sitzend	<input type="text"/>	Std., liegend	<input type="text"/>	Std., in Bewegung	<input type="text"/>	Std.
Im 2.Drittel:	stehend/sitzend	<input type="text"/>	Std., liegend	<input type="text"/>	Std., in Bewegung	<input type="text"/>	Std.
Im 3.Drittel:	stehend/sitzend	<input type="text"/>	Std., liegend	<input type="text"/>	Std., in Bewegung	<input type="text"/>	Std.

**6. Wie hoch würden Sie Ihre damalige Stressbelastung im privaten Bereich einschätzen?**

(Bitte auf der Linie abschätzen und ankreuzen )

Im 1. Drittel:      0% |-----| 100%

Im 2. Drittel:      0% |-----| 100%

Im 3. Drittel:      0% |-----| 100%

**7. Wie oft erlebten Sie Ärger und Wut in der Schwangerschaft?**  
(Bitte auf der Linie abschätzen und ankreuzen)

Im 1. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:      nie |-----| extrem oft

**8. Waren Sie in der Schwangerschaft nervös, unruhig oder innerlich angespannt?**

Im 1. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:      nie |-----| extrem oft

**9. Sind Sie traurig und bedrückt gewesen?**

Im 1. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**10.      Wie häufig war Ihre Schwangerschaft durch freudige Stimmung geprägt?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**11.      Fühlten Sie sich müde und „ausgebrannt“?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**12.      Wie häufig fühlten Sie sich in dieser Zeit überfordert?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**13. Waren Sie niedergeschlagen, hoffnungslos oder verzweifelt?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**14. Wie häufig fühlten Sie sich zufrieden und ausgeglichen?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:        nie |-----| extrem oft

**15. Fühlten Sie sich durch Ängste/ Sorgen um Ihr (werdendes) Kind belastet?**

Im 1. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:        nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:      nie |-----| extrem oft

**16. Fühlten Sie sich in dieser Zeit durch andere / unbestimmte Ängste belastet?**

Im 1. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 2. Drittel:      nie |-----| extrem oft

Im 3. Drittel:      nie |-----| extrem oft

## Lebenslauf

### PERSÖNLICHES

---

Name: Michelle Zeisel  
Wohnort: Bessungerstraße 182  
64295 Darmstadt  
Mobil: 0178/8125766  
E-Mail-Adresse: zeisel.m@icloud.com  
Geburtsdaten: 02.12.1992  
Heppenheim  
Staatsangehörigkeit: deutsch

### STUDIUM/SCHULE

---

- 10/2017 – heute **Ausbildung im Studiengang Kinder- und Jugendpsychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie am Zentrum für Psychologische Psychotherapie an der Universität Heidelberg**  
Abschluss voraussichtlich 03/2021: Kinder- und Jugendpsychotherapeutin
- 10/2015 – 08/2017 **Studium der Klinischen Psychologie, Neuro- und Rehabilitationswissenschaften an der Albert-Ludwig-Universität, Freiburg**  
Abschluss: Master of Science Klinische Psychologie, Neuropsychologie und Rehabilitationspsychologie, Note: 1,9
- 10/2012 – 09/2015 **Studium der Gesundheitspsychologie an der SRH Fachhochschule für Gesundheit, Gera**  
Abschluss: Bachelor of Science Gesundheitspsychologie, Note: 1,4
- 08/2008 – 05/2012 **Viktoriaschule, Gymnasium, Darmstadt**  
Abschluss: Abitur ; Leistungsfächer: Englisch und Musik

### BERUFLICHER WERDEGANG

---

- 08/2020 – heute **Psychologin des Nachwuchsleistungszentrums des SV Darmstadt 98**
- 08/2019 - heute **Angestellte Psychologin in der Praxis Dr. Wunram Darmstadt/Arheilgen**

- 11/2018 – heute **Selbstständige Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin am Zentrum für Psychologische Psychotherapie an der Universität Heidelberg**
- 10/2018 – 07/2019 **Praktische Tätigkeit 2 im Rahmen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in der Praxis Dr. Petersen in Heidelberg**
- 10/2017 – 10/2018 **Praktische Tätigkeit 1 im Rahmen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg**
- 07/2017 – 08/2017 **Praktikum im Rahmen des Sommertherapiecampes für Kinder mit ADHS am Zentrum Psychologische Psychotherapie an der Universität Heidelberg**
- Mitarbeit als Therapeutin im STC 2017 vom 31.07-25.08.2017
  - Teilnahme an Superversionen und Fallbesprechungen
  - Organisation, Evaluation und Kontrolle des Berichtwesens inkl. Strukturierung und Evaluation psychometrischer Verlaufsmessung und Basisdokumentation
  - Mithilfe bei der Erstellung der Abschlussberichte
- 09/2016 – 10/2016 **Studentische Praktikantin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Riedstadt**
- Durchführung und Auswertung von Persönlichkeits- und Intelligenztestungen
  - Teilnahme an fachübergreifenden Teamsitzungen und Fallbesprechungen
  - Teilnahme an Fortbildungen zu einzelnen Themenschwerpunkten
- 10/2014 – 02/2015 **Studentische Praktikantin im Clementine Kinderhospital, Frankfurt am Main**
- Durchführung und Auswertung von Persönlichkeits- und Intelligenztestungen
  - Gestaltung von Einzel- und Gruppenaktivitäten
  - Co-Therapeutin in laufender Gruppentherapie
- 11/2013 – 08/2014 **Tutorin für den Studiengang Medizinpädagogik**
- Vor- und Nachbereitung sowie die Durchführung von Tutorien im Modul „Wissenschaftlichen Arbeiten“
  - SPSS- Kurse
- 11/2013 – 08/2014 **Studentische Mitarbeiterin der Medizinpädagogik SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera**

- Datenerfassung im DLS (Distance Learning System)
- Vor – und Nachbereitung sowie Betreuung der Studenten und Dozenten während der Blockveranstaltungen
- Betreuung von Bachelorarbeiten

#### WEITERBILDUNG

---

- 09/2016 Seminar „Personenzentrierte Beratung“, GwG-Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
- 06/2016 Seminar „Emotionsfokussierte Techniken in der Psychotherapie“, Albert-Ludwig-Universität Freiburg
- 01/2016 Seminar „Imagination in der Psychotherapie mit Krebspatienten“, Albert-Ludwig-Universität Freiburg
- 10/2015 – 02/2016 Teilnahme an der Anamnesegruppe, Albert-Ludwig-Universität Freiburg
- 04/2015- 08/2015 Ausbildung zur Kursleiterin für Progressive Muskelrelaxation nach E. Jacobson, SRH Fachhochschule Gera

#### AUSLANDSERFAHRUNG

---

- 07/2012 – 09/2012 **Voluntär - Conservation Volunteers, New Zealand**
- 06/2010 – 08/2010 **Banksia Park International Highschool, Adelaide, South Australia, Australia**

#### SOZIALES ENGAGEMENT & INTERESSEN

---

- 07/2016 – 03/2017 **Ehrenamtliche Mitarbeit als Co-Therapeutin AWO Frühförderungsstelle, Freiburg**
- Betreuung der Familien im Rahmen der Mutter- Kind- Gruppe
- 10/2016 – 03/2017 **Ehrenamtliche Mitarbeit als Tanztrainerin beim TV Herdern, Freiburg**
- eigenständige Organisation und Gestaltung des Gruppentrainings
- 05/2007 – 10/2012 **Ehrenamtliche Mitarbeit als Teamerin in der evangelischen Gemeinde, Pfungstadt**
- eigenständige Organisation von Kinderbibelwochen
  - Betreuung von Konfirmandenfahrten und Jugendkirchentag 2014
  - JuLeiCa- Ausbildung (2011)
- Interessen Salsa- und Lateintanz, Joggen, Klavier spielen, Reisen, Lesen, Tennis spielen, schwimmen

## QUALIFIKATIONEN

---

Sprachkenntnisse	Deutsch	( Muttersprache )
	Englisch	( gute Kenntnisse in Wort und Schrift )
	Latein	( Großes Latinum )
	Spanisch	( A1 Level )
EDV	gute MS-Office Kenntnisse	
	gute Kenntnisse im Statistikprogramm SPSS	

## **Danksagung**

Frau Prof. Dr. Möhler danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und die Möglichkeit die Fragestellungen zu erarbeiten. Ich danke ihr für ihre Hilfsbereitschaft und stete Unterstützung beim Abfassen der Dissertationsschrift, die sie mir trotz ihrer umfangreichen Belastung in Klinik und Forschung entgegengebracht hat.

Herrn Prof. Dr. Resch danke ich für die Übernahme der Betreuung und Unterstützung meines Promotionsvorhabens.

Des Weiteren bedanke ich mich für die statische Begutachtung meiner durchgeführten statistischen Analysen im Rahmen der vorliegenden Arbeit von Herr Joas.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden für die umfangreiche Unterstützung, welche zur Vollendung der Dissertationsschrift sehr hilfreich war.

## **Eidesstattliche Versicherung**

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema Frühkindliche Prädiktoren der Empathieentwicklung in der Adoleszenz handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslandes als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärung bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Heidelberg, den