

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Validierung eines Interaktionsbeobachtungsverfahrens
zur Erfassung mütterlicher Feinfühligkeit
bei Kindern im Kindergartenalter

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von: Dipl.-Psych. Anne Katrin Künster, geb. Kolb
geboren in Hannover
Jahr der Vorlage: 2007

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: PD Dr. Ute Ziegenhain

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

Tag der Promotion: 18.02.2008

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
1.1 Elterliche Feinfühligkeit	3
1.2 Verfahren zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit	6
1.3 Ziel der Untersuchung	19
2. Methoden	22
2.1 Untersuchungsgruppe	22
2.2 Versuchsplan	27
2.3 Instrumente und Operationalisierung der Variablen	28
2.4 Versuchsanordnung und Material	42
2.5 Versuchsdurchführung	43
3. Ergebnisse	45
3.1 Auswertung der Videos	45
3.2 Deskriptive Ergebnisse	46
3.3 Testgütekriterien	51
4. Diskussion	72
5. Zusammenfassung	84
6. Literaturverzeichnis	86
Anhang	97
A) Fragebogen: Angaben zur Person	97
B) Instruktionen	100
C) Einladungs- und Aufklärungsbriefe	102
D) Ainsworths Skala zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit	110
Dank	112

Abkürzungsverzeichnis

A1-2.....	abwehrende Bindungsstile (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
A3-4.....	hochunsichere Bindungsstile (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
A/C	hochunsicherer Bindungsstil (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
B3 / B1-2 / B4-5	sichere Bindungsstile (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
BSI.....	Brief Symptom Inventory (Selbstbeurteilungsfragebogen für Erwachsene zur Einschätzung der persönlichen psychischen Belastung)
C1-2	zwingend-manipulative Bindungsstile (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
C3-4	hochunsichere Bindungsstile (Definition von Crittenden im Rahmen des Preschool Assessment of Attachment, PAA)
CARE / CARE-Index ...	Child-Adult-Relationship-Index (Beobachtungsmethode zur Beurteilung der Qualität einer Eltern-Kind-Interaktion)
CARE-R	CARE-Index-Retest (wiederholte Untersuchung eines Mutter-Kind-Paars mit dem CARE-Index)
CBCL.....	Child Behavior Checklist (Elternfragebogen zur orientierenden Abgrenzung kinderpsychiatrischer Störungsbilder)
FST	Fremde-Situations-Test (Beobachtungsmethode zur Erfassung der Bindungsqualität bei Kindern)
KJPP Ulm	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
MBQS.....	Maternal Behavior Q-Sort (Beobachtungsmethode zur Beurteilung des mütterlichen Verhaltens während einer Mutter-Kind-Interaktion zu Hause)
PAA	Preschool Assessment of Attachment (Methode zur Erfassung der Bindungsqualität von Kindern mithilfe des Fremde-Situations-Tests bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfteinhalb Jahren)
SBQ	Elternfragebogen "Social Behaviour Questionnaire" (Screeningfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern)

1. Einleitung

Die entwicklungspsychologische sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Forschung beschäftigen sich mit den Voraussetzungen gelingender Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, d.h. welche Faktoren zu einer im entwicklungspsycho(patho)logischen Sinn unauffälligen Entwicklung beitragen und welche diese behindern. Mit den enormen Fortschritten der Kleinkind- und Hirnforschung wurde dabei zunehmend deutlich, wie frühe Kindheitserfahrungen die folgende körperliche und emotionale Entwicklung manchmal irreversibel beeinflussen (Shonkoff & Phillips, 2000). Einen besonders starken Einfluss auf die Entwicklungsphase des Kindesalters haben dabei vor allem die Bezugspersonen des Kindes, die sein Erleben und Verhalten im täglichen Umgang prägen, da Kinder von der Stimulation und Versorgung durch ihre primären Bezugspersonen abhängig sind (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983). Die gelingende oder auch misslingende Passung zwischen dem Verhalten eines Erwachsenen und seinem Kind sind dabei ausschlaggebend für eine normale oder abweichende Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen des Kindes (Sameroff, 1995). Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung erscheint insofern als zentral wichtig für das Verständnis der Entwicklung eines Kindes. Ein zentrales Konstrukt bei der Untersuchung von Eltern- bzw. Mutter-Kind-Beziehung stellt die Feinfühligkeit der erwachsenen Bezugsperson im Umgang mit ihrem Kind dar.

Die Idee zur vorliegenden Arbeit entstand, als die Verfasserin ein ökonomisch anwendbares Verfahren zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit bei Kindern im Kindergartenalter benötigte, das sich sowohl bei nicht-klinischen als auch bei klinischen Stichproben anwenden lässt. Es stellte sich bei der Recherche zunächst die Frage, ob Beobachtungsinstrumente, wie sie in der Bindungsforschung häufig Verwendung finden, überhaupt im klinischen Alltag ökonomisch und klinisch sinnvoll einsetzbar sind. Fragebogenmethoden haben Beobachtungsmethoden gegenüber den Vorteil, dass sie meist mit geringem Zeitaufwand durchgeführt und ausgewertet werden können und sowohl Durchführung als auch Auswertung so standardisiert sind, dass diese Methoden eine hohe Objektivität und Reliabilität aufweisen. Ihnen haftet hingegen das Problem an, dass Fragebogenergebnisse immer nur Beschreibungen von Verhaltensweise abbilden können und damit sozusagen Daten aus zweiter Hand darstellen. Diese können zum einen unbewusst oder bewusst verfälscht werden und sind zum anderem sprachabhängig. Es ist durch die indirekte Erfassung des Zielmerkmals also nicht eindeutig, was der Fragebogen genau erhebt. Die Validität dieser Methoden kann dadurch beeinträchtigt werden.

Beobachtungsinstrumente hingegen stellen die direkte Erfassung einer Verhaltensstichprobe dar. Durch die Erfassung und Fixierung der Verhaltensstichprobe mithilfe von Videoaufzeichnungen sind diese Verfahren hoch objektiviert und eignen sich insbesondere für die Untersuchung junger Kinder, die sprachlich noch nicht differenziert befragt werden können. Durch die direkte Beobachtung entfällt zudem die Möglichkeit, die Daten zu beschönigen oder im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu verfälschen, da die Beobachtung der Kinder in ihrem Verhalten eine echte Verhaltensstichprobe als Datengrundlage liefert, selbst wenn sich Eltern besonders für die Beobachtung bemühen würden. Eine Einschränkung dieser Methoden liegt hingegen in der Abhängigkeit der Auswertung der videografierten Verhaltensstichprobe vom Auswerter, der dafür spezifisch ausgebildet werden muss. Die Interpretation der Verhaltensstichprobe hängt also im hohen Maße von der Qualität der Schulung des Auswerter und seiner Reliabilität in der Auswertung ab. Der Auswerter wird somit zum wesentlichen Teil des Instruments.

Die Verfasserin entschied sich für die Verwendung eines Beobachtungsinstruments zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit, um möglichst realitätsnahe und damit valide Daten von Müttern und Kindern im Kindergarten- und Vorschulalter zu erheben. Diese Methoden liefern ihrer Meinung nach gerade im klinischen Alltag praxisrelevantere Erkenntnisse als rein sprachlich basierte Methoden.

Es zeigte sich bei der Recherche schnell, dass viele der derzeit verwendeten Beobachtungsverfahren für die Altersgruppe der Kindergarten- und Vorschulkinder nicht validiert oder für den Gebrauch im klinischen Alltag in der Durchführung und Auswertung zu aufwendig sind. Ziel dieser Studie war daher die Validierung eines Beobachtungsverfahrens zur Einschätzung der Qualität von Interaktionen zwischen einem erwachsenen Elternteil und seinem Kind im Kindergartenalter. Das Verfahren, das dafür ausgewählt wurde, ist der CARE-Index (Crittenden, 2005a). Der CARE-Index dient als Screening-Verfahren zur Einschätzung der Qualität einer Interaktion zwischen einem Erwachsenen und einem Kind von der Geburt bis zu einem Alter von 30 Monaten. Er dient zudem als Grundlage für die Planung von Interventionen bzw. als Instrument für den Prozess einer Intervention. Die Beurteilung der Interaktion basiert auf der Videoaufzeichnung einer dreiminütigen Spiel-Interaktion unter stressfreien Bedingungen. Beurteilt werden als zentrale Variablen die Feinfühligkeit der Mutter sowie das Ausmaß an Kooperation des Kindes. In Ermangelung eines ähnlich differenzierten, auf klinischen Stichproben und der Bindungsforschung aufbauenden und ökonomisch einsetzbaren Verfahrens für Kinder im

Kindergartenalter, ist das Ziel dieser Studie die Überprüfung der Anwendbarkeit des CARE-Indexes für Kinder zwischen zweieinhalb und fünfzehn Jahren.

Kapitel 1 gibt einen Überblick über das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit, die bestehenden Verfahren zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit sowie über die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung.

1.1 Elterliche Feinfühligkeit

Das Konzept der Feinfühligkeit und seine Operationalisierung stammen aus dem Bereich der Bindungsforschung. Elterliche Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind gilt als wesentlicher Prädiktor für die Entwicklung einer sicheren Bindungsqualität (Bowlby, 1969; DeWolff & van IJzendoorn, 1997). Mary Ainsworth operationalisierte das Konstrukt einer optimal feinfühligem Mutter folgendermaßen: Sie sei aufmerksam gegenüber den Signalen ihres Babys, interpretiere seine Signale richtig und reagiere auf diese prompt und angemessen (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). In einer Meta-Analyse beschäftigten sich Niccols und Kirkland mit der Verwendung des Begriffs der mütterlichen Feinfühligkeit in der Literatur. Sie kamen zu dem Schluss, dass es zwar eine Vielzahl an Definitionen gäbe, dass die meisten jedoch auf den Kernstücken der Definition von Ainsworth beruhten. Sie weisen darauf hin, dass die Definition der Feinfühligkeit über Ainsworths Operationalisierung hinaus das Dyadische dieses Konzepts widerspiegeln sollte, denn eine Mutter könne sich immer nur feinfühlig in Bezug auf Signale zeigen, die das Kind gesendet habe. Es handele sich daher bei der Erfassung der Feinfühligkeit um die Betrachtung der Mutter-Kind-Beziehung und nicht allein des mütterlichen Verhaltens (Niccols & Kirkland, 1996). Laut Grossmann kann Feinfühligkeit nur dann gelingen, „wenn man aus der Sicht des Kindes handelt“ (Grossmann, 2004, S.30). Ein Kind lerne durch feinfühligem Unterstützung „die Bedeutung seiner [eigenen] Gefühle in bestimmten Situation kennen, und was man tun kann, um die Umstände zu verbessern“ (Grossmann, 2004, S.31).

Die zentrale Position der elterlichen Feinfühligkeit insbesondere in der Bindungstheorie ergab sich aus der intensiven Untersuchung von 26 Mutter-Kind-Paaren in der berühmten Baltimore-Studie, in der nachgewiesen wurde, dass die Feinfühligkeit der Mutter in Bezug auf die Signale ihres Kindes einen Schlüssel für die Sicherheit der Bindung des Kindes darstellt (Ainsworth et al., 1978). Aus diesen Ergebnissen ergab sich eine Vielzahl

von Studien, die den Zusammenhang zwischen mütterlicher/elterlicher Feinfühligkeit und der Entwicklung von Kindern untersuchten.

DeWolff und van IJzendoorn konnten 1997 in einer Meta-Analyse zeigen, dass zwar nur ein von der Effektstärke mäßiger Zusammenhang zwischen der mütterliche Feinfühligkeit und der Bindungssicherheit des Kindes besteht ($r=.22$), dass dieser aber robust ist. Dieser Zusammenhang wurde ebenfalls von Atkinson und Kollegen im Rahmen einer Meta-Analyse bezüglich der Zeit, die zwischen der Erhebung der mütterlichen Sensitivität und der Erhebung der Bindungssicherheit des Kindes vergeht, bestätigt. Der Zusammenhang zwischen der der mütterliche Feinfühligkeit und der Bindungssicherheit des Kindes betrug hier $r=.27$ (Atkinson, Niccols, Paglia, Coolbear, Parker, Poulton, Guger & Sitarenios, 2000)

Van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg wiesen über diesen Zusammenhang hinaus nach, dass der Einfluss der Mutter einen stärkeren Zusammenhang mit der Bindungsqualität des Kindes hat als die Variablen, die auf der Seite des Kindes erhoben wurden. Sie folgern daraus, dass in den ersten Jahren die Eltern einen stärkeren Einfluss auf die Gestaltung und Ausbildung der Elter-Kind-Bindung haben als das Kind (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2004).

Stams und Kollegen wiesen in einer Gruppe von 146 vor Vollendung des ersten halben Lebensjahres adoptierten Kindern einen positiven Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und der sozialen sowie kognitiven Entwicklung der Kinder nach (Stams, Juffer & van IJzendoorn, 2002).

Aber auch jenseits der frühesten Kindheit sollte der Feinfühligkeit der primären Bezugsperson Beachtung geschenkt werden. Hungerford untersuchte den Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit, der Bindungssicherheit des Kindes und verschiedenen sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern, nämlich Folgsamkeit, Emotionsregulation und Impulskontrolle. Die mütterliche Feinfühligkeit wurde im Alter von sechs, 15, 24 und 26 Monaten erhoben, die Bindungssicherheit des Kindes im Alter von zwölf und 36 Monaten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Feinfühligkeit der Mutter im Alter von 36 Monaten einen höheren Einfluss auf die sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder hatte als die Erhebung der Feinfühligkeit im Alter von zwölf Monaten (Hungerford, 2002). Die Ergebnisse dieser Studie weisen also darauf hin, dass die Feinfühligkeit der Mutter im Alter von drei Jahren einen mindestens ebenso gewichtigen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat, wie ihre Feinfühligkeit im Säuglingsalter. Auch bei Kindern zwischen 15 und

36 Monaten konnte ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Qualität des Umgangs der Eltern mit ihrem Kind und der Bindungssicherheit des Kindes nachgewiesen werden (Clements & Barnett, 2002).

Betrachtet man zudem die Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit aus therapeutischer und nicht ausschließlich aus wissenschaftlicher Perspektive, spricht auch dies für die Wichtigkeit der Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit jenseits des Säuglings- und Kleinkindalters. Wie eine Statistik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (KJPP Ulm) über alle im Jahr 2005 vorgestellten minderjährigen Patienten zeigt, waren nur 0,7 % der 1107 Kinder und Jugendlichen jünger als zwei Jahre. 12,7 % der Kinder und Jugendlichen waren hingegen im Kindergartenalter, d.h. zwischen zwei und sechs Jahre alt (siehe Abbildung 1). Das bedeutet, dass zwar die Erhebung der elterlichen Feinfühligkeit im Säuglings- oder Kleinkindalter ausgesprochen sinnvoll sein kann, die Kinder aber in der Regel erst ab dem Kindergartenalter vorgestellt werden.

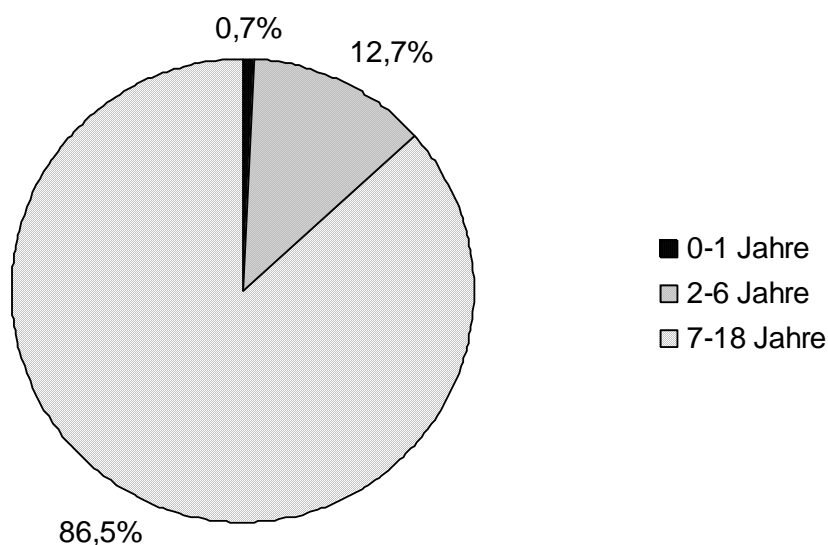


Abbildung 1. Verteilung der Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm im Jahr 2005 nach Alter, Angaben in Prozent

Es erscheint also auch unter dem Aspekt der klinischen Versorgung von Kindern dringend geboten, elterliche Feinfühligkeit bei Kindern im Kindergartenalter mit gut validierten Methoden untersuchen zu können.

1.2 Verfahren zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit

Besonders im Rahmen der Bindungstheorie und -forschung wurden aufgrund der zentralen Bedeutung der elterlichen Feinfühligkeit diverse Verfahren entwickelt, um die Qualität der elterlichen - meist mütterlichen - Feinfühligkeit zu bestimmen. Im Folgenden soll daher ein Überblick über die bestehenden Verfahren zur Erfassung der Feinfühligkeit von Eltern gegenüber ihren Kindern gegeben werden. Anhand dieser Zusammenstellung wird die Notwendigkeit zur Validierung eines Verfahrens für Kinder im Kindergartenalter herausgearbeitet.

Vorab gibt Tabelle 1 einen Überblick über die in den Jahren 1996 bis 2007 verwendeten Verfahren bei Kindern, die älter als zwei Jahre und jünger als sechs Jahre alt sind. Grundlage dieser Zusammenstellung ist eine Literaturrecherche mit den Schlagworten „maternal sensitivity“ und „parental sensitivity“ mit Hilfe der Datenbank „Psych INFO“ im August 2007. Angegeben wird jeweils – soweit bekannt – der Name des Verfahrens, das Setting, in dem das Verfahren angewendet wurde (zu Hause, im Labor), der Kontext, in dem das Verfahren angewendet wurde (im freien Spiel, im halbstrukturierten Spiel u.ä.), das Alter der Kinder, bei denen das Verfahren eingesetzt wurde, das Alter der Kinder, in dem das Verfahren laut Verfasser eingesetzt werden kann und einige Beispielstudien, in denen das Verfahren verwandt wurde. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann dabei nicht bestehen, auch wenn das Ziel eine möglichst lückenlose Darstellung aller Verfahren ist. Die Anordnung der Verfahren in Tabelle 1 richtet sich aufsteigend nach dem höchsten Alter der Kinder, bei denen das Verfahren eingesetzt wurde.

Die Angaben zum CARE-Index wurden in den Tabellen 1 und 2 hervorgehoben (hellgrau unterlegt), da er inhaltlich bei den weiteren Ausführungen eine zentrale Rolle spielt und in der vorliegenden Studie verwendet wurde.

Tabelle 1. Verfahren zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit im Überblick – Teil 1

Verfahren	Autor/en	Ort der Anwendung	Situation der Anwendung	Alter, in dem das Verfahren angewendet wurde
Maternal Care Scales (Sensitivity Scale) ¹	Ainsworth, Bell, Stayton (1974)	zu Hause, Labor	Freies Spiel	0-4, 6, 10-12, 17, 19, 21, 23, 26, 30 Monate
Tagebuchverfahren ²	Burrous (2004)	zu Hause	1 Woche Alltagsbeobachtung	30 Monate
Maternal Behavior Q-Sort (MBQS) ³	Pederson & Moran (1995)	zu Hause	2 Stunden Alltagsbeobachtung	6-42 Monate
4-Punkte-Punkte-Feinfühligkeitsskala ⁴	NICHD Early Child Care Research Network (1999a)	zu Hause, im Labor	freies Spiel, halbstrukturiertes Spiel	6, 15, 24, 36, 54 Monate
CARE-Index ⁵	Crittenden (2006; 2005a)	zu Hause, Labor	Freies Spiel	4, 6, 8, 12, 20, 24-29 Monate; 4 Jahre
9-stufige Skala beim Essen ⁶	van den Boom (1990)	zu Hause	beim Essen	4 Jahre
Emotional Availability Scales ⁷	Biringen, (1998)	zu Hause, Labor	freies Spiel, stressige Situation	3, 6, 12-25, 39, 40 Monate; 4, 5, 7 Jahre
Egeland/Ericksen scale ⁸	Egeland, Erickson, Clemenhagen-Moon, Hiester & Korfmacher (1990)	zu Hause, Labor	halbstrukturiertes Spiel	12, 18, 27, 30, 39 Monate; 14 Jahre

¹ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn (2006); Lohaus, Keller, Ball, Voelker & Elben (2004); Hane, Feldstein & Dernetz (2003); Stams, Juffer, IJzendoorn (2002); Meins, Fernyhough, Fradley, Tuckey (2001); Lohaus, Keller, Voelker (2001); Lohaus, Keller, Ball, Elben, Voelker (2001); Ahnert, Meischner & Schmidt (2000); Bohlin & Hagekull (2000); LeCuyer-Maus (2000); Atkinson, Chisholm, Scott, Goldberg, Vaughn, Blackwell, Dickens & Tam (1999); Hagekull, Bohlin & Rydell (1997); Vereijken, Riksen-Walraven (1997); Valenzuela (1997); Robert-Tissot, Cramer, Stern, Rusconi, Serpa, Bachmann, Palacio-Espasa, Knauer, De Muralt, Berney & Mendiguren (1996)

² Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Leerkes, Crockenberg, & Burrous (2004)

³ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Cicchetti, Rogosch & Toth (2006); Niccols & Feldman (2006); Atkinson, Chisholm, Scott, Goldberg, Vaughn, Blackwell, Dickens & Tam (1999)

⁴ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Downer & Pianta (2006); McElwain & Both-LaForce (2006); Campbell, Brownell, Hungerford, Spieker, Mohan & Blessing (2004); Early, Rimm-Kaufman, Cox, Saluja, Pianta, Bradley & Payne (2002); NICHD Early Child Care Research Network (1999a); NICHD Early Child Care Research Network (1999b)

⁵ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Kemppinen, Kumpulainen, Raita-Hasu, Moilanen & Ebeling (2006); Paavola, Kemppinen, Kumpulainen, Moilanen & Ebeling (2006); La Sala, Gallinelli, Fagandinbi, Bevolo, Landini, Ballabeni, Gasparini, Leni & Torricelli (2004); Mullick, Miller & Jacobsen (2001); Bigras & Paquette (2000); Leadbeater, Bishop & Raver (1996); Robert-Tissot, Cramer, Stern, Rusconi, Serpa, Bachmann, Palacio-Espasa, Knauer, De Muralt, Berney & Mendiguren (1996); Cramer, Robert-Tissot, Stern, Sepra-Rusconi, De Muralt, Besson, Placio-Espasa, Bachmann, Knauer, Berney & D'Arcis (1990)

⁶ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Bohlin & Hagekull (2000)

⁷ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Lok & McMahon (2006); Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn, Mangelsdorf & Zevalkink (2006); Kiang, Moreno & Robinson (2004); Meier, Wolke, Gutbrod & Rust (2003); Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, Sher & Etzion-Carasso (2002); Sagi, Koren-Karie, Gini, Ziv & Joels (2002); Stams, Juffer, van IJzendoorn (2002); Biringen, Brown, Donaldson, Green, Krcmarik & Lovas (2000); Ziv, Aviezer, Gini, Sagi & Koren-Karie (2000); Biringen, Matheny, Bretherton, Renouf & Sherman (2000); Easterbrooks, Biesecker, Lyons-Ruth (2000); Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie & Saunders (2000); Aviezer, Sagi, Joels, & Ziv (1999); Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano & Deas (1999)

⁸ Studien, in denen das Verfahren eingesetzt wurde: Jafferi-Bimmel, Juffer, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Mooijaart (2006); van Zeijl, Mesman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, Stolk, Koot, Alink (2006)

Im Folgenden werden die in Tabelle 1 genannten Verfahren kurz vorgestellt. Bei der Darstellung wird jeweils darauf eingegangen, welche Definition von Feinfühligkeit dem jeweiligen Verfahren zugrunde liegt, d.h. was genau operationalisiert werden soll, und welche Angaben zur Validität vorliegen.

Ainsworth und Kollegen definierten die elterliche bzw. mütterliche Feinfühligkeit als ein globales Konstrukt und entwickelten vor dem Hintergrund der vier Dimensionen, nämlich der Fähigkeit der Mutter, (1) die Signale ihres Kindes wahrzunehmen, (2) sie richtig zu interpretieren und darauf (3) angemessen und (4) prompt zu reagieren (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974, S.127) eine 9-stufige Likert-Skala für die Anwendung bei Kindern im Alter von neun bis zwölf Monaten, die Skala „**Maternal Sensitivity**“, die eine der Skalen der „Maternal Care Scales“ darstellt (siehe Anhang D). Dieses Instrument wird in der Literatur häufig als „Ainsworth-Skala“ bezeichnet.

Ursprünglich wurde dieses Verfahren bei ausführlichen Beobachtungen zu Hause eingesetzt, inzwischen findet es auch bei kurzen Spielinteraktionen im Labor Anwendung. Es beruht auf der globalen Beurteilung videografiertes freier Spielinteraktionen zwischen einem Elternteil und seinem Baby. Die Skala zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit ist eindimensional und linear, sie reicht von „9 highly sensitive“ bis „1 highly insensitive“. Jeder zweite Punkt auf der Skala ist durch eine globale Beschreibung definiert. Bewertet wird das Verhalten der Mutter in Bezug auf die vom Baby gesendeten Signale. Dabei wird ein Wert für die elterliche Feinfühligkeit in der gesamten Situation vergeben, einzelne Verhaltensweisen werden nicht separat kodiert, sondern zusammengefasst beurteilt. Die beurteilende Person bildet also einen klinischen inhaltlichen Mittelwert über die gesamte beobachtete Situation. Zwischen den beiden möglichen negativen Polen der Feinfühligkeitsdimension - zuviel oder zuwenig Reaktion - differenziert die Skala nicht. Angewendet wurde die Skala bisher bei Kindern bis zu einem Alter von etwa zweieinhalb Jahren.

Über die Sensitivitäts-Skala hinaus konzipierte Ainsworth zudem die Skalen „acceptance vs. rejection“, „accessibility vs. ignoring and neglecting“ und „cooperation vs. interference“ (Ainsworth, 1969).

Zur Validität der Maternal Care Scales lässt sich sagen, dass alle vier Skalen zusammen bei Kindern in einem Alter von einem Jahr signifikant zwischen sicher und unsicher gebundenen Kindern differenzieren (Ainsworth et al, 1978; DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987). Die Sensitivitäts-Skala zeigt zudem Zusammenhänge zur Erinnerung der Mutter an ihre eigenen Eltern (Biringen, 1987), zur Ausbil-

dung und dem sozioökonomischen Status der Mutter und einen negativen Zusammenhang zu psychischen Erkrankungen der Mutter (Gross, 1983).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Verwendung der Feinfühligkeits-Skala inzwischen über eine große Altersspanne von Kindern hinweg fest etabliert hat. Über das Säuglingsalter hinaus sind die Skalen bisher jedoch nicht validiert worden.

Leerkes und Kollegen (2004) beschreiben in einem Artikel die Verwendung eines **Tagebuchverfahrens**, das Burrous (2004) in Anlehnung an Stovall und Dozier (2000) modifizierte. Stovall und Dozier hatten das Verfahren ursprünglich zur Beobachtung des Beziehungsaufbaus bei Pflegekindern entwickelt. Mit Hilfe dieser Methode sollen Eltern alltägliche, bindungsrelevante Situationen eine Woche lang immer dann dokumentieren, wenn das Kind körperlich verletzt, verängstigt, frustriert, ärgerlich oder getrennt von bzw. wiedervereint mit seinen Eltern ist. Dabei beschreiben die Eltern zunächst kurz die Situation und geben dann an, welches hilfeschuchende Verhalten das Kind zuerst gezeigt hat. Sie haben dabei die Auswahl aus 21 Items wie beispielsweise „Wollte auf den Arm genommen werden“. Als nächstes geben sie aus 23 Möglichkeiten an, welches ihre direkte Reaktion darauf war und beschreiben zuletzt anhand einer Auswahl von weiteren 25 Items wie das Kind auf ihr Verhalten reagiert hat. Beurteilt wird die mütterliche Sensitivität auf einer 5-Punkte-Skala anhand der Übereinstimmung ihrer Reaktion, der Situation und dem Grad des Leidens des Kindes.

Zum Beleg der Validität dieses Verfahrens geben Leerkes und Kollegen (2004) an, dass Eltern von sicher gebundenen Kindern im Originalverfahren von Stovall und Dozier (2000) eher responsiv reagierten, wohingegen Eltern von unsicher gebundenen Kindern eher zurückweisende Verhaltensweisen zeigten.

Ein Vorteil dieses Verfahrens liegt in der eine Woche andauernden Anwendung im Alltag, so dass von alltagsrelevanten Daten ausgegangen werden kann. Dennoch bleibt bei dieser Methode das Problem, dass dem Untersucher keine Möglichkeit zur Überprüfung der gemachten Angaben bleibt. So könnte nur durch ergänzende Untersuchungen geprüft werden, ob das Ausmaß der Feinfühligkeit der Eltern eine Auswirkung auf die Vollständigkeit und Qualität ihrer Aufzeichnungen gehabt hat. Auch die durch das Verfahren erzeugte besondere Aufmerksamkeit der Eltern könnte deren Verhalten (vorübergehend) verändern. Ein weiterer Nachteil dieser Methode liegt darin, dass Eltern eine Woche lang für Erfassung ihrer Feinfühligkeit in Beschlag genommen werden müssen, wohingegen

mehrere andere Beobachtungsmethoden lediglich wenige Minuten benötigen. Einschränkend ist also hier die Ökonomie des Verfahrens zu nennen.

Der **Maternal Behavior Q-Sort** (Pederson & Moran, 1995) ist ein Instrument, das aus 90 Items zur Beurteilung des mütterlichen Verhaltens während einer Mutter-Kind-Interaktion zu Hause besteht. Untersucht wird das Verhalten der Mutter in der Interaktion mit ihrem Kind in einem Zeitraum von etwa zwei Stunden.

Das Verfahren ist insbesondere auf das Verhalten der Mutter in Reaktion auf das Verhalten des Kindes abgestimmt und soll erfassen, inwieweit die Mutter auf Signale des Kindes prompt und angemessen reagiert. Insofern geht die Konzeption des Verfahrens auf die ursprüngliche Definition elterlicher Feinfühligkeit von Ainsworth und Kollegen zurück (Ainsworth et al., 1978). Die 90 Beschreibungen des mütterlichen Verhaltens sind jeweils auf einzelne Karten gedruckt. Je zehn Karten werden von einem trainierten Auswerter zu den Beurteilungen von 1=trifft gar nicht zu bis hin zu 9=trifft vollständig zu zugeordnet (Niccols & Feldman, 2006).

Sowohl die Reliabilität als auch die Validität des Verfahrens sind überprüft und ausreichend für die Anwendung bei Kindern im Alter von sechs bis 42 Monate bestätigt worden (Atkinson, Chisholm, Scott, Goldberg, Vaughn, Blackwell, Dickens & Tam, 1999; Moran, Pederson, Pettit & Krypka, 1992).

Ein Nachteil des insgesamt als sehr gut einzustufenden Verfahrens liegt in der langen Durchführungsdauer der Datenerhebung von zwei Stunden und der Notwendigkeit eines Hausbesuchs.

Die **4 Punkte-Feinfühligkeitsskala** (NICHD Early Child Care Research Network, 1999a) wurde bisher nur im Rahmen der großen Längsschnittstudie der NICHD-Forschungsgruppe angewendet. Alle Veröffentlichungen, die dieses Verfahren verwendeten, hatten also denselben 1300 Familien umfassenden Datensatz zur Grundlage.

Die NICHD-Forschungsgruppe definiert Feinfühligkeit gegenüber Kindern im Alter von sechs bis 24 Monaten als positive, nicht-intrusive, responsive und unterstützende mütterliche Sorge. Im Alter von 36 Monaten beinhaltet sie hingegen die unterstützende Anwesenheit der Mutter, Respekt vor der Autonomie des Kindes und Nicht-Feindseligkeit (NICHD Early Child Care Research Network, 1999a). Bei dem Beurteilungssystem werden die oben genannten Teilaspekte der Feinfühligkeit jeweils für eine videografierte Situation auf einer 4-Punkte-Skala von „1: überhaupt nicht zutreffend“ bis „4: genau zutref-

fend“ bewertet, d.h. im Alter von sechs bis 24 Monaten werden die Aspekte „feinfühlig, wenn Kind nicht belastet (sensitivity to nondistress)“, „positive Beachtung (positive regard)“ und „intrusiv (intrusiveness; umgepolt)“ bewertet, im Alter von drei Jahren „unterstützende Anwesenheit (supportive presence)“, „Respekt vor Autonomie (respect for autonomy)“ und „Feindseligkeit (hostility; umgepolt)“. Die Zusammenfassung der jeweils drei Einzelwerte ergibt dann das Ausmaß der elterlichen Feinfühligkeit in der beobachteten Situation.

Die Untersuchungsdauer beträgt 15 Minuten. Im Alter von sechs und 15 Monaten statten die Untersucher einen Hausbesuch zum Videografieren ab, im Alter von 24 und 36 Monaten findet die Untersuchung im Labor statt. Im Alter von sechs Monaten wurde eine halbstrukturierte Spielsituation gefilmt. Im Alter von 15, 24 und 36 Monaten wurden die Mütter gebeten, ihren Kindern nacheinander den Inhalt von drei Kisten mit altersadäquaten Spielsachen zu zeigen (nach Vandell, 1979).

Zur Validität dieses Verfahrens schreibt die NICHD-Arbeitsgruppe, dass positive Korrelationen zwischen ihrem Wert der mütterlichen Feinfühligkeit mit den Daten der „Home Observation for Measurement of the Environment“ (Bradley, Caldwell, Brisbee, Maqee, Whiteside, Rock, 1992) dafür sprechen würden, dass sie bedeutungsvolle Aspekte realitätsnah erfassen würden (NICHD Early Child CARE Research Network, 1999a). Eine weitere Form der Validierung liegt nach Kenntnis der Verfasserin nicht vor.

Bohlin und Hagekull (2000) verwendeten zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit bei Kindern im Alter von vier Jahren eine Skala, mit deren Hilfe Interaktionen während des Essens beurteilt werden können, die **Neun-Punkte-Skala beim Essen** (van den Boom, 1990). Sie berufen sich bei der zugrundeliegenden Konzeption des Verfahrens auf die Definition der mütterlichen Feinfühligkeit von Ainsworth (Ainsworth et al., 1978). Beurteilt würde die Reaktionen der Mutter auf Initiativen des Kindes und die Feinfühligkeit der Mutter, wenn sie durch Anweisungen das Verhalten des Kindes ändern möchte. Jeder der neun Punkte auf der Skala sei verbal ausformuliert. Da aber nur die Interraterreliabilität bezüglich der Anweisungen der Mutter zufriedenstellend ausfiel, verwendeten sie allein diesen Aspekt zur Bestimmung der mütterlichen Feinfühligkeit (Bohlin & Hagekull, 2000).

Über die Validität dieses Verfahrens ist der Verfasserin nichts bekannt.

Aufgrund der sehr speziellen Situation, in der dieses Verfahren angewendet wird, und der ausschließlichen Verwendung des Aspekts „Feinfühligkeit der Mutter beim Geben

von Anweisungen zum Verändern des Verhaltens des Kindes beim Essen“ ist es fraglich, ob all das, was Ainsworth und Kollegen (1978) als substantielle Bestandteile der elterlichen Feinfühligkeit definiert haben, abgebildet werden kann. Ein weiterer Nachteil dieser Methode liegt in der Tatsache, dass die mütterliche Feinfühligkeit nur im Rahmen eines Hausbesuchs bei einer Mahlzeit erhoben werden kann. Darüber hinaus lassen mangelnde Angaben zur Validität des Verfahrens die Neun-Punkte-Skala nach Auffassung der Verfasserin als nur eingeschränkt verwendbar erscheinen.

Zur Operationalisierung und Erfassung des Konzepts der „emotionalen Verfügbarkeit“ (Emotional Availability; Biringen & Robinson, 1991) in einer Eltern-Kind-Interaktion entwickelten Biringen, Robinson und Emde (1993) ein Skalensystem, die sogenannten „**Emotional Availability Scales (EA)**“, das inzwischen in der dritten Auflage vorliegt (Biringen, 1998). Es existiert eine Version für Kinder von der Geburt bis zum Alter von 4 Jahren (Infancy to Early Childhood Version) und eine für Kinder ab dem Alter von fünf Jahren (Middle Childhood Version). Beide umfassen jeweils vier Skalen zur Beurteilung des Verhaltens der Eltern und zwei für das Verhalten des Kindes. Sie unterscheiden sich in den Ankerbeispielen der Skalen, jedoch nicht in den Beschreibungen und Inhalten der einzelnen Skalen. Bei diesem Skalensystem handelt es sich um eine globale Beurteilung der Situation: „EA is a global or holistic judgment by which the observer uses contextual cues and clinical judgment to infer the appropriateness of behaviors“ (Biringen, 1998, S.3f). Das bedeutet, dass der Beobachter nicht einzelne Verhaltensweisen kodiert, sondern eine Situation auf den sechs Skalen jeweils in Gänze beurteilt. In Bezug auf die Eltern werden die Skalen „parental sensitivity“, „parental structuring“, „parental nonintrusiveness“ und „parental nonhostility“ angewendet. Für das Kind stehen die Skalen „child’s responsiveness to the parent“ und „child’s involvement of the parent“ zur Verfügung. Alle Skalen sollen als Beziehungsvariablen verstanden werden. Dies impliziert, dass das Verhalten der Eltern nicht unabhängig von dem des Kindes und der Situation beurteilt werden kann. Das gleiche gilt für das Verhalten des Kindes (Biringen, 1998).

Zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit wurde in der Literatur die Skala „parental sensitivity“ verwendet. Sie ist stark durch die Konzeptualisierung der Feinfühligkeit als Responsivität der Eltern gegenüber den Signalen des Kindes durch Ainsworths Feinfühligkeitsskala geprägt. Sie ist ebenfalls global und holistisch und beurteilt eher den Verhaltenstil einer Bezugsperson als konkrete einzelne Verhaltensweisen. Auch hier wird von der beurteilenden Person ein Wert für die elterliche Feinfühligkeit über die gesamte be-

trachtete Situation hinweg vergeben. So wie die Skala von Ainsworth und Kollegen, ist auch diese 9-stufig, wobei jeder zweite Punkt durch eine allgemeine Beschreibung definiert ist. Biringen stellt jedoch die Rolle des Affekts stärker in den Vordergrund und betont die Wichtigkeit des Umgangs mit Konflikten und das altersangemessene Verhalten der Eltern. Neben der Feinfühligkeit hat der Beobachter mit dem System der EA zudem die Möglichkeit, Bewertungen auf den Skalen „elterliches Strukturieren“, „elterliche Nicht-Aufdringlichkeit“ und „elterliche Nicht-Feindseligkeit“ zu vergeben. Die insgesamt vier Skalen sollen jedoch unabhängig voneinander bewertet werden. Bei wenig feinfühligem Eltern können daher die Werte der anderen drei Skalen nicht angegeben, was die Eltern zu viel oder zu wenig gemacht haben.

Bewertet wird also ebenfalls, wie bei Ainsworth und Kollegen, das Verhalten der Mutter bzw. des Vaters in Bezug auf die vom Kind gesendeten Signale. Dabei wird ein Wert für die elterliche Feinfühligkeit in der gesamten Situation vergeben, einzelne Verhaltensweisen werden nicht separat kodiert, sondern zusammengefasst beurteilt. Die beurteilende Person bildet daher einen inhaltlichen Mittelwert über die gesamte beobachtete Situation. Zwischen den beiden möglichen negativen Polen der Feinfühligkeitsdimension - zuviel oder zuwenig Reaktion - differenziert die Skala nicht und die zusätzlichen Skalen können dies nicht ergänzen, da sie, wie oben bereits erläutert, unabhängig von der Feinfühligkeitsdimension bewertet werden. Angewendet wurde die Skala, soweit der Verfasserin bekannt, bisher bei Kindern bis zu einem Alter von sieben Jahren.

Reliabilität und Validität des Verfahrens konnten laut Biringen (Biringen, 1998) in mehreren Studien bis zu einem Alter von 12 Monaten nachgewiesen werden. Hinweise liegen zudem für das Alter von vier und sieben Jahren vor (Lok & McMahon, 2006).

Die Emotionale Availability Scales werden von der Verfasserin als gut bewertet. Ein Nachteil liegt jedoch in der jeweils globalen Beurteilung des elterlichen bzw. kindlichen Verhaltens.

Die **Egeland-Erickson Skala** (Egeland, Erickson, Clemenhagen-Moon, Hiester & Korfmacher, 1990) erfasst mithilfe von zehn- bis 15minütigen halbstrukturierten Mutter-Kind-Interaktionen die Feinfühligkeit der Mutter. Die Instruktionen für Mutter und Kind geben eine Aufgabe vor, die das Kind nicht bewältigen kann. Die Mutter wird gebeten, dem Kind bei der Erfüllung der Aufgabe zu helfen. Bewertet werden auf siebenstufigen Likert-Skalen die emotionale Unterstützung des Kindes durch die Mutter, ihre Feindseligkeit gegenüber dem Kind, der Respekt der Mutter gegenüber der Autonomie des Kindes,

die Strukturierung der Situation und das Grenzsetzen der Mutter sowie Klarheit und Qualität ihrer Instruktionen. Das damit operationalisierte Konstrukt weicht insofern deutlich von der ursprünglichen Definition elterlicher Feinfühligkeit von Ainsworth ab (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

Die Reliabilität des Verfahrens wurde bestätigt (Jaffari-Bimmel, Juffer, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Mooijaart, 2006), zur Validität des Verfahrens ist der Verfasserin nichts bekannt.

Die Nachteile des Verfahrens liegen in dem sehr speziellen Setting, bei dem das elterliche Verhalten in Bezug auf Überforderungssituationen des Kindes bewertet wird, sowie der abweichenden Definition von elterlicher Feinfühligkeit.

Der **CARE-Index** ist ein Verfahren zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit sowie des Verhaltens des Kindes in Eltern-Kind-Interaktionen (Crittenden, 2005a). Er basiert auf der Beurteilung drei- bis fünfminütiger freier Spielinteraktionen zwischen einem Erwachsenen und einem Kind. Es handelt sich dabei um eine Methode zum Gewinnen von Informationen bezüglich einer Eltern-Kind-Dyade, also bezüglich einer spezifischen Beziehung. Das bedeutet, es geht nicht um die Erfassung elternspezifischer sondern beziehungsspezifischer Charakteristika. Der CARE-Index existiert in zwei Versionen: „Infants (birth – 15 months) Coding Manual“ (Crittenden, 2006) und „Toddler (15 – 30 months) Coding Manual“ (Crittenden, 2005a). Die beiden Versionen unterscheiden sich bezüglich der beispielhaften Beschreibungen der einzelnen Skalen und der Konzeptualisierung der Skalen bezüglich des Kindes. Crittenden berücksichtigt mit dieser Unterteilung des CARE-Index in zwei Altersstufen die Entwicklung von Kindern. Der sich verändernden und zunehmenden Ausdrucksmöglichkeiten von Kindern wird dadurch Rechnung getragen, da sich das Verhalten des Kindes, welches beispielsweise seine Kooperativität und sein Wohlbefinden in der Interaktion mit dem Erwachsenen ausdrückt, in diesen jungen Jahren im Ausdruck deutlich verändert. Teilt man das Verhalten des Kindes in der Säuglingszeit in kooperatives, überangepasstes, passives oder schwieriges Verhalten ein (Crittenden, 2006), so stehen für das Kleinkindalter kooperatives, überangepasstes und drohendes bzw. entwaffnendes Verhalten zur Beschreibung des Kindes zur Verfügung (Crittenden 2005a).

Im Folgenden soll ausschließlich auf den CARE-Index für Kleinkinder (Toddler Coding Manual; Crittenden, 2005a) eingegangen werden, da dieser für Kinder über zwei Jahre eingesetzt werden kann.

Claussen und Crittenden (2000) definieren das diesem Verfahren zugrunde liegende Konstrukt der elterlichen Feinfühligkeit als ein zweischrittiges. Der erste Schritt feinfühli- gen Verhaltens liege in der Wahrnehmung und richtigen Interpretation der Signale des Kindes - soweit scheint die Definition parallel zu der von Mary Ainsworth und Kollegen. Sie fahren aber wie folgt fort: Der zweite Schritt sei die angemessene und prompte Reakti- on. Bei Ainsworth seien diese beiden Komponenten in der Definition und in der Operatio- nalisierung zusammengefasst. Dabei hieße die Wahrnehmung und Interpretation der Signa- le laut Claussen und Crittenden noch lange nicht, dass die Eltern auch prompt und ange- messen reagierten. Dies sei ein zweiter, unabhängiger Schritt im Informationsverarbei- tungsprozess der Eltern. Denn Eltern könnten sich trotz richtiger Interpretation beispie- lweise absichtlich für eine nicht-angemessene Reaktion entscheiden, oder sie erkennen die Bedürfnisse des Kindes und wissen nicht, wie sie sie befriedigen können, oder sie wollen prompt und angemessen handeln, werden aber durch ein anderes Kind, einen Telefonanruf o.ä. davon abgehalten. Auf Grund dessen verfügt der CARE-Index über zwei negative Pole der Feinfühligkeitsdimension: Nicht-Responsivität und Kontrolle. Unter Kontrolle versteht Crittenden responsives, aber eingreifendes und störendes Verhalten. Betrachtet man die Definition von Feinfühligkeit in dieser Zweischrittigkeit, bedeutet dies, dass nicht- responsives Verhalten als eines der beiden negativen Enden der Skala eher aus der Nicht- Wahrnehmung oder dem falschen Interpretieren der Signale des Kindes resultiert und ein „Zuwenig“ an feinfühli- gen Verhaltensweisen der Eltern bedeute. Kontrolle als zweiter negativer Pol geht hingegen aus der nicht angemessenen Reaktion auf die richtig interpre- tierten Signale des Kindes hervor. Dies kann beispielsweise ein „Zuviel“ an eigentlich feinfühli- gen Verhaltensweisen bedeuten (Claussen & Crittenden, 2000).

Eine Besonderheit des CARE-Index liegt in der Annahme, dass sowohl der Er- wachsene als auch das Kind sein Verhalten „fälschen“ kann, d.h. dass beispielsweise ein positiver Affekt gezeigt werden kann, auch wenn die Person traurig oder wütend ist (Crittenden, 2005a). Des Weiteren lässt sich interpretieren, dass Ainsworth und Kollegen Fein- fähigkeit eher als eine intrapersonale Variable auffassen, d.h. es wird angenommen, dass ein Elternteil über ein bestimmtes Maß an Sensitivität verfüge. Demgegenüber plädieren Claussen und Crittenden dafür, Feinfähigkeit als ein entwicklungs- dynamisches Konstrukt zu interpretieren, d.h. als eine interpersonelle Variable, die auch Temperament und andere spezifische Charakteristika sowohl der Eltern als auch des Kindes sowie den Kontext in der Beurteilung berücksichtigt. Denn das gleiche Verhalten der Eltern kann abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes und der Situationen ganz unterschiedlich bewertet werden.

Feinfühligkeit interagierten laut Claussen und Crittenden in der „zone of proximal development“ (Vygotski, 1987) des Kindes. Wenn sich diese Zone auf Grund der weiteren Entwicklung verschiebe, verschiebe sich auch das Verhalten der feinfühligkeit Eltern. Ein weiterer Aspekt bei der Berücksichtigung des Kontexts sei der kulturelle Rahmen, in dem das Verhalten von Eltern und Kind beobachtet würde. Das gleiche elterliche Verhalten könne in unterschiedlichen Kulturen sehr verschieden wahrgenommen und beurteilt werden (Claussen & Crittenden, 2000).

Die Beurteilung elterlicher Feinfühligkeit wird im Gegensatz etwa zu den Skalen von Ainsworth oder Biringen nicht durch einen Gesamtwert über die gesamte Situation abgebildet. Nach einer ersten allgemeinen Einschätzung der Situation auf einer eindimensionalen und globalen Skala für elterliche Feinfühligkeit wird das Verhalten des Erwachsenen in Bezug auf sieben separate Verhaltensaspekte bezüglich der Feinfühligkeit bewertet, nämlich (1) Gesichtsausdruck/Mimik, (2) verbale Äußerungen, (3) Position und Körperkontakt, (4) Stimmung, (5) Wechselspiel/Kontingenz der Interaktion, (6) Kontrolle und (7) Wahl der Aktivität.

Eine weitere Besonderheit des CARE-Index liegt in der klinischen Erfahrung der Autorin Patricia Crittenden als Leiterin eines Child Protections Teams, die in die Entwicklung des Verfahrens eingeflossen ist, wohingegen ein Großteil der sonstigen Bindungsforschung auf nicht klinischen Stichproben basiert. Die klinische Relevanz des CARE-Index zeigt sich unter anderem in den Studien, die zur Bestätigung der Validität des CARE-Index angeführt werden können. So konnte Crittenden in mehreren Studien nachweisen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Mutter-Skalen im CARE-Index (Feinfühligkeit, Kontrolle und Nicht-Feinfühligkeit) und Misshandlung bzw. Vernachlässigung der Kinder besteht (Alter der Kinder: 1-24 Monate; Crittenden, 1981; Crittenden 1985). Das gleiche zeigte sich ebenfalls bezüglich der Kinder-Skalen (Kooperativität, Überangepasstheit, Schwierig und Passiv) und Misshandlung bzw. Vernachlässigung der Kinder (Alter der Kinder: 1-48 Monate; Crittenden, 1992).

Der CARE-Index hat sich auch aufgrund dieser Befunde als Screening-Instrument zur Erfassung von Risiko in Eltern-Kind-Interaktionen und insbesondere für die Erfassung mütterlicher Feinfühligkeit bei klinischen Stichproben fest etabliert in der Forschung zur frühen Kindheit etabliert.

Die Validität des CARE-Index wurde zudem dadurch eindeutig bestätigt, dass Feinfühligkeit gemessen mit der Ainsworth-Skala signifikant negativ mit den nicht-feinfühligkeit Skalen im CARE-Index, also Kontrolle und Unresponsivität der Mutter, kor-

relierten (Alter der Kinder: drei Monate; Rauh, Simó & Ziegenhain, 1998). Des Weiteren zeigte sich im Alter von drei bis 18 Monaten ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Feinfühligkeit der Mutter, wie sie mit dem CARE-Index erhoben wurde, und der Bindungssicherheit des Kindes mit 21 Monaten, erfasst mit dem Preschool Assessment of Attachment (PAA; Crittenden, 2004; Simó, Rauh, Ziegenhain, 2000).

Weitere Belege zur Validität des CARE-Index fanden sich durch den Nachweis eines signifikanten Zusammenhangs zwischen der Feinfühligkeit der Mütter im CARE-Index in einer Untersuchungsgruppe jugendlicher Mütter und der Bindungsklassifikation der Mütter im Adult Attachment Interview (Alter der Kinder: drei und neun Monate; Ward & Carlson, 1995), sowie durch signifikante Zusammenhänge zwischen den Erziehungseinstellungen der Mütter, erfasst mithilfe des Parenting Opinion Questionnaire, und der Feinfühligkeit der Mütter im Spiel mit ihren Kindern (Alter der Kinder 8-48 Monate; Leventhal, Jacobsen, Miller & Quintana, 2004) und der Ainsworth-Skala und dem Therapieerfolg bei kurzen Mutter-Kind-Behandlungen (Alter der Kinder: 2-40 Monate; Cramer et al. 1990).

Die Validität des CARE-Index gilt für den Altersbereich der 0 bis vierjährigen Kinder als bestätigt.

Tabelle 2 gibt abschließend einen zusammenfassenden Überblick über die Vor- und Nachteile der oben beschriebenen Verfahren zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit.

Tabelle 2. Vor- und Nachteile der Verfahren zur Erfassung mütterlicher Feinfühligkeit

Name des Verfahrens	Definition Feinfühligkeit	Art der Beurteilung Mutter?	Beurteilung Kind enthalten?	Art der Beurteilung Kind?	Wer Beurteilt?	Ökonomie des Verfahrens?	Validität?
Maternal Care Scales (Sensitivity Scale)	Ainsworth (+)	global (-)	nein (-)	-	Beobachter (+)	wenige Minuten Videoaufzeichnung (+)	bestätigt im Alter von 12 Monaten (+)
Tagebuchverfahren	in Anlehnung an Ainsworth (+)	multiple choice (+)	ja (+)	multiple choice (+)	Eltern (-)	eine Woche lange Eltern eingespannt (-)	Validität des Originalverfahrens von Stovall und Dozier wird angeführt (-)
Maternal Behavior Q-Sort (MBQS)	Ainsworth (+)	differenziert (+)	nein (-)	-	Beobachter (+)	zweistündige Beobachtung beim Hausbesuch (-)	bestätigt bis 42 Monate (+)
4-Punkte-Punkte-Feinfühligkeitsskala	eigene Definition (-)	global (-)	nein (-)	-	Beobachter (+)	fünfzehnminütige Videoaufzeichnung (+)	Validität im Vergleich mit Fragebogen bestätigt (+)
CARE-Index	in Anlehnung an Ainsworth (+)	differenziert (sieben Verhaltensaspekte) (+)	ja (+)	differenziert (sieben Verhaltensaspekte) (+)	Beobachter (+)	drei- bis fünfminütige Videoaufzeichnung (+)	bestätigt bis 48 Monate (+)
9-stufige Skala beim Essen	nur Teilaspekte der Definition von Ainsworth (-)	global (-)	nein (-)	-	Beobachter (+)	-	unbekannt (-)
Emotional Availability Scales	Ainsworth (+)	global (-)	ja (+)	global (-)	Beobachter (+)	gut (+)	bestätigt mit 12 Monaten; Hinweise für 4 und 7 Jahre (+)
Egeland/ Erickson Scale	eigene Definition in speziellem Setting (-)	global (-)	nein (-)	-	Beobachter (+)	fünfzehnminütige Videoaufzeichnung (+)	unbekannt (-)

(+) Aspekt wird von der Verfasserin als positiv bzw. (-) als nachteilig bewertet

Zusammenfassend zeigt sich, dass der CARE-Index für die Erfassung elterlicher Feinfühligkeit und der gesamten Eltern-Kind-Interaktion insbesondere für klinische Stichproben am besten geeignet erscheint, da er auf der einen Seite sehr ökonomisch einsetzbar

ist und auf der anderen Seite eine sehr differenzierte Beurteilung sowohl des elterlichen als auch des kindlichen Verhaltens ermöglicht und auch an klinischen Untersuchungsgruppen erfolgreich validiert wurde.

1.3 Ziel der Untersuchung

Ziel der Untersuchung ist es, eine Methode zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit bei Kindern im Kindergartenalter, den CARE-Index für Kleinkinder (Crittenden, 2005a), in Bezug auf die Anwendung bei Kindern im Alter zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren auf seine Testgütekriterien hin zu überprüfen.

Um die Validität des CARE-Index für Kindergartenkinder zu testen, würde üblicherweise ein Vergleich mit einer anderen Methode zur Erfassung mütterlicher Feinfühligkeit im Kindergartenalter herangezogen. Wie sich der Darstellung der bisher für diese Altersstufe etablierten Verfahren entnehmen lässt, wurde bisher allein der Maternal Behavior Q-Sort bis zu einem Alter von dreieinhalb Jahren validiert. Da die Verwendung des CARE-Index jedoch für Kinder bis zu einem Alter von fünfeinhalb Jahren angestrebt wird, muss im vorliegende Fall eine Methode gewählt werden, die ein verwandtes Konstrukt zur elterliche Feinfühligkeit erhebt und für die Gruppe der zweieinhalb- bis fünfeinhalbjährigen Kinder bereits erfolgreich validiert wurde. Zur Validierung des CARE-Index wird daher ein Vergleich des CARE-Index mit einer Methode zur Erfassung der Bindungssicherheit des Kindes in der vorliegenden Studie verfolgt. Denn, wie einleitend dargestellt, besteht nachweislich zwischen der Feinfühligkeit der Mutter und der Bindungssicherheit des Kindes im Säuglings- und Kleinkindalter ein robuster Zusammenhang (DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Atkinson et al., 2000). Des Weiteren konnte belegt werden, dass die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson auch jenseits der frühesten Kindheit einen entscheidenden Einfluss auf die Bindungssicherheit des Kindes hat (Hungerford, 2002; Clement & Barnett 2002).

Daraus resultiert die folgende Überlegung zur Validierung des CARE-Index für Kleinkinder bei Kindergartenkindern an einem Außenkriterium: Wenn sich der CARE-Index für Kleinkinder auch für die Anwendung bei Kindern im Kindergartenalter eignen sollte, muss ein positiver Zusammenhang zwischen der damit erfassten Feinfühligkeit der Mutter und der Bindungssicherheit ihres Kindes im Kindergartenalter bestehen. Die zu überprüfenden Hypothese lautet daher:

1. psychologische Hypothese - Kriteriumsvalidität:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einerseits der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index für Kleinkinder angewendet bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren und ihren Müttern und andererseits der Bindungssicherheit des Kindes zum gleichen Zeitpunkt.

Des Weiteren wird überprüft, ob ebenfalls ein Zusammenhang zwischen den Verhaltensweisen des Kindes und der Bindungssicherheit des Kindes besteht. Folgender Forschungsfrage soll daher nachgegangen werden:

Forschungsfrage:

Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Kooperativität des Kindes im CARE-Index für Kleinkinder angewendet bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren und ihren Müttern und andererseits der Bindungssicherheit des Kindes zum gleichen Zeitpunkt?

Zur Beurteilung der Konstruktvalidität des CARE-Index sollen weitere Konstrukte bezüglich Mutter und Kind hinzugezogen werden. Es wird davon ausgegangen, dass die psychische Belastung der Mutter einen Einfluss auf ihr Verhalten gegenüber ihrem Kind hat. Des Weiteren sollen der Zusammenhang zwischen dem Verhalten des Kindes gegenüber seiner Mutter und den bei ihm beobachteten Verhaltensauffälligkeiten untersucht werden. Folgende Hypothesen zur Konstruktvalidität werden daher angenommen:

2. psychologische Hypothese – Konstruktvalidität:

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index für Kleinkinder angewendet bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren einerseits und der momentan subjektiv empfundenen psychischen Belastung der Mutter zum gleichen Untersuchungszeitpunkt andererseits.

3. psychologische Hypothese – Konstruktvalidität:

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem kooperativen Verhalten des Kindes im CARE-Index für Kleinkinder angewendet bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren und den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zum gleichen Untersuchungszeitpunkt.

Da sich die Validität eines Testverfahren nur dann abschließend beurteilen lässt, wenn die anderen beiden Hauptgütekriterien Reliabilität und Objektivität ebenfalls erfüllt sind, wird zudem eine Überprüfung der Reliabilität und der Objektivität des CARE-Index bei der Anwendung bei Kindergartenkindern durchgeführt. Auch hier soll neben der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ auch die Skala „Kooperativität des Kindes“ auf Objektivität und Reliabilität hin überprüft werden.

2. Methoden

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Untersuchungsgruppe, die Planung der Studie, den Untersuchungsablauf sowie über die verwendeten Methoden gegeben, die zur testkritischen Überprüfung der Objektivität, Reliabilität und Validität des CARE-Index für das Kindergarten- und Vorschulalter verwendet wurden.

2.1 Untersuchungsgruppe

An allen 67 Kindergärten in Ulm in städtischer, evangelischer und katholischer Trägerschaft wurde um Erlaubnis gebeten, mit Hilfe von Einladungsbriefen Eltern zur Teilnahme an der Studie aufzurufen. Fünf Kindergärten lehnten die Teilnahme ab, die übrigen 62 Kindergärten waren mit dem Verteilen der Einladungen einverstanden. 2484 Einladungen konnten an Eltern von Kindern zwischen zwei und sechs Jahren verteilt werden. Inhalt des Briefs war die Einladung an Mütter von zwei- bis sechsjährigen Kindern, an einem Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung einer Beobachtungsmethode teilzunehmen (siehe Anhang C.1). 115 Mütter meldeten sich mit ihren Kindern zur Teilnahme an. Des Weiteren nahmen acht Mutter-Kind-Paare teil, die über die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums im Rahmen ihrer Behandlung auf die Untersuchung aufmerksam gemacht und mit dem gleichen Brief eingeladen worden waren. Weitere fünf Paare kamen über private Kontakte zur Anmeldung.

In die Auswertung wurden zudem Daten aus der Studie „Transgenerationale bindungsorientierte Diagnostik bei Angststörungen“ (Studienleitung Dr. Anna Buchheim, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm) einbezogen. Teilnehmerinnen an dieser Studie waren Frauen, die eine Angststörung hatten. Sie nahmen an der Studie „Transgenerationale bindungsorientierte Diagnostik bei Angststörungen“ unter der Prämisse teil, dass sowohl sie als auch ihre Kinder eine ausführliche kostenlose diagnostische Abklärung erhielten. Das Einbeziehen der Daten aus dieser Studie wurde zur Erhöhung der Repräsentativität der Untersuchungsgruppe vorgenommen, die sich so sowohl aus klinisch auffälligen Müttern und Kindern als auch unbehandelten Probanden zusammensetzt.

Zehn der insgesamt 145 Mutter-Kind-Paaren sagten nach der Anmeldung zur Studie die Teilnahme wieder ab. An der Untersuchung nahmen letztlich 135 Kinder und ihre

Mütter teil (60 Jungen (44,4%) und 75 Mädchen (55,6%)). Das durchschnittliche Alter der Jungen lag bei etwa 4,4 Jahren, das der Mädchen ebenfalls. Das durchschnittliche Alter der Mütter betrug knapp 36 Jahre. 86,2% der Eltern lebten zusammen, 13,8% getrennt.

Zur Geschwisterkonstellation machten die Mütter ($N=129$) folgende Angaben: 22,5% der teilnehmenden Kinder hatten keine Geschwister, 55,0% hatten ein Geschwister, 21,7% hatten zwei Geschwister und 0,8% hatten fünf Geschwister. 52,3% der Kinder waren erstgeboren, 36,9% zweitgeboren und 10,8% drittgeboren. 84,7% der Kinder besuchten eine Kindertagesstätte, 15,3% nicht. Die Kinder, die eine Kindertagesstätte besuchten, waren täglich ein bis 9,5 Stunden im Kindergarten, durchschnittlich 4,7 Stunden.

In Tabelle 3 sind die wichtigsten deskriptiven Angaben über die Untersuchungsgruppe zusammengestellt.

Tabelle 3. Beschreibung der Untersuchungsgruppe

<i>N</i> insgesamt	135	
<i>N</i> Jungen / Mädchen	60 (44,4%) / 75 (55,6%)	
durchschnittliches Alter der Kinder	4,38 Jahre (1,82-6,77; <i>SD</i> =1,174)	
durchschnittliches Alter der Jungen	4,38 Jahren (2,07-6,55; <i>SD</i> =1,156)	
durchschnittliches Alter der Mädchen	4,4 Jahre (1,82-6,77; <i>SD</i> =1,196)	
durchschnittliches Alter der Mütter	35,69 Jahre (23,50-45,64; <i>SD</i> =5,246)	
durchschnittliches Alter der Väter	38,17 Jahre (26,11-48,80; <i>SD</i> =4,447)	
durchschnittliche Anzahl Geschwister	1,02 (0-5; <i>SD</i> : 0,755)	
Familienstand	86,2% Eltern leben zusammen	13,8% Eltern leben getrennt
höchster Hoch-/Schulabschluss der Mutter (<i>N</i> =116)	Hauptschule Realschule Fachhochschulreife Abitur Hochschulabschluss	10,2 % 23,7 % 11,0 % 22,9 % 30,5 %
Berufstätigkeit der Mutter (<i>N</i> =130)	60% nicht berufstätig	40% berufstätig
höchster Hoch-/Schulabschluss des Vaters (<i>N</i> =118)	Hauptschule Realschule Fachhochschulreife Abitur Hochschulabschluss	11,9 % 19,5 % 12,7 % 16,9 % 39,0 %
Berufstätigkeit des Vaters (<i>N</i> =118)	3,4% nicht berufstätig	96,6% berufstätig

Insgesamt zeigte sich, dass die teilnehmenden Mütter und ihre Kinder bezüglich der in Tabelle 3 dargestellten soziodemografischen Variablen Angaben variierten und daher von einer gewissen Repräsentativität der Stichprobe ausgegangen werden kann.

Nachdem etwa ein Drittel dieser 135 Mutter-Kind-Paare zu einer zweiten Untersuchung mithilfe des CARE-Index eingeladen worden waren, erklärten sich 28 Mutter-Kind-Paare zur erneuten Teilnahme bereit. Sie wurden mit einem Abstand von mindestens zwei Monaten bis zu maximal einem Jahr nach der ersten Untersuchung ein zweites Mal im Videolabor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm beim gemeinsamen Spiel miteinander drei bis fünf Minuten lang videografiert (CARE-Index-Retest; durchschnittlicher zeitlicher Abstand zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten in Jahren: $M=0,22(0,04-1,07)$; $SD=0,195$; $N=28$).

Tabelle 4 zeigt die Anzahl der an den jeweiligen Untersuchungen teilnehmenden Mutter-Kind-Paare.

Tabelle 4. Anzahl der teilnehmenden Mutter-Kind-Paare an den jeweiligen Untersuchungen

N CARE-Index-Situation	135
N Fremde-Situations-Test	81
N CARE-Index-Retest	28

Aus der Auswertung der insgesamt 135 teilnehmende Mutter-Kind-Paare mussten sechs Kinder ausgeschlossen werden, da sie zu jung, d.h. unter zweieinhalb Jahre alt waren, 18 Kinder waren hingegen zu alt (über fünfeinhalb Jahre alt). Weitere 32 Kinder mussten aus der Auswertung ausgeschlossen werden, da von ihnen nur eine Spielsituation vorlag (CARE-Index) jedoch kein zweite Untersuchung mithilfe des CARE-Index oder Fremde-Situations-Test. Abbildung 2 gibt einen Überblick über das Zustandekommen der endgültigen Untersuchungsgruppe von 79 Mutter-Kind-Paaren.

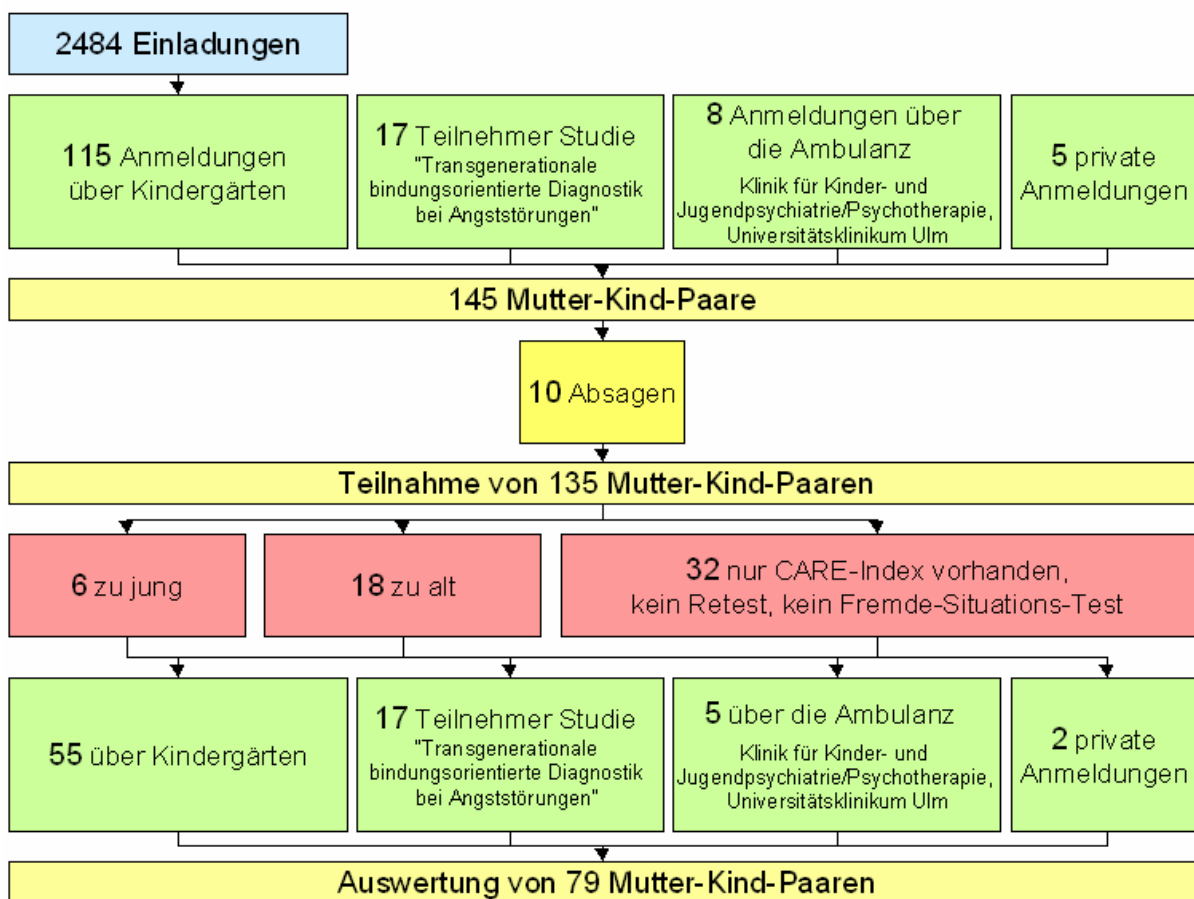


Abb. 2: endgültige Untersuchungsgruppe

Zur Überprüfung der Fragestellung wurden die Daten dieser 79 Mutter-Kind-Dyaden gemeinsam ausgewertet, um sowohl zum einen mit der Gruppe der über Kindergärten und privaten Anmeldungen teilnehmenden Paare ein möglichst breites Spektrum der

Gesamtbevölkerung abzudecken und zum anderen durch die Rekrutierung von klinisch auffälligen Müttern und Kinder die Untersuchungsgruppe um stärker belastetere Paare bzw. Risikogruppen anzureichern.

Tabelle 5 zeigt die soziodemografischen Daten der endgültigen Stichprobe im Überblick.

Tabelle 5. Beschreibung der endgültigen Untersuchungsgruppe

<i>N</i> insgesamt	79	
<i>N</i> Jungen / Mädchen	38 (48,1%) / 41 (51,9%)	
durchschnittliches Alter der Kinder	4,17 Jahre (2,32-5,79; <i>SD</i> =0,97)	
durchschnittliches Alter der Jungen (<i>N</i> =38)	4,22 Jahre (2,58-5,63; <i>SD</i> =0,93)	
durchschnittliches Alter der Mädchen (<i>N</i> =41)	4,13 Jahre (2,32-5,79; <i>SD</i> =1,01)	
durchschnittliches Alter der Mütter (<i>N</i> =69)	36,15 Jahre (24,39-45,64; <i>SD</i> =5,17)	
durchschnittliches Alter der Väter (<i>N</i> =59)	38,59 Jahre (28,86-47,12; <i>SD</i> =3,89)	
durchschnittliche Anzahl Geschwister	0,95 Geschwister (0-2; <i>SD</i> =0,68)	
Familienstand	81,3% Eltern leben zusammen	18,7% Eltern leben getrennt
höchster Hoch-/Schulabschluss der Mutter (<i>N</i> =63)	kein Schulabschluss	3,2 %
	Hauptschule	4,8 %
	Realschule	23,8 %
	Fachhochschulreife	9,5 %
	Abitur	25,4 %
	Hochschulabschluss	33,3 %
Berufstätigkeit der Mutter (<i>N</i> =75)	61,3% nicht berufstätig	38,7% berufstätig
höchster Hoch-/Schulabschluss des Vaters (<i>N</i> =63)	Hauptschule	7,9 %
	Realschule	19,5 %
	Fachhochschulreife	12,7 %
	Abitur	15,9 %
	Hochschulabschluss	44,4 %
Berufstätigkeit des Vaters (<i>N</i> =63)	3,2% nicht berufstätig, 95,2% berufstätig, 1,6% keine Angabe	

In Tabelle 6 ist die Anzahl der jeweils an den Untersuchungen teilnehmenden Mutter-Kind-Dyaden der endgültigen Untersuchungsgruppe zusammengestellt.

Tabelle 6. Anzahl der teilnehmenden Mutter-Kind-Paare in der endgültigen Untersuchungsgruppe an den jeweiligen Untersuchungen

N CARE-Index-Situation	79
N Fremde-Situations-Test	64
N CARE-Index-Retest	27

Zwischen der ursprünglichen Gruppe von 135 Mutter-Kind-Paaren und der endgültigen Untersuchungsgruppe von 79 Mutter-Kind-Paaren konnten keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich der soziodemografischen Angaben festgestellt werden.

Ein Vergleich der ursprünglichen mit der endgültigen Untersuchungsgruppe bezüglich der angegebenen psychischen Belastung der Mütter (Brief Symptom Inventory, siehe 2.3.2) und des Problemverhaltens der Kinder (Elternfragebogen Child Behavior Checklist, siehe 2.3.3) ergab, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Problemverhaltens der Kinder nicht signifikant voneinander unterschieden ($t_{\text{gesamt}}(126)=-.104$, $p=.631$; $t_{\text{internal}}(126)=0,180$, $p=.858$; $t_{\text{external}}(126)=-.481$, $p=.631$). Auch hinsichtlich der psychischen Belastung der Mütter konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der ursprünglichen und der endgültigen Untersuchungsgruppe festgestellt werden ($t_{\text{BSI-GSI}}(108)=-.877$, $p=.383$; $t_{\text{GSI-PSDI}}(108)=-.258$, $p=.797$; $t_{\text{BSI-PST}}(108)=-1,202$, $p=.232$).

2.2 Versuchsplan

Zur Überprüfung der Testgütekriterien des CARE-Index für Kleinkinder (Crittenden, 2005a) bei der Anwendung mit Kindern im Kindergartenalter wurde folgende Untersuchung geplant:

Zweieinhalb bis fünfeinhalb Jahre alte Kinder und ihre Mütter werden in einer drei- bis fünfminütigen freien Spielsituation videografiert, um primär die mütterliche Feinfühligkeit mithilfe des CARE-Index (Crittenden 2005a) erfassen zu können. Des Weiteren werden sie mithilfe des Fremde Situations-Test (Preschool Assessment of Attachment, Crittenden 2004) untersucht. Nach diesen Untersuchungen wird die Mutter gebeten, den Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, 2002), den Fragebogen zur psychischen Befindlichkeit „Brief Symptom Inventory“ (Franke, 2000), einen Fragebogen mit Angaben zur Person sowie eine Erklärung zur erneuten Teilnahme an der Studie auszufüllen. Tabelle 7 zeigt die verwendeten Verfahren sowie das Ziel ihres jeweiligen Einsatzes im Überblick.

Tabelle 7. verwendete Verfahren im Überblick

Verfahren	Variable/Ziel
freies Spiel im Labor, Dauer drei bis fünf Minuten, videografiert (ausgewertet nach dem CARE-Index für Kleinkinder, Crittenden, 2005a)	mütterliche Feinfühligkeit
Fremde-Situations-Test, videografiert (ausgewertet nach dem Preschool Assessment of Attachment, Crittenden, 2004)	Bindungsqualität des Kindes (Kriteriums-Validierung)
Elternfragebogen „Child Behavior Checklist (CBCL)“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, 2002)	Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (Konstrukt-Validierung)
Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke, 2002)	psychische Belastung der Mutter (Konstrukt-Validierung)

Im Rahmen der Studie mit Müttern mit einer Angststörung ($N=17$) wurden diese Mütter und Kinder ebenfalls mit Hilfe des CARE-Index, des Fremde-Situations-Test und des Elternfragebogens „Child Behavior Checklist“ untersucht. Die relevanten soziodemografischen Angaben waren ebenfalls bekannt. Das Brief Symptom Inventory zur psychischen Belastung der Mutter hingegen lag nicht vor, allerdings war eine Angststörung diagnostiziert.

2.3 Instrumente und Operationalisierung der Variablen

In diesem Abschnitt werden die in der vorliegenden Studie verwendeten Verfahren sowie die Operationalisierung der für die Fragestellungen zu untersuchenden Variablen beschrieben.

2.3.1 Angaben zur Person

Der Fragebogen „Angaben zur Person“ erfasst soziodemografische Angaben bezüglich der Familie und des Kindes, wie beispielsweise Geburtsdaten, Ausbildungsstand der Eltern, Anzahl und Alter von Geschwistern, die zur Beschreibung der Untersuchungsgruppe verwendet werden (siehe Anhang A).

2.3.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das „Brief Symptom Inventory (BSI)“ von Franke (2000) ist die Kurzform des Fragebogens „SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. Derogatis“ (Franke, 2002). Es handelt sich dabei um einen Selbstbeurteilungsfragebogen für Erwachsene, der aus 53 Items besteht. Anhand fünfstufiger Likertskalen von 0 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr stark) sollen die Probanden, in der vorliegende Studie die Mütter, ihre persönliche psychische Belastung einstufen (Beispiele: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Herz- und Brustschmerzen? Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Einsamkeitsgefühlen? Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gedanken an Tod und Sterben?). Wie bereits in der Einleitung bezüglich Fragebogenverfahren allgemein erläutert wurde, handelt es sich um eine sprachlich basierte Methode zur Beschreibung der psychischen Belastung der Mutter, die damit zwar etwaigen Verfälschungstendenzen der Mutter und Verzerrungen durch die nur indirekte Erfassung des Zielmerkmals „psychische Belastung“ unterliegt, aber ökonomisch, objektiv und reliabel durchführbar und auswertbar ist.

Das BSI wird als Screening-Verfahren zur Erfassung der psychisch-symptomatischen Belastung in der letzten Woche verwendet (Klaiberg, 2002). Als Ergebnis erhält man sowohl Ausprägungen auf neun Subskalen („Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“), als auch deren Zusammenfassung in drei globale Kennwerte: Der „Global Severity Index“ gibt das Ausmaß der psychischen Belastung an, der „Positive Symptom Distress Index“ die Intensität der Antworten und der Kennwert „Positive Symptom Total“ „wie viele Items im Sinne eines vorhandenen Symptoms beantwortet wurden“ (Klaiberg, 2002, S.822). Objektivität und Reliabilität des Verfahrens sind laut Klaiberg gegeben, ebenso die Validität des englischsprachigen Originals. Die faktorielle Validität des deutschsprachigen BSI wurde bisher noch nicht untersucht. Zur Auswertung liegen zwei getrennte Normtabellen für Erwachsene bzw. Studierende vor. Des Weiteren werden pro Skala geschlechtsspezifische und allgemeine T-Werte angegeben (Klaiberg, 2002).

2.3.3 Elternfragebogen Child Behavior Checklist (CBCL)

Der „Elternfragebogen Child Behavior Checklist (CBCL)“ zur Erfassung des elterlichen Urteils bezüglich des Verhaltens ihrer Kinder existiert in unterschiedlichen Versionen, je nach Alter des Kindes (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, 2002). Er dient als Screening-Verfahren zur orientierenden Abgrenzung kinderpsychiatrisch bedeutsamer Störungen. Auch hierbei handelt es sich wie bereits erläutert um eine sprachlich basierte Methode zur Beschreibung des Verhaltens des Kindes, dass damit etwaigen Verfälschungstendenzen der Mutter und Verzerrungen durch die nur indirekte Erfassung des Zielmerkmals „Verhaltensauffälligkeiten des Kindes“ unterliegt, aber ökonomisch, objektiv und reliabel durchgeführt und ausgewertet werden kann.

In der vorliegenden Studie wurde für Kinder bis zu einem Alter von drei Jahren und 11 Monaten der „Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½-5)“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) verwendet. Ab dem Alter von vier Jahren kam der „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) zum Einsatz.

Der „Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½-5)“ ist ein Verfahren zur Einschätzung des Verhaltens von Kindern zwischen zweieinhalb und fünf Jahren durch die Eltern. Die ausfüllende Person soll für die Beurteilung des Verhaltens des Kindes in den letzten beiden Monaten heranziehen. Anhand von 99 Problem-Items schätzen erwachsene Bezugspersonen das Verhalten des Kindes auf dreistufigen Likertskalen von 0 (nicht zutreffend) bis 2 (genau oder häufig zutreffend) ein. Aus den Antwortausprägungen der 99 Items werden sechs Skalen („Emotionale Reaktivität“, „Ängstlich/Depressiv“, „Körperliche Beschwerden“, „Sozialer Rückzug“, „Schlafprobleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“) sowie drei übergeordnete Skalen („Externalisierende Auffälligkeiten“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Gesamtauffälligkeit“) gebildet (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 2006) (Beispielitems: hat Angst, Neues auszuprobieren; zerstört Eigentum anderer; verletzt Tiere oder Menschen ungewollt; starrt ins Leere; verhält sich seltsam oder eigenartig). Dabei gehen in die Bildung der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ die Subskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ ein. Die Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ setzt sich hingegen aus den Subskalen „Emotionale Reaktivität“, „Ängstlich/Depressiv“, „Körperliche Beschwerden“ und „Sozialer Rückzug“ zusammen. Die Beurteilung der Gesamtauffälligkeit beruht auf allen 99 Problem-Items zuzüglich des höchst-

ten Wertes, den die beurteilende Person beim offenen Item 100 angibt (Achenbach & Rescorla, 2000). Die Skalen wurden mithilfe einer Faktorenanalyse anhand von Daten von 1728 Kindern gebildet. Eine amerikanische Normierung erfolgte auf der Grundlage der Daten von 700 Kindern, die sich nicht in Behandlung befanden. Es liegen getrennten Normen für Jungen und Mädchen vor. Laut der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist zeigten kulturvergleichende Analysen keine bedeutsamen Unterschiede bei der Anwendung der CBCL/1½-5 zwischen den USA, Kanada, den Niederlanden und Deutschland. Sie geht daher davon aus, dass die amerikanische Normierung auch für den deutschsprachigen Raum verwendet werden kann (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 2006). Daher wurden sie auch in der vorliegenden Studie zur Auswertung herangezogen.

Der „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)“ wird ebenfalls als Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt. Er gliedert sich in zwei Abschnitte. Im ersten Abschnitt soll die beurteilende Person Angaben über die psychosozialen Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen machen. Im zweiten Abschnitt, dem Verhaltensteil, soll die beurteilende Person analog zur CBCL/1½-5 anhand von 120 likertskalierten Problem-Items (0=nicht zutreffend, 1=etwas oder manchmal zutreffend, 2=genau oder häufig zutreffend) ein Urteil über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden des Kindes oder Jugendlichen abgeben. Zugrunde gelegt wird dafür das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen in den letzten sechs Monaten. Aus den Ausprägungen der 120 Items werden analog zur CBCL/1½-5 acht Subskalen sowie drei übergeordnete Skalen („Externalisierende Auffälligkeiten“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Gesamtauffälligkeit“) gebildet. Dabei gehen in die Bildung der Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ die Subskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Ängstlich/Depressiv“ ein. Die Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ setzt sich aus den Subskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ zusammen. Die Skalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ gehen in keine der übergeordneten Skalen ein. Der Gesamtauffälligkeitswert umfasst 118 Items (Beispielitems: hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; kaut Fingernägel; hat Alpträume; ist befangen oder wird leicht verlegen; ist ungewöhnlich laut). Sowohl die Validität als auch die Reliabilität der CBCL/4-18 konnten laut Angaben der Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik für deutsche Stichproben bestätigt werden. Für den deutschsprachigen Raum liegen getrennte Normen für

Jungen und Mädchen in zwei Altersgruppen (4-11 und 12-18 Jahre) vor (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 2006).

In der vorliegenden Studie wurden die CBCL/1½-5 sowie der zweite Abschnitt der CBCL/4-18 mit der Auswertungsnorm für Kinder zwischen 4 und 11 Jahren, der analog zum Fragebogen CBCL 1 ½-5 konzipiert ist eingesetzt. Für beide Fragebögen wurden die geschlechtspezifischen Normen für die Auswertung herangezogen.

Aufgrund des Einsatzes sowohl der Version für Kleinkinder als auch der Version für Kinder und Jugendliche wurden für die Berechnungen nicht die Rohwerte der einzelnen Skalen sondern lediglich die T-Werte bezüglich der Gesamt-Skalen „Gesamtauffälligkeiten“, „internalisierende Auffälligkeiten“ und „externalisierende Auffälligkeiten“ verwendet.

2.3.4 Preschool Assessment of Attachment

Das Preschool Assessment of Attachment (PAA; Crittenden, 2004) ist ein Auswertungsverfahren für den klassischen Fremde-Situations-Test (Ainsworth et al., 1978), das für Kinder in einem Alter von zweieinhalb bis fünfeinhalb Jahren konzipiert wurde. Der Fremde-Situations-Test ist ein Beobachtungsverfahren, das auf der videografierten Beurteilung einer Laborsituation beruht. Die Untersuchung findet in einem für das Kind fremden Raum statt. Der Ablauf gliedert sich in acht Episoden und gestaltet sich folgendermaßen:

1. Mutter und Kind betreten einen Raum mit zwei Stühlen und Spielsachen auf dem Boden (Anwesende: Mutter und Kind; Dauer der Episode: etwa eine Minute).
2. Die Mutter soll sich auf einen Stuhl setzen, für das Verhalten des Kindes werden keine Instruktionen gegeben (Anwesende: Mutter und Kind; Dauer der Episode: drei Minuten).
3. Eine fremde Frau betritt den Raum. Sie setzt sich auf den zweiten Stuhl, unterhält sich zunächst mit der Mutter und wendet sich dann an das Kind und macht ein Spielangebot (Anwesende: Mutter, Kind, Fremde; Dauer der Episode: drei Minuten).
4. Nach einem Zeichen (meist ein Klopfen an der Tür) verlässt die Mutter den Raum, Kind und Fremde bleiben zurück (Anwesende: Kind und Fremde; Dauer der Episode: drei Minuten).

5. Die Mutter kehrt in den Raum zurück, die Fremde verlässt ihn (Anwesende: Mutter und Kind; Dauer der Episode: drei Minuten).
6. Nach einem erneuten Zeichen verlässt die Mutter abermals den Raum, das Kind bleibt allein zurück (Anwesende: Kind; Dauer der Episode: drei Minuten).
7. Die Fremde betritt den Raum (Anwesende: Kind und Fremde; Dauer der Episode: drei Minuten).
8. Die Mutter kehrt in den Raum zurück, die Fremde verlässt ihn (Anwesende: Mutter und Kind; Dauer der Episode: drei Minuten).

Anhand des Verhaltens des Kindes in der Untersuchungssituation wird die Bindungsqualität des Kindes beurteilt. Neun Bindungsmuster werden dabei unterschieden:

1. sicher, balanciert (balanced - B): Das Kind zeigt einen entspannten, intimen, direkten Ausdruck von Gefühlen und Wünschen, Konflikte werden ausgehandelt.
2. abwehrend (defended - A): Das Kind verhält sich so, dass emotionale Nähe oder Konfrontation vermieden werden; es ist auf Spiel und Exploration zu Lasten der Beziehungsorientierung konzentriert.
3. zwingend-manipulativ (coercive - C): Das Kind maximiert die psychische Beziehung mit dem Elternteil, es übertreibt Probleme und Konflikte, verhält sich zwingend, z.B. ärgerlich drohend (widersetzt sich, straft) und/oder entwaffnend (unschuldig, tut kokett, verschämt).
4. abwehrend/zwingend (defended/coercive - A/C): Das Kind zeigt sowohl abwehrende als auch zwingend-manipulative Verhaltensweisen (A und C) gemeinsam oder abwechselnd.
5. ängstlich bedrückt (depressed - AD): Das Kind wirkt traurig/depressiv, es starrt ins Leere und zeigt extreme Belastung/Panik.
6. unsicher andere (insecure other - IO): Das Kind zeigt eine Mischung unsicherer Zeichen, es verhält sich inkohärent in der Beziehung zu den Eltern.
7. sicher andere (secure other - SO): Diese Klassifikation wird vergeben, wenn sich der Auswerter sicher ist, dass das Kind sicher gebunden ist, die Mischung der sicherer Zeichen aber in keins der angebotenen sicheren Muster passt.
8. ungebunden (unattached): Das Kind zeigt aufgrund besonderer Umstände ein Fehlen an Bindung zu jedermann. Dieses Muster ist sehr selten.
9. desorganisiert (disorganized): Dem Verhalten des Kindes liegt keine Strategie zu Grunde, es hat kein klares Verständnis über die Beziehung zwischen sich und seinen Bezugs-

personen und kann nicht abschätzen, welche Auswirkungen sein eigenes Verhalten auf das seiner Bindungsperson haben wird (Crittenden, 2004).

Die einzelnen Muster werden jeweils in Untergruppen unterteilt, die von Crittenden im Rahmen ihres „Dynamic Maturational Model of Patterns of Attachment in the Preschool Years“ als eine Kontinuum dargestellt wurden:

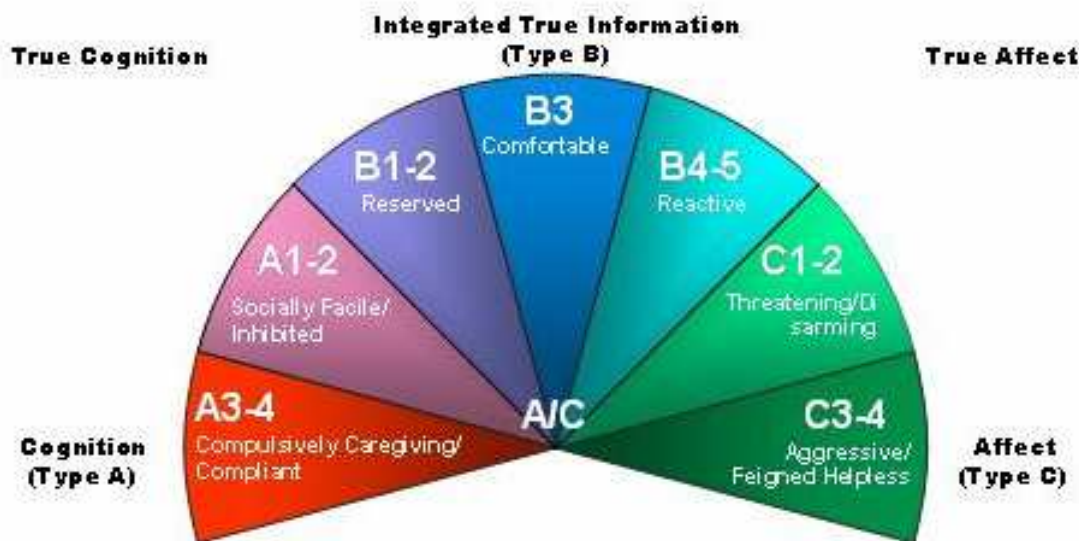


Abb. 3: A Dynamic-Maturational Model of Patterns of Attachment in the Preschool Years (Crittenden, 2007)

Die Bindungssicherheit des Kindes nimmt nach diesem Modell von B3 (comfortable) zu beiden Seiten nach unten hin jeweils ab. Das heißt als sicher gebunden gelten die Kinder mit den Bindungsstilen B3, B1-2, B4-5 und Secure Other (in der Abbildung nicht enthalten). Als unsicher gebunden gelten Kinder mit der Bindungsqualität A1-2, C1-2 und Insecure Other (in der Abbildung nicht enthalten), als hochunsicher gebunden gelten hingegen jene Kinder mit den Klassifikationen A3-4, C3-4, und A/C sowie ängstlich/bedrückt, ungebunden und desorganisiert (in der Abbildung nicht enthalten; Crittenden, 2004).

Eine vergleichende Validierungsstudie zeigte, dass das Preschool Assessment of Attachment eine hervorragende Validität besitzt. So korrelierte der damit erhobenen Bindungsstil des Kindes signifikant mit Kriterien wie der Bindungssicherheit der Mutter, Risikofaktoren wie Vernachlässigung und Missbrauch des Kindes, sowie mit der Interaktionsqualität von Mutter und Kind beim gemeinsamen Spiel miteinander (Crittenden et al., 2007). Durchführungsobjektivität und Auswertungsobjektivität, d.h. Reliabilität, des Pre-

school Assessment of Attachment werden durch ein zwei Wochen langes Training, eine anschließende mehrmonatige Trainingsphase sowie eines Reliabilitäts-Abschlusstests bei Crittenden sichergestellt.

2.3.5 CARE-Index

Der CARE-Index für Kleinkinder (Toddler Coding Manual; Crittenden, 2005a) erfasst im Alter von 15 bis 30 Monaten elterliche Feinfühligkeit sowie des Verhaltens des Kindes in Eltern-Kind-Interaktionen. Er basiert auf der Beurteilung einer drei- bis fünfminütigen freien Spielinteraktionen zwischen einem Erwachsenen und einem Kind. Er erfasst primär die Feinfühligkeit des Erwachsenen im dyadischen Kontext. Anhand der videografierten Spielinteraktion zwischen einem Kind und einem Erwachsenen nehmen trainierte und durch die Autorin des Verfahrens zertifizierte Auswerter eine Einschätzung der Qualität der Erwachsenen-Kind-Interaktion, in der vorliegenden Arbeit der Mutter-Kind-Interaktion, vor (Crittenden, 2005b). Nach einer ersten allgemeinen Einschätzung der Situation auf einer eindimensionalen und globalen Skala für elterliche Feinfühligkeit beurteilt der Auswerter das Verhalten des Erwachsenen in Bezug auf sieben separate Verhaltensaspekte bezüglich der Feinfühligkeit, nämlich (1) Gesichtsausdruck/Mimik, (2) verbale Äußerungen, (3) Position und Körperkontakt, (4) Stimmung, (5) Wechselspiel/Kontingenz der Interaktion, (6) Kontrolle und (7) Wahl der Aktivität. Bei jeder dieser Verhaltensweisen werden zwei Punkte für entweder feinfühliges Verhalten, kontrollierend-intrusives Verhalten oder unresponsives Verhalten des Erwachsenen vergeben. Die beiden Punkte können auch auf zwei Ausprägungen verteilt werden, beispielsweise ein Punkt für feinfühliges und ein Punkt für unresponsives Verhalten, wenn der Erwachsene beide Verhaltensweisen in der Situation gezeigt hat. Diese Beurteilung wird für jeden der oben genannten sieben Verhaltensaspekte durchgeführt und die Werte werden anschließend addiert. Die Skalenwerte reichen somit auf den drei Skalen zur Beurteilung des elterlichen Verhaltens in der Situation (Feinfühligkeit, Kontrolle, Unresponsivität) von null bis 14, wobei die drei Skalen voneinander abhängig sind, da auf allen Skalen zusammen 14 Punkte vergeben werden müssen. Ein Wert von null auf der Skala Feinfühligkeit weist dabei auf ein kritisches Maß an fehlender Feinfühligkeit hin, sieben bedeutet ein ausreichendes, durchschnittliches Maß und 14 spiegelt ein außergewöhnliches Maß an feinfühligem Verhalten wider (Crittenden, 2005b). So erhält man beispielsweise folgende Verteilung: Acht Punkte auf der

Skala Feinfühligkeit, zwei Punkte auf der Skala kontrollierend-intrusive Verhaltensweisen und vier Punkte auf der Skala unresponsives Verhalten.

Analog zu der Beurteilung des elterlichen Verhaltens im Hinblick auf sieben Verhaltensaspekte wird das Verhalten des Kindes beurteilt. Die 14 Punkte, die dem Auswerter zur Verfügung stehen, werden dabei den Skalen „kooperativ“, „überangepasst“, „zwingend“ und „entwaffnend“ zugeordnet. Dabei ist zum Beispiel folgende Verteilung möglich: Acht Punkte auf der Skala „kooperativ“, ein Punkt auf der Skala „überangepasst“, drei Punkte auf der Skala „zwingend“ und zwei Punkte auf der Skala „entwaffnend“.

2.3.6 Ableitung der zu untersuchenden Fragestellungen

Im Folgenden soll zur Ableitung der zu untersuchenden Fragestellungen genauer auf die Testgütekriterien des CARE-Index eingegangen werden. Sie werden zunächst kurz erläutert und anschließend unter dem Gesichtspunkt (oder: darauf hin) beurteilt, welche Testgütekriterien für die Verwendung des CARE-Index im Vorschulalter noch zu überprüfen sind.

Die Objektivität eines Test zeigt an, „wie weit das Verhalten als empirisches Relativ eindeutig quantifiziert wird in Item- und Test-Scores als numerisches Relativ und wie weit diese Quantifizierung sich eindeutig interpretieren lässt“ (Fisseni, 2004, S.47). D.h., „Objektivität steht für das Ausmaß, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig von der Person des Untersuchers ist“ (Amelang & Zielinski, 1997, S. 142). Sie ist die Voraussetzung sowohl für die Reliabilität als auch für die Validität (Rost, 2004). Die Objektivität gilt also als Maß für die Standardisierung und Unabhängigkeit des verwendeten Verfahrens in der diagnostischen Situation. Unterschieden werden dabei die Durchführungsobjektivität, die Auswertungsobjektivität und die Interpretationsobjektivität.

Unter Durchführungsobjektivität versteht man die Standardisierung der diagnostischen Situation, d.h. die Standardisierung der Verfassung des Probanden und der Instruktionen (Fisseni, 2004). Laut Amelang und Zielinski gestaltet sich die quantitative Bestimmung der Durchführungsobjektivität als schwierig, da derselbe Proband mehrfach von unterschiedlichen Testleitern mit demselben Verfahren untersucht werden müsste. Daraus ergäbe sich zum einen die Schwierigkeit, dass das Ergebnis ebenfalls von der Reliabilität des Verfahrens abhängig wäre und zum anderen dass die Testleiter immer wieder das gleiche von den Probanden verlangen müssten, was kaum zu akzeptieren sei. Die Durchführ-

rungsobjektivität könne ihrer Meinung nach jedoch als gegeben betrachtet werden, wenn alle Bedingungen festgelegt seien, die sich verständlicherweise auf das Testverhalten auswirken könnten (Amelang & Zielinski, 1997).

Dem CARE-Index-Manual für Kleinkinder (Crittenden, 2005a) sind keine Angaben über die Verfassung der zu filmenden Probanden zu entnehmen. Im Durchführungs- und Auswertungstraining bei Crittenden wird jedoch festgelegt, dass das zu filmende Kind wach sein muss und, wenn es bereits sauber ist, vor der Untersuchung die Toilette besuchen sollte. Die Instruktionen sind standardisiert und es werden zudem Angaben über das Setting gemacht (z.B. sind Fenster zu schließen, Fernsehgeräte und Radios auszuschalten und eine Decke mit Spielsachen auf dem Boden zu platzieren). Der Verlauf der Untersuchung ist ebenfalls eindeutig vorgegeben (die erwachsene Person und das Kind werden drei bis fünf Minuten lang beim gemeinsamen Spiel miteinander gefilmt).

Des Weiteren wird die Durchführungsobjektivität dadurch gesichert, dass alle geschulten Durchführer und Auswerter des CARE-Index im Rahmen ihrer Ausbildung acht Videos einreichen müssen, anhand derer Crittenden, die Verfasserin des CARE-Index, entscheidet, ob die Durchführung im Sinne des Verfahrens stattgefunden hat. Kriterien sind hierbei, ob Mutter und Kind gut zu sehen und akustisch zu verstehen sind und die Mindestlänge von drei Minuten Videofilm aufgenommen wurden.

Die Durchführungsobjektivität des CARE-Index wird somit als gegeben angesehen.

Unter Auswertungsobjektivität versteht man die eindeutige Zuordnung von numerischen Werten zu den empirischen beobachteten Ereignissen. Die Auswertungsobjektivität wird dadurch überprüft, dass verschiedene Auswerter dasselbe Antwortprotokoll, im vorliegenden Fall dasselbe Video, auswerten. Die Übereinstimmung dieser Auswertungen wird dann korrelativ bestimmt (Fisseni, 2004). Ein wichtiger Aspekt zur Sicherung der Auswertungsobjektivität ist die Tatsache, dass die Mutter-Kind-Interaktionen auf Video aufgezeichnet werden und so beliebig oft und detailliert, auch von unterschiedlichen Auswertern, analysiert werden können. Des Weiteren umfasst das Training zum Erlernen der Durchführung und Auswertung des CARE-Index bei Crittenden zwei Wochen intensiver Videoschulung, in denen die Teilnehmer anhand von Beispielvideos die unterschiedlichen Verhaltensstile von Mutter (feinfühlig, kontrollierend, unresponsiv) und Kind (kooperativ, überangepasst, zwingend, entwaffnend) sowie deren Kennzeichen bezüglich Mimik, Sprache, Körperhaltung u.ä. kennen lernen. Ein wichtiger Bestandteil dieses Trainings ist das Sehen und Klassifizieren des Verhaltens in seiner Funktionalität in der Beziehung. Des

Weiteren trainieren die Teilnehmer an zahlreichen Videos die Auswertung Item für Item, d.h. bezüglich einzelner genau differenzierter Aspekte des Verhaltens. In einer anschließenden mehrmonatigen Trainingsphase kodieren die Teilnehmer weitere Videos und erhalten wöchentlich ein schriftliches Feedback. Nach etwa einem Jahr nehmen sie an einem Reliabilitätstest teil, der sowohl eine schriftliche, d.h. inhaltliche Prüfung, sowie die Auswertung von 20 unbekanntem Videos beinhaltet. Die Auswertungsergebnisse eines Teilnehmers werden mit den Auswertungen von Crittenden korreliert. Ab einer korrelativen Übereinstimmung von $r=.70$ gilt ein Auswerter als reliabel. Das Auswertungstraining umfasst Beispielvideos von Kindern zwischen 0 und etwa 36 Monaten.

Zur Auswerterübereinstimmung bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren lagen bisher keine Angaben vor. Die Auswertungsobjektivität, d.h. die Interraterreliabilität, wurde daher in der vorliegenden Studie untersucht.

Die Interpretationsobjektivität bezeichnet den Grad, in dem die aus dem Testergebnissen gezogenen Schlüsse unabhängig von der Person sind, die diese Interpretation vorgenommen hat (Amelang & Zielinski, 1997). Die Interpretationsobjektivität gilt absolut als gegeben, wenn der Test-Wert beispielsweise mit Hilfe einer Normtabelle eindeutig einer Merkmalsausprägung zugeordnet werden kann. Bei klinischen Verfahren ist die Interpretationsobjektivität meist geringer, da bei der Ableitung von Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen des Tests das subjektive Ermessen der interpretierenden Person eine größere Rolle spielt (Amelang & Zielinski, 1997).

Im Manual des CARE-Index für Kleinkinder sind den Werten auf der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ als zentrale Ergebnis-Variable des Verfahrens folgende Interpretationen im Manual eindeutig zugeordnet:

- 14-11 Rohwertpunkte: Mutter zeigt ein hohes Maß an Feinfühligkeit im Umgang mit ihrem Kind, adäquater Bereich, d.h. keine Intervention nötig
- 10-7 Rohwertpunkte: Mutter zeigt ein adäquates Maß an Feinfühligkeit im Umgang mit ihrem Kind, adäquater Bereich, d.h. keine Intervention nötig
- 6-5 Rohwertpunkte: Mutter zeigt unangemessenes Verhalten im Umgang mit ihrem Kind, Interventionsbereich, d.h. Intervention nötig
- 4-0 Rohwertpunkte: Mutter zeigt völliges Fehlen feinfühligem Verhalten gegenüber ihrem Kind, Hochrisikobereich

Welche Form der Intervention oder welche Reaktion auf die Klassifikation „Hochrisikobereich“ erfolgen sollte, ist jedoch nicht angegeben.

Die Interpretationsobjektivität des CARE-Index für Kleinkinder wird dennoch als gegeben angesehen, da es sich um ein Verfahren zur Anwendung im klinischen Kontext handelt und eine Risikoeinstufung im Sinne eines Screenings eindeutig aus dem Manual hervorgeht.

Zur rechnerischen Bestimmung der Auswertungsobjektivität des CARE-Index wurde in der vorliegende Untersuchung die Übereinstimmungsobjektivität von drei unabhängigen Auswertern untersucht.

Die Reliabilität eines Verfahrens gilt als Messgenauigkeit des Instruments unabhängig vom erfassten Inhalt (Fisseni, 2004). Sie gibt die Zuverlässigkeit oder Präzision an, mit der das verwendete Testverfahren eine bestimmte Eigenschaft erfasst (Rost, 2004), unabhängig davon, ob der Test dieses Merkmal zu messen beansprucht (Zöfel, 2003). Ausgedrückt wird die Reliabilität ebenfalls in Form eines Korrelationskoeffizienten. Dabei gibt es verschiedene Methoden zur Erfassung der Reliabilität eines Verfahrens: Retest-Reliabilität, Paralleltest-Reliabilität und Halbierungsreliabilität (Zöfel, 2003).

Bei der Retest-Reliabilität wird der Test mit einem gewissen zeitlichen Abstand zwei Mal an den gleichen Probanden durchgeführt und die Ergebnisse beider Testungen werden auf ihre Übereinstimmung hin überprüft. Das Ergebnis dieser Übereinstimmung wird meist als Korrelation angegeben. Die Retest-Reliabilität ist immer von der Stabilität des erfassten Merkmals abhängig (Amelang & Zielinski, 1997). Für Kinder zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren lagen bisher keine Angaben bezüglich der Retest-Reliabilität des Verfahrens vor.

Bei der Paralleltest-Reliabilität werden zwei parallel konstruierte Tests miteinander verglichen, in dem die gleichen Probanden beide Tests bearbeiten und der Grad der Übereinstimmung der Testergebnisse die Reliabilität angibt. Die Paralleltest-Reliabilität gilt als Königsweg, setzt aber das Vorhandensein paralleler Versionen eines Verfahrens voraus (Amelang & Zielinski, 1997).

Die Halbierungsreliabilität oder auch Split-Half-Reliabilität kann beispielsweise bei Fragebogenverfahren angewendet werden, bei der die einzelnen Skalen sich aus mehreren Items zusammensetzen. Jeweils die Hälfte der Items einer Skala wird dann einer der beiden Testhälften zugeordnet und die Übereinstimmung dieser künstlich erzeugten Testhälften miteinander berechnet. Dieses Verfahren kann jedoch nur eingesetzt werden, wenn Homogenität des Verfahrens besteht und die Anzahl der Items eine Aufteilung erlaubt (Amelang & Zielinski, 1997).

Da sich der CARE-Index weder in zwei Hälften aufteilen lässt noch zwei parallele Formen vorliegen, wählte die Verfasserin zur Überprüfung der Reliabilität des CARE-Index für das Vorschulalter die Methode der Retest-Reliabilität.

Die Gültigkeit eines Test, also die Validität, gibt an, inwieweit der Test das misst, was er messen soll (Rost, 2004). Sie beinhaltet dabei sowohl die „inhaltliche Übereinstimmung einer empirischen Messung mit einem logischen Messkonzept, die Übereinstimmung einer Testmessung mit einer Kriteriumsmessung, die Möglichkeit, ein bestimmtes Verhalten vorherzusagen [als auch] die empirische Verifizierung eines theoretischen Modells“ (Fisseni, 2004, S.62-63). Die Validität eines Verfahrens stellt somit das wichtigste der drei Hauptgütekriterien dar. Allerdings benötigt sie die Reliabilität und die Objektivität als Voraussetzung, denn nur ein Test, der ohne Testfehler genau misst und unabhängig vom Testleiter und –auswerter funktioniert, kann auf seine inhaltliche Gültigkeit hin überprüft werden. Es lassen sich bei der Überprüfung verschiedene Aspekte der Validität unterscheiden: die inhaltliche, die kriteriumsbezogene und die Konstruktvalidität (Fisseni, 2004).

Ist das Zielmerkmal der Test-Items hinreichend genau definiert, gilt die inhaltliche Validität als gegeben (Fisseni, 2004). Nach Amelang und Zielinski kann auf eine quantitative Überprüfung der inhaltlichen Validität verzichtet werden, wenn die Test-Aufgabe eine Stichprobe des zu erfassenden Merkmals darstellt. In diesem Fall sei die Übereinstimmung zwischen der Testsituation und der Nicht-Testsituation augenscheinlich und die inhaltliche Validität könne als gegeben angenommen werden, sie sprechen dann von einem „Repräsentationsschluss vom Testverfahren auf dasjenige außerhalb der Testsituation“ (Amelang & Zielinski, 1997, S.155). Für den CARE-Index für das Vorschulalter kann von einer inhaltlichen Validität ausgegangen werden, da das Zielmerkmal, nämlich die mütterliche Feinfühligkeit, ausreichend präzise definiert ist und die videografierte Situation eine direkte Verhaltensstichprobe darstellt.

Die kriteriumsbezogene Validität bestimmt sich aus dem Grad der Übereinstimmung der Testwerte mit Kriterien-Werten und wird meist in Form eines Korrelationskoeffizienten angegeben. Die Validität kann dabei in Form der Übereinstimmungs- oder der Vorhersagevalidität ermittelt werden. Bei der Übereinstimmungsvalidität werden zeitgleich zwei verschiedene, inhaltlich verwandte Test-Werte ermittelt und mittels einer Korrelation der Grad ihrer Übereinstimmung berechnet (Fisseni, 2004). Bei der Vorhersagevalidität hingegen wird die Übereinstimmung eines Test-Wertes mit einem zu einem späteren Zeitpunkt erhobenen Test-Wert berechnet (Fisseni, 2004). Für die vorliegende Studie wird die

Methode der Übereinstimmungsvalidität zur Bestimmung der Kriteriumsvalidität gewählt (Feinfühligkeit der Mutter im Zusammenhang mit der Bindungssicherheit des Kindes). Die unabhängige Variable stellt die Bindungssicherheit des Kindes dar, die mithilfe des Fremde-Situations-Test (ausgewertet mit dem Preschool Assessment of Attachment; Crittenden, 2004) operationalisiert wird. Die Feinfühligkeit der Mutter in Bezug auf ihr Kind wird mit der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ des CARE-Index für Kleinkinder (Crittenden, 2005a) operationalisiert und stellt die abhängige Variable dar.

Unter Konstruktvalidität versteht man die Übereinstimmung zwischen den Testwerten des zu überprüfenden Tests mit einem „Netz andere Scores oder Aussagen. [...] Die Konstruktvalidität schließt die inhaltliche und kriteriumsbezogene Validität ein“ (Fisseni, 2004, S.68). Das klassische Instrument zu ihrer Überprüfung ist die Faktorenanalyse (Fisseni, 2004). Dabei kann man sowohl Kriterien verwenden, die eine Konvergenz zum zu überprüfenden Testkonstrukt aufweisen sollten als auch solche, die zu ihm in einer Diskordanz stehen sollten. In der vorliegende Studie wird die Überprüfung der Konvergenz verschiedener Verfahren zur Überprüfung der Konstruktvalidität gewählt. Als unabhängige Variable dient daher zur Überprüfung der Konstruktvalidität der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ die psychische Belastung der Mutter, erfasst mithilfe des Fragebogens „Brief Symptom Inventory“ (Franke, 2000). Es wird davon ausgegangen, dass die psychische Belastung der Mutter einen negativen Einfluss auf die Feinfühligkeit im Umgang mit ihrem Kind haben sollte.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität der Skala „Kooperatives Verhalten des Kindes“ im CARE-Index wird der „Elternfragebogen Child Behavior Checklist“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, 2002) gewählt, der das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes angibt. Es wird angenommen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen den damit gemessenen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und dem kooperativen Verhalten des Kindes gegenüber seiner Mutter im gemeinsamen Spiel (Skala „Kooperatives Verhalten des Kindes“ im CARE-Index) gibt.

Hieraus ergeben sich folgende zu überprüfenden psychologische Vorhersagen:

1. Psychologischer Vorhersage - Kriteriumsvalidität: Je höher die Bindungssicherheit des Kindes im Preschool Assessment of Attachment (UV₁) ist, desto höher ist der Wert für Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index (AV₁).

Forschungsfrage: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Kooperativität des Kindes im CARE-Index (AV₂) und der Bindungssicherheit des Kindes (UV₁)?

2. Psychologische Vorhersage - Konstruktvalidität: Je höher die psychische Belastung der Mutter im „Brief Symptom Inventory“ (Kennwert „Global Severity Index“; UV₂) ist, desto niedriger ist der Wert für Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index (AV₁).

3. Psychologische Vorhersage - Konstruktvalidität: Je niedriger die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes im Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“ auf der Skala „Gesamtauffälligkeiten“ (UV₃) sind, desto höher ist der Wert für Kooperativität des Kindes im CARE-Index (AV₂).

4. Psychologische Vorhersage – Retest-Reliabilität: Es besteht ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen den Werten der Mutter auf der Skala „Feinfühliges Verhalten“ im CARE-Index zwischen der ersten und der zweiten Untersuchung. Des Weiteren besteht ebenfalls ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen den beiden Werten des Kindes auf der Skala „Kooperatives Verhalten“ im CARE-Index zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt.

5. Psychologische Vorhersage - Auswertungsobjektivität: Es besteht ein eindeutig positiver Zusammenhang zwischen den Werten der Mütter auf der Skala „Feinfühliges Verhalten“ im CARE-Index, die sie von den drei unabhängigen Auswertern erhalten. Des Weiteren besteht ein ebenfalls deutlich positiver Zusammenhang zwischen den drei Werten der Kinder auf der Skala „Kooperatives Verhalten“ im CARE-Index, die sie von eben diesen drei Auswertern erhalten.

2.4 Versuchsanordnung und Material

Die Untersuchung fand im Videolabor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm statt. Der Raum verfügt über drei Kameras und zwei Mikrofone, so dass die Versuchspersonen jederzeit beobachtet und gefilmt werden konnten. Neben diesem Raum stand noch ein Zimmer für das vorbereitende Ge-

spräch zwischen der Versuchsleiterin und den Probanden zur Erläuterung des Versuchsablaufs und der Einwilligungserklärung zur Verfügung.

Die Einrichtung des Videolabors bestand aus zwei Stühlen, einem Tisch und einem Teppich, auf dem sich mehrere Plüschtiere, eine Puppe, Puppengeschirr, ein Ball, mehrere Autos, Bauklötze und eine Eisenbahn befanden (siehe Abb. 4).

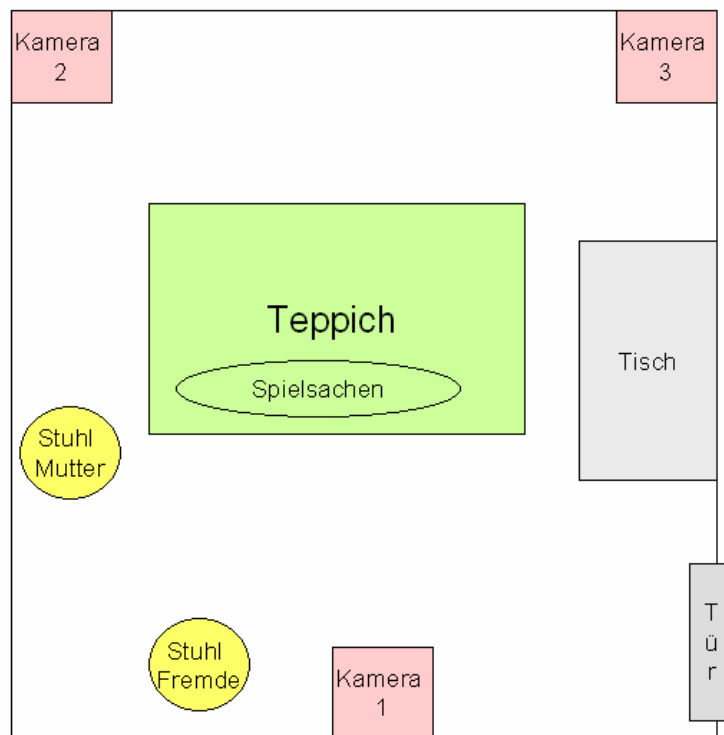


Abb. 4: Versuchsanordnung im Videolabor

2.5 Versuchsdurchführung

Nach Prüfung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Ulm und dem positiven Votum der Kommission fanden die Untersuchungen der 135 Mutter-Kind-Paare in der Zeit von Dezember 2005 bis Februar 2007 statt. Zur Durchführung der Untersuchung wurden die Mutter-Kind-Paare in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm eingeladen. Nach einer Begrüßung und ausführlichen Erläuterung des Versuchsablaufs (Instruktionen siehe Anhang B.1 und B.2) sowie der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die Versuchsleiterin erhielt die Mutter eine schriftliche Elterninformation (siehe Anhang C.2) sowie zwei Exemplare der Einwilligungserklärung (siehe Anhang C.3). Nachdem sie die Gelegenheit hatte, eventuelle Fragen bezüglich der Untersuchung mit der Versuchsleiterin

zu klären und ein Exemplar der Einwilligungserklärung unterschrieben und der Versuchsleiterin zurückgegeben hatte, begann die Untersuchung mit der Videografierung der freien Spielsituation (CARE-Index). Im Anschluss daran erfolgte der Fremde-Situations-Test, abschließend füllte die Mutter den Fragebogen „Angaben zur Person“ (siehe Anhang A), den Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“, den Fragebogen „Brief Symptom Inventory“ sowie die Erklärung zur erneuten Teilnahme aus (siehe Anhang C.4). Bei 53 der insgesamt 134 Untersuchungen nahm keine „fremde Person“ an der Untersuchung teil, so dass in diesen Fällen lediglich der CARE-Index sowie die Fragebögen zum Einsatz kamen, der Fremde-Situations-Test wurde in diesen Fällen nicht durchgeführt.

Hatten die Mütter angegeben, dass sie an einer erneuten Untersuchung teilnehmen würden, wurden sie mit einem Abstand von mindestens zwei Wochen und maximal vier Monaten zur zweiten Untersuchung eingeladen. Bei diesem Retest fand lediglich die erneute Aufzeichnung einer drei- bis fünfminütigen Spielsituation statt (CARE-Index-Retest).

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Auswertung der Videos, die Ergebnisse der deskriptiven Analysen, die Ergebnisse der Überprüfung der Testgütekriterien des CARE-Index bei Kindergarten-Kindern sowie eine weiterführende post-hoc-Analyse dargestellt.

3.1 Auswertung der Videos

Die Auswertungen der CARE-Index-Situation, des CARE-Index-Retests sowie des Fremden-Situations-Tests wurden von drei unabhängigen Auswertern durchgeführt. Tabelle 8 zeigt die Aufteilung der Tests auf die drei Auswerter, anhand derer sichergestellt wurde, dass kein Auswerter mehrere Tests derselben Mutter-Kind-Dyade auswertete. Auf diese Weise sollte vermieden werden, dass Zusammenhänge zwischen den einzelnen Untersuchungen wie beispielsweise CARE und CARE-Retests durch Erinnerungseffekte bei den Auswertern überschätzt würden.

Tabelle 8. Aufteilung der Videos auf die drei Auswerter

Was liegt vor?	Auswerter 1 ⁹	Auswerter 2 ¹⁰	Auswerter 3 ¹¹
CARE, FST	CARE	FST	-
CARE, CARE-R	CARE	CARE-R	-
CARE, CARE-R, FST	CARE	FST	CARE-R

CARE=CARE-Index; CARE-R=CARE-Index-Retest; FST=Fremde-Situations-Test

Alle drei Auswerter absolvierten 2006 erfolgreich das oben beschriebene insgesamt zwei Wochen umfassende CARE-Index-Auswertungstraining bei Patricia M. Crittenden, die daran anschließende Übungsphase sowie den Reliabilitätsabschlusstest. Auswerter 2 (die Verfasserin) absolvierte des Weiteren erfolgreich das ebenfalls zwei Wochen umfassende Training zur Auswertung des Fremde-Situations-Test mithilfe des Preschool Assessment of Attachment sowie die anschließende Übungsphase. Da der Reliabilitätsabschlusstest noch aussteht, wurden alle Videos, bei denen die Auswertung schwierig erschien, mit einer reliablen und erfahrenen Auswerterin¹² besprochen.

⁹ Dipl. Psych. Nicola Sahhar

¹⁰ Dipl. Psych. Anne Katrin Künster, geb. Kolb

¹¹ Dipl. Soz. Päd. Angelika Schöllhorn

¹² PD Dr. Ute Ziegenhain

3.2 Deskriptive Ergebnisse

Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse bezüglich der verwendeten Verfahren dargestellt. Die Tabellen 9 und 10 zeigen die deskriptive Auswertung bezüglich der drei Mutter- und der vier Kind-Skalen des CARE-Index (Crittenden, 2005a).

Tabelle 9. Deskriptive Statistik: CARE-Index Mütter

	Skala „Feinfühligkeit Mutter“	Skala „Kontrolle Mutter“	Skala „Unresponsivität Mutter“
<i>N</i>	79	79	79
Mittelwert	8,44	2,68	2,90
<i>SD</i>	2,56	2,76	2,86
Minimum	4	0	0
Maximum	13	9	9

Tabelle 10. Deskriptive Statistik: CARE-Index Kinder

	Skala „Kooperativität Kind“	Skala „Überangepasstheit Kind“	Skala „Zwingend Kind“	Skala „Entwaffnend Kind“
<i>N</i>	79	79	79	79
Mittelwert	8,33	1,96	1,20	2,53
<i>SD</i>	2,56	3,13	1,74	2,33
Minimum	3	0	0	0
Maximum	14	11	7	9

Es zeigte sich deutlich, dass in der Untersuchungsgruppe eine große Varianz sowohl in den Verhaltensstilen der Mütter als auch im Verhalten der Kinder im CARE-Index vorlag. Das bedeutet, dass die einzelnen Mutter-Kind-Dyaden in der Untersuchungsgruppe bezüglich der Interaktionsqualität zum eine stark variierten, zum anderen mit einem Mittelwert von jeweils etwa acht Punkten bei der Feinfühligkeit der Mutter und der Kooperativität des Kindes dem zu erwartenden Mittelwert einer durchschnittlichen Untersuchungsgruppe entsprachen.

Bezüglich des Geschlechts der Kinder bestand kein Unterschied bei den Skalen des CARE-Index (siehe Tabelle 11), ebenso bestand kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den Skalen des CARE-Index (siehe Tabelle 12).

Tabelle 11. t-Tests: CARE-Index-Skalen Jungen vs. Mädchen

CARE-Index Skalen	Geschlecht	N	M	SD	t	p
Feinfühligkeit Mutter	Jungen	38	8,76	2,432	1,071	.288
	Mädchen	41	8,15	2,670		
Kontrolle Mutter	Jungen	38	2,55	2,402	-.404	.687
	Mädchen	41	2,80	3,076		
Unresponsivität Mutter	Jungen	38	2,74	2,901	-.482	.631
	Mädchen	41	3,05	2,846		
Kooperativität Kind	Jungen	38	8,63	2,604	.997	.322
	Mädchen	41	8,05	2,588		
Überangepasstheit Kind	Jungen	38	1,55	2,607	-1.122	.265
	Mädchen	41	2,34	3,533		
zwingend Kind	Jungen	38	1,13	1,773	-.347	.730
	Mädchen	41	1,27	1,732		
entwaffnend Kind	Jungen	38	2,74	2,688	.751	.455
	Mädchen	41	2,34	1,957		

Tabelle 12. Pearson-Korrelationen zwischen dem Alter der Kinder und den Skalen des CARE-Index (N=79)

CARE-Index Skalen	Alter des Kindes
Feinfühligkeit Mutter	r=.083 p=.468
Kontrolle Mutter	r=.043 p=.704
Unresponsivität Mutter	r=-.120 p=.293
Kooperativität Kind	r=.104 p=.360
Überangepasstheit Kind	r=.034 p=.764
zwingend Kind	r=-.132 p=.246
entwaffnend Kind	r=-.072 p=.528

Tabelle 13 veranschaulicht die Verteilung der Bindungssicherheit der Kinder, ausgewertet mithilfe des Preschool Assessment of Attachment (PAA; Crittenden, 2004).

Tabelle 13. Deskriptive Statistik: Bindungssicherheit der Kinder (PAA: sicher, unsicher, hochunsicher; $N=64$)

Bindungssicherheit	Häufigkeit	Prozente
sicher (alle B)	37	57,8
unsicher (A1-2, C1-2)	19	29,7
hochunsicher (A/C, A3-4, C3-4)	8	12,5
Gesamt	64	100

Tabelle 14 stellt des Weiteren die Häufigkeiten der einzelnen Subkategorien der Bindungsstile der Kinder dar.

Tabelle 14. Deskriptive Statistik: Bindungsstile der Kinder (PAA; $N=63$)

Bindungsstile	Häufigkeit	Prozente
B3	5	7,9
B1-2	22	34,9
B4-5	10	15,9
A1-2	9	14,3
C1-2	10	15,9
A3-4	1	1,6
C3-4	5	7,9
A/C	1	1,6
Gesamt	63	100

Insgesamt waren 57,8% der Kinder sicher (B), 15,9% abwehrend (A), 14,3% zwingend-manipulativ (C) und 12,5 % hochunsicher (A3-4, C3-4, A/C) gebunden. Die Ergebnisse entsprechen den Angaben zur Verteilung der Bindungsstile bei jüngeren Kindern (Ainsworth et al., 1978; van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988) und zeigen, dass die Bindungssicherheit in der untersuchten Gruppe breit streute.

Bezüglich des Geschlechts der Kinder bestand kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Bindungssicherheit der Kinder ($t(62)=1,946$; $p=.056$), jedoch die Tendenz, dass die Jungen sichere gebunden waren als die Mädchen. Bezüglich des Alters bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bindungssicherheit der Kinder ($r=.367$; $p=.003$; $N=79$), d.h. je älter die Kinder waren, desto sicherer waren sie gebunden.

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Analysen bezüglich des Fragebogens zur psychischen Belastung der Mutter (Brief Symptom Inventory, BSI; Franke 2000).

Mit einem durchschnittlichen T-Wert von 50 zum Vergleich zeigt sich, dass die Mütter in der Untersuchungsgruppe insgesamt unauffällig abschnitten, die Bandbreite jedoch von überhaupt nicht belasteten bis hin zu hoch belasteten Müttern variierte.

Tabelle 15. Deskriptive Statistik: Brief Symptom Inventory (BSI)

	BSI Global Severity Index	BSI Positive Symptom Distress Index	BSI Positive Symptom Total
<i>N</i>	60	60	60
Mittelwert	45,73	48,85	45,47
<i>SD</i>	12,26	12,05	12,77
Minimum	21	21	20
Maximum	80	80	80

Die deskriptiven Kennwerte bezüglich des Elternfragebogens „Child Behavior Checklist (CBCL)“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, 2002) zeigt Tabelle 16. Auch hier wird ein T-Wert von 50 als Durchschnitt definiert. Die untersuchten Kindern waren im Mittel auf allen drei Skalen von ihren Müttern als unauffällig eingestuft worden, das Ausmaß an Problemen und Verhaltensauffälligkeiten variierte in der Untersuchungsgruppe jedoch von als unauffällig beurteilten bis hin zu als deutlich klinisch auffällig beurteilten Kindern.

Tabelle 16. Deskriptive Statistik: Elternfragebogen „Child Behavior Checklist (CBCL)“

	CBCL Gesamtauffälligkeiten	CBCL internalisierende Auffälligkeiten	CBCL externalisierende Auffälligkeiten
<i>N</i>	79	79	79
Mittelwert	50,31	50,13	52,41
<i>SD</i>	10,64	9,40	11,37
Minimum	30	29	28
Maximum	90	76	95

Zwischen den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und ihrem Geschlecht bestand kein signifikanter Zusammenhang (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17. t-Tests: CBCL-Skalen Jungen vs. Mädchen

CBCL Skalen	Geschlecht	N	M	SD	t	p
Gesamtauffälligkeiten	Jungen	35	51,31	8,550	.765	.447
	Mädchen	40	49,43	12,224		
internalisierende Auffälligkeiten	Jungen	35	50,77	8,872	.547	.586
	Mädchen	40	49,58	9,925		
externalisierende Auffälligkeiten	Jungen	35	54,29	9,234	1.342	.184
	Mädchen	40	50,78	12,841		

Zwischen den drei Skalen der CBCL und dem Alter der Kinder bestand nur bezüglich der Gesamtskala der CBCL und dem Alter ein Zusammenhang, und zwar in dem Sinne, dass die Kinder von ihren Müttern als um so auffälliger eingeschätzt wurden, je älter die Kinder waren (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18. Pearson-Korrelationen zwischen dem Alter der Kinder und den Skalen der CBCL (N=79)

CBCL Skalen	Alter des Kindes
Gesamtauffälligkeiten	$r=.253^*$ $p=.029$
internalisierende Auffälligkeiten	$r=.042$ $p=.722$
externalisierende Auffälligkeiten	$r=.152$ $p=.192$

* Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Zusammenfassend fand sich, dass bezüglich der verwendeten Methoden in der Untersuchungsgruppe eine hohe Varianz bestand und in keinem der Verfahren eine einseitige Selektion der Gruppe zu erkennen war. Die Mütter und Kinder erschienen im Gruppenmittel sowohl bezüglich der Bindungs- und Feinfühligkeitsmaße als auch hinsichtlich der psychischen Belastung der Mütter und der Verhaltensauffälligkeit der Kinder als durchweg durchschnittlich. Bezüglich des Alters der Kinder bestanden signifikante Zusammenhänge mit der Bindungssicherheit und den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder.

Es kann bezüglich der beschriebenen Maße in der Untersuchungsgruppe sowohl von einer hinreichenden Bandbreite als auch von einer gewissen Repräsentativität ausgegangen werden, insofern als dass alle Maße in der untersuchten Gruppe deutlich variierten, die Streuung die gesamte Bandbreite der Instrumente abdeckte und die Mittelwerte der Gesamtgruppe im durchschnittlichen Bereich lagen.

3.3 Testgütekriterien

Bei der Darstellung der Ergebnisse zur Überprüfung der Testgütekriterien wird mit der Darstellung der Analysen zur Objektivität begonnen, da diese die logische Voraussetzung für die Reliabilität darstellt. In einem zweiten Schritt wird die Reliabilität beleuchtet. Abschließend wird die Überprüfung der Validität dargestellt.

3.3.1 Auswertungsobjektivität

Wie bereits erläutert, setzt sich das Testgütekriterium Objektivität eines Verfahrens aus der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität einer Methode zusammen. Da Durchführungs- und Interpretationsobjektivität bereits als bestätigt betrachtet werden konnten, wird im Folgenden die Überprüfung der Auswertungsobjektivität beschrieben. Es wurde bereits beschrieben, dass die Auswertungsobjektivität von Beobachtungsmethoden wie dem CARE-Index von der Qualität des Auswerter als Experten für diese Methode abhängt. Zur Beurteilung der Auswertungsobjektivität in der vorliegende Studie wurden daher Methoden zur Überprüfung der Auswerterübereinstimmung gewählt. So kann beurteilt werden, inwiefern vergleichbar geschulte Personen auch zu vergleichbaren Ergebnissen kommen.

Die Überprüfung des Zusammenhangs der Auswertung von zufällig ausgewählten CARE-Index-Situationen bezüglich der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ durch drei voneinander unabhängige und reliable Auswerter mittels Intraklassenkorrelation ergab eine statistisch signifikante Übereinstimmung ($r=.925$; Konfidenzintervall=.780-.980; $p=.000$; $N=10$), ebenso die Überprüfung des Zusammenhang der Auswertungen der drei Auswerter bezüglich der Skala „Kooperativität des Kindes“ ($r=.914$; Konfidenzintervall=.747-.977; $p=.000$; $N=10$).

Die Tabellen 19, 20 und 21 stellen die einzelnen korrelativen Übereinstimmungen zwischen den drei Auswertungen bezüglich aller sieben Skalen des CARE-Index dar.

Tabelle 19. Pearson-Korrelationen zwischen den Auswertungsergebnissen der Auswerter 1 und 2 im CARE-Index, $N=17$

Auswerter	1 feinfühlig Mutter	1 Kontrolle Mutter	1 unres- ponsiv Mutter	1 kooperativ Kind	1 über- ange- passt Kind	1 zwingend Kind	1 entwaff- nend Kind
2 feinfühlig Mutter	$r=.712^{**}$ $p=.001$						
2 Kontrolle Mutter		$r=.605^*$ $p=.010$					
2 unres- ponsiv Mutter			$r=.343$ $p=.178$				
2 kooperativ Kind				$r=.734^{**}$ $p=.001$			
2 überange- passt Kind					$r=.138$ $p=.596$		
2 zwingend Kind						$r=.657^{**}$ $p=.004$	
2 entwaff- nend Kind							$r=.565^*$ $p=.018$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Die Auswerter 1 und 2 stimmten in den Auswertungen bezüglich der beiden Hauptskalen „Feinfühligkeit Mutter“ und „Kooperativität Kind“ sowie in den Skalen „Kontrolle Mutter“, „zwingend Kind“ und „entwaffnend Kind“ signifikant überein (Tabelle 19).

Die Auswerter 1 und 3 stimmten in den Auswertungen bezüglich der beiden Hauptskalen „Feinfühligkeit Mutter“ und „Kooperativität Kind“ signifikant überein (Tabelle 20).

Tabelle 20. Pearson-Korrelationen zwischen den Auswertungsergebnissen der Auswerter 1 und 3 im CARE-Index, N=11

Auswerter	1 feinfühlig Mutter	1 Kontrolle Mutter	1 unres- ponsiv Mutter	1 kooperativ Kind	1 über- ange- passt Kind	1 zwingend Kind	1 entwaff- nend Kind
3 feinfühlig Mutter	$r=.608^*$ $p=.047$						
3 Kontrolle Mutter		$r=.491$ $p=.124$					
3 unres- ponsiv Mutter			$r=.095$ $p=.781$				
3 kooperativ Kind				$r=.652^*$ $p=.030$			
3 überange- passt Kind					$r=.159$ $p=.640$		
3 zwingend Kind						$r=-.180$ $p=.596$	
3 entwaff- nend Kind							$r=.395$ $p=.229$

* Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Die Auswerter 2 und 3 stimmten ebenfalls in den Auswertungen bezüglich der beiden Hauptskalen „Feinfühligkeit Mutter“ und „Kooperativität Kind“ signifikant überein, sowie bezüglich der Skala „entwaffnend Kind“ (Tabelle 21).

Tabelle 21. Pearson-Korrelationen zwischen den Auswertungsergebnissen der Auswerter 2 und 3 im CARE-Index, $N=10$

	2 feinfühlig Mutter	2 Kontrolle Mutter	2 unres- ponsiv Mutter	2 kooperativ Kind	2 über- angepas- st Kind	2 zwingend Kind	2 entwaff- nend Kind
3 feinfühlig Mutter	$r=.888^{**}$ $p=.001$						
3 Kontrolle Mutter		$r=.502$ $p=.139$					
3 unres- ponsiv Mutter			$r=.486$ $p=.154$				
3 kooperativ Kind				$r=.922^{**}$ $p=.000$			
3 überange- passt Kind					$r=.306$ $p=.390$		
3 zwingend Kind						$r=-.085$ $p=.815$	
3 entwaff- nend Kind							$r=.722^{*}$ $p=.018$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Die Übereinstimmung aller drei Auswerter war sowohl bezüglich der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ als auch der Skala „Kooperatives Verhalten des Kindes“ zwischen allen drei Auswertern signifikant. Bezüglich der anderen Skalen konnten nur einzelne Zusammenhänge nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass sich die drei Auswerter in der Gesamtbeurteilung der Qualität der Interaktion einig waren (Höhe der Feinfühligkeit der Mutter und der Kooperativität des Kindes). Uneinig waren sie sich teilweise bezüglich der negativen Ausprägungen der Feinfühligkeit (Kontrolle vs. Unresponsivität) und der Kooperativität (überangepasstes vs. zwingendes vs. entwaffnendes Verhalten).

Zur Analyse der genauen Übereinstimmung der drei Auswerter wurden weiterhin Kappa-Werte berechnet. Hierfür wurde die Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ des CARE-Index analog zur Risikoeinteilung im Auswertungs-Manual (Crittenden, 2005a) in folgende Kategorien überführt:

- 4 = sensitiv (14-11 Punkte)
- 3 = adäquat (10-7 Punkte)
- 2 = unangemessen (6-5 Punkte)
- 1 = Gefährdung (4-0 Punkte)

Tabelle 22 zeigt die Übereinstimmung der drei Auswerter bezüglich der kategorisierten Einschätzung des mütterlichen Verhaltens im CARE-Index als Kappa-Werte.

Tabelle 22. Übereinstimmung der Auswerter 1, 2 und 3 bezüglich der kategorisierten Feinfühligkeitswerte der Mütter im CARE-Index

	Wert	asymptotischer Standardfehler	näherungsweise <i>t</i>	näherungsweise <i>p</i>
Auswerter 1 und 2				
<i>Kappa</i>	.618	.159	3.692	.000
<i>N</i>	17			
Auswerter 1 und 3				
<i>Kappa</i>	.450	.218	2.129	.033
<i>N</i>	11			
Auswerter 2 und 3				
<i>Kappa</i>	.688	.192	3.230	.001
<i>N</i>	10			

Alle drei Auswerter stimmten signifikant wenn auch nur mäßig bezüglich der kategorisierten Feinfühligkeit der Mütter miteinander überein. Tabelle 23 veranschaulicht die Besetzung der Kreuztabellen, die diesen Berechnungen zugrunde lagen. Ziel dieser Darstellung war es zu überprüfen, inwieweit die vorhandenen Abweichungen zwischen den Auswerten tolerierbar sind.

Tabelle 23: Kreuztabellen zur Auswerterübereinstimmung (kategorisierte Feinfühligkeit der Mütter im CARE-Index)

		Kategorien				
		1 (gefährdend)	2 (unangemessen)	3 (adäquat)	4 (feinfühlig)	Gesamt
	Kategorien	Auswerter 1				
	1 (gefährdend)	0	0	0	0	0
Auswerter 2	2 (unangemessen)	0	1	1	1	3
	3 (adäquat)	0	3	6	4	13
	4 (feinfühlig)	0	1	5	5	11
	Gesamt	0	5	12	10	27
	Auswerter 3					
Auswerter 3	1 (gefährdend)	0	0	0	0	0
	2 (unangemessen)	0	2	1	0	3
	3 (adäquat)	0	1	3	1	5
	4 (feinfühlig)	0	1	0	2	3
	Gesamt	0	4	4	3	11
Auswerter 2						
Auswerter 3	1 (gefährdend)	0	0	0	0	0
	2 (unangemessen)	0	2	2	0	4
	3 (adäquat)	0	0	4	0	4
	4 (feinfühlig)	0	0	0	2	2
	Gesamt	0	2	6	2	10

Es zeigt sich in den Kreuztabellen deutlich, dass alle drei Auswerter darin übereinstimmen, dass keine der Mütter in der Interaktion mit ihrem Kind als „gefährdend“ einzustufen war.

Auswerter 1 und Auswerter 2 schätzten die Dyaden in der kategorisierten Form überwiegend gleich ein, Abweichungen betrafen meist nur eine Abstufung auf der vierstufigen kategorialen Einschätzung der mütterlichen Feinfühligkeit. Sie wichen lediglich in zwei Fällen mit zwei Abstufungen voneinander ab, Auswerter 1 und 3 sogar nur in einem Fall (in der Tabelle rot markiert). Auswerter 2 und 3 stimmten in der kategorisierten Einschätzung des mütterlichen Verhaltens in fast allen Fällen überein. Die exakte Überein-

stimmung aller drei Auswerter betrug also 56,25%, die tolerierbare Übereinstimmung, also Abweichungen um maximal eine Kategorie, betrug 93,75%. Insgesamt sind diese Abweichungen als tolerierbar einzuschätzen, da insgesamt nur in drei Fällen mehr als eine Stufe voneinander abgewichen wurde.

Die Auswertungsobjektivität des CARE-Index für Kleinkinder angewendet bei Kindern im Kindergartenalter wird aufgrund der signifikanten Intraklassenkorrelationen, der einzelnen Korrelationen zwischen den drei Auswertern und den tolerierbaren einzelnen Abweichungen in der Einschätzung der Mütter bezüglich der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ und „Kooperativität Kind“ als mäßig aber bestätigt angesehen.

3.3.2 Retest-Reliabilität

Zur Bestimmung der Reliabilität des CARE-Index wurde die Methode der Retest-Reliabilität gewählt, da das Verfahren weder in parallelen Formen vorliegt noch in zwei vergleichbare Hälften geteilt werden kann, wie dies bei Fragebogenverfahren üblich ist. 27 Mütter und ihre Kinder wurden daher ein zweites Mal beim gemeinsamen Spiel miteinander videografiert und mithilfe des CARE-Index analysiert.

Der zeitliche Anstand zwischen der ersten und der zweiten Untersuchung betrug, wie bereits beschrieben, zwischen 0,04 und 1,07 Jahren. Vor der Überprüfung der Retest-Reliabilität wurde daher überprüft, ob die Kinder, die am Retest teilgenommen hatten, zum zweiten Messzeitpunkt signifikant älter waren als die gesamte Untersuchungsgruppe (1. Messzeitpunkt). Die deskriptiven Kennwerte sowie das Ergebnis dieser Analyse sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24. Alter der Kinder beim CARE-Index-Retest im Vergleich zum Alter der gesamten Untersuchungsgruppe

Alter der Kinder	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum	<i>t</i>	<i>p</i>
alle Kinder 1. Messzeitpunkt	79	4,173	0,969	2,32	5,79	-.675	.501
Retest-Kinder 2. Messzeitpunkt	27	4,318	0,963	2,91	6,18		

Die Kinder waren bei der Teilnahme am Retest, also zum zweiten Messzeitpunkt, durchschnittlich etwas aber nicht statistisch bedeutsam älter als die gesamte Untersuchungsgruppe zum ersten Messzeitpunkt.

Die Ergebnisse der korrelativen Berechnungen zur Retest-Reliabilität des CARE-Index zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt bei Vorschulkindern zeigt Tabelle 25.

Tabelle 25. Retest-Reliabilität CARE-Index (Pearson-Korrelationen); $N=27$

	1. Messzeitpunkt						
	Feinfühlig Mutter	Kontrolle Mutter	Unres- ponsiv Mutter	kooperativ Kind	über- ange- passt Kind	zwingend Kind	entwaffnend Kind
2.Messzeitpunkt							
Feinfühligkeit Mutter	$r=.398^*$ $p=.040$						
Kontrolle Mutter		$r=.300$ $p=.129$					
unresponsiv Mutter			$r=.210$ $p=.292$				
Kooperativ Kind				$r=.216$ $p=.280$			
überangepasst Kind					$r=.064$ $p=.750$		
zwingend Kind						$r=.267$ $p=.178$	
entwaffnend Kind							$r=-.010$ $p=.960$

* Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Die Korrelationen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt waren ausschließlich bezüglich der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ signifikant wenn auch niedrig. Bezüglich der Skala „kooperatives Verhalten des Kindes“ und aller weiteren Skalen des CARE-Index bestand hingegen kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt.

Zur exakten Überprüfung der Übereinstimmung der Auswertungen zwischen der ersten und der zweiten Messung wurden auch hier der Kappa-Wert bezüglich der Skala „Feinfühligkeit der Mutter in Kategorien“ (siehe 3.3.1 Auswertungsobjektivität) überprüft. Tabelle 26 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 26. Übereinstimmung der Auswertungen des 1. und 2. Messzeitpunkts bezüglich der kategorisierten Feinfühligkeitswerte der Mütter im CARE-Index

	Wert	asymptotischer Standardfehler	näherungsweise <i>t</i>	näherungsweise <i>p</i>
<i>Kappa</i>	.096	.152	.665	.506
<i>N</i>	27			

Es zeigte sich, dass bei der exakten Überprüfung keine statistisch signifikante Übereinstimmung zwischen den Auswertungen des ersten und des zweiten Messzeitpunkts vorliegen. Tabelle 27 veranschaulicht die Besetzung der einzelnen Zellen der dieser Berechnung zugrundeliegenden Kreuztabelle. Es soll damit überprüft werden, wie weit die Auswertungsergebnisse der beiden Messzeitpunkte in den einzelnen Fällen voneinander abweichen.

Tabelle 27: Kreuztabelle zur Übereinstimmung der kategorisierten Feinfühligkeit der Mütter im CARE-Index zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt

		1. Messzeitpunkt				
		1 (gefährdend)	2 (unangemessen)	3 (adäquat)	4 (feinfühlig)	Gesamt
2. Messzeitpunkt	1 (gefährdend)	0	0	0	0	0
	2 (unangemessen)	0	1	1	1	3
	3 (adäquat)	0	3	6	4	13
	4 (feinfühlig)	0	1	5	5	11
	Gesamt	0	5	12	10	27

Es wird deutlich, dass die Auswertungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt nur in zwei Fällen (in der Tabelle rot markiert) mehr als eine Kategorie voneinander abweichen. Außerdem zeigte sich, dass das Verhalten der Mütter einheitlich in keinem einzigen Fall als gefährdend eingestuft wurde. Die exakte Übereinstimmung zwischen

dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt betrug also 44,4%, die tolerierbare Übereinstimmung, also Abweichungen um maximal eine Kategorie, betrug 92,6%.

Wie zu erwarten, zeigt also Tabelle 27, dass gewisse Unterschiede in der Beurteilung zwischen den beiden Auswertungen bestehen. Diese Unterschiede wurden insofern erwartet, als dass das Verhalten von Mutter und Kind bei einer zweiten Untersuchung mit mehreren Monaten Abstand sicher nicht exakt das Gleiche sein kann wie bei der ersten Untersuchung. Des Weiteren schlug hier durch den Tausch der Auswerter vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt die nur mittlere Interrater-Reliabilität zusätzlich zu Buche. Dennoch zeigte sich, dass die Auswertungsergebnisse größtenteils übereinstimmten, da lediglich in zwei Fällen eine deutlich unterschiedliche Auswertung vorlag (unangemessen vs. feinfühlig).

Die Retest-Reliabilität des CARE-Index wird daher bezüglich der Einschätzung der Feinfühligkeit der Mutter als tendenziell gegeben und, wie zu erwarten, nur mäßig hoch angesehen. Hinsichtlich der Einschätzung des kooperativen kindlichen Verhaltens konnte keine Übereinstimmung zwischen den beiden Messzeitpunkten nachgewiesen werden, was mit der raschen Entwicklung und den sich verändernden Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter zusammenhängen könnte.

3.3.3 Validität

Im Folgenden werden die Auswertungen bezüglich des Hauptgütekriteriums Validität dargestellt. Ein Test gilt dabei dann als valide, wenn er das misst, was er messen soll. Zur Überprüfung des CARE-Index an einem Kriterium wurde die Bindungssicherheit des Kindes, die mit dem Fremde-Situations-Tests für Vorschulkinder ermittelt wurde (PAA; Crittenden, 2004), herangezogen.

Die Übereinstimmung zwischen den Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ und „Kooperativität des Kindes“ und der Bindungssicherheit des Kindes wurde analog zu den bekannten Studien im Kleinkindalter (DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Atkinson et al., 2000) zunächst korrelativ untersucht. Für diese Berechnungen wurde die Bindungssicherheit des Kindes analog zum Auswertungsmanual des PAA (Crittenden, 2004) wie folgt kodiert:

- 3 = sicher gebundene Kinder, d.h. Klassifikationen B3, B1-2, B4-5 und „sicher andere“
- 2 = unsicher gebundene Kinder, d.h. Klassifikationen A1-2, C1-2 und „unsicher andere“
- 1 = hochunsicher gebundene Kinder, d.h. A3-4, C3-4, A/C, „ängstlich gedrückt“, „ungebunden“ und „desorganisiert“

Tabelle 28 zeigt die Kendall-Korrelationen für Rangkorrelationen zwischen der wie oben beschrieben kodierten Bindungssicherheit des Kindes und der Feinfühligkeit der Mutter, des kooperativen Verhaltens des Kindes und den übrigen Skalen des CARE-Index.

Tabelle 28. Kendall-Rang-Korrelationen zwischen der Bindungssicherheit des Kindes im Fremde-Situations-Test und den Skalen des CARE-Index; $N=64$

CARE-Index-Skalen	Bindungssicherheit Kind
feinfühlig Mutter	$r=.443^{**}$ $p=.000$
kontrollierend Mutter	$r=-.035$ $p=.743$
unresponsiv Mutter	$r=-.278^{**}$ $p=.009$
kooperativ Kind	$r=.425^{**}$ $p=.000$
überangepasst Kind	$r=-.132$ $p=.229$
zwingend Kind	$r=-.244^*$ $p=.028$
entwaffnend Kind	$r=.059$ $p=.582$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01

* Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Der Zusammenhang zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und den Ergebnissen der Mutter-Kind-Dyade auf den Skalen „Feinfühligkeit Mutter“ und „Kooperativität Kind“ des CARE-Index war hochsignifikant. Des Weiteren ergaben sich ebenfalls signifikante negative Zusammenhänge zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und der Unresponsivität der Mutter bzw. dem zwingenden Verhalten des Kindes.

Zur weiteren Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und dem CARE-Index wurde eine varianzanalytische Untersuchung durchge-

führt. Die Ergebnisse der varianzanalytischen Berechnungen ergaben einen hochsignifikanten Unterschied sowohl bei der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ im CARE-Index in Abhängigkeit von der Bindungssicherheit des Kindes ($F(2,61)=11,828$; $p=.000$), als auch bei der Skala „Kooperatives Verhalten des Kindes“ ebenfalls in Abhängigkeit von der Bindungssicherheit des Kindes ($F(2,61)=10,574$; $p=.000$).

Die deskriptiven Kennwerte bezüglich dieser varianzanalytischen Berechnung sind in Tabelle 29 zusammengestellt.

Tabelle 29. Deskriptive Kennwerte der varianzanalytischen Überprüfung des Zusammenhangs von Bindungssicherheit des Kindes, Feinfühligkeit der Mutter und Kooperativität des Kindes.

CARE-Index	Bindungssicherheit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Skala „Feinfühligkeit der Mutter“	sicher	37	9,54	2,305	5	13
	unsicher	19	7,0	1,563	4	10
	hochunsicher	8	6,63	2,669	4	12
	<i>Gesamt</i>	<i>64</i>	<i>8,42</i>	<i>2,506</i>	<i>4</i>	<i>13</i>
Skala „Kooperativität des Kindes“	sicher	37	9,46	2,317	5	14
	unsicher	19	6,89	1,969	3	11
	hochunsicher	8	6,75	2,493	4	12
	<i>Gesamt</i>	<i>64</i>	<i>8,36</i>	<i>2,560</i>	<i>3</i>	<i>14</i>

Eine Aufteilung dieser varianzanalytisch Untersuchung in drei separate t-Tests zeigte, dass der CARE-Index bei Kindergartenkindern deutlich zwischen sicher und unsicher gebundenen Kindern mit der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ differenzierte ($t(54)=4,313$; $p=.000$), ebenfalls zwischen sicher und hochunsicher gebundenen Kindern ($t(43)=3,158$; $p=.003$), jedoch nicht zwischen unsicher und hochunsicher gebundenen Kindern ($t(25)=0,459$; $p=.650$). Das gleiche ergab sich bei den Berechnungen bezüglich der Skala „kooperatives Verhalten des Kindes“ (sicher vs. unsicher: $t(54)=4,116$; $p=.000$; $N=56$; sicher vs. hochunsicher: $t(43)=2,962$, $p=.005$; unsicher vs. hochunsicher: $t(25)=0,161$; $p=.873$).

Zur weiteren vertiefenden Beurteilung der Validität des CARE-Index im Kindergartenalter wurde die varianzanalytische Untersuchung zur Differenzierung der Bindungssicherheit mithilfe des CARE-Index getrennt für folgende Altersgruppen der Kinder durchgeführt:

- 2,5 bis 3,49 Jahre,
- 3,5 bis 4,49 Jahre
- 4,5 bis 5,5 Jahre

Tabelle 30 gibt einen Überblick über die deskriptiven Kennwerte der altersabhängigen Berechnungen.

Tabelle 30. Deskriptive Kennwerte zur altersgruppierten varianzanalytischen Untersuchung

Altersgruppe	CARE-Index-Skalen	Bindungssicherheit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
2,5-3,49 Jahre	Feinfühligkeit der Mutter	sicher	7	10,29	2,059	6	12
		unsicher	5	7,20	2,588	4	10
		hochunsicher	6	7,50	2,510	5	12
		<i>Gesamt</i>	18	8,50	2,662	4	12
	Kooperativität des Kindes	sicher	7	10,00	0,926	5	12
		unsicher	5	7,40	1,364	3	11
hochunsicher		6	7,67	0,882	6	12	
<i>Gesamt</i>		18	8,50	0,633	3	12	
3,5-4,49 Jahre	Feinfühligkeit der Mutter	sicher	14	9,43	2,243	7	13
		unsicher	7	6,71	1,254	5	8
		hochunsicher	1	4,00	-	4	4
		<i>Gesamt</i>	22	8,32	2,476	4	13
	Kooperativität des Kindes	sicher	14	9,43	2,377	6	14
		unsicher	7	6,29	1,890	3	9
hochunsicher		1	4,00	-	4	4	
<i>Gesamt</i>		22	8,18	2,754	3	14	
4,5-5,5 Jahre	Feinfühligkeit der Mutter	sicher	16	9,31	2,522	5	13
		unsicher	7	7,14	1,069	6	9
		hochunsicher	1	4,00	-	4	4
		<i>Gesamt</i>	24	8,46	2,519	4	13
	Kooperativität des Kindes	sicher	16	9,25	2,324	5	12
		unsicher	7	7,14	1,069	6	9
hochunsicher		1	4,00	-	4	4	
<i>Gesamt</i>		24	8,42	2,376	4	12	

Die altersgruppierten varianzanalytischen Berechnungen ergaben, dass mithilfe der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ nicht in allen Altersgruppen signifikant zwischen sicher, unsicher und hochunsicher gebundenen Kinder differenziert werden konnte,

der test für die Kinder zwischen 2,5 und 3,49 Jahren wurde nicht signifikant. Das Gleiche galt für die Skala „Kooperatives Verhalten des Kindes“ (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: altersgruppierte varianzanalytische Überprüfung

Altersgruppe	Skala CARE-Index	F	p
2,5-3,49 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	3,294	.065
	Kooperativität Kind	2,017	.168
3,5-4,49 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	6,842**	.006
	Kooperativität Kind	6,451**	.007
4,5-5,5 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	4,482*	.024
	Kooperativität Kind	5,017*	.017

** Unterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Unterscheid ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Bei der korrelativen Überprüfung des Zusammenhangs der Bindungssicherheit der Kinder und der mütterlichen Feinfühligkeit zeigte sich jedoch in allen drei Altersgruppen ein deutlicher Zusammenhang. Ebenso bestand ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Verhalten (Kooperativität im CARE-Index) und der Bindungssicherheit der Kinder. Kein Zusammenhang ergab sich in Bezug auf das Verhalten der Kinder im Alter von 2,5 bis 3,49 Jahren (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: altersgruppierte korrelative Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Bindungssicherheit und mütterlicher Feinfühligkeit bzw. kindlicher Kooperativität

Altersgruppe	Skala CARE-Index	r	N	p
2,5-3,49 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	.468*	18	.050
	Kooperativität Kind	.389	18	.110
3,5-4,49 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	.647**	22	.001
	Kooperativität Kind	.634**	22	.002
4,5-5,5 Jahre	Feinfühligkeit Mutter	.543**	24	.006
	Kooperativität Kind	.564**	24	.004

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Zur weiteren Absicherung der Validität wurden in einem komplexeren Modell weiterhin die Kombinationen der Verhaltensstile der Mutter im CARE-Index (Feinfühligkeit, Kontrolle, Unresponsivität) und die Bindungssicherheit des Kindes in einer Prädiktionsanalyse (Hildebrand, Laing & Rosenthal, 1977; von Eye & Brandstädter, 1988) überprüft. Dieses Verfahren vergleicht beobachtete Häufigkeitsverteilungen mit theoretisch erwarteten Verteilungen oder Modellen. Dabei gibt das Vorhersagemaß DEL an, in welchem pro-

zentualen Ausmaß sich die Vorhersage für einen Datensatz bei Einführung einer Hypothese verbessert.

Das Modell, das überprüft wurde, besagt, dass sich Feinfühligkeit, Kontrolle und Unresponsivität der Mutter im Umgang mit ihrem Kind auf die Bindungssicherheit des Kindes auswirken. Dafür wurden folgende Überlegungen angestellt: Zeigte eine Mutter überwiegend feinfühliges Verhalten, sollte das Kind sicher gebunden sein. Zeigte sie Mischformen aus feinfühligem, kontrollierendem und/oder unresponsivem Verhaltensweisen in der Interaktion, sollte das Kind unsicher gebunden sein, da die Feinfühligkeit der Mutter in diesen Fällen nicht den vorherrschenden Stil darstellte. Zeigte sie hingegen kontrollierendes oder unresponsives Verhalten ohne Anteile von Feinfühligkeit, so wurde erwartet, dass das Kind hochunsicher gebunden sein sollte. Ein Verhaltensstil der Mutter galt dann als gegeben, wenn mindestens ein Drittel der möglichen 14 Punkte darauf entfiel (4,666 Punkte), also mindestens 5 Punkte (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33. Darstellung der Hypothese zur Prädiktion der Bindungssicherheit aufgrund der Verhaltensstile der Mütter im CARE-Index

Prädiktoren (Verhaltensstile der Mütter)			Bindungssicherheit des Kindes	Ergebnisse der Prädiktionsanalyse
Feinfühligkeit 1=vorhanden 0=nicht vorhanden	Kontrolle 1=vorhanden 0=nicht vorhanden	Unresponsivität 1=vorhanden 0=nicht vorhanden	1=sicher 2=unsicher 3=hochunsicher	
1	0	0	1	$DEL=.227$ $z=1.706$ $p(z)=.005$ $N=64$
1	1	0	2	
1	0	1	2	
0	1	0	3	
0	1	1	3	
0	0	1	3	
1	1	1	2	

Dieses Modell erwies sich als substantiell ($DEL=.227$, d.h. 22,7% Fehlerreduktion durch das Modell gegenüber einem Zufallsmodell) und war signifikant ($p(z)=.005$).

Aufgrund der eindeutigen Zusammenhänge zwischen der Feinfühligkeit der Mütter und der Bindungssicherheit der Kinder in allen drei Altersgruppen sowie der signifikanten Vorhersage der Bindungssicherheit durch die drei möglichen Verhaltensstile der Mutter im CARE-Index wird die Validität des CARE-Index, insbesondere der Skala Feinfühligkeit der Mutter, für die Anwendung bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfzehn Jahren als bestätigt betrachtet. Auch die weiterführenden altersgruppierten Analysen untermauer-

ten den Zusammenhang zwischen mütterlichen Verhaltensweisen in der Interaktion mit ihrem Kind und der Bindungssicherheit des Kindes. Ein Zusammenhang zwischen der Kooperativität des Kindes in der Interaktion mit seiner Mutter und seiner Bindungssicherheit konnte ebenfalls nachgewiesen werden.

In der vorliegenden Studie wurde für die Überprüfung der Tauglichkeit des CARE-Index im Kindergartenalter als Screening-Instrument für Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen post hoc der Zusammenhang zwischen der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ und anamnestisch bekannten Risiken berechnet. Die Mutter-Kind-Paare wurden dafür von der Verfasserin bezüglich ihres Risikos folgendermaßen eingestuft:

- 0: kein Risiko bekannt
- 1: spezifisches Risiko bekannt, nämlich Mutter oder Kind befanden sich derzeit in psychiatrischer Behandlung
- 2: Vernachlässigung oder Misshandlung dieses Kindes durch seine Mutter bekannt

Tabelle 34 stellt die Verteilung der Probanden in Bezug auf die Einstufung in die beschriebenen drei Risikobereiche dar.

Tabelle 34. Verteilung der bekannten Risiken

Risiko	Häufigkeit	Prozente
Kein Risiko bekannt	57	72,2
psychiatrische Behandlung von Mutter oder Kind	20	25,3
Misshandlung/Vernachlässigung des Kindes bekannt	2	2,5
<i>Gesamt</i>	79	100

Es zeigte sich, dass über ein Viertel der Mutter-Kind-Dyaden durch bekannte Risiken belastet waren.

Tabelle 35 zeigt die Rangkorrelationen zwischen den Risikoeinstufungen der Mutter-Kind-Paare und ihrem Verhalten beurteilt mithilfe des CARE-Index.

Tabelle 35. Kendall-Rangkorrelation zwischen den anamnestisch bekannten Risiken der Dyaden und den Skalen des CARE-Index, N=79

CARE-Index-Skalen	Risiko der Mutter-Kind-Dyade
Feinfühlig Mutter	$r=-.281^{**}$ $p=.004$
kontrollierend Mutter	$r=.105$ $p=.282$
unresponsiv Mutter	$r=.072$ $p=.463$
kooperativ Kind	$r=-.270^{**}$ $p=.005$
überangepasst Kind	$r=.048$ $p=.639$
zwingend Kind	$r=.132$ $p=.200$
entwaffnend Kind	$r=-.060$ $p=.543$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01

Der korrelative Zusammenhang zwischen der Einstufung der Mutter-Kind-Paare in die oben beschriebenen drei Risikobereiche (0, 1, oder 2) und der Skala „Feinfühliges Verhalten der Mutter“ sowie der Skala „Kooperativität Kind“ im CARE-Index war statistisch bedeutsam. Das bedeutet, je höher der Wert für die Einstufung des Risikos eines Mutter-Kind-Paares war, desto niedriger war der Wert der Mutter auf der Skala „Feinfühliges Verhalten“ und der Wert des Kindes auf der Skala „Kooperativität“ im CARE-Index.

Auch eine varianzanalytische Berechnung zeigte, dass sich die drei Risikogruppen signifikant hinsichtlich der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index voneinander unterschieden ($F(2,76)=5,466$; $p=.006$).

Um zudem die Sensitivität und die Spezifität des CARE-Index als Screening-Instrument für Risiko darzustellen, wurde in Abbildung 5 die Anzahl der Mutter-Kind-Paare mit bzw. ohne bekanntes Risiko bezüglich der Feinfühligkeitswerte der Mutter im CARE-Index dargestellt. Laut Crittenden (2005a) sind Mütter mit Werten von 0-4 in der Interaktion mit ihrem Kind als gefährdend, mit Werten zwischen 5 und 6 als unangemessen und mit Werten zwischen 7 und 14 als adäquat bis feinfühlig im Verhalten gegenüber ihrem Kind einzustufen. Demzufolge sollten Dyaden mit Feinfühligkeitswerten von 4 oder weniger ein Risiko aufweisen, Dyaden mit Werten von 5 und 6 könnten, müssten aber kein Risiko haben und Mutter-Kind-Paare mit Feinfühligkeitswerten von 7 oder mehr sollten kein Risiko aufweisen.

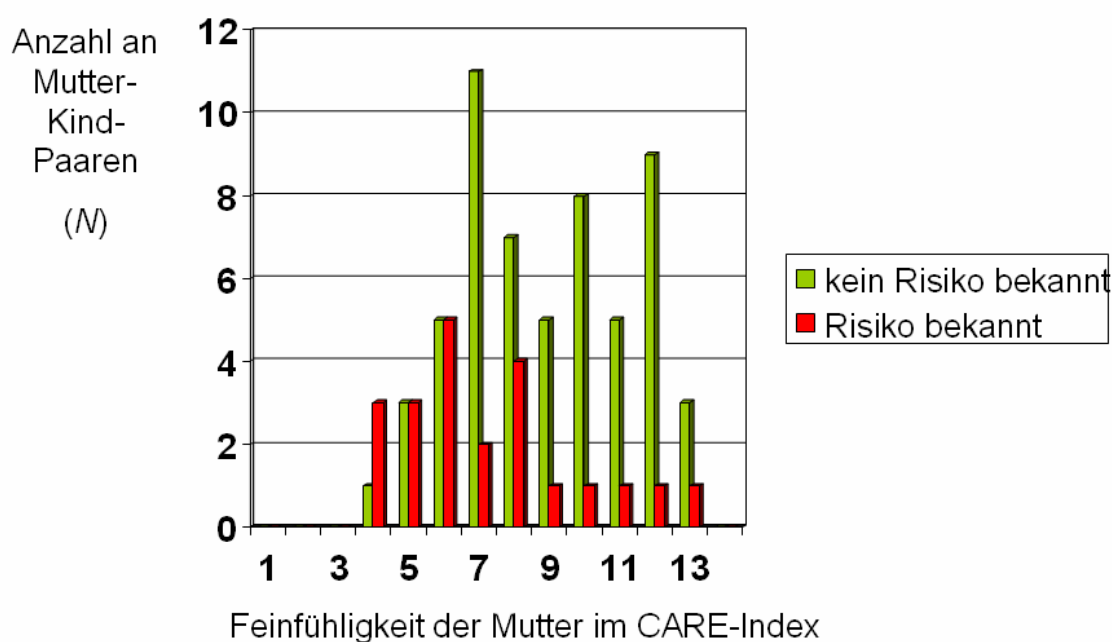


Abb. 5: Anzahl an Mutter-Kind-Paaren mit und ohne Risiko in Bezug auf die Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index ($N=79$)

Mithilfe der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index wurden 67 der 79 Mutter-Kind-Paare richtig bezüglich ihres der Verfasserin bekannten Risikos eingeschätzt (84,8%), zwölf hingegen falsch (15,2%). Von diesen zwölf Mutter-Kind-Paaren wurde ein Paar (1,3%) mit dem CARE-Index als gefährdend eingestuft, obwohl hier anamnestisch kein Risiko bekannt war. Elf (13,9%) Mutter-Kind-Dyaden wurden hingegen als adäquat bzw. feinfühlig eingestuft, während hier anamnestisch Risiken bekannt waren.

Dies entspricht einer Sensitivität der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index bezüglich der richtigen Einschätzung der anamnestisch bekannten Risiken von 50% und einer Spezifität von 98,2%. Das bedeutet, dass der CARE-Index mit den hier vorliegenden Daten die Hälfte der anamnestisch als belastet bekannten Dyaden als risikoreich erkannt hat und eine der Dyaden, bei denen kein Risiko bekannt war, trotzdem als risikoreich eingestuft hat. Allerdings konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht überprüft werden, ob tatsächlich kein Risiko bestand oder lediglich ein Risiko bisher nicht bekannt war.

Die Sensitivität dieser Einschätzung ist mit 50% nicht sonderlich hoch. Dies könnte zum einen an methodischen Mängeln des CARE-Index im Sinne eines Risikoscreenings für das Kindergartenalter liegen oder zum anderen mit der Einstufung der Dyaden in die Risikokategorien zusammenhängen. Post hoc konnten nur die psychiatrische Behandlung von Mutter oder Kind und zufällig bekannte Kindeswohlgefährdung als Risiken in die

Auswertung einbezogen werden, da andere Risiken nicht ermittelt werden konnten. Die hier ohne bekanntes Risiko als risikoreich eingestuften Dyade könnten folglich unter Risiken leiden, die anamnestisch nicht bekannt waren, wohingegen die Dyaden., bei denen ein Risiko bekannt war, deshalb nicht in jedem Fall in der Qualität ihrer Interaktion miteinander beeinträchtigt sein müssen.

Die Kriteriumsvalidität des CARE-Index, insbesondere der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“, konnte mithilfe der post-hoc-Gegenüberstellung mit anamnestisch bekannten Risiken durch den korrelativen negativen Zusammenhang von Feinfühligkeit und Risiko zusätzlich untermauert werden. Die Sensitivität im Sinne eines Risikoscreenings fiel hingegen anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht sonderlich hoch aus.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität der Mutter-Skalen im CARE-Index wurden Pearson-Korrelation zwischen der psychischen Belastung der Mutter (Brief Symptom Inventory, BSI) und dem CARE-Index berechnet. Tabelle 36 stellt die korrelativen Zusammenhänge dar.

Tabelle 36. Pearson-Korrelationen zwischen der psychischen Belastung der Mutter (BSI) und den Mutter-Skalen des CARE-Index; $N=60$

CARE-Index-Skalen	BSI Global Severity Index	BSI Positive Symptom Distress Index	BSI Positive Symptom Total
feinfühlig Mutter	$r=-.096$ $p=.467$	$r=-.082$ $p=.533$	$r=-.199$ $p=.364$
Kontrollierend Mutter	$r=.351^{**}$ $p=.006$	$r=.197$ $p=.132$	$r=.396^{**}$ $p=.002$
unresponsiv Mutter	$r=-.279^*$ $p=.031$	$r=-.129$ $p=.137$	$r=-.305^*$ $p=.018$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Zwischen der Feinfühligkeit der Mutter und der psychischen Belastung der Mutter ergab sich kein signifikanter Zusammenhang. Es zeigte sich jedoch, dass zwischen der Höhe der psychischen Belastung der Mutter (BSI Global Severity Index) und der angegebenen Anzahl an Items im Sinne eines vorhanden Symptoms (BSI Positive Symptom Total) ein signifikanter Zusammenhang bezüglich des kontrollierenden Verhaltens der Mutter

im CARE-Index bestand. Das bedeutet, je belasteter sich eine Mutter fühlte, desto kontrollierender verhielt sie sich gegenüber ihrem Kind.

Unklar erscheint hingegen der negative Zusammenhang zwischen der Belastung der Mutter (BSI Global Severity Index und BSI Positive Symptom Total) und ihrem dem Kind gegenüber unresponsiven Verhalten.

Die inkonsistenten Ergebnisse bezüglich der psychischen Belastung der Mutter und ihrem Verhalten gegenüber dem Kind im CARE-Index können die Konstruktvalidität der Mutter-Skalen des CARE-Index für das Vorschulalter nicht unterstützen.

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“) und dem CARE-Index im Sinne der Konstruktvalidität wurden ebenfalls die korrelativen Zusammenhänge zwischen der CBCL und den Kind-Skalen im CARE-Index berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 37. Pearson-Korrelationen zwischen den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (CBCL) und den Kind-Skalen im CARE-Index ($N=75$)

CARE-Index-Skalen	CBCL Gesamtprobleme	CBCL internalisierendes Verhalten	CBCL externalisierendes Verhalten
kooperativ Kind	$r=-.089$ $p=.445$	$r=.039$ $p=.739$	$r=.005$ $p=.967$
überangepasst Kind	$r=-.144$ $p=.217$	$r=-.257^*$ $p=.026$	$r=-.088$ $p=.941$
zwingend Kind	$r=.172$ $p=.139$	$r=.321^{**}$ $p=.005$	$r=-.324^{**}$ $p=.055$
entwaffnend Kind	$r=-.047$ $p=.691$	$r=-.045$ $p=.700$	$r=-.143$ $p=.220$

** Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; * Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05

Zwischen dem Verhalten des Kindes im CARE-Index und den Verhaltensauffälligkeiten im Elternfragebogen CBCL bestanden kaum Zusammenhänge. Allein zwischen den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und seinem zwingenden Verhalten im CARE-Index bestand ein positiver Zusammenhang. Zwischen den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und dem zwingenden Verhalten des Kindes bestand hingegen ein unerwarteter negativer Zusammenhang, ebenso zwischen den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und den überangepassten Verhaltensweisen des Kindes.

Aufgrund dieser niedrigen und zudem inkonsistenten Zusammenhänge zwischen den von den Mütter angegebenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und dem Verhalten der Kinder gegenüber ihren Mütter im CARE-Index können diese Ergebnisse die Konstruktvalidität der Kind-Skalen des CARE-Index für das Vorschulalter nicht weiter untermauern.

Die Konstruktvalidität des CARE-Index kann aufgrund der vorliegenden Fragebogendaten nicht als bestätigt betrachtet werden.

4. Diskussion

Zusammenfassend geben die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung erste vielversprechende Hinweise darauf, dass sich der CARE-Index (Toddler Coding Manual; Crittenden, 2005a), der ursprünglich zur Anwendung bei Kleinkindern zwischen 15 und 30 Monaten entwickelt wurde, gemessen an den Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bei Kindern im Alter von zweieinhalb bis fünfeinhalb Jahren einsetzen lässt.

Dennoch sind gewisse Einschränkungen zu diskutieren beziehungsweise abzuwägen. Diese beziehen sich auf die kleine Untersuchungsgruppe, die Interraterübereinstimmung sowie die Retest-Reliabilität.

Die **Untersuchungsgruppe** von insgesamt 79 Mutter-Kind-Paaren variierte breit bezüglich soziodemografischer Angaben wie Schulbildung der Eltern, Anzahl der Kinder pro Familie sowie Familienstand und Berufstätigkeit der Eltern. Des Weiteren zeigten die Analysen, dass die untersuchte Gruppe auch bezüglich der psychischen Belastung der Mütter und den Problemverhaltensweisen der Kinder breit streute. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Untersuchungsgruppe bezüglich dieser Maße eine gewisse Bandbreite abdeckte und keine Deckeneffekte oder ähnliches vorlagen.

Betrachtet man jedoch die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe, so fällt auf, dass an der Untersuchung pro angeschriebenem Kindergarten durchschnittlich nur eine Mutter-Kind-Dyade teilgenommen hat. Es kann daher vermutet werden, dass es sich bei den teilnehmenden Müttern zum einen um besonders an Forschung und der kindlicher Entwicklung interessierte Mütter gehandelt haben könnte, oder aber um Mütter, die den Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie suchten. Auf jeden Fall lässt sich sagen, dass es sich diesbezüglich sicher nicht um eine repräsentative Zufallsstichprobe von Kindergartenkindern und ihren Müttern, sondern vielmehr um eine hochselektive Untersuchungsgruppe handelt.

Des Weiteren fällt bei der Betrachtung der Untersuchungsgruppe das hohe Bildungsniveau der teilnehmenden Eltern auf. Der Veröffentlichung „Bildung im Zahlenspiegel 2006“ (Statistisches Bundesamt, 2006) sind Angaben von 3395 Männern und 3270 Frauen zwischen 35 und 40 Jahren bezüglich ihres Bildungsabschlusses zu entnehmen. Vergleicht man diese Angaben des statistischen Bundesamts mit der hier vorliegenden

Untersuchungsgruppe, so zeigt sich, dass bei den untersuchten Eltern beispielsweise 64,5% der Frauen eine Hochschulreife oder einen Hochschulabschluss erworben hatten, wohingegen es in der Gesamtbevölkerung nur 29,6% waren. Dagegen hatten in der Gesamtbevölkerung 30,5% der Männer und 23,7% der Frauen einen Hauptschulabschluss erworben, in der vorliegenden Untersuchungsgruppe hingegen nur 11,9% der Väter bzw. 10,2% der Mütter. Insofern handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchungsgruppe um eine bezüglich des Bildungsniveaus der Eltern nur teilweise repräsentative Stichprobe.

Es wurde versucht, auch klinisch auffällige und durch Risiken belastete Mutter-Kind-Dyaden in die Untersuchung einzubeziehen. Die dadurch insgesamt erzielte Verteilung der Bindungsstile mit 57,8% sicher gebundenen (B3, B1-2, B4-5), 15,9% abwehrend gebundenen (A1-2), 14,3% zwingend-manipulativ gebundenen (C1-2) und 12,5 % hochunsicher gebundenen Kindern (A3-4, C3-4, A/C) entsprach dennoch überwiegend der zu erwartenden Verteilung in einer nicht klinischen Stichprobe (Ainsworth et al., 1978; van Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988). Das deutet darauf hin, dass es sich trotz der eingeschlossenen Fälle mit klinischem Hintergrund bei der vorliegenden Untersuchungsgruppe im Mittel um eine unauffällige Stichprobe handelte.

Für die **Testgütekriterien** ist festzustellen, beginnend mit der Überprüfung der **Objektivität** des Verfahrens, dass sowohl die Durchführungsobjektivität des Verfahrens als auch die Interpretationsobjektivität durch die Anweisungen im Manual (Crittenden, 2005a) und des umfassenden Reliabilitätstrainings ausreichend gesichert sind, auch wenn für die Interpretationsobjektivität eine ausführlichere Beschreibung der Zuordnung von den Messergebnissen zu den unterschiedlich erforderlichen Interventionen wünschenswert wäre. Bezüglich der Auswertungsobjektivität (Interrater-Reliabilität) konnte mit einer Intraklassenkorrelation ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Auswertungen von drei unabhängigen Auswertern bezüglich der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ wie auch der Skala „Kooperativität des Kindes“ nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang fiel jedoch nicht sonderlich hoch aus, wenn man die einzelnen Übereinstimmungen der drei Auswerter miteinander betrachtet (exakte Übereinstimmung aller drei Auswerter = 56,25%; tolerierbare Übereinstimmung - Abweichungen um maximal eine Kategorie = 93,75%). Crittenden berichtet hingegen bei Kindern zwischen ein und 48 Monaten exakte Übereinstimmungen zwischen sieben Auswertern von 86-94% (Crittenden, 1985, 1992). Die relativ niedrige Interrater-Reliabilität in der vorliegende Studie könnte dadurch verur-

sacht worden sein, dass die drei Auswerter in ihrer Ausbildung ausschließlich anhand von Videobeispielen von Kindern zwischen 0 und 30 Monaten trainiert wurden, was sich nachteilig auf die Übereinstimmung bei der Auswertung von Videos älterer Kinder auswirken könnte. Plausibel ist, dass eine gemeinsame Schulung der Auswerter mithilfe von Videobeispielen älterer Kinder zu einer Steigerung der Auswertungsübereinstimmung führen würde.

Insgesamt kann die Objektivität des CARE-Index für das Vorschulalter aufgrund der korrelativen Übereinstimmungen zwischen den Auswertern als bestätigt aber niedrig gelten, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität könnten jedoch noch gesteigert werden.

Die Untersuchungen bezüglich der **Reliabilität** des Verfahrens ergaben ebenfalls einen statistisch signifikanten Zusammenhang bezüglich der Erfassung der Feinfühligkeit der Mütter mithilfe des CARE-Index zu zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten (Retest-Reliabilität). Allerdings fiel die Retest-Reliabilität mit einem Wert von $r=.398$ ($p=.40$, $N=27$) für die Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ nur mäßig aus, und die Überprüfung der Retest-Reliabilität bezüglich der Skala „Kooperativität des Kindes“ ist tendenziell signifikant ($r=.216$, $p=.280$, $N=27$). Die Betrachtung der Kreuztabelle bezüglich der Übereinstimmung der Bewertungen der mütterlichen Feinfühligkeit zum ersten und zweiten Messzeitpunkt zeigten jedoch, dass nur bei zwei der 27 untersuchten Mutter-Kind-Paare eine deutliche Abweichung vorlag (exakte Übereinstimmung = 44,4%; tolerierbare Übereinstimmung – maximal eine Kategorie Abweichung = 92,6%). In der Literatur liegen keine Angaben zur Retest-Reliabilität des CARE-Index bei jüngeren Kindern zum Vergleich vor. In der vorliegenden Studie wird insgesamt von tolerierbaren Abweichungen zwischen den beiden Messzeitpunkten ausgegangen.

Es muss dennoch diskutiert werden, inwiefern der CARE-Index für Kleinkinder im Kindergartenalter wirklich frei von Messfehlern misst. Der Retest (2. Untersuchung von Mutter und Kind) wurde grundsätzlich von einem anderen Auswerter als die erste CARE-Index-Untersuchung ausgewertet, um Erinnerungseffekte, die zu einer Überschätzung der Retest-Reliabilität geführt hätten, vorzubeugen. Auf Grund dessen schlug hier neben dem eventuellen Messfehler des CARE-Index bei Kindergartenkindern die nicht allzu hohe Auswertungsobjektivität (Interrater-Reliabilität) zusätzlich zu Buche. Es ist für weitere Auswertungen daher zu diskutieren, ob die Auswerter bezüglich des ersten und zweiten Messzeitpunkt eines Mutter-Kind-Paares nicht getauscht werden sollten, wohlwissend,

dass man sich damit der Gefahr einer Überschätzung der Retest-Reliabilität aufgrund von Erinnerungseffekten aussetzen würde. Dem könnte jedoch entgegen gewirkt werden, indem die Auswertung der zweiten Video-Aufzeichnung erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt vorgenommen würde. Es läge so ein größerer zeitlicher Abstand zwischen den beiden Auswertungen, ohne dass der zeitliche Abstand zwischen den Aufnahmen von Test und Retest verlängert würde.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Entwicklung von Kindern in diesem jungen Alter relativ rasch verläuft, so dass bei der zweiten Untersuchung bereits Änderungen des zu beobachtenden Verhaltens der Kinder eingetreten sein könnten, immerhin betrug der zeitliche Abstand zwischen den beiden Untersuchungen bis zu einem Jahr. Die Kinder waren also zum zweiten Messzeitpunkt etwas älter, was die Auswertung für die an 0 bis 30 Monate alten Kindern geschulten Auswerter weiter erschwert haben könnte. Hierbei geht es nicht nur darum, dass der zu erfassende Sachverhalt sich geändert haben könnte (z.B. die Kooperativität des Kindes), sondern dass auch die wahrnehmbaren Verhaltensweisen, die auf diesen Sachverhalt schließen lassen, inzwischen anders ausgeprägt sein können (z.B. Erhöhung des Grades der Verbalisierungen des Kindes). Ob dieser Aspekt eine maßgebliche Rolle spielt, könnte geklärt werden, indem zwei Retests durchgeführt werden: einmal möglichst zeitnah zum ersten Test und dann ein weiterer nach mehreren Monaten.

Aus der momentanen Untersuchung ist also nicht abschließend zu erkennen, ob die mittleren und teilweise niedrigen Werte bezüglich der Retest-Reliabilität ihre Ursache im langen zeitlichen Abstand zwischen den beiden Messzeitpunkten oder in der möglichen Fehleranfälligkeit des Verfahrens haben. Auch eine gewisse Instabilität der Konstrukte „Feinfühligkeit der Mutter“ und „Kooperativität des Kindes“ könnten der nur mittleren Retest-Reliabilität zugrunde liegen. Sicher hingegen ist, dass die niedrigen Werte der Retest-Reliabilität zumindest zum Teil durch die nur mittlere Interrater-Reliabilität verursacht wurden, die durch den Wechsel der Auswerter auch hier zu Buche schlug.

Da das Konstrukt der elterlichen Feinfühligkeit in der Literatur als relativ stabil beschrieben wird, ist anzunehmen, dass sowohl die Interrater-Reliabilität, der lange zeitliche Abstand zwischen den beiden Untersuchungen und eine gewisse Fehlerhaftigkeit in der Messgenauigkeit gemeinsam zu dem nur mittleren Zusammenhang geführt haben.

Zusammengefasst zeigte sich für die Retest-Reliabilität des CARE-Index für die Anwendung im Kindergartenalter bezüglich der Skala „Feinfühligkeit der Mutter“ eine nur mäßige, aber tolerierbare Bestätigung. Eine wesentliche Verbesserung der Retest-

Reliabilität durch a) die Verbesserung der Interrater-Reliabilität durch ein gemeinsames Training der Auswerter mithilfe von Videobeispielinteraktionen ältere Kinder und ihrer Mütter sowie b) der Auswertung des ersten und zweiten Messzeitpunkts durch ein und denselben Auswerter und c) eine Verkürzung des zeitlichen Abstandes zwischen den beiden Messzeitpunkten wäre zu erwarten.

Eindeutig bestätigt wurde die **Kriteriumsvalidität** mithilfe des korrelativen Zusammenhangs zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und der Feinfühligkeit der Mutter bezüglich ihres Kindergartenkindes. Das gleiche gilt für die Untersuchung der Forschungsfrage zum Zusammenhang der Kooperativität des Kindes im CARE-Index und der Bindungssicherheit des Kindes, da sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kooperativität des Kindes im CARE-Index und der Bindungssicherheit des Kindes im Fremde-Situations-Test eindeutig nachweisen ließ. Mit einem Wert von $r=.497$ fällt der Zusammenhang zwischen der Feinfühligkeit der Mutter und der Bindungssicherheit des Kindes sogar deutlich höher aus, als dies in den Metaanalysen von DeWolff und van IJzendoorn (1997; $r=.22$) und Atkinson und Kollegen (2000, $r=.27$) der Fall war. Auch verglichen mit Studien, in denen die Validität des CARE-Index bei jüngeren Kindern untersucht wurde, ist der in der vorliegende Studie gefundene Zusammenhang als hoch einzuschätzen (z.B. Leventhal et al., 2004: Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit im CARE-Index und mütterlichen unrealistischen Einstellungen zu ihren Kindern im Parental Opinion Questionnaire $r=-.35$, $p<.01$, Alter der Kinder 8-48 Monate; Mullick, Miller & Jacobsen, 2001: Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit im CARE-Index und Krankheitseinsicht der Mütter $r=.37$, $p<.02$, Alter der Kinder 8-48 Monate). Des Weiteren konnte die Validität des CARE-Index mit einer Prädiktionsanalyse zusätzlich untermauert werden, da sich anhand der drei möglichen Verhaltensstile der Mütter im CARE-Index (Feinfühligkeit, Kontrolle, Unresponsivität) die Bindungssicherheit substantiell besser voraussagen ließ, als das mit einem Zufallsmodell möglich wäre ($DEL=.227$, $p(z)=.005$). Dieser Wert ist mit den Untersuchungsergebnissen von Simó, Rauh und Ziegenhain, die die Bindungsqualität von Kindern im Altern von 21 Monaten anhand der Interaktionsmuster von Mutter und Kind im CARE-Index mit drei, sechs, neun, zwölf und 18 Monaten vorhersagten, vergleichbar. Sie verwendeten zur Erhebung der Bindungsqualität ebenfalls das Preschool Assessment of Attachment und erhielten bei den Prädiktionsanalysen zur Vorhersage der Bindungsqualität Werte der Fehlerreduktion zwischen 14 und 38% (Simó, Rauh, Ziegenhain, 2000).

Weiterführende Untersuchungen zeigten zudem, dass durch die Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index zwischen sicher und unsicher gebundenen Kindern sowie zwischen sicher und hochunsicher gebundenen Kindern differenziert werden konnte. Lediglich die Differenzierung zwischen unsicher und hochunsicher gebundenen Kindern war nicht möglich.

Altersgruppierte Analysen zeigten weiterhin, dass sowohl in den Altersgruppen zweieinhalb bis dreieinhalb Jahre, dreieinhalb bis viereinhalb Jahre als auch viereinhalb bis fünfeinhalb Jahre signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Feinfühligkeit der Mutter und der Bindungssicherheit des Kindes bestanden. Das gleiche galt auch für die Kooperativität des Kindes, allerdings nicht in der Altersgruppe der zweieinhalb- bis dreieinhalbjährigen Kinder.

Varianzanalytische altersgestaffelte Untersuchungen bezüglich der Bindungssicherheit des Kindes und der Feinfühligkeit der Mutter ergaben ebenfalls statistisch signifikante Differenzierungen in den Altersgruppen dreieinhalb bis viereinhalb und viereinhalb bis fünfeinhalb Jahre. Allerdings zeigte sich, dass bei den jüngeren Kindern zwischen zweieinhalb und dreieinhalb Jahren im Unterschied zu den älteren Kindern zum einen kein korrelativer Zusammenhang zwischen der Kooperativität des Kindes und der Bindungssicherheit des Kindes bestand und auch keine Differenzierung in sicher, unsicher und hochunsicher gebundene Kinder mithilfe der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index getroffen werden konnte.

Aufgrund der vorliegenden Daten kann nicht abschließend beurteilt werden, ob das junge Alter der Kinder oder die große Anzahl an hochunsicher gebundenen Kindern in der Altersgruppe der zweieinhalb- bis dreieinhalbjährigen Kinder zu den nicht ausreichend belegten Zusammenhängen beigetragen haben. Denkbar wären beide Varianten, da zum einen die Auswertung von besonders jungen Kindern mithilfe des *Preschool Assessment of Attachments* besonders schwierig ist (Rauh, Ziegenhain, Müller & Wijnroks, 2000), aber zum anderen auch die Differenzierung von unsicher und hochunsicher gebundenen Kindern mithilfe des CARE-Index im Kindergartenalter insgesamt methodisch problematisch sein könnte. Diese Problematik ergibt sich durch die sich ändernden Verhaltensmöglichkeiten der Kinder. Insbesondere das überangepasste Verhalten von Kindern, das bei hochunsicher gebundenen Kindern besonders häufig zu finden sein sollte, ist mit zunehmendem Alter der Kinder immer schwieriger zu entdecken, da die Verhaltensmöglichkeiten immer differenzierter und die Anzeichen überangepassten Verhaltens immer dezenter werden. Äußert sich überangepasstes Verhalten, das Kinder zur Abwendung von Gefahr einsetzen, bei

Kleinstkindern beispielsweise noch durch beobachtbares Erstarren und Verstummen des Kindes, so zeigen Kindergartenkinder hingegen eher positive Affekte bei drohender Gefahr, um die erwachsene Person, von der die potentielle Gefahr ausgeht, zu besänftigen. Die Interaktion kann dadurch auf den ersten Blick fälschlicherweise als qualitativ höherwertiger beurteilt werden, als sie tatsächlich unter objektiven Gesichtspunkten beurteilt würde.

Da sechs der insgesamt acht hochunsicher gebunden Kindern in die Altersgruppe der zweieinhalb bis dreieinhalb Jahre alten Kinder fielen, ist also unklar, ob das Alter der Kinder oder der hohe Anteil an hochunsicher gebunden Kindern in dieser Altersgruppe ursächlich für die fehlenden Zusammenhänge war. Insgesamt sind diese altersgruppierten Analysen zudem vorsichtig zu interpretieren, da die einzelnen Altersgruppen lediglich 18 bis 24 Mutter-Kind-Paare umfassten.

Die Post-Hoc-Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den anamnestisch bekannten Risiken in der Untersuchungsgruppe und der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index ergaben einen statistisch signifikanten korrelativen Zusammenhang. Auch die varianzanalytische Untersuchung zeigte, dass über die Variable „Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index“ Dyaden ohne Risiko von Dyaden mit einem leichten Risiko und Dyaden mit schwerwiegenderen Risiken differenziert werden konnten. Dieses Ergebnis entspricht den Zusammenhängen, die Crittenden bezüglich Misshandlung bzw. Vernachlässigung und Feinfühligkeit der Mütter bei Säuglingen und Kleinkinder nachweisen konnte (Crittenden, 1981; Crittenden, 1985).

Die Sensitivität des CARE-Index im Sinne eines Risikoscreenings im Vorschulalter fiel mit 50% nicht sonderlich hoch aus, während die Spezifität mit 98,2% sehr hoch war. Dies könnte zum einen an methodischen Mängeln des CARE-Index im Kindergartenalter in dem Sinne liegen, dass der CARE-Index sehr enge Kriterien für Risiken verwendet, die zu einer Einschränkung der Sensitivität zugunsten der Spezifität führen. Die niedrige Sensitivität könnte ihren Ursprung auch darin haben, dass der Verfasserin nur einzelne Risiken bezüglich der Mutter-Kind-Dyaden zufällig bekannt waren. Eine systematische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Risiken, die Mutter-Kind-Paare im Umgang miteinander belasten könnten, und den von Mutter und Kind im CARE-Index gezeigten Verhaltensweisen erscheint für eine fundiertere Berechnung der Spezifität und Sensitivität des CARE-Index im Kindergartenalter sinnvoll. Aber auch dann bliebe das Problem, dass seltene Ereignisse, wie massive Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen, statistisch nie korrekt vorhergesagt werden können (Gutermann, 1999). Seltene Ereignisse führen statistisch zu

dem Problem, dass selbst bei einer sehr hohen Vorhersagegenauigkeit von 95%, einige Eltern beispielsweise fälschlicherweise nicht als misshandelnd erkannt würden wohingegen anderen, die ihre Kinder nicht misshandeln oder vernachlässigen, dennoch als solche klassifiziert würden. Bei einer Stichprobe von 1000 Familien und einer Misshandlungsrate von 5% würden 50 Eltern ihre Kinder misshandeln und 950 nicht. Wenn also 95% der Eltern durch eine Methode richtig als misshandelnd beurteilt würden, würden drei der misshandelnden Eltern nicht erkannt werden. Mit ebenfalls einer Genauigkeit von 95% im Erkennen der nicht-misshandelnden Eltern würden mit dieser Methode 902 Eltern korrekt als nicht-misshandelnd eingestuft, 48 würden fälschlicherweise als ihre Kinder misshandelnd klassifiziert. 47 misshandelnde Eltern würden also richtig identifiziert (von 50) und 48 nicht-misshandelnde fälschlicherweise als misshandelnd eingestuft. Trotz einer sehr hohen Vorhersagegenauigkeit von 95% ist es also statistisch nicht möglich, solch seltene Ereignisse wie beispielsweise Misshandlung oder Missbrauch im Einzelfall korrekt vorherzusagen (Gutermann, 1999). Das bedeutet, dass sich selbst bei einer Verbesserung der Sensitivität des CARE-Index, in deren Folge es zu einer Verschlechterung der Spezifität käme, das Problem der Falschklassifizierung nicht gänzlich lösen ließe. Dennoch erscheint eine Neukalibrierung des CARE-Index für das Kindergartenalter sinnvoll, um die Sensitivität zu steigern, auch wenn dies teilweise zu Lasten der Spezifität gehen würde. So würden mehr Dyaden richtigerweise als risikoreich erkannt werden, wohingegen aber auch mehr Eltern-Kind-Paare fälschlicherweise als risikoreich klassifiziert würden. Dies ist vertretbar, da die durch ein Screening-Instrument zunächst entdeckten Risikofälle anschließend genauer überprüft und dabei gegebenenfalls auch als nicht belastet erkannt werden können. Dagegen scheiden die im ersten Durchgang nicht erkannten Risikofälle endgültig aus der Untersuchung aus und bleiben unerkannt.

Die Überprüfung der **Konstruktvalidität** des CARE-Index mithilfe der Fragebögen bezüglich der psychischen Belastung der Mütter und der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder konnten die Ergebnisse bezüglich der Validität des CARE-Index nicht zusätzlich untermauern.

Der mangelnde Zusammenhang zwischen der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index und der von ihr im Brief Symptom Inventory berichteten momentan subjektiv empfundenen psychischen Belastung könnte mehrere Ursachen haben. Zum einen muss sich die subjektiv in den letzten sieben Tagen empfundene Belastung nicht unmittelbar auf das Verhalten gegenüber dem Kind auswirken, da aufgrund der vorliegenden Datenlage in der

Literatur davon ausgegangen werden kann, dass Feinfühligkeit ein ziemlich stabiles Konstrukt ist, das nicht unbedingt wöchentlichen Schwankungen unterliegen sollte. Des Weiteren ist nicht klar, inwieweit die Angaben der Mütter ihrer tatsächlichen Belastung entsprachen oder vielmehr sozial erwünschte Antworten waren.

Die gleichen Bedenken gelten bezüglich des mangelnden Zusammenhangs zwischen der Kooperativität des Kindes im CARE-Index und den Verhaltensauffälligkeiten, die die Mütter im Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“ angegeben hatten. Untersuchungen der Düsseldorfer Arbeitsgruppe zeigten ebenfalls, dass der Elternfragebogen „Child Behavior Checklist“ keinen Zusammenhang mit der Bindungssicherheit des Kindes, erhoben mit dem Geschichten-Ergänzungs-Verfahren (Gloger-Tippelt & König, 2006) ergab. Im Unterschied dazu ergab sich aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Elternfragebogen „Social Behaviour Questionnaire - SBQ“ (Lösel, Beelmann & Stemmler, 2006), der ebenfalls Verhaltensauffälligkeiten von Kindern erfasst, und der Bindungssicherheit der Kinder. Die unterschiedlichen Ergebnisse erklärte sich die Arbeitsgruppe um Gloger-Tippelt damit, dass die Items im Elternfragebogen CBCL deutlich klinischer formuliert seien als der alltagsnah orientierte SBQ. Es würde Eltern insofern vielleicht leichter fallen, ihr Kind anhand der Items des SBQ zu beschreiben (Gloger-Tippelt et al., 2007).

Es könnte daher sein, dass die für die Überprüfung der Konstruktvalidität gewählten klinischen Instrumente (CBCL, BSI) sich möglicherweise nicht so sehr für die vorliegende eher nicht klinische Untersuchungsgruppe eignen. Zudem könnten die gewählten Fragebögen durch die Selbstauskünfte der Mütter Problemen wie sozialer Erwünschtheit beim Ausfüllen unterliegen. Für zukünftige Untersuchungen erscheint eine Überprüfung der Konstruktvalidität mit alltagsnäheren Verfahren sinnvoll, die wenn möglich eine direkte Verhaltensbeobachtung einschließen sollten.

Die Validität des CARE-Index bei Kindergartenkindern konnte daher mithilfe der jetzt vorliegenden Daten zum Elternfragebogen CBCL und dem Brief Symptom Inventory nicht untermauert werden.

Auch unter Einbezug der dargestellten Einschränkungen lässt sich jedoch zusammenfassend feststellen, dass diese 79 Mutter-Kind-Dyaden umfassende Pilotuntersuchung bezüglich der Anwendung des CARE-Index im Kindergartenalter optimistisch stimmt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der CARE-Index aufgrund der eindeutig bestätigten Zusammenhänge zwischen der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index einerseits

und der Bindungssicherheit des Kindes im Fremden-Situations-Test andererseits sowie der Ergebnisse der Reliabilitäts- und Objektivitätsuntersuchungen und der beschriebenen weiterführenden Analysen als ein valides Verfahren zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit bei Kindergartenkindern einsetzen lässt. Auch eine Verwendung als Screening-Verfahren bezüglich der Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen scheint denkbar.

Für eine weiterführende Absicherung der Anwendung des CARE-Index bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren erscheint eine zusätzliche Untersuchung des Zusammenhang von Bindungssicherheit und Feinfühligkeit an einer Untersuchungsgruppe mit insbesondere klinisch auffälligen oder durch Risiken wie Misshandlung oder Vernachlässigung belasteten Mutter-Kind-Dyaden bei ausführlicher Erfassung dieser und weiterer möglicher Risiken dringend erforderlich.

Des Weiteren erscheint eine erneute Überprüfung der Interrater- und der Retest-Reliabilität an einer repräsentativeren Untersuchungsgruppe nach einer gemeinsamen Schulung der Auswerter anhand von Beispielinteraktionen älterer Kinder und ihrer Mütter sowie ein Retest mit einem kürzeren zeitlichen Abstand und eventuell ohne einen Tausch der Auswerter sinnvoll.

Insgesamt sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ein vielversprechender erster Schritt für die Anwendung des CARE-Index bei Kindern zwischen zweieinhalb und fünfeinhalb Jahren auch oder insbesondere im klinischen Kontext.

Durch die nun möglich erscheinende Ausweitung der Anwendung des CARE-Index auf eine große Altersspanne von Kindern (0-15 Monate: *Infancy Manual*, Crittenden, 2006; 15 Monate bis fünfeinhalb Jahre: *Toddler Manual*, Crittenden 2005a) hebt sich der CARE-Index insbesondere im Hinblick auf längsschnittliche und katamnestische Untersuchungen positiv von der Mehrzahl der bekannten Verfahren zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit ab, da altersbedingte Veränderungen im Verhalten der Kinder berücksichtigt und wahrgenommen werden, was insbesondere für Verlaufsmessungen im therapeutischen Kontext vielversprechend erscheint.

Der Zusammenhang zwischen Risiken der Mutter-Kind-Dyade und der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index ist ein erster Hinweis darauf, dass sich der CARE-Index als Screening-Verfahren für mögliche Gefährdungen der Entwicklung des Kindes auch bei Kindergartenkindern anwenden lassen könnte. Dies bedarf jedoch aufgrund der mangeln-

den Sensitivität des Verfahrens vorab einer systematische Überprüfung. Auch im Rahmen familiengerichtlicher Begutachtungen könnte der CARE-Index zukünftig wichtige Erkenntnisse bezüglich der Beurteilung von Eltern-Kind-Beziehungen liefern, für die bisher keine alltagsrelevanten und alltagspraktischen Verfahren zur Verfügung standen. Dies erscheint aber erst dann möglich, wenn sich insbesondere die Sensitivität des CARE-Index steigern ließe. Es erscheint dafür dringend erforderlich, mögliche Risiken im elterlichen Verhalten systematisch zu erfassen und diese mit den im CARE-Index von Eltern und Kind gezeigten Verhaltensweisen abzugleichen. Auf der Grundlage solcher Daten sollten dann sowohl das Auswertungsmanual und als auch die Trainings-Videos hinsichtlich der Verhaltensmerkmale, die im Kindergartenalter auf Risiken hinweisen, erweitert werden.

Die Beurteilung der Feinfühligkeit im CARE-Index mit den drei Skalen für Mütter (Feinfühligkeit, Kontrolle, und Unresponsivität) erlaubt zudem prinzipiell eine differenzierte Beurteilung des elterlichen Verhaltens, so dass bei der Planung von Interventionen oder bei gutachterlichen Stellungnahmen nicht nur auf das Ausmaß an Feinfühligkeit eines Elternteils gegenüber seinem Kind zurückgegriffen werden kann, sondern die Defizite des Erwachsenen im Umgang mit dem Kind in ihrer Qualität bestimmt werden können. So kann zwischen eher zu stark kontrollierenden, feindseligen bis hin zu misshandelnden Verhaltensweisen des Erwachsenen auf der einen Seite und unterstimulierenden bis hin zu vernachlässigenden Verhaltensweisen des Erwachsenen auf der anderen Seite unterschieden werden.

Mit seiner klinischen Fundierung und einer Validierung an tatsächlichen Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen in der frühen Kindheit (Crittenden, 1981, 1985) stellt der CARE-Index eine Schnittstelle zwischen entwicklungspsychopathologischen Aspekten und klinischer Anwendbarkeit dar, wohingegen sich die Validierung der meisten derzeit verwendeten Instrumente zur Erfassung elterlicher Feinfühligkeit lediglich auf nicht klinische Stichproben bezieht. Eine erweiterte Überprüfung der Validität des CARE-Index im Kindergartenalter an Risikogruppen erscheint daher lohnend.

Die Relevanz der Möglichkeit zur Erfassung der Feinfühligkeit von Eltern gegenüber ihren Kindergartenkindern im klinischen Kontext besteht zudem darin, dass mehr oder weniger jedes kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild, wenn auch nicht primär so zumindest sekundär, mit Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung einhergeht, da die Erkrankung des Kindes zu einer spezifischen Belastung des Familiensystems führt.

Der CARE-Index besteht des Weiteren als ein ausgesprochen ökonomisches Verfahren, das sich mit etwa drei bis fünf Minuten zur Datenerhebung und etwa zwanzig Minuten zur Datenanalyse auch in einen klinischen Arbeitsalltag einbetten lässt. Zum anderen beruht der CARE-Index auf der Methode der Verhaltensbeobachtung, der Königsdisziplin in der entwicklungspsychopathologischen Forschung, und ermöglicht so die Erfassung von objektiven Daten bezüglich Mutter und Kind, die seitens der untersuchten Personen nicht durch Faktoren wie soziale Erwünschtheit beeinflussbar sind.

Weitere Untersuchungen und eventuelle Modifikationen des Auswertungsmanuals und der Trainingsvideos zur Steigerung der Reliabilität und der Sensitivität erscheinen daher lohnend.

5. Zusammenfassung

Der CARE-Index für Kleinkinder (Crittenden, 2005a) ist ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung der Qualität einer Erwachsenen-Kind-Interaktion, das auf der Auswertung drei- bis fünfminütiger videografiertes Spielinteraktionen basiert. Der CARE-Index erfasst als zentrale Variable die elterliche Feinfühligkeit in der Interaktion mit dem Kind. Er erfasst dabei sowohl das Verhalten der Mutter als auch das des Kindes sehr differenziert und eignet sich als Screening-Verfahren für Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen.

Im Rahmen der Säuglings- und Kleinkindforschung, insbesondere der Bindungstheorie und Bindungsforschung, stellt mütterliche Feinfühligkeit eine zentrale Voraussetzung für die gelingende Entwicklung des Kindes dar. Daraus ergibt sich die Wichtigkeit der empirischen Erfassung dieses Konstrukts. Für Kinder im Alter zwischen zweieinhalb und fünf Jahren war dies bisher aufgrund mangelnder validierter und klinisch geeigneter Verfahren kaum möglich.

Ziel dieser Studie war es daher, den CARE-Index bei der Anwendung an Kindern zwischen zweieinhalb und fünf Jahren und ihren Müttern auf seine Testgütekriterien hin zu überprüfen.

Die Ergebnisse der Pilotuntersuchung von 79 Mutter-Kind-Paaren zeigten, dass Objektivität und Reliabilität des Instruments für diese Altersgruppe mäßig ausfielen aber grundsätzlich als bestätigt betrachtet werden konnten. Die Validität des Instruments konnte anhand des Außenkriteriums „Bindungssicherheit des Kindes“ eindeutig nachgewiesen werden (erhoben mit dem Fremde-Situations-Tests, Auswertung: Preeschool Assessment of Attachment; Crittenden, 2004). Es bestand dabei ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und der Feinfühligkeit der Mutter im CARE-Index.

Weiterführende Analysen zeigten zudem erste Hinweise auf die Möglichkeit der Verwendung des CARE-Index als Screening-Verfahren für Risiken in Eltern-Kind-Beziehungen im Kindergartenalter. Da die Sensitivität jedoch niedrig ausfiel, erscheinen weitere Untersuchungen insbesondere im Risikobereich zur Neukalibrierung des CARE-Index für diese Altersgruppe dringend erforderlich.

Zusammengefasst lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse sagen, dass sich der CARE-Index als ökonomisches Verfahren zur Einschätzung der elterlichen Feinfühlig-

keit im Kindergartenalter zu eignen scheint. Eine weitere Überprüfung dieser ersten Ergebnisse zum einen an einer größeren und repräsentativeren Untersuchungsgruppe sowie zum anderen an einer klinisch auffälligen und durch unterschiedlichste Risiken belasteten Stichprobe erscheint sinnvoll und lohnend.

6. Literaturverzeichnis

- Achenbach T, Rescorla L: Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth and Families (2000).
- Ainsworth, MDS: Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025 (1969)
- Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ: Infant-mother attachment and social development: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In P.M. Richards (Hrsg.), *The integration of a child into a social world* (99-135). London: Cambridge University Press (1974).
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S: *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum (1978)
- Ahnert L, Meischner T, Schmidt A: Maternal Sensitivity and Attachment in East German and Russian Family Networks. In P.M. Crittenden & A.H. Claussen (Hrsg.) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (S.61-74). New York: Cambridge University Press (2000)
- Amelang M, Zielinski W: *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1997)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) (1998)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½-5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) (2002)
- Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik: *Materialien zur Child Behavior Checklist*. <http://www.medizin.uni-koeln.de/kliniken/kjp/kjfd/index.html>, 08.08.2006

- Atkinson L, Chisholm VS, Scott B, Goldberg S, Vaughn BE, Blackwell J, Dickens S, Tam F: Maternal Sensitivity, child functional level, and attachment in Down Syndrome. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(3), 45-66 (1999)
- Atkinson L, Niccols A, Paglia A, Coolbear J, Parker KCH, Poulton L, Guger S, Sitarenios G: A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(6), 791-810 (2000)
- Aviezer O, Sagi A, Joels T, Ziv Y: Emotional Availability and Attachment Representations in Kibbutz Infants and Their Mothers. *Developmental Psychology*, 35 (3), 811-821 (1999)
- Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB, Klerman GL: Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832 (1983)
- Bigras M, Pasquette D : L'Interdépendance Entre les Sous-systèmes Conjugal et Parental: Une Analyse Personne-Processus-Contexte. *Psicologia: Teorie e Pesquisa*, 16 (2), 91-102 (2000)
- Biringen, Z. (1987). Direct observations of mother-infant interaction in the home: Maternal sensitivity, perceptions of and interactions with child as a function of mother's recalled parental acceptance. Unpublished doctoral dissertation, University of California at Berkeley.
- Biringen, Z. (1998). *Emotional Availability Scales (EA)*. Unpublished manuscript. Fort Collins, CO: Colorado State University.
- Biringen Z, Brown D, Donaldson L, Green S, Kcmarik S, Lovas G: Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment & Human Development*, 2 (2), 188-202 (2000)
- Biringen Z, Matheny A, Bretherton I, Renouf A, Sherman M: Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2(2), 218-232 (2000)
- Biringen Z, Robinson JL: Emotional Availability: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(2), 258-271 (1991)

- Biringen Z, Robinson JL, Emde RN: *The Emotional Availability Scales*. Unpublished Manuscript, University of Colorado, Health Science Centre, Denver, CO, USA (1993)
- Bohlin G, Hagekull B: Behavior Problems of Maternal Sensitivity and Social Context. In P.M. Crittenden & A.H. Claussen (Hrsg.) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (S.75-96). New York: Cambridge University Press (2000)
- Bowlby J: *Attachment and loss: Vol. 1*. New York: Basic Books (1969)
- Bradley RH, Caldwell BM, Brisby J, Magee M, Whiteside L, Rock SL: The HOME inventory: a new scale for families of pre- and early adolescent children with disabilities. *Research in developmental disabilities*, 13: 313-33 (1992).
- Burrous CE : Stability and change in maternal sensitivity between 6 and 2 ½ years: Developmental history of care and control, depression, and anger. Unpublished doctoral dissertation, University of Vermont, Burlington (2004)
- Campbell SB, Brownell C, Hungerford S, Spieker S.J, Mohan R, Blessing JS: The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252 (2004)
- Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL: Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychology*, 18, 623-649. (2006)
- Clausen AH, Crittenden PM: Maternal Sensitivity. In P.M. Crittenden & A.H. Claussen (Hrsg.) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (S.115-122). New York: Cambridge University Press (2000)
- Clements M, Barnett D: Parenting and Attachment among Toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and Attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal*, 23 (6), 625–642 (2002)
- Cramer B, Robert-Tissot C, Stern DN, Sepra-Rusconi S, De Muralt M, Besson G, Palacio-Espasa F, Bachmann JP, Knauer D, Berney C, D’Arcis U : Outcome Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapy: A Preliminary report. *Infant Mental Health*, 11 (3), 278-300 (1990)

-
- Crittenden PM: Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merill-Palmer Quarterly*, 27, 201-218 (1981)
- Crittenden PM: Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96 (1985)
- Crittenden PM: Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16, 329-343 (1992a)
- Crittenden PM: The quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241 (1992b)
- Crittenden PM: *The Preschool Assessment of Attachment. Coding manual*. Unpublished manuscript. Miami, FL: Family Relations Institute (2004)
- Crittenden PM: *CARE-Index Infants (birth – 15 months) Coding Manual*. Unpublished manuscript. Miami, FL: Family Relations Institute (2006)
- Crittenden PM: *CARE-Index Toddlers Coding Manual*. Unpublished manuscript. Miami, FL: Family Relations Institute (2005a)
- Crittenden PM: Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 3/2005, 99-106 (2005b)
- Crittenden PM: *A Dynamic Maturation Model of Patterns of Attachment in the Preschool Years*. <http://www.patcrittenden.com/images/Model2b.jpg>, 26.07.2007 (2007)
- Crittenden PM, Hartl Claussen A, Kozłowska K: Choosing a Valid Assessment of Attachment for Clinical Use: A Comparative Study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(2), 78-87 (2007)
- DeWolff MS, van IJzendoorn MH: Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591 (1997)
- Downer JT, Pianta RC: Academic and Cognitive Functioning in First Grade: Associations with Earlier Home and Child Care Predictors and with Concurrent Home and Classroom Experiences. *School Psychology Review*, 35 (1), 11-30 (2006)

- Early DM, Rimm-Kaufmann SE, Cox MJ, Saluja G, Pianta RC, Bradley RH, Payne CC: Maternal Sensitivity and Child Wariness in the Transition to Kindergarten. *Parenting: Science and Practice*, 2(4). 355-377 (2002)
- Easterbrooks MA, Biesecker G, Lyons-Ruth K: Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: the roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment & Human Development*, 2 (2), 170-187 (2000)
- Egeland B, Erickson MF, Clemenhagen-Moon J, Hiester MK, Korfmacher J: 24 months tools coding manual: Project steep-revised 1990 from Mother-Child Project scales. Unpublished Manuscript, Minneapolis: University of Minnesota, Institute of Child Development (1990)
- Fisseni HJ: *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe (2004)
- Franke GH: *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft (2000)
- Franke GH: *SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft (2002)
- Gibson FL, Ungerer JA, McMahon CA, Leslie GI, Saunders DM: The Mother-Child Relationship Following In Vitro Fertilisation (IVF): Infant Attachment, Responsivity, and Maternal Sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (8), 1015-1023 (2000)
- Gloger-Tippelt G, König L: *Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B)*. 6. Fassung. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Düsseldorf (2002/2006)
- Gloger-Tippelt G, König L, Zellmer S, Lahl O: *Bindungsrepräsentation und Problemverhalten bei Kindern im Grundschulalter*. Vortrag auf der 18. Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie, Heidelberg (2007)
- Goldsmith HH, Alansky JA: Maternal and infant temperament predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 805-816 (1987)

- Gross D: How some dyads „fail“: A qualitative analysis with implications for nursing practice. *Infant Mental Health Journal*, 4, 272-286 (1983)
- Grossmann KE: Theoretischen und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung* (S. 21-41). München, Basel: Ernst Reinhardt (2004)
- Gutermann NB: Enrollment Strategies in Early Home Visitation to Prevent Physical Child Abuse and Neglect and The “Universal versus Targeted” Debate: A Meta-Analysis of Population-Based and Screening-Based Programs. *Child Abuse & Neglect*, 23 (9), 863-890 (1999)
- Hagekull Bohlin G, Rydell AM: Maternal sensitivity, Infant Temperament, and The Development of Early Feeding Problems. *Infant Mental Health Journal*, 18(2), 92-106 (1997).
- Hildebrand D, Laing J, Rosenthal H: *Prediction and analysis of cross-classification*. New York: Wiley (1977)
- Hungerford AE: Maternal sensitivity and attachment security as predictors of socioemotional functioning at 24 and 36 months. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (9-B), 4253 (2002)
- Jaffari-Bimmel N, Juffer F, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Moojaart A: Social Development From Infancy to Adolescence: Longitudinal and Concurrent Factors in an Adoption Sample. *Developmental Psychology*, 42 (6), 1143-1153 (2006)
- Kemppinen K, Kumpulainen K, Raita-Hasu J, Moilanen I, Ebeling H: The continuity of maternal sensitivity from infancy to toddler age. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (3), 199-212 (2006)
- Kiang L, Moreno AJ, Robinson JL: Maternal Preconceptions About Parenting Predict Child Temperament, Maternal Sensitivity, and Children’s Empathy. *Developmental Psychology*, 40 (6), 1081-1092 (2004)
- Klaiberg A: Brief Symptom Inventory (BSI). In E. Brähler, H. Holling, D. Leutner, & F. Petermann, *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Band 2*, S.822-825. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe (2002).

- Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH: Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Attachment: Differential Susceptibility of Highly Reactive Infants. *Journal of Family psychology*, 20(2), 266-274 (2006)
- Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkink J: Preventing Preschool Externalizing Behavior Problems through Video-Feedback Interaction in Infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 466-493 (2006)
- Koren-Karie N, Oppenheim D, Dolev S, Sher E, Etzion-Carasso A: Mother's Insightfulness Regarding Their Infants' Internal Experience: Relations with Maternal Sensitivity and Infant Attachment. *Developmental Psychology*, 38 (4), 534-542 (2002)
- La Sala GB, Gallinelli A, Fagandini P, Bevolo P, Landini A, Ballabeni A, Gasparini F, Leni M, Torricelli L: Developmental Outcomes at One and Two Years of Children Conceived by Intracytoplasmic Sperm Injection (2004)
- Leadbeater BJ, Bishop SJ, Raver CC: Quality of Mother-Toddler Interactions, Maternal Depressive Symptoms, and Behavior Problems in Preschoolers of Adolescent Mothers. *Developmental Psychology*, 32 (2), 280-288 (1996)
- LeCuyer-Maus EA: Maternal Sensitivity and Responsiveness, Limit-Setting Style, and Relationship History in the Transition to Toddlerhood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23, 117-139 (2000)
- Leerkes EM, Crockenberg SC, Burrous CM: Identifying Components of Maternal Sensitivity to Infant Distress: The Role of Maternal Emotional Competencies. *Parenting Science and Practice*, 4(1), 1-23 (2004)
- Leventhal A, Jacobsen T, Miller L, Quintana E : Caregiving Attitudes and At-Risk Maternal behavior Among Mothers With Major Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55 (12), 1431-1433 (2004)
- Lösel F, Beelmann A, Stemmler M: *Social Behavior Questionnaire - SBQ*. Unveröffentlichtes Manuskript. Erlangen: (2006)

- Lohaus A, Keller H, Ball J, Voelker S, Elben C: Maternal Sensitivity in Interactions with Three- and 12-Month-Old Infants: Stability, Structural Compositions, and Developmental Consequences. *Infant and Child Development*, 13, 235-252 (2004)
- Lohaus A, Keller H, Ball J, Elben C, Voelker S: Maternal Sensitivity: Components and Relations to Warmth and Contingency. *Parenting: Science and Practice*, 1(4), 267-284 (2001)
- Lohaus A, Keller H, Voelker S: Relationships between eye contact, maternal sensitivity, and infant crying. *International Journal of Behavioral Development*. 25(6), 542-548 (2001)
- Lok SM, McMahon CA: Mothers' thoughts about their children: Link between mind-mindedness and emotional availability. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 477-488 (2006)
- McElwain, Booth-LaForce: Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress as Predictors of Infant-Mother Attachment Security. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 247-255 (2006)
- Meier P, Wolke D, Gutbrod T, Rust L: The Influence of Infant Irritability on Maternal Sensitivity in a Sample of Very Premature Infants. *Infant Child Development*, 12, 159-166 (2003)
- Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M: Rethinking Maternal Sensitivity: Mothers' Comments and Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 Months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648 (2001)
- Moran G, Pederson DR, Pettit P, Krypka: Maternal sensitivity in infant-mother attachment in a developmental delayed sample. *Infant Behavior and Development*, 15, 427-442 (1992)
- Mullick M, Miller LJ, Jacobsen T: Insight Into Mental Illness and Child Maltreatment Risk Among Mothers With Major Psychiatric Disorders. *Psychiatric Services*, 52 (4), 488-492 (2001)
- NICHD Early Child Care Research Network: Child Care and Mother-Child Interaction in the First 3 Years of Life. *Developmental Psychology*, 35 (6), 1399-1413 (1999a)

- NICHD Early Child Care Research Network: Chronicity of Maternal Depressive Symptoms, Maternal Sensitivity, and child Functioning at 36 Months. *Developmental Psychology*, 35 (5), 1297-1310 (1999b)
- Niccols A, Feldman M: Maternal Sensitivity and Behavior Problems in Young Children With Developmental Delay. *Infant and Child Development*, 15, 543-554 (2006)
- Niccols A, Kirkland J: Maternal Sensitivity: A review of Attachment Literature Definitions. *Early Child Development and CARE*, 120, 55-65 (1996)
- Paavola L, Kemppinen K, Kumpulainen K, Moilanen I, Ebeling H: Maternal Sensitivity, infant co-operation and early linguistic development: Some predictive relations. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(1), 13-30 (2006)
- Pederson D, Moran G: A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-Sort measures of infant-mother interaction. In W. Waters, S. Vaughn, H. Posada & K. Kondo-Ikemura (Hrsg.), *New growing points of attachment theory and research: Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-based behavior and working models. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3, No. 244) (1995)
- Pressman LJ, Pipp-Siegel S, Yoshinaga-Itano C, Deas A: Maternal Sensitivity Predicts Language Gain in Preschool Children Who Are Deaf and Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4(4), 294-304 (1999)
- Rauh H, Simó S, Ziegenhain U: Mother-infant interaction in the first year of life: Comparison of two situations and two systems of analysis. *Poster presented at the XVth Biennial ISSBD Meeting, Bern, 1.-4.7.1998* (1998)
- Rauh H, Ziegenhain U, Müller B, Wijnroks L: Stability and change in infant-mother attachment in the second year of life. Relations to parenting quality and varying degrees of day-care experience. In Crittenden, P.M. & Claussen, A.H. (Hrsg.), *The organization of attachment relationships. Maturation, culture, and context*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 251-276 (2000)
- Robert-Tissot C, Cramer B, Stern DN, Sepira-Rusconi S, Bachmann JP, Palacio-Espasa F, Knauer D, De Muralt M, Berney C, Mendiguren G: Outcome Evaluation in Brief

- Mother-Infant Psychotherapies: Report on 75 Cases. *Infant Mental Health Journal*, 17 (2), 97-114 (1996)
- Rost J: *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion*. Bern, Göttingen, Toronto Seattle: Hans Huber (2004)
- Sagi A, Koren-Karie N, Gini M, Ziv Y, Joels T: Shedding Further Light on the Effects of Various Types and Quality of Early Child Care on Infant-Mother Attachment Relationship: The Haifa Study of Early Child Care. *Child Development*, 73 (4), 1166-1186 (2002)
- Sameroff AJ: General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Hrsg), *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and Methods*, 659-695. New York: Wiley (1995)
- Shonkoff J, Phillips D: *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press (2000)
- Simó S, Rauh H, Ziegenhain U: Mutter-Kind-Interaktion im Verlauf der ersten 18 Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende es 2. Lebensjahres. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 118-141 (2000)
- Sams GJJM, Juffer F, van IJzendoorn MH: Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38(5), S. 806-821 (2002)
- Statistisches Bundesamt: *Bildung im Zahlenspiegel 2006*. <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019571> (16.08.2006).
- Stovall KC, Dozier M: The development of attachment in new relationships: Single subject analysis for 10 foster infants. *Development & Psychopathology*, 12, 133-156 (2000)
- Valenzuela M: Maternal Sensitivity in a developing Society: The Context of Urban Poverty and Infant Chronic Undernutrition. *Developmental Psychology*, 33 (5), 845-855 (1997)
- van den Boom D (1990): *Sensitivity Scale*. Unpublished manuscript.

- Vandell DL: Effects of a playgroup experience on mother-son and father-son interaction. *Developmental Psychology*, 15, 379-385 (1979)
- van Eye A, Brandstätter J: Evaluating developmental hypothesis using statement calculus and nonparametric statistics. In Baltes PB, Feathermann DL, Lerner RM (Hrsg.): *Life-span development and behavior*, Vol. 8, (S. 61-97). Hillsdale, NJ: Erlbaum (1988)
- van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ: Maternal sensitivity and infant temperament in the formation of attachment. In Bremner G, Slater A (Hrsg.): *Theories of infant development* (S. 233-257). Malden, MA, US: Blackwell Publishing (2004).
- van IJzendoorn, MH, Kroonenberg, PM (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59, 147-156 (1988).
- van Zeijl J, Mesman J, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LR: Attachment Based Intervention for Enhancing Sensitive Discipline in Mothers of 1- to 3-Years-Old Children at Risk for Externalizing Behavior Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 994-1005 (2006)
- Vereijken CMJL, Riksen-Walraven JM: Maternal sensitivity and Infant Attachment Security in Japan: A Longitudinal Study. *International Journal of Behavioral Development*, 21(1), 35-49 (1997)
- Vygotsky LS: The collected works of L.S. Vygotsky. Vol.1: Problems of general psychology. New York: Plenum (1987)
- Ward MJ, Carlson EA: Associations among Adult Attachment Representations, Maternal sensitivity, and Infant-Mother Attachment in a Sample of Adolescent Mothers. *Child Development*, 66, 69-79 (1995)
- Ziv Y, Aviezer O, Gini M, Sagi A, Koren-Karie N: Emotional Availability in the mother-infant dyad as related to the quality of infant-mother attachment relationship. *Attachment & Human Development*, 2 (2), 149-169 (2000)
- Zöfel P: *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson Studium (2003)

Anhang**A) Fragebogen: Angaben zur Person**

VpNr _____

Datum _____

1) Ihr Geburtsdatum: _____

2) Ihr letzter Schulabschluss: _____
(z.B.: Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachhochschulreife, Abitur, Hochschulabschluss, etc.)

3) Ihr Ausbildungsberuf: _____

4) Sind Sie zur Zeit berufstätig? ja nein

5) Wenn Sie gegenwärtig berufstätig sind, welchen Beruf üben Sie aus?

a) Bitte skizzieren Sie Ihre Tätigkeit:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mittlere Beamtin | <input type="checkbox"/> Leitende Beamtin |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Angestellte | <input type="checkbox"/> Facharbeiterin |
| <input type="checkbox"/> Leitende Angestellte | <input type="checkbox"/> Selbständig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

b) Wie sind Ihre Arbeitszeiten?

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> halbtags | <input type="checkbox"/> ganztags | |
| <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> Nachtarbeit | <input type="checkbox"/> Heimarbeit |

Bitte machen Sie noch einige Angaben zu Ihrem **Ehe- bzw. Lebenspartner**

6) Geburtsdatum des Ehe- bzw. Lebenspartners: _____

7) Sein letzter Schulabschluss: _____
(z.B.: Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachhochschulreife, Abitur, Hochschulabschluss etc.)

8) Sein Ausbildungsberuf: _____

9) Ist er zur Zeit berufstätig? ja nein

10) Wenn er gegenwärtig berufstätig ist, welchen Beruf übt er aus?

a) Bitte skizzieren Sie seine Tätigkeit:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Mittlerer Beamter | <input type="radio"/> Leitender Beamter |
| <input type="radio"/> Mittlerer Angestellter | <input type="radio"/> Facharbeiter |
| <input type="radio"/> Leitender Angestellter | <input type="radio"/> Selbständig |
| <input type="radio"/> Sonstiges | |

b) Wie sind seine Berufszeiten?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> halbtags | <input type="radio"/> ganztags | |
| <input type="radio"/> Schichtarbeit | <input type="radio"/> Nachtarbeit | <input type="radio"/> Heimarbeit |

11) Leben Sie mit dem Vater Ihres Kindes zusammen? ja nein

12) Wenn „nein“, seit wann leben Sie getrennt: _____

13) Haben Sie weitere Kinder? ja nein

14) Wenn „ja“,

a) wie viele? _____

b) Nennen Sie Alter und Geschlecht: _____

c) Wenn „ja“, an welcher Stelle kam das heute mitgebrachte Kind (z.B.

Erstgeborenes, zweites, ...?) _____

15) Wie viele Personen umfasst Ihr Haushalt insgesamt? _____

Nun möchten wir Sie bitten, einige Fragen **zu Ihrem Kind** zu beantworten:

16) Geburtsdatum Ihres Kindes: _____

17) Wie ist der Gesundheitszustand Ihres Kindes? kränklich gesund

18) Gab es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes? Wann sind diese aufgetreten?

(z.B. besondere Krankheiten u.a. verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, schwierige Geburt, Entwicklungsverzögerungen u.ä.)

B) Instruktionen

B.1 Instruktionen für die freie Spielsituation (CARE-Index)

Bitte spielen Sie mit Ihrem Kind, wie Sie es gewöhnlich auch tun. Sie können, wenn Sie möchten, die Spielsachen dafür nehmen oder auch nicht. Sitzen Sie bequem und machen Sie sich keine Gedanken über die Kamera.

Haben Sie noch Fragen?

B.2 Instruktionen für den Fremde-Situations-Test

Liebe Mutter,

wir schauen bei dieser Untersuchung, wie ihr Kind in einem fremden Raum und mit kurzen Trennungen umgeht. Wir geben Ihnen diese Instruktionen schriftlich, damit wir das Vorgehen nicht vor dem Kind besprechen müssen. Wenn Ihr Kind während der Untersuchung fragt, warum Sie den Raum verlassen, dürfen Sie ihm - wenn Sie das möchten - sagen, dass Sie zu einem Gespräch verabredet sind und dass Sie wieder kommen. Bitte, erläutern Sie keine Einzelheiten!

Die Untersuchung gliedert sich in 6 Teile:

1. Zunächst sind Sie und Ihr Kind für 3 Minuten allein im Spielraum. Tun sie beide, was sie möchten. Bleiben Sie aber - wenn möglich - auf dem Stuhl sitzen und lassen Sie Ihr Kind das Spielzeug erkunden.
2. Nach 3 Minuten kommt eine fremde Person. Diese wird ein Gespräch mit Ihnen beginnen und nach einiger Zeit Kontakt mit Ihrem Kind aufnehmen. Nach 3 Minuten (zu dritt) werden wir klopfen. Das ist für Sie das Signal, den Raum zu verlassen. Sie können dies tun, wie Sie möchten; nur muss Ihr Kind im Raum bleiben.
3. Nach 3 Minuten gehen Sie in den Spielraum zurück.
4. Nach weiteren 3 Minuten werden wir erneut klopfen. Bitte, verlassen Sie - wie oben beschrieben - erneut den Raum. Das Kind ist dann 3 Minuten allein.
5. Danach kommt die fremde Person erneut in den Raum und spielt wiederum 3 Minuten mit ihrem Kind

6. Anschließend verlässt diese den Raum und Sie gehen im Wechsel zu ihrem Kind und verbringen mit ihm weitere 3 Minuten.

Wenn Sie diese Instruktionen gelesen haben, werden wir Sie und ihr Kind in den Spielraum holen.

Sie müssen diese Instruktionen nicht alle im Gedächtnis behalten. Wir werden Sie während der Untersuchung schrittweise nochmals daran erinnern. Merken Sie sich zunächst, dass Sie nach 6 Minuten - wenn eine Untersucherin mit dem Kind spielt - auf Klopfzeichen den Raum verlassen und Ihr Kind im Raum bleiben muss.

VIELEN DANK !

C) Einladungs- und Aufklärungsbriefe

C.1 Einladung

Liebe Eltern von zwei- bis sechsjährigen Kindern,

im Rahmen eines Forschungsprojekts suchen wir interessierte Mütter, die mit Ihren Kindern an einer einstündigen Untersuchung teilnehmen möchten. Es handelt sich dabei um eine Videoaufnahme einer kurzen Spielsequenz von Mutter und Kind und um das Ausfüllen einiger Fragebögen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, eine Beobachtungsmethode, die bisher nur für Kinder im Alter von 0 bis 30 Monaten besteht, für 2- bis 6-jährige Kinder weiterzuentwickeln. Diese Methode, genannt CARE-Index, dient der Erfassung von Verhaltensweisen zwischen Mutter und Kind und kann dazu verwendet werden, Besonderheiten im Entwicklungsverlauf und kindliche Bedürfnisse frühzeitig festzustellen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns behilflich sein könnten! Bei Interesse melden Sie sich bitte zu einem unverbindlichen Informationsgespräch bei

Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb
0731-500-33526
0177-7773929
anne-katrin.kolb@uniklinik-ulm.de

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen

(Prof. Dr. Jörg M Fegert) (PD Dr. Ute Ziegenhain) (Dipl.-Psych. Anne K. Kolb)

C.2 Elterninformation

Liebe Eltern,

in dieser Studie soll mit Hilfe verschiedener Methoden (Fragebögen und Videoaufnahme einer kurzen Spielsequenz) ein Beobachtungsverfahren für Kinder im Alter von zweieinhalb bis sechs Jahren entwickelt werden. Diese Methode, genannt CARE-Index, dient der Erfassung von Verhaltensweisen zwischen Mutter und Kind und kann dazu verwendet werden, Besonderheiten im Entwicklungsverlauf frühzeitig festzustellen. Bisher ist der CARE-Index nur für Kinder im Alter von 0 bis 30 Monaten anwendbar. Wir erhoffen uns durch diese Untersuchung das Verfahren auf die Altersgruppe der zweieinhalb- bis sechsjährigen Kinder ausdehnen zu können.

Die Untersuchung von Mutter und Kind findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universität Ulm, Safranberg, Krankenhausweg 5, 89075 Ulm statt. Dabei gliedert sich die Untersuchung in drei Abschnitte:

- 1) Informationsgespräch und Unterschreiben der Einverständniserklärung
- 2) Videoaufnahme von Mutter und Kind beim Spielen
- 3) Ausfüllen einiger kurzer Fragebögen durch die Mutter

Die Videoaufnahme dient der Weiterentwicklung des oben beschriebene Beobachtungssystems und die Fragebögen zu Erfassung einiger allgemeiner Informationen über Sie und Ihr Kind, die wir zur Auswertung der Videoaufnahmen benötigen. Insgesamt dauert die Untersuchung etwa eine Stunde.

FREIWILLIGKEI:

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf eine möglicherweise einmal angestrebte medizinische Behandlung in der Klinik oder die Betreuung Ihres Kindes im Kindergarten.

ERREICHBARKEIT DES PRÜFARZTES:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende Ansprechpartnerin erreichen:

Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb, Telefon 0731-500-33526

In Notfällen gilt folgende Nummer: 0177-7773929.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt besteht Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf das Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Prüfarzt.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Ihr Kind im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: der Universität) Einsicht in die Unterlagen der Untersuchung nehmen.

Sofern zur Einsicht autorisierte Personen nicht der oben genannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen die bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten, insbesondere die Videoaufnahmen von Mutter und Kind werden aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet. Wenn das teilnehmende Kind das Alter von zwölf Jahre erreicht, wird es angeschrieben und selbst um Einwilligung gebeten. Dafür bitten wir Sie um die Angabe Ihrer Adresse und der der Großeltern des Kindes, da die Erfahrung gezeigt hat, dass Umzüge häufig das Erreichen der Kinder erschweren. Im Falle einer Ablehnung oder des nicht Erreichens des Kindes werden die Daten gelöscht. Falls das Kind schon vor Vollendung des zwölfsten Lebensjahres die Einwilligung zurückziehen möchte, werden die Videodaten auch früher gelöscht.

Darüber hinaus würden wir einige Filmausschnitte auch zu Lehr und Trainingszwecken verwenden. Wir bitten Sie deshalb zu überlegen ob Sie auch damit einverstanden wären.

Auch dazu würden wir zusätzlich zu Ihrem Einverständnis die Einwilligung ihres Kindes einholen, wenn es das Alter von zwölf Jahren erreicht.

(Prof. Dr. Jörg M. Fegert) (PD Dr. Ute Ziegenhain) (Dipl.-Psych. Anne K. Kolb)

C.3 Einwilligungserklärung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR ELTERN

Titel der Studie: „CARE-Index für Kindergartenkinder“

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir/uns..... ausreichend erklärt.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit Fragen zu stellen und habe(n) hierauf Antwort erhalten.

Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme meines/unseres Kindes am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/Wir willigen in die Teilnahme unseres Kindes an diesem Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Kindes)

.....
(Unterschrift des Vaters)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Mutter)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Ihr Kind erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten und insbesondere auch die Videoaufnahmen meines/unseres Kindes und mir auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden. Bei Vollendung des zwölften Lebensjahres wird mein Kind selbst angeschrieben und um Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung der Videodaten gebeten. (Adressen bitte angeben.) Bei Ablehnung oder nicht Erreichen meines Kindes werden die Videodaten gelöscht. Möchte mein Kind schon vor dem Alter von zwölf Jahre die Einwilligung zurückziehen, werden die Videodaten auch früher gelöscht.
2. Außerdem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in die erhobenen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir den Arzt/Psychologen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit einer Verwendung von Videoausschnitten zu Lehr und Trainingszwecken erkläre ich mich einverstanden (bitte ankreuzen).

Mir ist klar, dass sowohl mein Kind als auch ich dabei nicht verfremdet dargestellt werden.

Ja

Nein

.....
(Unterschrift des Vaters)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Mutter)

Adressen für die Zusendung der Einwilligungserklärung des Kindes bei Vollendung des zwölften Lebensjahres:

Name und Nachname des Kindes

Straße und Nr.

PLZ und Ort

Telefon

Name der Großeltern

Straße und Nr.

PLZ und Ort

Telefon

C.4 Erklärung zur erneuten Teilnahme

Wir haben an der Untersuchung „CARE-Index für Kindergartenkinder“ teilgenommen.

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

An einer wiederholten Untersuchung würden mein Sohn/ meine Tochter und ich wir gern wieder teilnehmen:

- Ja
- Vielleicht
- Nein

D) Ainsworths Skala zur Erfassung der mütterlichen Feinfühligkeit

9 highly sensitive. This mother is exquisitely attuned to B[aby]s signals, and responds to them promptly and appropriately. She is able to see things from B's point of view; her perceptions of his signals and communications are not distorted by her own needs and defences. She 'reads' B's signals and communications skilfully, and knows what the meaning is of even his subtle, minimal, and understated cues. She nearly always gives B what he indicates what he wants although perhaps not invariably so. When she feels that it is best not to comply with his demands – for example, when he is too excited, over-imperious, or wants something he should not have – she is tactful in acknowledging his communication and in offering an acceptable alternative. She has 'well-rounded' interactions with B, so that the transaction is smoothly completed and both she and B feel satisfied. Finally, she makes her responses temporally contingent upon B's signals and communications.

7 sensitive. This mother also interprets B's communications accurately, and responds to them promptly and appropriately – but with less sensitivity than mothers with higher ratings. She may be less attuned to B's more subtle behaviours than the highly sensitive mother. Or, perhaps because she is less skilful in dividing her attention between B and competing demands, she may sometimes 'miss her cues'. B's clear and definite signals are, however, neither missed nor misinterpreted. This mother empathises with B and sees things from his point of view; her perceptions of his behaviour are not distorted. Perhaps because her perception is less sensitive than that of other mothers with higher ratings, her responses are not as consistently prompt or as finely appropriate – but although there may be occasional little 'mismatches', M[other]'s interventions and interactions are never seriously out of tune with B's tempo, state and communications.

5 Inconsistently sensitive. Although this mother can be quite sensitive on occasion, there are some periods in which she is insensitive to B's communications. M's inconsistent sensitivity may occur for any one of several reasons, but the outcome is that she seems to have lacunae in regard to her sensitive dealings with B – being sensitive at some times or in respect to some aspects of his experience, but not in others. Her awareness of B may be intermittent – often fairly keen, but sometimes impervious. Or her perception of B's behaviour may be distorted in regard to one or two aspects although it is accurate in other important aspects. She may be prompt and appropriate in response to his communications at some time and in other respects. On the whole, however, she is more frequently sensitive than insensitive. What is striking is that a mother who can be as sensitive as she is on so many occasions can be so insensitive on other occasions.

3 Insensitive. This mother frequently fails to respond to B's communications appropriately and/or promptly, although she may on some occasions show capacity for sensitivity in her responses to and interactions with B. Her insensitivity seems linked to inability to see things from B's point of view. She may be too frequently preoccupied with other things and therefore inaccessible to his signals and communications, or she may misperceive his signals and interpret them inaccurately because of her own wishes or defences, or she may know well enough what B is communicating but be disinclined to give what he wants – because it is inconvenient or she is not in the mood for it, or because she is determined not to 'spoil' him. She may delay an otherwise appropriate response to such an extent that it is no longer contingent upon his signal, and indeed perhaps is no longer appropriate to his state, mood, or activity. Or she respond with seeming appropriateness to B's communications but break off the transactions before B is satisfied, so that their interactions seem fragmented and incomplete or her responses perfunctory, half-hearted, or impatient. Despite such clear evidence of insensitivity. However, this mother is not as consistently or pervasively insensitive as mothers with lower ratings. Therefore, when the baby's own wishes, moods, and activity are not too deviant from the mother's wishes, mood, and household responsibilities or when the baby is truly distressed or otherwise very forceful and compelling in his communications, this mother can

modify her own behaviour and goals, at this time, can show sensitivity in handling of the child.

1 Highly insensitive. The extremely insensitive mother seems geared almost exclusively to her own wishes, moods, and activity. That is, M's interventions and initiations of interaction are prompted or shaped largely by signals within herself; if they mesh with B's signals, this is often no more than coincidence. This is not to say that M never responds to B's signals; for sometimes she does if the signals are intense enough, prolonged enough or often enough repeated. The delay in response is in itself insensitive. Furthermore, since there is usually a disparity between M's own wishes and activity and B's signals, M, who is geared largely to her own signals, routinely ignores or distorts the meaning of B's behaviour. Thus, when M responds to B's signals, her response is characteristically inappropriate in kind, or fragmented and incomplete. (Ainsworth et al. 1974 , S.131-133)

Dank

Ich möchte mich bei einer Reihe von Menschen, die diese Arbeit ermöglicht und mich in unterschiedlicher Art und Weise unterstützt haben, herzlich bedanken.

Mein Dank gilt

- PD Dr. Ute Ziegehain für die Ermöglichung dieser Studie, die Betreuung und Begutachtung sowie eine stets intensive und lehrreiche Zusammenarbeit, durch die viele Entwicklungsschritte für mich möglich wurden,
- Prof. Dr. Klaus Schmeck für Betreuung und Unterstützung,
- Prof. Dr. Jörg M. Fegert für die zündende Idee und kritische Anmerkungen,
- Prof. Dr. Jörn von Wietersheim für die Begutachtung,
- Prof. Dr. Hellgard Rauh für zahlreiche lehrreiche und motivierende Tipps,
- Dipl.-Psych. Helga von Wietersheim und Dipl.-Psych. Alessandra Vicari für Flexibilität und Ausdauer als „Fremde“ in den endlosen Untersuchungsmonaten,
- Dipl.-Psych. Tanja Besier für tägliche Zusammenarbeit und lange Freundschaft,
- Dipl.-Psych. Nicola Sahhar und Dipl. Soz. Päd. Angelika Schöllhorn für die unermüdliche Auswertungen der CARE-Index-Videos,
- allen teilnehmenden Kindergärten, Müttern und Kindern für ihre freundliche Bereitschaft zur Teilnahme und ihr Engagement sowie
- meinen Eltern und meinem Mann für so vieles.