

**B.A.S.E.® - Babywatching – ein Programm
für Empathie und Feinfühligkeit &
gegen Angst und Aggression**

Implementierung und Evaluierung an Tiroler Volksschulen

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades einer
Magistra der Naturwissenschaften

eingereicht bei Herrn

Mag. Dr. Florian Juen

Institut für Psychologie
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

von

Andrea Haneder

Innsbruck, November 2011

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Univ.-Ass. Mag. Dr. Florian Juen für die freundliche Unterstützung und Beratung bei der Konzeption und Durchführung meiner wissenschaftlichen Untersuchung und Erstellung meiner Diplomarbeit und Mag. Christine Unterrainer für die methodische Betreuung.

Weiters bedanke ich mich beim Landesschulrat für Tirol, den beteiligten BezirksschulinspektorInnen und den SchuldirektorInnen der teilnehmenden Volksschulen für die freundliche Genehmigung zur Erhebung und Durchführung der Studie an Tiroler Volksschulen.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei den mitwirkenden Kindern, deren Eltern und LehrerInnen sowie den Müttern mit ihren Babys, die durch ihre freiwillige Mitarbeit die Projektdurchführung und Untersuchung erst möglich machten.

Einen ausgesprochen herzlichen Dank möchte ich an Dipl.-Päd. Ursula Henzinger richten, die mir bei der Organisation und Durchführung des Projekts stets an eine große und äußerst zuverlässige Hilfe war. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung wäre es mir nicht möglich gewesen, die Studie in diesem ausgedehnten Umfang durchzuführen.

Ebenso möchte ich mich bei OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch der Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig Maximilians Universität München bedanken, der von Beginn an die Evaluation des von ihm für den deutschen Sprachraum adaptierten Programms „B.A.S.E® - Babywatching“ sehr begrüßte, mir als wichtige Ansprechperson zu Verfügung stand und sein starkes Interesse an den Ergebnissen der Studie bekundete.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei allen bedanken, die mir Mut machten, für mich da waren und mich unterstützt haben. Der Dank gilt ganz besonders meinem Partner Dr. Robert Mosheim, meinen Eltern – vor allem meinem Vater, dem es leider nicht mehr möglich ist, den Abschluss dieser Arbeit und des Studiums mitzuerleben – und

meinen anderen FreundInnen und Bekannten, die mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	8
2 DIE ENTWICKLUNG DES AGGRESSIONSBEGRIFFS AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT..	10
2.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER AGGRESSION	10
2.2 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUM PHÄNOMEN AGGRESSION AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT	11
2.2.1 <i>Aggression und die Freudsche Auffassung</i>	12
2.2.2 <i>Aggression und die Auffassung Melanie Kleins</i>	13
2.2.3 <i>Kritik an der Theorie vom angeborenen Destruktions- und Todestrieb</i>	14
2.2.4 <i>Aggression bei D. W. Winnicott</i>	15
2.2.5 <i>Kernbergs Objektbeziehungstheorie</i>	15
2.2.6 <i>Federns Ich-psychologischer Ansatz</i>	15
2.2.7 <i>Aggression und Kohuts Begriff der narzisstischen Wut</i>	16
3 DIE ENTWICKLUNG DES ANGSTBEGRIFFS AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT	16
3.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER ANGST.....	16
3.2 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUM PHÄNOMEN ANGST AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT	18
3.2.1 <i>Erste Phase der Angsttheorie Freuds</i>	18
3.2.2 <i>Zweite Phase der Angsttheorie Freuds</i>	19
3.2.3 <i>Dritte Phase der Angsttheorie Freuds</i>	19
4 ANGST UND AGGRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	20
4.1 FORMEN DER AGGRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	20
4.1.1 <i>Formen der Aggression</i>	20
4.1.1.1 <i>Feindselige vs. instrumentelle Aggression</i>	20
4.1.1.2 <i>Offene vs. verdeckte Aggression</i>	21
4.1.1.3 <i>Reaktive vs. aktive Aggression</i>	21
4.1.1.4 <i>Körperliche vs. indirekte Aggression</i>	22
4.1.1.5 <i>Affektive vs. räuberische Aggression</i>	22
4.1.2 <i>Formen der Aggression nach Parens</i>	22
4.1.2.1 <i>Nichtdestruktive Aggressivität</i>	23
4.1.2.2 <i>Nichtaffektive Destruktivität</i>	23
4.1.2.3 <i>Feindselige Destruktivität</i>	24
4.2 FORMEN DER ANGST BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN.....	25
4.2.1 <i>Die physiologischen Angstthemen von Kindern und Jugendlichen</i>	25
4.2.2 <i>Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen</i>	26
4.2.2.1 <i>Trennungsangst</i>	27
4.2.2.2 <i>Generalisierte Angststörung</i>	27
4.2.2.3 <i>Sozialphobie</i>	28
4.2.2.4 <i>Spezifische Phobien</i>	28
4.2.2.5 <i>Panische Angst</i>	28
4.3 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ANGST UND AGGRESSION	29
4.4 PRÄVALENZEN UND GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE – AGGRESSION UND ANGST ALS PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN.....	29
5 EMPATHIE	31
5.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER EMPATHIE	31
5.2 FORMEN DER EMPATHIE.....	32
5.2.1 <i>Empathie als kognitive Fähigkeit (kognitive Empathie)</i>	32
5.2.2 <i>Empathie als primäre emotionale Reaktion (affektive Empathie)</i>	34
5.3 ENTWICKLUNGSMODELL VON EMPATHIE NACH MARTIN L. HOFFMAN	35
5.3.1 <i>Globale Empathie</i>	35
5.3.2 <i>Egozentrische Empathie</i>	36
5.3.3 <i>Empathie für die Gefühle eines anderen (Emotionale Empathie)</i>	36
5.3.4 <i>Empathie für die Lebenssituation eines anderen (Kontextuelle Empathie)</i>	36
5.4 EMPATHIE UND PROSOZIALES VERHALTEN	37
5.5 BEDINGUNGSFAKTOREN DER INDIVIDUELLEN ENTWICKLUNG DES KINDES IN BEZUG AUF EMPATHIE ...	37

6 FEINFÜHLIGKEIT	38
6.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER FEINFÜHLIGKEIT.....	38
6.2 MÜTTERLICHE FEINFÜHLIGKEIT, EMPATHIE UND PROSOZIALES VERHALTEN AUS BINDUNGSTHEORETISCHER SICHT.....	39
6.3 FEINFÜHLIGKEIT, EMPATHIE UND DIE SPIEGELNEURONEN	41
7 EXKURS: KLINISCH RELEVANTE STÖRUNGSBEREICHE	43
7.1 DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION FÜR PSYCHISCHE BZW. VERHALTENSTÖRUNGEN IN DER KINDHEIT UND JUGEND	43
7.2 MULTIAXIALES KLASSIFIKATIONSSCHEMA (MAS).....	43
7.3 STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (F91)	44
7.4 EMOTIONALE STÖRUNGEN DES KINDESALTERS (ANGSTSTÖRUNGEN) (F93)	46
7.5 STÖRUNGEN SOZIALER FUNKTIONEN MIT BEGINN IN DER KINDHEIT ALS URSACHE FÜR AGGRESSION UND ANGST (F94.1, F94.2)	46
8 DIE BINDUNGSTHEORIE UND RELEVANTE KONZEPTE.....	47
8.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER BINDUNG	47
8.2 GRUNDLAGEN DER BINDUNGSTHEORIE.....	48
8.3 INNERE ARBEITSMODELLE UND MENTALISIERUNG	49
8.4 KLASSIFIKATION DER BINDUNGSQUALITÄTEN DES KINDES.....	50
8.4.1 <i>Sicher gebundene Kinder</i>	50
8.4.2 <i>Unsicher-vermeidend gebundene Kinder</i>	51
8.4.3 <i>Unsicher-ambivalent gebundene Kinder</i>	51
8.4.4 <i>Unsicher-desorganisiert gebundene Kinder</i>	52
8.5 VERTEILUNG DER VERSCHIEDENEN MUSTER DER BINDUNGSQUALITÄT	53
8.6 BINDUNG UND GENETISCHE FAKTOREN.....	53
8.7 BINDUNG UND TEMPERAMENT	54
8.8 GESCHLECHTSBEZOGENE ASPEKTE DER BINDUNGSENTWICKLUNG.....	57
8.9 BINDUNG UND PSYCHOPATHOLOGIE	58
8.10 DESORGANISATION UND BINDUNGSSTÖRUNG	59
8.10.1 <i>Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (mit Hemmung) (F94.1)</i>	59
8.10.2 <i>Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)</i>	60
8.11 AGGRESSIVES BINDUNGSVERHALTEN.....	62
8.12 AUSSICHTEN: BINDUNGSFORSCHUNG, AGGRESSION, ANGST, EMPATHIE UND FEINFÜHLIGKEIT.....	63
9 AUßERFAMILIÄRE EINRICHTUNGEN ALS SCHUTZFAKTOR KINDLICHER ENTWICKLUNG ..	65
9.1 DIE SCHULE ALS SCHUTZFAKTOR KINDLICHER ENTWICKLUNG.....	65
9.2 B.A.S.E.® - BABYWATCHING – EIN PROGRAMM GEGEN ANGST UND AGGRESSION UND FÜR EMPATHIE UND FEINFÜHLIGKEIT	67
9.2.1 <i>Hintergründe und Konzept von B.A.S.E.® - Babywatching</i>	67
9.2.2 <i>Parents und die Wurzeln des Aggressionspräventionsprogramms B.A.S.E.® - Babywatching</i>	69
9.2.3 <i>Die vier Beobachtungsebenen des B.A.S.E.® - Babywatching</i>	69
9.3 ROOTS OF EMPATHY – EIN PROGRAMM GEGEN AGGRESSIVES VERHALTEN VON KINDERN	70
9.3.1 <i>Hintergründe von Roots of Empathy</i>	70
9.3.2 <i>Das Konzept von Roots of Empathy</i>	71
9.3.3 <i>Forschungsergebnisse zu Roots of Empathy</i>	72
9.4 VERGLEICH DER PROGRAMME B.A.S.E.® - BABYWATCHING UND ROOTS OF EMPATHY.....	72
10 EMPIRISCHER TEIL.....	75
10.1 HYPOTHESEN.....	75
10.2 UNTERSUCHUNGSDESIGN	76
10.2.1 <i>Vorbereitung zur Durchführung</i>	76
10.2.2 <i>Beschreibung der Durchführung</i>	76
10.3 STICHPROBE.....	77
10.4 DAS VERWENDETE MESSINSTRUMENT: SDQ-DEU.....	78
10.4.1 <i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i>	78
10.4.2 <i>Die erweiterte Version des SDQ und dessen Auswertung</i>	79

10.4.3 Der SDQ in deutscher Version (SDQ-Deu): Normierung, Auswertung und Interpretation	81
10.4.4 Methodenvergleich des SDQ und der CBCL	83
10.4.5 Reliabilität des SDQ-Deu	84
11 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	85
11.1 RÜCKLAUFQUOTEN DER FRAGEBÖGEN.....	85
11.1.1 Rücklaufquote der Elternfragebögen	85
11.1.2 Rücklaufquote der Lehrerfragebögen.....	86
11.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN UND ERGEBNISSE ZUM ERSTEN MESSZEITPUNKT.....	87
11.2.1 Soziodemographische Daten zum ersten Messzeitpunkt.....	87
11.2.2 Interpretation der soziodemographischen Daten	88
11.2.3 Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt.....	89
11.2.4 Vergleich der beiden Studiengruppen unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden	91
11.2.4.1 Emotionale Probleme	92
11.2.4.2 Prosoziales Verhalten	93
11.2.4.3 Gesamtproblemverhalten.....	93
11.3 VERGLEICH DER ERGEBNISSE ZWISCHEN DEN PRÄ- UND POST-DATEN.....	94
11.3.1 Vergleich der Ergebnisse aufgrund der Elternratings	94
11.3.1.1 Emotionale Probleme	94
11.3.1.2 Prosoziales Verhalten	95
11.3.1.3 Gesamtproblemverhalten.....	97
11.3.2 Vergleich der Ergebnisse aufgrund der Lehrerratings.....	98
11.3.2.1 Emotionale Probleme	98
11.3.2.2 Prosoziales Verhalten	100
11.3.2.3 Gesamtproblemverhalten.....	102
12 INTERPRETATION UND DISKUSSION.....	104
13 SCHLUSSWORT UND AUSBLICK.....	111
14 LITERATURVERZEICHNIS	116
TABELLENVERZEICHNIS	128
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	130
ANHANG	131

Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurde erstmals das Präventionsprogramm „B.A.S.E.® - Babywatching“ gegen Aggression und Angst und für Empathie und Feinfühligkeit in größerem Umfang an mehreren Tiroler Schulen wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit hin überprüft.

Der empirische Teil der Arbeit wurde durch theoretische Grundlagen zu Aggression, Angst, Empathie und Feinfühligkeit, sowie durch bindungstheoretische Konzepte und klinisch relevante Störungsbereiche unterlegt.

Bei dem Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ handelt es sich um ein in deutschen Kindergärten und Schulen erprobtes Feinfühligkeits- und Empathietraining gegen Angst und Aggression, welches von dem in Philadelphia/USA an der Thomas Jefferson University tätigen Dr. Henri Parens, MD entwickelt und von Dr. med. Karl Heinz Brisch an der Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde.

In Tirol wurde das im Rahmen dieser Arbeit evaluierte Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ an fünf ausgewählten Volksschulen des Landes Tirol implementiert. Die Evaluation erfolgte durch eine Fragebogenerhebung, in der per Fremdeinschätzung durch Eltern und Lehrer die Stärken und Schwächen im Verhalten der Kinder erhoben wurden. Die Fragebögen sind vor und nach der Projektdurchführung den Eltern und Lehrern ausgeteilt worden. Die Gesamtevaluationsstudie basierte auf einem Prä-Post-Kontrollgruppen-Design.

Beim „B.A.S.E.® - Babywatching“ kam in einem wöchentlichen bzw. 2-wöchentlichen Rhythmus eine Mutter mit ihrem wenige Wochen alten Baby für max. eine halbe Stunde in die jeweilige Schulklasse. Unter Anleitung der Lehrerinnen erlebten die Kinder, wie sich das Baby von Woche zu Woche entwickelte. Projektstart war im September 2010, das Ende im Mai 2011. Anhand der regelmäßigen Beobachtung sollten die Schüler lernen, sich in die Emotionen, Motivationen und Bedürfnisse von Kind und Mutter immer besser einzufühlen.

Durch die Evaluation des Programms „B.A.S.E.®-Babywatching“ konnte gezeigt werden, dass das Programm als Präventionsprogramm gegen Angst und Aggression und für Empathie und Feinfühligkeit wirkt.

Kinder, die am Programm teilnahmen, wiesen laut Einschätzung der Eltern und Lehrer nach Beendigung des Babywatching im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger emotionale Probleme wie Ängstlichkeit, körperliche Beschwerden und Schlafstörungen auf. Zusätzlich zeigte sich, dass die Mädchen mehr vom Programm profitieren als die Buben. Sie waren nach Beendigung des Projekts weniger ängstlich, litten weniger unter körperlichen Beschwerden und Schlafstörungen.

Des Weiteren stellte sich heraus, dass es gemäß der Lehrer- und Elterneinschätzung bei den teilnehmenden Schülern zu einer Verbesserung des prosozialen Verhaltens im Gegensatz zur Kontrollgruppe kam, d.h. die Kinder wurden empathiefähiger und sozial kompetenter.

Zuletzt konnte gezeigt werden, dass es gemäß der Einschätzung der Eltern durch das Babywatching bei den teilnehmenden Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einer Verbesserung im Gesamtproblemverhalten kam. Externalisierte Störungen wie Aggressivität, geringe Aufmerksamkeit und oppositionelles Verhalten zählen gemäß dieser Untersuchung zum Gesamtproblemverhalten und reduzierten sich aufgrund des Babywatching.

Gemäß der Lehrereinschätzung kam es hingegen sowohl bei Kindern, die am Programm teilnahmen zu einer Verbesserung im Gesamtproblemverhalten, als auch bei Schülern, die am Programm nicht teilnahmen. Dennoch bestand zwischen den beiden Gruppen ein Unterschied: die Wirkung über die Zeit war bei der Experimentalgruppe deutlich höher als bei der Kontrollgruppe. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Programm auch gemäß der Lehrereinschätzung zu einer Reduktion von externalisierten Störungen führte.

1 Einleitung

Eine im Jahr 2007 veröffentlichte und in 35 Staaten durchgeführte WHO-Studie weist auf die Tatsache hin, dass

im Mittel jeder zehnte Schüler regelmäßig von Mitschülern körperlich attackiert wird; verbale Beschimpfungen kommen noch öfter vor. In der Untersuchung über das Ausmaß von „Bullying“ ... [also physischer und psychischer Gewalt], liegt Österreich unter den Ländern mit den meisten derartigen Attacken. (News.at, 2007b)

Laut dieser Erhebung werden „14 Prozent der elfjährigen Mädchen und 20 Prozent der elfjährigen Burschen zwei- bis drei Mal im Monat Opfer von `Bullying´, bei den 13-Jährigen sind es 17 (Mädchen) bzw. 25 Prozent (Burschen) und bei den 15-Jährigen zehn (Mädchen) bzw. 15 Prozent“ (News.at, 2007a).

Aufgrund solcher Studien und Berichterstattungen, in denen von einer Zunahme von Gewalt - sowohl physischer als auch psychischer - an Schulen gesprochen wird, könnte der Schluss gezogen werden, dass aggressives Verhalten generell bei Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Es wäre auf der anderen Seite aber auch denkbar, dass die Gesellschaft lediglich sensibler für gewalttätige Verhaltensweisen geworden ist. Epidemiologischen Studien aus früheren Jahren, deren Ergebnisse mit heutigen Untersuchungen verglichen werden könnten, gibt es nämlich nicht (Brisch, 2010b).

Tatsache ist jedenfalls, dass aufgrund der medialen Berichterstattung die Wahrnehmung von aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, vor allem in einzelnen Extremvarianten, wie Amokläufen in Schulen, gestiegen ist und der Ruf nach Lösungen im Sinne von Interventionen und Prävention immer stärker wird.

Das Ziel der Prävention gegenüber aggressiven Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen kann jedoch nur erreicht werden, wenn einerseits das Wissen um

die Ursache dieser Störungen größere Verbreitung findet, andererseits mehr Anstrengungen unternommen werden, solche Störungen frühzeitig durch Programme der primären Prävention erst gar nicht entstehen zu lassen.

Die Verbreitung bereits vorhandener Präventionsprogramme, wie das in dieser Arbeit evaluierte „B.A.S.E.® - Babywatching“, ist eine Möglichkeit, die Häufigkeit und Schwere von aggressiven Verhaltensstörungen in frühen Kindheitsjahren zu verändern und den betroffenen Kindern zusammen mit ihren Bindungspersonen wie Eltern und Lehrer einen besseren emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungsweg zu eröffnen (Brisch, 2010b).

2 Die Entwicklung des Aggressionsbegriffs aus psychoanalytischer Sicht

2.1 Definition des Begriffs der Aggression

In der Literatur finden sich unterschiedlich eingegrenzte Definitionen des Begriffs der Aggression. Selg, Mees und Berg (1988, zitiert nach Resch, 1996) sprechen „von einem `gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichtetes Austeilen schädigender Reize´, das offen (körperlich, verbal) oder verdeckt (phantasiert), positiv (von der Kultur gebilligt) oder negativ (missbilligt) sein kann. Dieses Verhalten muss als gerichtet interpretiert werden können. Unter autoaggressivem Verhalten verstehen wir die direkte Schmerz- bzw. Gewaltanwendung gegen den eigenen Körper“ (S. 320).

Im Vokabular der Psychoanalyse (Laplanche & Pontalis, 1998, S. 40) wird Aggression bzw. Aggressivität als „Tendenz oder Gesamtheit von Tendenzen, die in realen oder phantasierten Verhaltensweisen aktualisiert werden und darauf abzielen, den andern zu schädigen, ihn zu vernichten, zu zwingen, zu demütigen usw. Die Aggression kennt andere Modalitäten als die heftige und zerstörerische motorische Aktion; es gibt keine Verhaltensweise, weder eine negative (z.B. Verweigerung von Hilfeleistung) noch eine positive, symbolische (z.B. Ironie) noch eine effektiv ausgeführte, die nicht aggressiv sein könnte.“

Resch (1996, S. 321) schreibt von einer Doppeldeutigkeit des Begriffs der Aggression. „Etymologisch (lat. ad gredi; oder aggredi) wird darunter sowohl herangehen, sich begehen, sich an jemanden wenden, jemanden zu gewinnen versuchen verstanden als auch angreifen, anfallen, überfallen.“

Scheithauer (2003) weist darauf hin, dass sich über 200 unterschiedliche Definitionen aggressiven Verhaltens nennen ließen. Gemein ist diesen Definitionen, so Scheithauer (2003, S. 17), „dass es sich um ein Verhalten mit Schädigungsabsicht handelt und dass das Verhalten vom Opfer als verletzend empfunden wird. Aggression umfasst

- Einstellung oder Absichten (z.B. Feindseligkeit = *Motivation*),
- *Emotionen* (z.B. Ärger) und
- *Verhaltensweisen* (z.B. jemanden schlagen).

Hinzu kommen Aspekte, die in der konkreten Situation aggressionsauslösend, -fördernd oder –aufrechterhaltend sind bzw. Aggressionen hemmen. In der psychologischen Aggressionsforschung werden diese Ebenen jedoch häufig nicht genau voneinander getrennt.“

Keine der Forschungsrichtungen, so Resch (1996, S. 321), kann jedoch eine „Theorie für sich in Anspruch nehmen, das Wesen der Aggression, ihre Entwicklung und ihre Äußerungsformen unter den verschiedenen kulturellen, sozialen, politischen und individuellen Bedeutungen umfänglich geklärt zu haben.“

2.2 Erklärungsmodelle zum Phänomen Aggression aus psychoanalytischer Sicht

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf die verschiedenen Erklärungsmodelle von Aggression einzugehen, die sich vom biologischen Modell (Anlage-Umwelt-Debatte) über anthropologische und kulturspezifische Ansätze, den kognitiven Theorien, den Geschlechterrollen und kulturellen Normen, den Lerntheorien und Einfluss der sozialen Umwelt, der Moralentwicklung bis zu den tiefenpsychologischen Ansätzen erstrecken (Scheithauer, 2003).

Im Folgenden möchte ich deshalb nur auf die mir für diese Arbeit relevanten Aggressionstheorien eingehen, die aus der Psychoanalyse stammen. Relevant sind diese Theorien deswegen, da es die Psychoanalyse war, die den amerikanischen Aggressionsforscher und Psychoanalytiker Henri Parens in seiner Denkweise beeinflusste. Parens war es, der durch sein Engagement im Bereich der Aggressionsforschung und die intensive Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion zu der Erkenntnis kam, dass Kinder durch die Mutter-Kind Beobachtung ein feinfühleres Verhalten entwickelten. Karl Heinz Brisch wiederum adaptierte in

München das von Parens entwickelte Programm für den deutschen Sprachraum, benannte es „B.A.S.E.® - Babywatching“ und sollte als Präventivprogramm gegen Aggression und Angst und zur Förderung von Sensitivität und Empathie in Kindergärten und Schulen eingesetzt werden. Es handelt sich um jenes Programm, welches im Rahmen dieser Arbeit evaluiert wurde.

Zwischen den Vertretern der Psychoanalyse und den Verhaltensforschern besteht nach wie vor eine große Diskrepanz über die Ursache von Aggression. Betrachtet die Psychoanalyse Aggression als Folge früherer Traumata und Konflikte vor dem Triebhintergrund, so beruht in der Verhaltenspsychologie Aggressivität auf Lernprozessen in der Beobachtung und Nachahmung von Verhalten anderer.

In diesem Zusammenhang wird von Resch (1996) darauf hingewiesen, dass

sich die Unversöhnlichkeit der verschiedenen Positionen in der Aggressionsforschung nicht selten als scheinbar erweist. Bei aggressiven Kindern und Jugendlichen sind häufig Entwicklungen zu beobachten, die ihren Ursprung in frühkindlichen Erfahrungen haben können, immer aber auch eine familiär-soziale und politisch gesellschaftliche Betrachtung notwendig machen, wenn wir die Frage nach der Entstehung, der Förderung, der Aktualisierung und Aufrechterhaltung sowie nach der Weitergabe aggressiver Verhaltensweisen beantworten wollen. (S. 321)

Folgende psychoanalytische Aspekte der Entwicklung von Aggressivität lassen sich zusammenfassen.

2.2.1 Aggression und die Freudsche Auffassung

Freuds Konzept von der Aggression stand anfangs in Zusammenhang mit der Libidotheorie. Er ging davon aus, dass „Sexualität bei normalen jungen Männern ein ungemischter Aggressionstrieb sei und daß [sic] die Zunahme sexueller Erregung wie bei männlichen Tieren auch zu einer Zunahme des Aggressionstriebes führe“ (Hopf, 1998, S. 12-13).

In späterer Zeit sprach Freud neben dem sexuellen Trieb auch dem selbsterhaltenden die Fähigkeit zu, aggressiv zu werden. Freud war der Auffassung, dass Sexualtriebe der Arterhaltung dienen, und die Ich- oder Selbsterhaltungstriebe für die Erhaltung des Individuums sind. Dies wird als dualistisches Triebmodell bezeichnet, in dem Aggression einerseits als Mittel zur Durchsetzung von Ansprüchen und andererseits als Mittel, verweigerter Bedürfnisse zu befrieden, verstanden.

Jahre später trennte sich Freud von der Vorstellung, Aggression hätte mit dem Libidostreben zu tun und diskutierte den Gegensatz zwischen Hass und Liebe.

In weiterer Folge sprach Freud Aggression nicht mehr der Selbsterhaltung zu, sondern brachte sie in Zusammenhang mit dem Todestrieb, dessen Ziel die Auflösung und Zerstörung wäre. Erkennbar wird der Todestrieb, wenn er destruktiv nach außen gerichtet wird. Dadurch war aggressives Verhalten triebgesteuertes Verhalten. Auf diesem Weg führte Freud einen spontan wirkenden endogenen Aggressions- und Destruktionstrieb ein.

Innerhalb der Psychoanalyse wurde Freuds Konzept vom Todestrieb und dem daraus folgenden Aggressionstrieb zwiespältig aufgenommen, heftig diskutiert und teilweise abgelehnt (Hopf, 1998).

2.2.2 Aggression und die Auffassung Melanie Kleins

Die Todestriebtheorie Freuds besitzt für das Konzept Melanie Kleins eine zentrale Bedeutung. Sie ist der Auffassung, dass Lebens- und Todestrieb von Geburt an im Menschen wirksam wären. Der Todestrieb macht sich nach Klein in Form sadistischer Phantasien bemerkbar, in der die Eltern zerbissen, zerrissen etc. werden. Diese zerstörerischen Triebregungen rufen bereits in den ersten Lebensmonaten Angst hervor, weswegen der Trieb nach außen abgelenkt wird. Jetzt folgt jedoch die Angst, von dem äußeren und dem verinnerlichten Objekt angegriffen zu werden. Ein Teufelskreis beginnt, in dem Angriffe auf die Objekte von Angst vor Vergeltung abgelöst werden und so weiter.

Wie bei Freud geht es auch in Kleins Theorie um die Ablenkung des Todestriebs nach außen. Zu Selbstdestruktivität kommt es, wenn diese Ablenkung von Geburt an nicht hinreichend gelingt (Hopf, 1998).

Die Bedeutung der unbewussten Triebphantasien bei der Entstehung von psychischen Störungen hat sich zwischenzeitlich verändert. In einer Erweiterung der Kleinischen Theorie wird vertreten, dass „sich eine Psychopathologie auch aufgrund einer Mutter entwickeln kann, die bestimmte Affektzustände des Kindes nicht angemessen bewältigt ... damit werden implizit auch reale Beziehungen und Umweltfaktoren anerkannt“ (Hopf, 1998, S. 16).

2.2.3 Kritik an der Theorie vom angeborenem Destruktions- und Todestrieb

Hopf (1998, S. 19) meint, dass „das Todestriebkonzept ... wenig Hilfe für analytische Arbeit bietet. Für die meisten Psychoanalytiker ist es ... inzwischen selbstverständlich geworden, Destruktivität als Ergebnis frühkindlicher Traumatisierungen zu sehen, die darum reaktiv auftritt.“

Auch Erich Fromm

ist der Überzeugung, daß [sic] Freuds Theorie vom Todestrieb schwere Mängel aufweise. Sie gründe sich lediglich auf eine abstrakte Spekulation, es gebe keinerlei empirische Beweise dafür. Denn wäre der Todestrieb wirklich eine biologische Kraft, die in allen lebenden Organismen wirke, dann müßte [sic] man beispielsweise mehr Krankheiten oder einen häufigeren frühen Tod bei jenen Tieren finden, die nach außen hin weniger aggressiv sind. Fromm ist darum der Meinung, daß [sic] Aggression und Destruktivität keine biologischen Gegebenheiten und keine spontan strömenden Impulse sind. Er unterscheidet sinnvollerweise eine biologisch angepaßte [sic], dem Leben dienende gutartige Aggression und eine spezifisch menschliche, böartige Aggression, die er Destruktivität nennt. Sie ist seiner Meinung nach gerade nicht aus dem tierischen Instinkt entstanden, sie dient auch nicht dem physiologischen Überleben des Menschen, spielt aber im psychischen Haushalt des Menschen eine immense Rolle. Fromm meint, daß [sic] Destruktivität in zwei verschiedene Formen vorkomme. Im ersten Fall werden schlummernde destruktive Impulse durch außergewöhnliche Umstände aktiviert, im zweiten Fall sind destruktive

Charakterzüge dauernd vorhanden, auch wenn sie nicht immer zum Ausdruck kommen. (Hopf, 1998, S. 19)

Viele Psychoanalytiker teilen die Annahme Fromms, dass „die Bösartigkeit der Aggression daher rührt, daß [*sic*] sie eben kein Trieb ist ... Der bösartigen menschlichen Destruktivität mangelt es gerade an dem, womit üblicherweise ein Trieb gekennzeichnet wird: Menschliche Aggressivität hat – im Gegensatz zur Libido – kein eigenes Energiereservoir und vor allem kein festgelegtes Objekt“ (Hopf, 1998, S. 20).

2.2.4 Aggression bei D. W. Winnicott

Winnicott kommt in seinen Überlegungen den Kleinschen Aspekten in modifizierter Weise nahe, lehnt jedoch die Existenz des Todestriebes von Beginn des Lebens an ab. Er erwähnt bereits 1964, dass „Aggression zwei Bedeutungen habe, nämlich als *Reaktion auf Enttäuschungen* und als eine der beiden Hauptquellen der *Energie* eines Menschen“ (Hopf, 1998, S. 21).

2.2.5 Kernbergs Objektbeziehungstheorie

In der Lebensgeschichte aggressiver Kinder und Jugendlicher findet man häufig seelische Verletzungen, Traumata, Trennungen und Defizite in ihren früheren Beziehungen. Nach Kernbergs Objektbeziehungstheorie ist der Aufbau einer stabilen Objektrepräsentanz ihrer Bezugspersonen dadurch nicht möglich. Die Folge ist eine Spaltung in gute und schlechte Teilobjekte und ein unzureichender Erwerb der Fähigkeit, den anderen als gut und böse zu erleben. Kernberg versteht unter Aggression in diesem Zusammenhang einen abgespaltenen Affekt, der sich gegen das „böse“ Objekt richtet (Resch, 1995).

2.2.6 Federns Ich-psychologischer Ansatz

In seinem ich-psychologischen Ansatz meint Federn, dass es Kindern nicht möglich ist, angedrängte Triebimpulse zu integrieren und zu verarbeiten, weil sie wegen ausgeprägter ich-struktureller Defizite dazu nicht in der Lage sind. Durch motorische

Aktivität werden die Triebimpulse abgeführt. Aufgrund ihrer ich-strukturellen Defizite haben die Kinder und Jugendlichen jedoch zusätzliche Einschränkungen in der Realitätswahrnehmung, der Impulskontrolle, der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit und der emotionalen Stabilität (Resch, 1995).

2.2.7 Aggression und Kohuts Begriff der narzisstischen Wut

Kohut vertritt die Ansicht, dass jeder Mensch dazu neigt, bis zu einem gewissen Grad auf narzisstische Kränkung mit Beschämung und Ärger zu reagieren. Mit besonders quälender Scham und heftiger narzisstischer Wut reagieren vor allem narzisstisch verwundete Individuen. Sie sind nämlich auf bedingungslose Verfügbarkeit eines bewundernden oder idealisierten Selbst-Objektes angewiesen, um ihr Selbst und ihre Selbstachtung aufrecht zu erhalten. Auf Kränkungen reagieren diese mit schamerfüllendem Rückzug, der Flucht, oder eben mit narzisstischer Wut, dem Kampf (Hopf, 1998).

Nach Kohut sind somit Defizite in der narzisstischen Entwicklung des für das Auftreten aggressiven Verhaltens verantwortlich (Resch, 1995).

3 Die Entwicklung des Angstbegriffs aus psychoanalytischer Sicht

3.1 Definition des Begriffs der Angst

Das deutsche Wort Angst stammt aus dem indogermanischen „angh“ (eng) mit dem Suffix „st“ (dazugehörig), und heißt: „das, was zur Enge gehört“, im Lateinischen heißt das Wort „angustiae“, was sich ebenfalls mit „Enge“ (Enge) übersetzen lässt (Hopf, 2009, S. 165).

Im Vokabular der Psychoanalyse wird zwischen automatischer Angst, Angsthysterie und Angstneurose unterschieden.

Unter „automatischer Angst“ wird die „Reaktion des Subjekts, wenn es sich in einer traumatischen Situation befindet, d.h. einer Reizanflutung aus inneren oder äußeren

Quellen ausgesetzt ist, die es nicht bewältigen kann [verstanden]“ (Laplanche und Pontalis, 1998, S. 64-66).

„Angsthysterie“ wird beschrieben als ein von Freud eingeführten Ausdruck, „um eine Neurose, deren zentrales Symptom die Phobie ist, von anderen Formen zu unterscheiden und ihre strukturelle Ähnlichkeit mit der Konversionshysterie¹ zu betonen“ (Laplanche und Pontalis, 1998, S. 64-66).

Spricht man im Alltag von Angst, ist dabei zumeist von einer Vermischung von zwei Phänomenen auszugehen:

1. Der eine Teil der „Angst“ ist die „Furcht“. Unter Furcht versteht man „eine mehr oder weniger rationale Entscheidung darüber, dass etwas für uns gefährlich ist. Das Gefährliche muss überwunden, zerstört oder vermieden werden“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 21). Man sagt auch, die Furcht sitzt im Magen.
2. Im zweiten Teil der Angst geht es um die eigentliche Angst, welche in einem Gefühl der Enge besteht. Die Angst macht es dem Menschen unmöglich, so zu handeln, wie es gut wäre, um die Furcht zu besiegen (Blankertz et al., 2005).

Hopf (2009) definiert Angst folgendermaßen, wobei auch er den Unterschied zur „Furcht“ betont:

Angst ist ein affektiver Zustand, der mit dem Gefühl, bedrängt und bedroht zu sein sowie mit körperlichen Begleiterscheinungen verbunden ist. Ängste sind somit wichtiger Bestandteil der affektiven Grundausstattung eines jeden Menschen. Sie warnen vor Gefahren, sichern damit das Überleben und dienen der sozialen Anpassung an äußere Realität sowie an die Forderung des Über-Ichs. Hier sind vor allem Trennungs- und Verlustangst, Schuldangst, Angst vor Kränkungen, Angst vor Liebesverlust, Schamangst, Kastrationsangst, Angst vor

¹ „Konversionshysterie“ = „Hysterieform, die durch das Vorherrschen von Konversionssymptomen gekennzeichnet ist“ (Laplanche et al., 1998, S. 273).

„Konversion“ = Der Mechanismus der Symptombildung „besteht aus der Umsetzung eines psychischen Konflikts – und einem damit einhergehenden Lösungsversuch dieses Konflikts – in somatische, motorische (z.B. Lähmung) oder sensible (z.B. umschriebene Anaesthetie oder Schmerzen) Symptome“ (Laplanche et al., 1998, S. 271).

Autonomie und Autonomieverlust zu nennen. Reale Angst – auch Furcht genannt – ist ein wichtiges Sensorium, welches ein Individuum vor ganz realen Bedrohungen und Gefahren warnt und schützt. Störend sind lediglich ein zuviel und ein zuwenig an Angst sowie unbegründete, der Situation unangepasste Ängste. (S. 15)

3.2 Erklärungsmodelle zum Phänomen Angst aus psychoanalytischer Sicht

Die klassischen Richtungen der Angstentstehung erstrecken sich von der psychoanalytischen Theorie über die Lerntheorie bis zur existenzialistischen Tradition.

Freud sah in der Angst eine Externalisation innerer Konflikte, der Begründer der Bindungstheorie, John Bowlby, hingegen bringt Angst in Verbindung mit Trennungserfahrungen.

In der Lerntheorie bringt man Angst in Zusammenhang mit der Konditionierung, während die existenzialistische Tradition auf die Verwurzelung der Ängste der gesamten Lebenserfahrung des Menschen fokussiert.

Wieder andere, wie Lang, meinen, dass Ängste eine Mischung aus mehreren Reaktionskomponenten (physiologisch, kognitiv, emotional) seien und sich klinisch bedeutsame Angst nur quantitativ von normaler Angst unterscheidet (Klicpera & Gesteiger-Klicpera, 2006).

Wie bereits im Kapitel 1 werde ich mich bei den Erklärungsmodellen zum Phänomen Angst ebenfalls auf die psychoanalytischen Ansätze konzentrieren.

In der Entwicklung der Auffassung von Angst lassen sich bei Freud drei Hauptphasen unterscheiden (Hopf, 2009).

3.2.1 Erste Phase der Angsttheorie Freuds

In der *ersten Phase* war für Freud Angst eine Folge eines rein biologischen Prozesses. Er fand heraus, dass Angst aufgrund unabgeführter Libido (z.B. bei sexueller Enthaltsamkeit) entstehen würde. Hopf (2009, S. 20) hebt hierzu hervor:

„Eine Stauung libidinöser Triebenergie, die nicht somatisch abgeführt werden kann, setzt sich im psychischen Erleben direkt in Angst um.“

3.2.2 Zweite Phase der Angsttheorie Freuds

In der *zweiten Phase* wurde die Vorstellung, wie oben beschrieben, weiterentwickelt. Seine ursprünglichen Gedanken ersetzte Freud durch die Theorie von Signalangst. In der Hypothese der Signalangst geht Freud davon aus, dass nur das Ich Angst produzieren und verspüren kann. Angstsignale werden durch traumatische Situationen hervorgerufen, welche die Auslösung von Abwehroperationen, z.B. Verdrängung, ermöglicht. Hopf (2009, S. 21) schreibt dazu: „Angst ist jetzt nicht mehr die *Folge*, sondern die *Ursache* von Verdrängung: Die abgeschwächte mentale Antizipation einer traumatischen Situation rufe ein Angstsignal hervor, welches das Ich zur Verdrängung veranlasse.“ Dabei blieb Freud jedoch seiner Theorie der Angstneurose treu, wonach ein Überfluss an ungenutzter Energie Abfuhr als Angst finden könnte.

3.2.3 Dritte Phase der Angsttheorie Freuds

Erst in der *dritten Phase* löste sich Freud von der These, dass sich Libido in Angst verwandeln würde, und schrieb, „dass das Auftreten der Angst auch in der Angstneurose eine Reaktion auf eine traumatische Situation sei Angst wurde jetzt als eine Ichfunktion gesehen, Affekte waren nicht mehr Sicherheitsventile, sondern wurden vom Ich als Signale verwandt: Angst ist die Reaktion des Ichs auf eine drohende Gefahr“ (Hopf, 2009, S. 21). Freud war nun der Auffassung, „dass sich die drei Hauptarten der Angst, die Realangst, die neurotische und die Gewissensangst, auf die drei Abhängigkeiten des Ichs, von der Außenwelt, vom Es und vom Über-Ich, beziehen ließen“ (Hopf, 2009, S. 21). Realangst ist das Ergebnis einer dem Ich bekannten Gefahr, die neurotische Angst hingegen bezieht sich auf eine ängstigende innere Gefahr und ist dem Ich nicht bewusst.

Neben der Realangst und der neurotischen Angst spricht Freud noch von der traumatischen Angst und Signalangst. Unter traumatischer Angst versteht er das Produkt eines erlebten Traumas. Die Signalangst entsteht aus der traumatischen

Angst und hat die Aufgabe, das Ich vor dem Erleiden eines weiteren Traumas zu schützen.

4 Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen

4.1 Formen der Aggression bei Kindern und Jugendlichen

4.1.1 Formen der Aggression

Hinter dem Begriff „Aggression“ verbergen sich verschiedene Ausdrucksformen. Nach Vitiello & Stoff (1997) lassen sich zehn unterschiedliche Formen der Aggression unterscheiden. Zunächst ein grober Überblick:

Ausdrucksform aggressiven Verhaltens	Erläuterung des Verhaltens
feindselig vs. Instrumentell	<ul style="list-style-type: none"> mit dem Ziel, einer Person direkt Schaden zuzufügen mit dem Ziel, indirekt etwas Bestimmtes zu erreichen
offen vs. verdeckt	<ul style="list-style-type: none"> feindselig und trotzig, eher impulsiv und unkontrolliert (z.B. Kämpfen) versteckt, instrumentell und eher kontrolliert (z.B. Stehlen oder Feuer Legen)
reaktiv vs. aktiv	<ul style="list-style-type: none"> als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation zielgerichtet ausgeführt, um etwas Bestimmtes zu erreichen
körperlich vs. indirekt	<ul style="list-style-type: none"> in offener, direkter Konfrontation mit dem Opfer die sozialen Beziehungen einer Person betreffend und manipulierend
affektiv vs. „räuberisch“	<ul style="list-style-type: none"> unkontrolliert, ungeplant und impulsiv kontrolliert, zielorientiert, geplant und versteckt

Tabelle 1: Verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens (erweitert nach Vitiello & Stoff, 1997, aus Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Petermann, 2001, S. 3)

4.1.1.1 Feindselige vs. instrumentelle Aggression

Das Ziel von feindseligem Verhalten ist, einer Person oder einer Sache direktes Leid oder direkten Schaden zuzufügen. Es handelt sich hierbei um eine impulsmotivierte

Handlung eines Lebewesens, deren Absicht es ist, die eigene Macht zu steigern und die des Gegners dabei zu mindern. Die Folge des Angriffsverhaltens kann die der Verletzung bzw. der Tötung des Opfers sein oder die Zerstörung des Objekts.

Demgegenüber ist die instrumentelle Aggression eine Form zum Erreichen außeraggressiver Ziele. Dabei soll jemandem, der selbst gar nicht angriffslustig ist, bewusst mit aggressivem Verhalten geschadet werden. Die Motivation für eine solche Tat besteht darin, dass eine materielle Belohnung für die destruktive Handlung gegenüber dem Geschädigten erhalten wird. Würde beispielsweise ein Bursche einen anderen niederschlagen und dieser ihm die neue DVD entwenden, so würde dies bereits die Auslebung instrumenteller Aggression sein (Essau & Conradt, 2004).

4.1.1.2 Offene vs. verdeckte Aggression

Das Erscheinungsbild der offenen Aggression beruht auf einer feindseligen Handlung und hat den direkten Angriff auf eine Person oder ein Objekt zur Folge. Es ist ein rücksichtsloses Verhalten, welches sich in Form von körperlichen Angriffen, Beschimpfungen oder Drohungen ausdrücken kann (Essau & Conradt, 2004).

Im Gegensatz dazu geschieht verdeckte Aggression im Hintergrund und soll geheim gehalten werden. Zur verdeckten Aggression können bereits das Stehlen, Kritisieren, das Weglaufen von zu Hause oder Sticheleien gezählt werden (Petermann & Petermann, 1994).

4.1.1.3 Reaktive vs. aktive Aggression

Das Phänomen der reaktiven Aggression wird von einem hohen Grad an Impulsivität und Wut geprägt. „Reaktive aggressive Personen zeigen in hohem Maße feindselige Aggression, bei denen Rache eine große Rolle spielt“ (Essau & Conradt, 2004, S. 18). Das Sich-Wehren, wenn man von einer anderen Person angegriffen wird oder sich einbildet, angegriffen zu werden, wird beispielsweise als reaktive Aggression bezeichnet.

Die aktive Aggression hingegen ist nicht von Impulsivität, sondern von Destruktivität geprägt. Die Ausübung erfolgt meist bewusst und ohne Rücksicht auf die Folgen. Kinder und Jugendliche setzen diese Form der Aggression oft zur Steigerung ihres Selbstwertes ein und fühlen sich dabei durch die Unterdrückung anderer gut (Scheithauer, 2003).

4.1.1.4 Körperliche vs. indirekte Aggression

Körperliche Aggression ist eine Form der feindseligen Aggression und wird offen ausgetragen. Es ist eine direkte Konfrontation mit dem Täter.

Im Gegensatz zur körperlichen Aggression bezieht sich die indirekte Aggression auf die Manipulation der sozialen Beziehungen einer Person. Es wird dabei versucht, soziale Beziehungen z.B. durch Gruppenausschluss oder Beendigung der Freundschaft zu zerstören (Petermann et al., 2001).

4.1.1.5 Affektive vs. räuberische Aggression

Affektive Aggression ist eher ungeplant, unkontrolliert und impulsiv und ist gekennzeichnet durch einen starken Stimmungsumschwung.

Räuberische Aggression ist im Vergleich dazu eher kontrolliert, zielorientiert, geplant und versteckt und wird im Tierreich als angeboren bezeichnet, um dem Beutedrang nachgehen zu können. Sie scheint automatisch und vorprogrammiert abzulaufen (Scheithauer, 2003).

4.1.2 Formen der Aggression nach Parnes

Parnes gilt als Begründer des in dieser Arbeit evaluierten Präventionsprogramms, weswegen auf seine Unterscheidung von Aggressionsformen im Folgenden genauer eingegangen wird.

Der amerikanische Aggressionsforscher Henri Parnes hat seine Erkenntnisse aus der direkten Beobachtung kleiner Kinder gewonnen. Er führte eine Langzeitstudie zur

Aggressionsentwicklung bei 15 Neugeborenen über einen Zeitraum von 4 Jahren bei zweimaliger Beobachtung pro Woche durch. Parens kam dabei zu Ergebnissen, die mit der Idee von einer angeborenen Selbstdestruktivität, wie die Psychoanalytiker sie vertreten, nicht mehr kompatibel waren (Parens, 2007).

Er (Parens, 2010) stellte aufgrund der direkten Beobachtungen der Kinder von Geburt an vier Kategorien des aggressiven Verhaltens auf:

- (a) auf Unlust beruhende Destruktion (die Wutreaktion des Kleinkindes);
- (b) nichtaffektive Destruktivität (Vorgang der Nahrungsaufnahme);
- (c) nichtdestruktive Aggression (unter Druck generierte sensomotorische Aktivität);
- (d) vergnügliche Destruktivität (neckern, verspotten bzw. verhöhnen). (S: 14)

Diese Kategorisierung führte dazu, dass Parens drei Trends im Rahmen von Aggression herausfilterte (Parens, 2007; 2010):

4.1.2.1 Nichtdestruktive Aggressivität

Die nichtdestruktive Aggression wird abgeleitet aus Kategorie c.

Parens fand bei Kindern unter 6 Monaten einen starken inneren Drang, zu erkunden und durch sensomotorische Betätigung ihr infantiles Selbst gegenüber der Umwelt zu behaupten. Diese nichtdestruktive Aggressivität zeigt sich bereits schon wenige Wochen nach der Geburt. Diese Beobachtung ließ ihn an Freuds Triebtheorie zweifeln, wonach Aggression sich vom Todestrieb ableitet. Andere Kleinkinderbeobachter kamen zu ähnlichen Schlüssen. (Hopf, 1998, S. 25)

4.1.2.2 Nichtaffektive Destruktivität

Nichtaffektive Destruktivität kann aus Kategorie b geschlossen werden.

Wenige Stunden nach der Geburt können bereits Verhaltensmanifestationen einer nicht-affektiven Destruktion beobachtet werden, deren Prototyp das Saugen und die Nahrungsaufnahme darstellen. Es gibt also eine Aggression,

die in sich destruktiv, aber nicht feindselig ist. Parens erwähnt hier insgesamt die Zerstörung lebender Struktur im Dienste der Selbsterhaltung. (Hopf, 1998, S. 25)

4.1.2.3 Feindselige Destruktivität

Die feindselige Destruktivität kann aus Kategorie a und b zusammengefasst werden.

Parens faßt [*sic*] unter diesem Begriff sowohl die Verhaltensweisen zusammen, die bei unlustbezogener wie bei lustbezogener Destruktivität (Sadismus) zu beobachten sind. Die Wutreaktion in der frühesten Kindheit ist die primitivste Form feindseliger Destruktivität und läßt [*sic*] sich bereits bei Neugeborenen beobachten. Dagegen besteht der Wunsch, einem anderen Objekt Schmerz zuzufügen oder es zu zerstören, nicht von Geburt an, sondern tritt etwa ab dem 9. Lebensmonat auf. (Hopf, 1998, S. 25)

Parens (2007) schreibt dazu des Weiteren:

Jeder Manifestation feindseliger Destruktivität [geht] eine Erfahrung psychischen Schmerzes voraus ... Das bedeutet, dass wir unser Verständnis von Aggression revidieren müssen und damit auch unsere Erziehungsmethoden. (S. 247)

Er folgert daraus die Erkenntnis, dass feindselige Destruktivität ihren Ursprung an dem Ort hat, wo man mit den Kindern lebt und umgeht.

Folgende Formel leitet Parens aus dieser Aggressionstheorie ab:

Übermäßige Unlust -> feindselige Destruktivität

Die Formel besagt, je mehr Unlust die Kinder erfahren, desto mehr feindselige Destruktivität entsteht. Oder umgekehrt formuliert: „Je besser die Kinder vor unnötigen Erfahrungen übermäßiger Unlust geschützt werden, desto weniger wird in ihnen eine feindselige Destruktivität erzeugt“ (Parens, 2007, S. 248).

Parens (2007, S. 248) schreibt weiter, dass „die Aufdeckung des Zusammenhangs zwischen exzessivem psychischen Schmerz, ausgelöst durch körperliche oder emotionale Ereignisse, und dem Entstehen zerstörerischer Feindseligkeit ... deswegen so aufdeckend [war], weil er eine klare Folge hat: Das Maß und die Intensität der feindseligen Destruktivität, die sich in Kindern entwickelt, *können beeinflusst werden.*“

Nach Parens (2010, S. 14) nimmt die feindselige Destruktivität „innerhalb des Zusammenhangs von Bindung und Aggression“ eine Schlüsselrolle ein.

Seine These wurde durch eine Studie untermauert, in der „die Optimierung der Erziehungsstrategie der Mütter sowohl zu positiven (=sicheren) Bindungen als auch zu günstigen Aggressionsprofilen der Kinder führte“ (Parens, 2010, S. 15).

Genauer über das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind ist in Kapitel 8 zu finden.

4.2 Formen der Angst bei Kindern und Jugendlichen

4.2.1 Die physiologischen Angstthemen von Kindern und Jugendlichen

Vorweg sei gesagt, dass Ängste normale Begleiterscheinungen der verschiedenen Entwicklungsstufen sind. Aus diesem Grund gibt es angstfreie Kinder nicht, und somit ist es auch unrealistisch, eine angstfreie Erziehung propagieren zu wollen.

Angst kann sich auf verschiedene Arten zeigen: als Gefühl, Gedanke, körperliche Reaktion und als Verhaltensweise und die Angstinhalte von Kindern verändern sich im Laufe des Älterwerdens und der kognitiven Entwicklung (Hopf, 2009).

Eggers, Lempp, Nissen und Strunk (1994, aus Resch, 1996, S. 271) stellen die physiologischen Angstthemen von Kindern in folgender Form sehr übersichtlich dar:

0-6	M.	Aversive Reize
6-9	M.	„Fremdeln“
9-24	M.	Separation
2-5	J.	Umweltangst
6-9	J.	Sozialisationsangst
9-12	J.	Realangst
12-14	J.	Reifungsangst
14 +		Existenzangst

Tabelle 2: Physiologische Angstthemen (nach Eggers et al., 1994; aus Resch, 1996, S. 271) (M=Monate, J=Jahre)

Nach Eggers et al. sind *aversive Reize* insgesamt (z.B. laute Geräusche oder Reizüberflutung) für Säuglinge angstausslösend. Bereits im 1. Lebensjahr sind Kinder fähig, Affekte zu erkennen, und werden daher durch Angst in den Gesichtern von Bezugspersonen selbst in Furcht und Angst versetzt. Bereits ab der 6. bis 8. Woche werden erste Furchtreaktionen bei Babys festgestellt. Die Reaktion des „*Fremdelns*“ kann zu dem Zeitpunkt auftreten, an dem das Kind ein Bindungsverhalten zu einer Bezugsperson entwickelt. Das Fremdeln resultiert aus der überraschenden Begegnung mit einer dem Kind unbekanntem Person. Im Alter von 2 Jahren sind *Trennungsängste* kennzeichnend, v. a. wenn das Kind unsicher an seine Bezugsperson gebunden ist. Im 2. bis 5. Lebensjahr sind es hauptsächlich *Umweltängste*, die sich bei Kindern zeigen können. Einerseits geht es hierbei um die Angst vor imaginierten Figuren wie Gespenstern und Hexen, andererseits um die Angst vor Einbrechern, Tieren, Dunkelheit oder Gewitter. Im 6. bis 9. Lebensjahr kann die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen *Sozialisationsängste* hervorrufen. *Realängste* können im Alter von 9 bis 12 Jahren auftreten. Sie hängen mit dem zunehmenden Wissenserwerb über die Welt und den Tod zusammen. Zwischen 12 und 14 Jahren, die Zeit der Präpubertät und Pubertät, können Kinder *Reifungsängste* entwickeln, die oft mit körperbezogenen hypochondrischen Befürchtungen gekennzeichnet sind. Die Adoleszenz ist schließlich jene Phase, wo die Kinder *Existenzängste* zeigen können, die durch die Lösung von adoleszenten Entwicklungsaufgaben verursacht werden (Resch, 1996).

4.2.2 Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen

Laut einer Untersuchung von Hirschmüller, Hopf, Munz und Szewkies von 1992 bis 1993 verteilen sich die Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen wie folgt:

Trennungsangst:	14%
Frei flottierende Ängste (generalisierte Angststörungen):	6%
Angst vor Kontakten (Störungen der sozialen Ängstlichkeit):	5%
Phobien:	2%

Tabelle 3: Verteilung der Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen (Hopf, 2007, S. 277)

4.2.2.1 Trennungsangst

Nach Hopf (2009, S. 72) wird unter Trennungsangst „sowohl eine für ein bestimmtes Alter typische Entwicklungsphase als auch ein abweichendes Verhalten eines Kindes ab dem Vorschulalter verstanden.“

Die erste Trennungsangst des Kindes ist die *Achtmonatsangst*, zu der es kommt, weil das Baby noch kein inneres Bild, keine Repräsentanz von der Mutter besitzt, welches es sich während ihrer Abwesenheit vergegenwärtigen konnte (Hopf, 2007). Diese Art der Angstreaktion wird auch als „Femdeln“ bezeichnet, die sich im Alter von fünf bis sechs Monaten zeigt und über mehrere Jahre andauert (Parens, 1995).

Das Kind verbindet mit einer Trennung die Vorstellung, dass die Trennung endgültig sein könnte, wie auch die Angst, dass den Eltern in der Abwesenheit etwas zustoßen könnte. Diese Kinder weigern sich deswegen häufig, das Haus zu verlassen und in die Schule zu gehen, was oft mit körperlichen Beschwerden (Bauch- oder Kopfschmerzen) einhergeht (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006).

Diese Form der Trennungsangst wird deshalb als *Schulphobie* sowie *Angstneurose* bezeichnet (Hopf, 2009). Hauptursache für diese Angstentwicklung sind eine verwöhnende Mutter, die Aggression und Frustration zu vermeiden versucht, sowie fehlende Struktur und ein schwacher oder abwesender Vater. Diese Kinder sind nur unzureichend trianguliert. Unter Triangulierung wird eine intensive Einbeziehung des Vaters ab dem Ende des zweiten Lebensjahres verstanden. Erst eine starke Vaterrolle ermöglicht eine gelungene Loslösung von der engen Mutter-Kind-Beziehung und in der Folge die Erkundung der nichtmütterlichen Welt (Hopf, 2007).

4.2.2.2 Generalisierte Angststörung

Das Hauptmerkmal der generalisierten Angststörung liegt in einer übermäßigen Besorgtheit über künftige Ereignisse (z.B. Schularbeiten, Krankheiten) und über Vergangenes. Ein weiteres Merkmal dieser Störung ist der starke Perfektionismus bzw. die Intoleranz gegenüber Fehlern. Die Kinder tendieren dazu, sich wie Musterschüler zu verhalten und sehr brav zu sein. Die Ängste drücken sich häufig körperliche aus, sodass die Kinder über Bauch- und Kopfschmerzen oder anderen kleinen Beschwerden klagen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2005).

Diese Kinder leiden unter vielfältigsten Ängsten. Sie sind oft chronisch gereizt, unzufrieden, müde und klagen über ständiges Unwohlsein (Hopf, 2007).

4.2.2.3 Sozialphobie

Unter Sozialphobie wird die persistente Furcht vor einer oder mehreren Situationen verstanden, in denen der Betreffende einer möglichen sozialen Bewertung durch andere ausgesetzt ist. Die Person hat Angst, sich so zu verhalten, dass es für ihn beschämend oder demütigend sein könnte. Das Sprechen vor einer Gruppe löst bei diesen Kindern große Ängste aus, die auch mit körperlichen Beschwerden wie Herzjagen, Schwitzen, Zittern und Erröten und im Vorfeld mit Kopf-, Bauchschmerzen und Durchfall einhergehen. Häufig sind diese unmittelbaren Beschwerden mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten wie Hemmung und Zurückgezogenheit verbunden (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2005).

4.2.2.4 Spezifische Phobien

Bei Phobien geht es um eine intensive andauernde Angst vor bestimmten Situationen oder Gegenständen, die diese normalerweise nicht auslösen. Diese Situationen werden daher gemieden bzw. können nur mit großer Angst ertragen werden. Phobien drücken sich bei Kindern durch intensive Angstreaktionen bei einer Begegnung mit dem gefürchteten Objekt aus und sie reagieren mit Schreien, Weinen und Anklammern an einen Elternteil. Weiters reagieren Kinder auf Phobien vegetativ, indem die Herzfrequenz deutlicher ansteigt bzw. durch starkes Schwitzen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2005).

4.2.2.5 Panische Angst

Die panische Angst wird meist diffus und körpernah erlebt und kann erst im Erwachsenenalter als Krankheitsbild diagnostiziert werden. Die generalisierte Angststörung des Kindesalters ist vermutlich eine Vorstufe von ihr. Als Ursache für die Entstehung wird die vom Kleinstkind nicht zu bewältigenden Überforderungssituationen, weil z.B. die Bezugsperson ausfiel oder diese an einem

Mangel an Empathie litt oder diese das Kind nicht ausreichend schützen konnte, gesehen (Hopf, 2007).

4.3 Zusammenhang zwischen Angst und Aggression

Zwischen Angst und Aggression besteht ein enger Zusammenhang wie auch die gemeinsamen Sprachwurzeln von Angst und Aggression zeigen.

Das Wort „Angst“ bedeutet im Griechischen „angchein“ und heißt „würgen“, im Lateinischen heißt es „angustus“, was sich mit „eng“ übersetzen lässt. Das aus dem Englischen stammende das Wort „anger“ bedeutet „Ärger, Zorn“, wodurch der Zusammenhang zur Aggression klar ersichtlich wird (Hopf, 2007, S. 273).

Fühlt sich ein Mensch bedroht, so kann er entweder flüchten oder sich der Bedrohung stellen. Angst ist demnach auf Flucht oder Kampf ausgerichtet. Nach Fromm bedeutet „aggressiv zu werden, eine der wirksamsten Möglichkeiten, sich von Angst zu befreien“ (Hopf, 2009, S. 165). Das Gefühl der Angst wird geringer, wenn man aus dem passiven Zustand der Angst herauskommt und zu einem Angriff übergehen kann. Andererseits ist es aber auch so, dass Zorn und Wut verschwinden, wenn man an Ängsten leidet. Dies weist darauf hin, dass Angst und Aggression Ausdruck der gleichen inneren Erregung sind und ineinander übergehen können (Hopf, 2009).

Dass Ärger oder Wut die Folgereaktion von Angst sein kann, betont auch Parens (1995) in seinen Erläuterungen über das Phänomen Angst und weist in diesem Zusammenhang auf die Angst als mögliche Ursache von feindseligem Verhalten hin.

4.4 Prävalenzen und Geschlechtsunterschiede – Aggression und Angst als psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Nach bisherigem Forschungsstand ist von einer Prävalenz von etwa 18% psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter auszugehen. Angststörungen zeigen sich in internationalen Vergleichsstudien als häufigste Störung mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%, gefolgt von dissozial-aggressiven

Störungen mit 7,5% und depressiven und hyperkinetischen Störungen mit jeweils 4,4%. Davon nehmen ab dem Jugendalter depressive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch und -abhängigkeit einen ungünstigen Verlauf.

Bei Buben werden bis zum Alter von 13 Jahren höhere Gesamtprävalenzen psychischer Störungen gefunden als bei Mädchen. Es erfolgt jedoch eine Angleichung der Raten im Verlauf der Adoleszenz. Höhere Raten externalisierender Störungen und Störungen durch Substanzmissbrauch zeigen sich bei Burschen häufiger, während Essstörungen und psychosomatische Störungen bei Mädchen öfter auftreten.

Depressive Störungen und Angststörungen, wie sie bei erwachsenen Frauen häufiger festgestellt werden, werden bei Mädchen im Kindesalter noch nicht in dem Ausmaß beobachtet, jedoch erfolgt eine Zunahme dieser Störungen bei Mädchen im Jugendalter, allerdings noch weniger deutlich.

Gesamt gesehen ist davon auszugehen, dass psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig auftreten wie bei Erwachsenen (Hopf, 2009).

Uneinheitlich sind die Aussagen zu den Geschlechtsunterschieden. Je nach Untersuchung weisen Mädchen 2- bis 4-mal häufiger Raten an Angststörungen auf als Jungen, wobei hier vor allem phobische Störungen, die generalisierten Angststörungen und die posttraumatischen Belastungsstörungen zu nennen sind. In einer anderen Studie hingegen trat Trennungsangst bei Mädchen bis 12 Jahren häufiger auf als bei Burschen (Hopf, 2009).

Kernberg, Weiner und Bardenstein (2001) weisen darauf hin, dass

das Geschlecht die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen auf der Ebene der Vulnerabilität und auf Ebene des offenen Ausdrucks beeinflussen [können]. Bestimmte Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter sind mehr mit dem einen als mit dem anderen Geschlecht assoziiert: Antisoziale Persönlichkeitsstörungen treten mehr bei Männern auf; bei Frauen werden häufiger die Diagnose depressive, Borderline- und histrionische Störung gegeben. (S. 276)

In der Diagnose ist der Einfluss des Geschlechtes nicht aus den Augen zu verlieren, da es immer wieder passiert, dass manche Kinder mit einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur deswegen nicht diagnostiziert werden, weil ihr Verhalten eher als typisch für Burschen bzw. für Mädchen gilt.

5 Empathie

5.1 Definition des Begriffs der Empathie

Nach dem „Duden, Das große Fremdwörterbuch“ (Drosdowski, 1994, S. 397) ist „Empathie“ eine Lehnübersetzung vom deutschen Wort *Einfühlung*. Ihm liegt das spätgriechische Wort *empátheia* zugrunde, das *heftige Leidenschaft* bedeutet. Umschrieben kann das Wort Empathie mit der „Bereitschaft u. Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen“ werden.

Alltagssprachlich wird der Begriff „Empathie“ ebenfalls als „Einfühlung“ oder „Mitgefühl“ verstanden (Plüss, 2008).

Milch (2002, S. 148) betont demgegenüber, dass der Begriff Empathie „nicht mit Sympathie (Mitgefühl) zu verwechseln“ sei. Er definiert

Einfühlung [als] ... die Fähigkeit, mit der fremdseelische Vorgänge unmittelbar erfahren werden können. Es handelt sich damit um ein allgemein menschliches Phänomen, das dem Verständnis und der zwischenmenschlichen Kommunikation dient. Es tritt spontan in uns auf, und wir nehmen es in der Regel nicht bewußt [*sic*] wahr. Manchmal spüren wir die Einfühlung nur durch unsere affektiven oder körperlichen Reaktionen oder Störungen des Einfühlungsvermögens. (S. 147)

Milch (2002) fasst des Weiteren zusammen:

Die in der Literatur üblichen Definitionen von Empathie umfassen ... 1. eine Beziehung zwischen zwei Personen, 2. ein Aufrechterhalten der Grenzen zwischen Selbst und Objekt, 3. eine intrapsychische Erfahrung, 4. eine allgemeine menschliche Fähigkeit oder therapeutische Kapazität einschließlich dem Wissen, Verstehen und Wahrnehmen bez. des Erlebens einer anderen Person. (S.148)

Nach Plüss (2008) wird der Begriff „Empathie bis heute in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (Soziobiologie, Psychologie, Theologie, Philosophie, Erziehungswissenschaft) zur Bezeichnung verschiedener psychologischer Prozesse und Phänomene verwendet.

5.2 Formen der Empathie

Im Laufe des 20. Jahrhunderts haben sich zwei Bedeutungsstränge in Bezug auf den Empathiebegriff herausgebildet. Während das Forschungsinteresse der einen Auslegung auf Verstehensprozesse bzw. dem Nachvollziehen der Gedanken und Gefühle des Gegenübers liegt (kognitive Empathie), stellt der zweite Fokus die emotionale Reaktion im Beobachter in den Vordergrund (affektive Empathie) (Enz, 2008).

5.2.1 Empathie als kognitive Fähigkeit (kognitive Empathie)

Die *Empathie als kognitive Fähigkeit* wird unter Silbereisen (1998, S. 834) als „emotionale Perspektivenübernahme“ bezeichnet. Dabei werden Gefühle anderer gedanklich erschlossen.

Bereits Piaget (1896-1980) beschreibt die Perspektivenübernahme in dem Vier-Stufen-Modell der kognitiven Entwicklung. In der zweiten Stufe (voroperatorisches, anschauliches Denken), welches sich vom 2. bis zum 7. Lebensjahr erstreckt, spricht er vom Egozentrismus des Kindes. Darunter wird die „Unfähigkeit, sich in die Rolle

eines anderen hineinzusetzen, den Blickwinkel eines anderen einzunehmen oder die eigene aktuelle Sichtweise (Wahrnehmung oder Meinung) als eine unter mehreren Möglichkeiten zu begreifen“ (Montada, 1998, S. 524) verstanden. Nach Piaget wird erst mit der Zeit dieser Egozentrismus des Kindes durch die Entwicklung von Kompetenzen zur Perspektiven- und Rollenübernahme überwunden und das Kind beginnt die Fähigkeit zu entwickeln, die Perspektive anderer zu erkennen.

Recherchen Vollands (1995) zufolge, in denen sie sich auch an Piagets Auffassung lehnt, wird bei der *Empathie als kognitive Fähigkeit* angenommen, dass das Verstehen und Wissen um die Gefühle des anderen die *Voraussetzung* für die Fähigkeit zu empathischer Reaktion ist.

Vor allem aus der Entwicklungspsychologie gibt es hierzu jedoch gegenteilige Argumente. Aus Untersuchungen zur Ontogenese von Empathie ergibt sich nach Bischof-Köhler (2004) beispielsweise ein Stufenmodell, in dem sich ab der Geburt die *Gefühlsansteckung*, mit etwa drei eineinhalb Jahren die *Empathie* und mit knapp vier Jahren die *Perspektivenübernahme* herausbilden. Diese Studien zeigen, dass bereits bei 1- bzw. 2-jährigen Kindern frühe Formen empathischer Reaktionen zu beobachten sind.

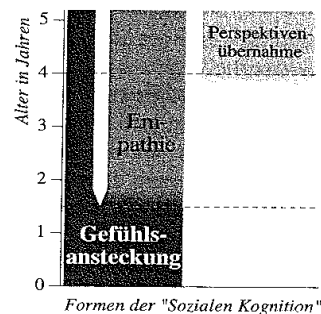


Abbildung 1: Formen der „Sozialen Kognition“ (nach Bischof-Köhler, 2004, S. 350)

Somit würde sich Bischof-Köhler zufolge die Empathie vor der Perspektivenübernahme entwickeln und die These nach Vollands Recherchen widerlegt werden.

5.2.2 Empathie als primäre emotionale Reaktion (affektive Empathie)

Die *affektive Empathie* bezieht sich auf die emotionale Reaktion des Beobachters.

Nach Enz (2008) entstehen Emotionen auf zwei verschiedenen Wegen im Beobachter.

Der eine Prozess wird als *Gefühlsansteckung* bezeichnet und besagt, dass „der emotionale Zustand der beobachtenden Person direkt von ihrer Wahrnehmung hinsichtlich des expressiven Verhaltens der Zielperson beeinflusst werden“ (Enz, 2008, S. 21) kann. Dabei wird der Beobachter von der Stimmung des Gegenübers angesteckt und kommt in den gleichen emotionalen Zustand. Es erfolgt dabei eine direkte Übertragung sehr ähnlicher emotionaler Zustände zwischen den beiden Personen.

Der andere Weg der Emotionsentstehung erfolgt, indem sich „der emotionale Zustand der beobachtenden Person als Resultat kognitiv-empathischer Prozesse verändert“ (Enz, 2008, S. 21). Dieser *aktive Perspektivenwechsel* kann zu einem Verständnis für die Gedanken, Wünsche und Emotionen der Zielperson und letztlich zu einer Beeinflussung der eigenen Emotionen führen.

Im Gegensatz zur Gefühlsansteckung kann davon ausgegangen werden, dass beim aktiven Perspektivenwechsel „nicht nur eine Übertragung mit relativ ähnlichen Gefühlszuständen in beiden beteiligten Personen stattfindet, sondern es auch zu komplexeren Mischzuständen von Gefühlen in der beobachtenden Person“ (Enz, 2008, S. 22) kommt.

Unklar ist nach wie vor, warum es zu interindividuellen Unterschieden bei der empathischen Reaktion kommt, sobald die angenommenen kognitiven Voraussetzungen erfüllt sind (Fremmer-Bombik & Grossmann, 1991).

Eine Erklärung für die Unterschiede in der empathischen Reaktion und die frühe Form der Empathie kann in der Bindungstheorie, den Konzepten der emotionalen Ontogenese und der Entstehung der Arbeitsmodelle zu finden sein (siehe dazu Kapitel 8: Die Bindungstheorien und relevante Konzepte).

Letztlich führen diese modernen Ansätze dazu, dass damit frühe Formen der Empathie besser erklärt werden können und somit generell mehr Argumente für das Konzept von *Empathie als primäre emotionale Reaktion* sprechen als für die Anschauung *Empathie als kognitive Fähigkeit* (Enz, 2008).

5.3 Entwicklungsmodell von Empathie nach Martin L. Hoffman

Das von Martin L. Hoffman konzipierte Entwicklungsmodelle von Empathie baut auf dem Stufenmodell der kognitiven Entwicklung von Jean Piaget auf, ist aber umfassender konzipiert und wird aus diesem Grund im Folgenden näher erläutert.

Es umfasst in vier Stufen eine Abfolge der Entwicklung von Empathie und deren Zusammenhang zum prosozialem Verhalten (Hoffman, 2000). Hoffman beschreibt die Entwicklung der Empathiefähigkeit als Prozess von einer selbstbezogenen Reaktion (empathic distress) zu einer anderenbezogenen Reaktion (sympathic distress). Als Voraussetzung für das Erreichen der jeweils nächsten Entwicklungsstufe nennt Hoffman die Entwicklung kognitiver Verarbeitungsprozesse (Wertfein, 2006).

Eine Übersicht über die Entwicklungsstufen nach Hoffman (2000) sei durch folgende Tabelle gegeben:

Entwicklungsstufen	Alter	Merkmale
Globale Empathie	1. Lebensjahr	Gefühlsansteckung in emotionalen Situationen, kein prosoziales Verhalten
Egozentrische Empathie	2. bis 4. Lebensjahr	Vermischung eigener und fremder Gefühle, allmähliche Zunahme prosozialem Verhalten (zunächst aus Sicht des eigene emotionalen Erlebens)
Emotionale Empathie	4. bis 6. Lebensjahr	Differenzierung zwischen eigenen und fremden Gefühlen, prosoziales Verhalten aus Sicht der betroffenen Person
Kontextuelle Empathie	ab ca. 7. Lebensjahr	Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensgeschichten, Identitäten und Kontexte

Tabelle 4: Übersicht zur Entwicklung der Empathiefähigkeit und prosozialem Verhalten (Wertfein, o.J.)

5.3.1 Globale Empathie

In der ersten Stufen des Modells von Hoffman unterscheiden Kinder im ersten Lebensjahr noch nicht zwischen sich selbst und anderen Personen. Aus diesem Grund führt die Wahrnehmung der Notlage eines anderen zu einer globalen empathischen Distress-Reaktion, in der sich die Gefühle des anderen mit den eigenen vermischen. Das prosoziale Verhalten ist noch nicht ausgebildet.

5.3.2 Egozentrische Empathie

In dieser Stufe unterscheiden Kinder zwischen eigenem und fremdem Distress. Gleichzeitig wird jedoch der innere Zustand des anderen mit dem eigenen vermischt. Die Häufigkeit und Vielfalt von prosozialem Verhalten nimmt im Alter von zwei bis drei Jahren zu.

5.3.3 Empathie für die Gefühle eines anderen (Emotionale Empathie)

Im Alter zwischen vier und sechs Jahren lernen die Kinder durch zunehmende Perspektivenübernahme zwischen eigenen und fremden Emotionen und Kognitionen zu unterscheiden. Ihr prosoziales Verhalten wird an die Bedürfnisse des Gegenübers angepasst.

5.3.4 Empathie für die Lebenssituation eines anderen (Kontextuelle Empathie)

Die höchste Stufe der Entwicklung von Empathie wird in der späteren Kindheit erreicht und im Jugendalter fortgesetzt. Aufgrund der fortgeschrittenen Fähigkeit zur Selbst-Anderen-Differenzierung erkennt das Kind, dass es selbst und andere unterschiedliche Lebensgeschichten und Identifikationen haben. Es erkennt des Weiteren, dass sich Gefühle anderer auch auf Kontexte wie z.B. schlechte Lebensbedingungen beziehen können.

Volland merkt zum Entwicklungsmodell von Hoffman kritisch an, dass damit „individuelle Unterschiede in der Entwicklung von Empathie und prosozialem Verhalten weder erklärt noch vorausgesagt werden können“ (1995, S. 11).

Demnach erreichen manche Kinder die höchste Stufe der Empathie, die Empathie für die Lebenssituation eines anderen, schon sehr früh, ohne dass die kognitive Fähigkeit Voraussetzung dafür wäre – wie Hoffman mit seinem Modell annimmt.

Ein weiterer Kritikpunkt an Hoffmans *Kognitivem Ansatz* ist, dass sich keine sozialen Faktoren als Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Empathie und prosozialem Verhalten finden lassen. Autoren wie Eisenberg postulieren jedoch, dass sozio-

emotionale Erfahrungen innerhalb der Familie sehr wohl einen Einfluss auf die Entwicklung von Empathie und prosozialem Verhalten haben (vgl. Kap. 5.5: Bedingungsfaktoren der individuellen Entwicklung des Kindes in Bezug auf Empathie).

5.4 Empathie und prosoziales Verhalten

Prosoziales Verhalten lässt sich anhand dreier Merkmale definieren: Es entspricht der Absicht, einem anderen etwas Gutes zu tun, es erfolgt freiwillig und kann einen Nutzen für den Helfer beinhalten (Werth & Mayer, 2008).

Hauptkennzeichen der „prosozialen Persönlichkeit“ sind soziale Verantwortung, Empathie und interne Kontrollüberzeugung. Fördern soziale Verantwortung und interne Kontrollüberzeugung das Pflichtgefühl, in Notsituationen zu helfen, so trägt Empathie zu einem besseren Verständnis für die Bedürfnisse anderer bei (Stroebe, Jonas & Hewstone, 2008).

Wie aus unterschiedlichen Studien zu prosozialem Verhalten bei Kindern hervorgeht, besteht eine enge Verwandtschaft zwischen Empathie und prosozialem Verhalten (Trommsdorff & Friedlmeier, 1999; Warden & Mackinnon, 2003).

5.5 Bedingungsfaktoren der individuellen Entwicklung des Kindes in Bezug auf Empathie

Generell lässt sich sagen, dass die Entwicklung der Empathie des Kindes von zwei unterschiedlichen Faktoren abhängt. Einfluss auf die sozio-emotionale Entwicklung des Kindes haben einerseits dispositionelle Faktoren, andererseits soziale.

Als Beispiel für *dispositionelle Faktoren* sei der Einfluss des Temperaments auf die Entwicklung des Kindes genannt, welcher in Kapitel 8.7 in Zusammenhang mit der Bindungsforschung behandelt wird.

Bei den *sozialen Faktoren* sind drei hierarchische Abstraktionsebenen zu unterscheiden: die Interaktionsebene, die Beziehungsebene und die Ebene der sozialen Strukturen.

In die *Ebene der sozialen Struktur* fallen kultur- und schichtspezifische Anforderungen und Erwartungen, welche an die Eltern und Kinder gestellt werden.

Die *Beziehungsebene* hängt mit der oberen Ebene eng zusammen, da Beziehungen von kulturspezifischen Anforderungen geprägt sind.

Die *Interaktionsebene* beschreibt die Qualität der Beziehung eines Kindes zu seiner Mutter bzw. seinem Vater und ergibt sich aus den zwischen den jeweiligen Interaktionspartnern ablaufenden Interaktionen.

Erfahrungen, die die Kinder auf der Beziehungsebene haben, haben wiederum einen Einfluss auf ihre Entwicklung des Kindes und deren Empathiefähigkeit (Volland, 1995).

Besonders die Bindungsforschung hat sich der Interaktionsebene zwischen Mutter und Kind intensiv gewidmet, worauf in dieser Arbeit in Kapitel 8 eingegangen wird.

6 Feinfühligkeit

6.1 Definition des Begriffs der Feinfühligkeit

Das Konzept der Feinfühligkeit stammt von Mary Ainsworth. Ainsworth, Mitbegründerin der Bindungstheorie und Mitarbeiterin John Bowlbys, definiert mütterliche Feinfühligkeit als

- Aufmerksamkeit gegenüber den Signalen des Säuglings,
- die richtige Interpretation seiner Reaktionen,
- die Promptheit der Reaktionen,
- die Flexibilität von Aufmerksamkeit und Verhalten &
- ein adäquates Ausmaß an Kontrolle und Verhandlungsbereitschaft bei gegensätzlichen Zielsetzungen. (Grossmann, Grossmann, Winter & Zimmermann, 2002, S. 126)

Diese Verhaltensweisen spiegeln Liebe wider und beschreiben eine Mutter, „die ihr Baby als eine separate, aktive, autonome und liebenswerte Person respektiert, deren Wünsche und Handlungen einen eignen Wert haben“ (Grossmann et al., 2002, S. 126).

Feinfühligkeit ist somit unerlässlich für jede liebevolle Beziehung. Elterliche Feinfühligkeit ist für ein Kind wie ein Vorbild für Beziehungen, das es später auf seine eigenen Beziehungen anwenden wird.

Die mütterliche Feinfühligkeit sieht Ainsworth demnach als notwendige Grundlage, um die Funktion der Bindungsperson zu verstehen, die über die Rolle als Organisator der emotionalen Ausdruckreaktionen des Säuglings hinausgeht. In der berühmten Baltimore-Studie zeigen Ainsworth und ihre Mitarbeiter, dass sich die Qualität mütterlicher Feinfühligkeit auf die Entwicklung der Bindungssicherheit bei Säuglingen entscheidend auswirkt (Grossmann et al., 2002).

Feinfühliges Verhalten von Eltern und anderen Bezugspersonen fördert bereits bei den kleinsten Kindern die Fähigkeit, sich feinfühlig und empathisch in die emotionale Welt eines Gegenübers einzufühlen. Selbst eine frühzeitige Feinfühligkeits- und Empathieschulung von Kindergarten- und Grundschulkindern (wie das B.A.S.E.® - Babywatching) kann Brisch (2009a) zufolge eine korrigierende emotionale Erfahrung darstellen. Die Kinder bekommen dadurch die Möglichkeit, Einfühlung zu lernen und neue Bindungserfahrungen zu machen. Die Folge wäre ein korrigierender Einfluss auf das Verhalten der Kinder.

6.2 Mütterliche Feinfühligkeit, Empathie und prosoziales Verhalten aus bindungstheoretischer Sicht

Die mütterliche Feinfühligkeit wird als die Determinante beschrieben, die über die Qualität der Bindung der Säuglinge entscheidet. Somit entwickeln Säuglinge eine sichere Bindung häufiger zu jenen Personen, die durch ihr Pflegeverhalten ihre Bedürfnisse feinfühlig befriedigen. Wenn die Bedürfnisse in der Interaktion mit der Bezugsperson hingegen gar nicht, nur unzureichend oder inkonsistent beantwortet werden, zeigen diese Kinder häufiger eine unsichere Bindung (Hopf, 2009).

Aus Untersuchungen geht hervor, dass es einen Zusammenhang zwischen einer sicheren Bindungsrepräsentation der Eltern und feinfühligem Verhalten der Pflegeperson gibt (Brisch, 2007).

Auffallend ist des Weiteren der Zusammenhang zwischen feinfühligem Verhalten, sicherem Bindungsmuster, prosozialem Verhalten und die hohe Stabilität des Bindungskonstruktes (van IJzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995; Volland & Trommsdorff, 2003). In Bezug darauf zeigt sich, dass die Bindungsqualität bei einem sicher gebundenen Säugling und einem Fünfjährigen relativ stabil ist. Kinder mit unterschiedlichen Bindungsqualitäten zeichnen sich durch unterschiedliches Verhalten aus. So ließ sich u.a. feststellen, dass sicher gebundene Kinder im Kindergartenalter häufiger prosoziale Lösungen in konfliktreichen Situationen finden als unsicher gebundene Kinder. Diese Stabilität des Bindungsverhaltens bestätigte sich auch bei weiteren Untersuchungen bei Kindern im Alter von 10 Jahren. Auch in diesem Alter fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Feinfühligkeit der Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes und sicherem Bindungsverhalten (Brisch, 2009a).

Folgendes ontogenetisches Entwicklungsmodell von Empathie und feinfühligem Verhalten ergibt sich aus bindungstheoretischer Sicht:

BEZIEHUNGS-QUALITÄT		ARBEITSMODELL			EMOTIONALE ORGANISATION
		Von der Bindungsfigur	Vom Selbst		
hohe Mutter-Kind-Beziehungsqualität	->	feinfühlig	Disposition zur Empathie	<->	emotionale Integrität und Kohärenz -> empathische Reaktion
niedrige Mutter-Kind-Beziehungsqualität	->	unfeinfühlig	keine Disposition zur Empathie	<->	emotionale Desintegrität und Inkohärenz -> Distress-Reaktion

Tabelle 5: Ontogenetisches Modell der Entwicklungsbedingungen von Empathie und feinfühligem Verhalten aus bindungstheoretischer Sicht (aus Volland, 1995, S. 23).

Das obige Modell basiert auf der Annahme, dass es Zusammenhänge zwischen der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und der Feinfühligkeit der Mutter in der Interaktion mit ihrem Kind gibt, und besagt, dass eine „hohe Mutter-Kind-

Beziehungsqualität“ beim Kind zur Entwicklung eines Arbeitsmodells der Bindungsfigur als „feinfühlig“ und zu einer „Disposition zur Empathie“ führen würde. Die Fähigkeit zu „emotionaler Integrität und Kohärenz“ veranlasst das Kind zu einer „empathischen Reaktion“. Eine „niedrige Mutter-Kind-Beziehungsqualität“ hingegen würde beim Kind zur Entwicklung eines Arbeitsmodells von der Bindungsfigur als „unfeinfühlig“ und zu „keiner Disposition zur Empathie“ führen. „Emotionale Desintegrität und Inkohärenz“ würden beim Kind eine „Distress-Reaktion“ zur Folge haben (Volland, 1995, S. 24).

6.3 Feinfühligkeit, Empathie und die Spiegelneuronen

Die Fähigkeit zu Feinfühligkeit und im weiteren Sinne zu Empathie geht auf die Aktivität von Spiegelneuronen im Gehirn zurück, wie die italienischen Forscher Rizzolatti, Fogassi und Gallese (2007) in den 90iger Jahren herausfanden.

Unter der Bezeichnung „Spiegelneuronen“ wird ein „somatisches Resonanzsystem, das im Gehirn lokalisiert ist“ (Zaboura, 2009, S. 57) verstanden. Die Großhirnrinde als Sitz höherer kognitiver Fähigkeiten erreicht nur beim Menschen eine Ausdehnung von etwa 85% der Gesamtmasse. Ein Bewusstsein ohne funktionierender Großhirnrinde ist nicht möglich, wie an Wachkomapatienten zu beobachten ist. Das Großhirn stellt darüber hinaus u.a. das sensorische und motorische Zentrum dar. An der Vereinigung dieser beiden Zentren setzen die Spiegelneuronen an. Wenn sie aktiviert werden, lösen sie während der Betrachtung eines Vorgangs die gleichen Reize aus, wie sie entstehen würden, wenn dieser Vorgang nicht bloß (passiv) betrachtet, sondern selbst (aktiv) durchgeführt werden würde (Zaboura, 2009).

Die Entdeckung der Spiegelneuronen beim Affen führte zu der Annahme, dass ein ähnliches Resonanzsystem auch beim Menschen vorhanden sein könnte. So schaute man sich elektroenzephalographische Untersuchungen über Reaktionen von Hirnrhythmen bei der Beobachtung von Bewegung, die bereits in der ersten Hälfte der fünfziger Jahren durchgeführt wurden, nochmals an und fand Anhaltspunkte dafür, dass es beim Menschen ähnliche Resonanz-Mechanismen gibt, wie sie bei

den Affen festgestellt wurden. Diese Mechanismen wurden als „Spiegelmechanismen“ bezeichnet (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008, S. 122).

Es folgten weitere Untersuchungen, die überzeugende Beweise für die Existenz von Spiegelneuronen lieferten.

Von der Fähigkeit, Emotionen anderer wahrzunehmen und zu verstehen, hängen unsere Interaktion mit Umwelt und unsere emotionalen Verhaltensweisen ab. Diese adaptiven Vorteile emotionaler Resonanzen erlauben dem Menschen nicht nur, sich vor eventuellen Gefahren zu schützen, sondern ermöglichen ihm auch die Entstehung und Festigung von primärer Bindung zur Bezugsperson (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008).

Wenn wir beispielsweise einen Menschen beobachten, der Angst hat, Schmerzen erlebt, vor einer Gefahr flieht oder sich verteidigt oder andere bestimmte Handlungen ausführt (wie Füttern, Streicheln, Liebkosen), so werden im Beobachter

sowohl in den motorischen Hirnarealen als auch im limbischen System, das aus frühen Zeiten der Gehirnentwicklung stammt, sowie in assoziierten Hirnregionen diejenigen Neuronen aktiviert, die dem Verhalten oder Empfinden des anderen entsprechen, also etwa die Neuronen für die bei der Flucht bzw. Verteidigung erforderliche Muskelaktivität oder die Gehirnareale für Schmerz und Angst; dies alles geschieht, ohne daß [*sic*] wir selbst die Bedrohung oder den Schmerz real erleben. Dennoch fühlt sich der beobachtete Schmerz – obwohl uns keine körperlichen Schmerzen zugefügt werden – für uns in unserem Erleben sehr real an, bis hin zu vegetativen Reaktionen im ganzen Körper wie etwa ein mulmiges Gefühl im Bauch, Herzrasen (Brisch, 2009a, S. 44).

Es werden demnach beim Beobachter Spiegelneuronen aktiviert, sodass sich dieser genau in die Gefühls- und Erlebniswelt des anderen hineinversetzen und aus diesem Erleben heraus empathisch handeln kann. Würden Spiegelneuronen beim Menschen nicht existieren, würde ihm die entscheidende neuronale Grundlage für Empathie und Mitgefühl fehlen (Brisch, 2009a).

7 Exkurs: Klinisch relevante Störungsbereiche

7.1 Diagnostik und Klassifikation für psychische bzw. Verhaltensstörungen in der Kindheit und Jugend

In der Diagnostik der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die heute gebräuchlichen Klassifikationssysteme das **MAS** (Multiaxiale Klassifikationsschema), welches auf den von der WHO herausgegebenen Kategorien des **ICD-10** (International Classification of Diseases, 10. Revision) aufbaut, und das von der American Psychiatric Association entwickelte **DSM-IV** (Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Fassung). Ziele dieser Klassifikations- und Diagnostiksysteme sind die Gewährleistung einer internationalen Vergleichbarkeit der psychiatrischen Erkrankungen und die Konzeption epidemiologischer Studien und die Durchführung von Forschungsvorhaben (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997).

Diese Klassifikationssysteme dienen auch als Grundlage bei der Entwicklung vieler Fragebögen. So wurde die Items der Skalen des Strengths and Difficulties Questionnaires, jenem Messinstrument, welches für die in dieser Arbeit präsentierten Studie verwendet wurde, ebenfalls in Anlehnung an das DSM-IV und den ICD-10 ausgewählt (Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman & Rothenberger, 2002).

7.2 Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS)

Das multiaxiale Klassifikationsschema der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wurde bereits in den siebziger Jahren entwickelt und orientiert sich an dem ICD-10. In seiner jetzigen überarbeiteten und erweiterten Auflage ist es seit etwa 10 Jahren die meist verbreitete Grundlage einer multimodalen Diagnostik und Therapieplanung (Bilke, 2007).

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom mit den altersbezogenen Störungen
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
 - Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)
 - nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)
 - Störungen ohne Altersbezug (F00-F69 außer F49)
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F89 außer F84)
- Achse 3: Intelligenzniveau (F70-F79)
- Achse 4: körperliche Symptomatik
- Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände,
die besonders bei Kindern wegen ihrer entwicklungsbedingten Abhängigkeit vom sozialen Milieu bedeutsam sind
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung
(Adaption /Beeinträchtigungen)

Ein wichtiges Anliegen von Klassifikation ist es, die Erscheinungen psychischer Störungen voneinander ab- und einzugrenzen. Aufgrund der Komplexität psychischer Störungen ist es jedoch schwer, diesem Anliegen gerecht zu werden (Bauers, 2007).

Die im Folgenden beschriebenen und für diese Arbeit relevanten Störungen, nämlich die „Störungen des Sozialverhaltens“, „Emotionale Störungen des Kindesalters“ und „Störungen der sozialen Funktionen mit Beginn in der Kindheit“, sind im Multiaxialen Klassifikationsschema in der Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom zu finden.

7.3 Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Da sich zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV in Bezug auf „Störungen des Sozialverhaltens“ große Ähnlichkeiten feststellen lassen (Seiffge-Krenke, 2005), beschränke ich mich im Folgenden auf die Darstellung der Richtlinien gemäß dem ICD-10.

Interessant des Weiteren ist, dass die Begriffe „Aggression“ oder „Aggressivität“ weder in den klassischen psychopathologischen Lehrbüchern noch in den modernen Klassifikationssysteme als solche auftauchen, sondern diese Krankheitsbilder im

DSM-IV und dem ICD-10 als „Störungen des Sozialverhaltens“, im ICD-10 mit der Codierung F91 beziffert, bezeichnet werden (Hopf, 1998).

Nach dem ICD-10 beinhaltet die Klassifikation von „Störung des Sozialverhaltens“ folgende Kategorien (Dilling & Freyberger, 2008):

- F91.0 auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
- F91.1 Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2 Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3 Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- F91.8 sonstige Störungen des Sozialverhaltens
- F91.9 nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens (S. 307)

Hackenberg und Hinterhuber (1997) erweitern die Definition der „Störung des Sozialverhaltens“ nach dem ICD-10 auf folgende Weise:

Für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens wird nach dem ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2008, S. 186) „neben einer Mindestdauer von 6 Monaten und dem Ausschluß [*sic*] einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gefordert, daß [*sic*] mindestens 3 der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- wiederholtes Stehlen,
- wiederholtes Weglaufen,
- wiederholtes Lügen,
- vorsätzliche Brandstiftung,
- häufiges Schulschwänzen bzw. Abwesenheit vom Arbeitsplatz,
- Einbruch,
- Zerstören fremden Eigentums,
- Tierquälerei,
- sexuelle Nötigung,
- bewaffnete Schlägereien,
- Eigentumsdelikte,
- körperliche Grausamkeit.“

7.4 Emotionale Störungen des Kindesalters (Angststörungen) (F93)

„Emotionale Störungen des Kindesalters“, auch als Angststörungen bezeichnet, (ICD-10 Codierung F93) werden im ICD-10 wie folgt unterteilt (Dilling & Freyberger, 2008).

- F93.0 emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 phobische Störungen des Kindesalters
- F93.2 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
- F93.8 sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
 - .80 generalisierte Angststörung des Kindesalters
- F93.9 nicht näher bezeichnete emotionale Störung des Kindesalters (S. 308)

Beschrieben werden die Formen von Angst bei Kindern und Jugendlichen in Kapitel 4.2.

7.5 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit als Ursache für Aggression und Angst (F94.1, F94.2)

Die „Störungen der sozialen Funktionen mit Beginn in der Kindheit“ finden in dieser Arbeit besondere Erwähnung, da in diese Gruppe gemäß dem ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2008) die in Kapitel 8.12 angeführten Bindungsstörungen eingeordnet werden, welche häufig als Ursache für Ängstlichkeit und Aggression gesehen werden.

Bei den „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit“ handelt es sich um eine Gruppe von Störungen mit Abweichungen in der sozialen Funktion mit Beginn in der Entwicklungszeit. Sie sind nicht primär durch eine offensichtliche konstitutionelle soziale Beeinträchtigung oder Defizite in allen Bereichen der sozialen Funktion charakterisch. Es wird angenommen, dass schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivation in vielen Fällen eine entscheidende Rolle in der Ätiologie spielen.

Von den 5 Untergruppen der „Störungen der sozialen Funktion mit Beginn in der Kindheit“ werde ich nur auf zwei, im Folgenden angeführte und in Kapitel 8.10 genauer beschriebene Gruppen eingehen:

- F94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (mit Hemmung)
- F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

8 Die Bindungstheorie und relevante Konzepte

Die in folgendem Abschnitt erläuterten Erkenntnisse der Bindungsforschung sind das „Herz“ des in dieser Arbeit evaluierten Präventionsprogramms. Mit dem Präventionsprogramm soll den Kindern eine Chance gegeben werden, ihre möglicherweise ungünstig erlebte Bindungsbeziehung durch eine sichere Bindungsbeziehung zu ergänzen, die im Rahmen des Programms „B.A.S.E.-Babywatching“ den Kindern vorgelebt wird.

8.1 Definition des Begriffs der Bindung

Nach Lachmann (2009) bedeutet Bindung,

dass eine sichere Basis vorliegt und dass diese Basis – wenn sie erst einmal geschaffen wurde – dem heranwachsenden Kind erlaubt, die Welt zu erforschen und sich dabei zu behaupten und in die Welt einzubringen. Neugier und Erforschung der Welt erhöhen das Risiko, das darin liegt, die Basis zu verlassen. Die Freiheit, die Welt zu erforschen, hängt von der vom Kind empfundenen Sicherheit ab. (S. 137)

Mary Ainsworth ... wird zugeschrieben, das Konzept der „sicheren Basis“ formuliert zu haben und damit die Bindungstheorie über den bis dahin bestehenden ausschließlichen Fokus auf *Nähe* erweitert und die Erwartung des Kindes an seine Bezugsperson aufgenommen zu haben ... Nähe

(proximity) ist die konkrete Beschreibung von physischer und tatsächlicher Nähe ... Ohne Nähe als Referenz, als Basis, von der aus „erforscht“ wird, kann keine Bindung bestehen. (S. 139)

8.2 Grundlagen der Bindungstheorie

In den 50iger Jahren wurde vom englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby die Bindungstheorie beschrieben. Sie besagt,

dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt, die er bei Schmerz oder Gefahr aufsucht. Das Bindungsverhalten drückt sich insbesondere im Suchen des Säuglings nach der Bindungsperson, Weinen, Nachlaufen, Festklammern an der Bindungsperson aus und wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch äußere oder innere Bedrohung und Gefahr aktiviert. Ist die Hauptbindungsperson nicht erreichbar, so können auch andere sekundäre Bezugspersonen anstelle dieser ersatzweise aufgesucht werden, wie etwa der Vater, die Großmutter, die Tagesmutter. Für das unselbständige menschliche Neugeborene und Kleinkind ist die Schutzfunktion durch eine Bezugsperson von lebenserhaltender Bedeutung ... Das Bindungssystem, das sich im ersten Lebensjahr entwickelt, bleibt während des gesamten Lebens aktiv. (Brisch, 2003, S. 51)

Die Bindungsbedürfnisse oder auch die Explorationswünsche des Kindes werden nicht immer befriedigt oder missachtet oder nur in sehr unzuverlässiger und unvorhersehbarer Weise beantwortet. Dies führt beim Kind zu Wut und Enttäuschung sowie zu ambivalenten Gefühlen gegenüber der Bezugsperson. Es ist anzunehmen, dass ausgeprägte Missachtung und Zurückweisung von Bindungswünschen durch die Bindungsperson eine Quelle von aggressivem Verhalten des Kindes sein kann, einerseits direkt der Bezugsperson gegenüber, andererseits in Verschiebung gegenüber dem eigenen Selbst, z.B. durch Selbstverletzung oder suizidales Verhalten, oder gegenüber anderen unbeteiligten Personen (Parens, 1993).

Grundsätzlich kann man sagen, dass Bowlbys Arbeit die Forschung reichhaltig inspiriert hat. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass das von der Evolution geschaffene Bindungsverhaltenssystem die Wahrscheinlichkeit optimiert, dass das Baby überlebt. Bowlby hat damit Freuds „Triebe“ durch die Motivation zur Bindung ersetzt (Lachmann, 2009).

8.3 Innere Arbeitsmodelle und Mentalisierung

Aus den vielen Interaktionserlebnissen, in denen sich Mutter und Kind voneinander trennen und auch wieder Nähe zueinander herstellen, entwickelt der Säugling im ersten Lebensjahr innere Modelle des Verhaltens und der damit verbundenen Affekte von sich und der Mutter aus, die als „innere Arbeitsmodelle“ („inner working models“) bezeichnet werden. Eine wichtige Funktion dieser inneren Arbeitsmodelle ist nach Bowlby, das Verhalten der Bezugsperson und des Kindes in Bindungssituationen vorherzusagen. Je nach Bindungsfigur werden unterschiedliche Anpassungen gefordert.

Ein solches Arbeitsmodell ist anfangs noch flexibel, wird aber im Laufe der Entwicklung stabiler und entwickelt sich zu einer psychischen Repräsentanz („Bindungsrepräsentation“). Eine sichere, stabile Bindungsrepräsentanz kann Teil der psychischen Struktur werden und damit auch zur psychischen Stabilität beitragen (Fremmer-Bombik, 1995).

Fonagy erweiterte Bowlbys Arbeit und stützt sich in seinem „Konzept der Mentalisierung“ auf die Bindungstheorie. Als „Mentalisierung“ wird jener Prozess bezeichnet,

durch den wir erkennen, daß [*sic*] unser Geist unsere Weltwahrnehmung vermittelt. Mentalisierung hängt unaufhörlich mit der Entwicklung des Selbst zusammen, mit seiner differenzierten inneren Organisation und seiner Teilnahme an der menschlichen Gesellschaft, einem Netzwerk von Beziehungen zu anderen, die diese einzigartige Fähigkeit ebenfalls besitzen. Mit dem Begriff „Reflexionsfunktion“ bezeichnen wir unsere Operationalisierung der mentalen Fähigkeiten, die das Mentalisieren erzeugen. (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004, S. 10-11)

Mentalisierung ist demnach nicht lediglich ein kognitiver Prozess, sondern sie beginnt mit der Entdeckung der Affekte in der und durch die Beziehung zur Bezugsperson. Die Fähigkeit, Affektzustände zu modulieren, wird als „Affektregulierung“ bezeichnet. Sie hängt eng mit der Mentalisierung zusammen, da sie für die Entwicklung des Selbstgefühls und des Gewahrseins der Urheberschaft des Selbst von wesentlicher Bedeutung ist (Fonagy et al., 2004).

8.4 Klassifikation der Bindungsqualitäten des Kindes

Gemeinsam mit Mary Ainsworth beobachtete John Bowlby in der „Fremden Situation“ Kinder im Alter von einem Jahr. Die „Fremde Situation“ ist eine von Ainsworth entwickelte testähnliche standardisierte Untersuchungsmethode, um das Bindungs- und Trennungsverhalten von Kindern im Beobachtungslabor reliabel zu studieren. Dabei werden einjährige Kinder für drei Minuten von ihrer Mutter getrennt. Im normalen Fall äußern die Kinder in solchen Situationen ein dringendes Bedürfnis, durch die Mutter getröstet und beruhigt zu werden, was dem „sicheren“ Bindungstyp entspricht. Ganz allgemein gesagt, lassen sich bei der Rückkehr der Mutter vier Reaktionsweisen der Kinder unterscheiden (Fonagy, 2006). Im Folgenden werden diese vier unterschiedlichen Klassifikationen der Bindungsqualität genauer beschrieben, wobei im Zusammenhang mit dieser Arbeit das unsichere und im speziellen das unsicher-desorganisierte Bindungsverhalten am interessantesten ist, wie aus den anschließenden Ausführungen hervorgeht.

8.4.1 Sicher gebundene Kinder

Sicher gebundene Kinder explorieren eifrig in Gegenwart der Bezugsperson, sind in Anwesenheit einer fremden Person ängstlich und meiden sie. Sie reagieren auf die Abwesenheit der Mutter verzweifelt, weinen und sind deutlich gestresst. Auf die Wiederkehr suchen sie ohne Zögern die körperliche Nähe der Mutter, wollen getröstet werden und lassen sich nach kurzer Zeit wieder beruhigen, so dass sie das Explorieren wieder aufnehmen können (Brisch, 2009a).

Das Verhalten der sicher gebundenen Kinder ist das Ergebnis wiederholter Erfahrung gut koordinierter Interaktionen mit einer feinfühligem Bezugsperson. Mütterliche Feinfühligkeit ist gekennzeichnet durch die rasche Wahrnehmung der kindlichen Signale, der richtigen Interpretation dieser und die prompte Reaktion darauf, welche keine Frustration beim Kind hervorruft. In Belastungssituationen bleiben diese Kinder relativ gut organisiert. Negative Situationen sind für sie weniger bedrohlich (Fonagy & Target, 2006).

8.4.2 Unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder reagieren auf Trennung nur mit wenig Protest und weniger ängstlich. Sie bleiben in der Regel an ihrem Platz, spielen weiter, wenn auch mit weniger Neugier oder Ausdauer. Manchmal kann man beobachten, dass sie der Mutter mit den Augen nachfolgen, wenn diese den Raum verlässt. Sie registrieren tatsächlich das Verschwinden der Mutter. Auf die Rückkehr der Bezugsperson reagieren sie meist mit Ablehnung und wollen nicht auf den Arm genommen und getröstet werden. Meist kommt es auch zu keinem intensiven Körperkontakt, sie ziehen die Mutter auch nicht unbedingt der fremden Frau vor (Brisch, 2009a).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben vermutlich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die Mutter ihnen in ihrer emotionalen Erregung keine Stabilität geben konnte oder sie durch ihr Verhalten sogar überstimulierte. Sie meiden beunruhigende Situationen und überreagieren ihren Affekt, d.h. sie verstärken ihre Verzweiflungsäußerungen und veranlassen so die Bezugsperson zu den erwarteten Reaktionen. Diese Kinder fühlen sich sehr schnell bedroht und sind immer beschäftigt, mit der Bezugsperson in Kontakt zu treten, reagieren aber selbst dann frustriert, wenn diese verfügbar ist (Sroufe, 1998; Fonagy & Target, 2006).

8.4.3 Unsicher-ambivalent gebundene Kinder

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder geraten bei der Trennung in tiefste Verzweiflung, zeigen den größten Stress und weinen heftig. Nach der Rückkehr der

Mutter lassen sie sich von dieser kaum beruhigen. Wenn sie von der Mutter auf den Arm genommen werden, verhalten sie sich einerseits aggressiv der Mutter gegenüber, andererseits drücken sie auch den Wunsch nach Körperkontakt und Nähe aus. Die Anwesenheit der Mutter und ihre Beruhigungsversuche können nur wenig ausrichten, weil Angst und Wut das Kind daran hindern, aus der Nähe Trost zu beziehen (Brisch, 2009a).

8.4.4 Unsicher-desorganisiert gebundene Kinder

Diese vierte Klassifikation der desorganisierten Bindung wurde erst später identifiziert, als man feststellte, dass eine große Zahl von Reaktionen von Kindern auf die „Fremde Situation“ nicht in die drei bereits genannten traditionellen Klassifikationen passte. Es wurde beobachtet, dass das Verhalten in der „Fremden Situation“ bei desorganisierten Kindern gegenüber der Mutter ungewöhnlich war. Diese Kinder kehrten ihr den Rücken zu, erstarrten, sackten auf dem Boden zusammen oder schienen in einen tranceähnlichen verhangenen Zustand zu verfallen.

Solche Kinder können keine einheitliche Bindungsstrategie zu einer Bezugsperson entwickeln, um Schutz und Trost zu bekommen, wenn die Bindungsperson, die Schutz bieten soll, zugleich für das Kind als Quelle der Gefahr erlebt wird. Dabei gerät das Kind in eine so genannte „Double-Bind-Situation“, aus der es für das Kind keinen Ausweg gibt.

Desorganisiert gebundene Kinder werden einerseits in überproportionalem Umfang in Hoch-Risiko-Familien angetroffen, andererseits auch dann, wenn das Kind seine Eltern als verängstigt erlebt (Lachmann, 2009).

Wie bei der Gruppe der unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent gebundenen Kinder weist auch die Gruppe der unsicher-desorganisierten Kinder einen erhöhten Stresswert (erhöhter Cortisolspiegel, erhöhte Herzfrequenz) auf (Brisch, 2009a).

Da vor allem das unsicher-desorganisierte Bindungsverhalten mit Aggression (und im weiteren Sinn auch mit Angst) in Verbindung zu bringen ist, werde ich mich schwerpunktmäßig in Kapitel 8.10 und 8.11 mit dem unsicheren Bindungstyp auseinandersetzen.

8.5 Verteilung der verschiedenen Muster der Bindungsqualität

Die prozentuale Verteilung der verschiedenen Muster der Bindungsqualität gestaltet sich gemäß unterschiedlicher Längsschnittstudien nach Brisch folgendermaßen:

Sicher gebunden	50-60%
Unsicher-vermeidend gebunden	30-40%
Unsicher-ambivalent gebunden	10-20%
Unsicher-desorganisiert gebunden	unterschiedlich groß, je nach klinischer Ausgangsstichprobe

Tabelle 6: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Muster der Bindungsqualität (Brisch, 2009a, S. 54)

Aus dieser Übersicht geht hervor, dass in etwa die Hälfte der Kinder ein sicher gebundenes Bindungsverhalten aufweisen. Die Gruppe der unsicher gebundenen Kinder splittet sich wiederum in drei Untergruppen auf, wobei hier der unsicher-vermeidend gebundene Typ am meisten vertreten ist, gefolgt vom unsicher-ambivalent gebundenen Typ. Die Anzahl der unsicher-desorganisiert gebundenen Kinder lässt sich nur schätzen, da unterschiedliche Stichproben verschiedene Ergebnisse liefern.

8.6 Bindung und genetische Faktoren

Als Einfluss auf die Bindungsentwicklung werden immer wieder genetische Faktoren diskutiert. Im Jahr 2009 stellte eine Gruppe von Wissenschaftlern an der Universität von Iowa fest, „dass sowohl bei den Kindern als auch den Eltern ein spezifisches Gen [mit der Bezeichnung 5-HTTLPR] gefunden werden kann, das mit desorganisierter Bindung in Zusammenhang gebracht wird“ (Lachmann, 2009, S. 142).

Ebenso weisen Studien von Gervai (2008) darauf hin, dass spezifische Gene, hier das DRD4 (D4-Dopamin-Rezeptor-Gen), mit einer desorganisierten Bindung des Kindes in Verbindung zu bringen sind. Vielfältige Hinweise belegen einen Zusammenhang zwischen dem desorganisierten Bindungsmuster und der psychopathologischen Auffälligkeit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (Brisch, 2009b).

Die Entdeckung eines Gens bei Kindern und Müttern mit desorganisierter Bindung könnte somit erklären, warum einige Mutter-Kind-Beziehungen sensitiver für Bindungsstörungen sind als andere, und dass es tatsächlich eine intergenerationale Weitergabe von desorganisierter Bindung geben könnte. Lachmann (2009, S. 150) merkt dazu jedoch an, dass bis jetzt „diese genetische Forschung zu neu [ist] um klinisch anwendbar zu sein.“

Gut vorstellbar hingegen ist, dass die genetischen Polymorphismen eine Vulnerabilität anzeigen, die bei entsprechender Umweltkonstellation (z.B. bei entsprechender Bindungsinteraktion zwischen Eltern und Kind) aktiviert wird (Brisch, 2009b).

In Bezug auf sicheres Bindungsverhalten fand man heraus, dass es „zwischen positiven, hilfreichen und sicheren Bindungserfahrungen von Eltern und sicheren Bindungsentwicklungen von Kindern [einen Zusammenhang] gibt. Mütter mit eigenen sicheren Bindungserfahrungen haben – je nach Längsschnittstudie – mit einer hohen Wahrscheinlichkeit bis zu ca. 75% sicher gebundene Kinder“ (Brisch, 2009b, S. 356). Dieser Zusammenhang wird auch als „transgenerational“ bezeichnet.

Auch die Anhänger der Theorien des sozialen Lernens, der Kognitionstheorie und des Behaviorismus stimmen mit den Vertretern der Bindungstheorien überein, „dass aggressiv-trotzige Verhaltensweisen kleiner Kinder in gewissem Umfang genetisch bedingt und/oder im Temperament begründet sein könnten“ (Marvin, 2009, S. 190).

8.7 Bindung und Temperament

Bezüglich des Einflusses des Temperaments auf das elterliche Interaktionsverhalten existieren nach Pauli-Pott & Bade (2002) und Crockenberg (1986) inkonsistente Befunde. Der Grund dafür liegt in der Schwierigkeit, frühkindliche Temperamentsmerkmale valide zu erfassen. Unterschiedliche Nachteile finden sich sowohl bei der Messung frühkindlicher Temperamentsmerkmale per Fragebogen sowie per Verhaltensbeobachtung.

Außerdem führen Untersuchungen zur Beteiligung frühkindlicher Temperamentsmerkmale am Entstehungsprozess der Desorganisation zu

widersprüchlichen Ergebnissen. Es sind zwei mögliche Ursachen für die diskrepanten Befunde wahrscheinlich:

Eine Ursache könnte in der Vielgestaltigkeit desorganisierten Verhaltens liegen. Möglicherweise sind unterschiedliche Entstehungsbedingungen mit unterschiedlichen Desorganisationsmustern (etwa desorganisiert-vermeidend vs. desorganisiert-unsicher) verbunden

Eine weitere Ursache könnte im Vorliegen komplexer Interaktionseffekte der Merkmale der Bezugsperson-Kind-Beziehung und der Temperamentscharakteristika liegen. Derartige Effekte, etwa die Entwicklung von Desorganisation, wenn ein Säugling mit erhöhter Irritierbarkeit/negativer Reaktivität und geringer Selbstregulationsfähigkeit affektive Verunsicherung durch das Verhalten der Bezugsperson erfährt, werden zunehmend postuliert. (Pauli-Pott & Bade, 2002, S.142)

Bezüglich der Bindungssicherheit und frühkindlichem Temperament existieren ebenfalls unterschiedliche und kontroverse Meinungen. Ein Zusammenhang der beiden Konstrukte wird zum einen in der Möglichkeit gesehen, dass elterliches Verhalten (einschließlich der Feinfühligkeit) durch frühkindliche Temperamentmerkmale, v. a. durch ein schwieriges Temperament des Kindes beeinflusst wird. Auf der anderen Seite könnte eine Beziehung im Bereich der Entwicklung der Selbstregulierungskompetenz existieren (Pauli-Pott & Bade, 2002).

Mary Main (2002, S. 213) bestätigt die obige Aussage, indem sie einerseits schreibt, dass „wenn das Verhalten in der Fremden Situation ausschließlich das Temperament des Kleinkindes und nicht seiner Interaktionsgeschichte mit seinen Eltern spiegelt, dann müsste [*sic*] sich das Kind gegenüber beiden Elternteilen gleich verhalten.“ In zahlreichen Untersuchungen zeigt sich jedoch, dass die Qualität der Bindung eines Kindes gegenüber Vater und Mutter deutlich unterscheiden.

Andererseits wäre auch nicht zu erwarten, dass eine Besserung der Lebensumstände der Mutter oder des Vaters das Verhalten des Kindes in der „Fremden Situation“ signifikant verändert, wenn die Bindung des Babys das Ergebnis des Temperaments wäre. Solche günstigen Veränderungen von unsicher

gebundenen Kindern zu sicher gebundenen wurden jedoch festgestellt (Sroufe, 1985).

Als dritten Grund nennt Main, „wenn Eltern negativ auf `schwierige´ Säuglinge reagieren würden, dann wäre zu erwarten, daß [sic] weit weniger schwierige Kinder sicher gebunden sind. Sichere Bindung überwiegt jedoch sogar dann, wenn das Kind krank, verletzt oder behindert war“ (Main, 2002, S. 213-214).

Schließlich wird auch noch ein vierter Grund angeführt (Main, 2002, S. 214): „Wenn das Temperament oder die körperliche Verfassung des Kindes die bindungsrelevanten Interaktionen mit dem Eltern prägt, dann müßte [sic] es schwieriger sein, das Verhalten des Kindes in der Fremden Situation bereits vor der Geburt des Kindes vorherzusagen als danach.“ Studien belegen jedoch, dass vorgeburtlich durchgeführte Interviews mit Müttern und Vätern die Fremde Situation so präzise voraussagen wie ein postnatal durchgeführtes Interview.

Nach Rutter (Schmeck, 2004, S. 199) gibt es fünf grundlegende Merkmale des Einflusses von Temperamentsmerkmale auf die psychische Entwicklung:

1. Direkte Vulnerabilität für psychopathologische Störungen
2. Erhöhte Empfänglichkeit für psychosoziale Stressoren
3. Mangelnde Passung zwischen Temperamentsmerkmalen und Umwelтанforderungen
4. Auswirkung des kindlichen Verhaltensstils auf andere Menschen
5. Auswahl von Erfahrungen.

Zur Genese von aggressiven Verhaltensstörungen (Schmeck, 2004) bedeutet dies, dass ungünstigen Temperamentsmerkmalen eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird und im Zusammenspiel mit negativen familiären Faktoren, neurokognitiven Problemen (niedrige Intelligenz, Teilleistungsstörungen), mangelnde Problemlösefähigkeit, Attributionsfehler und ungünstige Einflüsse aus der Gruppe der Gleichaltrigen oder aus dem sozialen Umfeld zu sehen sind (Lahey, Waldman & McBurnett, 1999; Moffit & Caspi, 2001).

8.8 Geschlechtsbezogene Aspekte der Bindungsentwicklung

In den Recherchen von Kindler (1995) wurde der Frage nachgegangen, ob das Geschlecht einen Einfluss auf die Art der Bindung hat. Vorweg kann gesagt werden, dass Befunde aus der Bindungsforschung in der sozioemotionalen Entwicklung von Jungen und Mädchen ähnliche Hinweise liefern.

In der Verteilung auf die verschiedenen Bindungsklassifikationsgruppen zeigen die meisten Untersuchungen in der Fremden Situation keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Buben. Das bedeutet für die meisten Studien, dass ein ähnlich hoher Prozentsatz von Buben und Mädchen, die nach einer kurzen Trennung die Interaktion mit der Mutter oder ihre Nähe suchten, sich bei emotionaler Beruhigung offen an die Bezugsperson wandten und sich leicht von ihr beruhigen ließen, bevor sie sich wieder dem Spielen zuwandten.

Hinweise auf grundlegende Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes finden sich ebenso wenig im Hinblick auf mütterliche Feinfühligkeit. Es stellte sich allerdings die Frage nach einer allmählichen Herausbildung von Geschlechtsunterschieden in der mütterlichen Feinfühligkeit gegenüber Buben und Mädchen und eventuellen daraus resultierenden Differenzen in der Gestaltung der Bindungsbeziehung. Es zeigte sich, dass sich ab dem zweiten Lebensjahr mehr und mehr geschlechtsabhängige Ausdifferenzierungen der mütterlichen Feinfühligkeit entwickeln. Sicher an die Mutter gebundene Mädchen erleben im zweiten Lebensjahr ein hohes Maß an „lenkender Feinfühligkeit“ der Mutter, was der Grundstein zu einem späteren Sozialisationserfolg sein kann. Im Gegensatz dazu erfahren sicher an die Mutter gebundene Buben eher eine „gewährende Feinfühligkeit“.

Bei unsicher an die Mutter gebundenen Mädchen im zweiten Lebensjahr konnte ein intrafamiliärer Kompromissprozess durch die Väter festgestellt werden, während unsicher an die Mutter gebundene Buben weniger Aufmerksamkeit und Anleitung zuteil bekamen.

In Untersuchungen mit Vier- bis Neunjährigen fanden sich Geschlechtsunterschiede, die den Zusammenhang zwischen Bindungserfahrungen und sozialer Kompetenz in Kindergarten und Schule beeinflussten. Sicher gebundene Buben und Mädchen unterschieden sich in ihren sozialen Kompetenzverhalten kaum. Hingegen wiesen unsicher gebundene Buben am häufigsten kontrollierendes und aggressives Verhalten inklusive eskalierender aggressiver Interaktion auf. Diese Gruppe von

Buben war am wenigsten bereit, anderen Kindern zu helfen. Aufgrund ihres oppositionellen Verhaltens erhielten diese Buben weniger Hilfe, Anleitung und Lob durch Erwachsene. Unsicher gebundene Mädchen demonstrieren demgegenüber im Umgang mit Gleichaltrigen eher zurückgezogene Verhaltensweisen mit weniger Durchsetzungsversuchen, aber einem eher positiven Ausdrucksverhalten. Diese Gruppe erhielt am meisten Hilfe und Anleitung von Seiten der Erwachsenen.

Im Bereich der Konfliktbewältigungsmuster zeigten die Mädchen eher mildernde und die Situation verlassende Muster, während Buben eher eine offene oder sogar aggressiv entgleisende Auseinandersetzung suchten. Dementsprechend werden Mädchen als sozial kompetenter eingeschätzt als Buben.

Auf diesem Hintergrundwissen aufbauend könnten Häufigkeit und Vulnerabilität gegenüber belastenden Gefühlen dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit von Dysregulationen und disruptiven Verhaltensstörungen bei unsicher gebundenen Buben zu erhöhen. Wesentliches Ziel vor allem für die Gruppe der Buben wäre es deshalb, belastende Emotionen in Gruppeninteraktionen zu vermindern.

8.9 Bindung und Psychopathologie

Schon Bowlby beschäftigte sich mit der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen einer unsicheren Bindung und einer bestimmten Psychopathologie geben könnte. Er fand für verschiedene kindliche Phobien, z.B. die Tierphobie, eine Verbindung zum unsicheren Bindungsmuster, und die Schulphobie brachte er in Zusammenhang mit Trennungsängsten. Weiters wurden Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Vorschul- und Schulalter gefunden (Brisch, 2009a).

In einer wachsenden Zahl von Studien konnte zwar keine spezifische Zuordnung eines bestimmten Bindungsmusters zu einer spezifischen Psychopathologie festgestellt werden, jedoch scheint das Muster der desorganisierten Bindung eine besondere Bedeutung für die Entwicklung einer Psychopathologie zu haben (Brisch, 2009a).

8.10 Desorganisation und Bindungsstörung

Wie aus der klinisch psychotherapeutischen Arbeit ersichtlich wird, weisen manche Kinder und Jugendliche ausgeprägte Störungsvarianten in ihrem Bindungsverhalten auf, die stark von den in Kapitel 8.5 skizzierten Mustern der Bindungssicherheit bzw. –unsicherheit abweichen, und als Psychopathologie diagnostiziert werden können. Es sind hier zwei in Kapitel 7.5 bereits erwähnte Formen der „reaktive Bindungsstörung im Kindesalter“ (mit Hemmung) (Typ I F94.1) und die „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ (Typ II F94.2) zu nennen. Von Bedeutung sind diese 2 Typen für die vorliegende Arbeit insbesondere deswegen, da sie in Zusammenhang mit Aggressivität und Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen gebracht werden.

8.10.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (mit Hemmung) (F94.1)

Eine „reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (mit Hemmung)“

tritt in den ersten fünf Lebensjahren auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster des Kindes charakterisch. Diese sind von einer emotionalen Störung begleitet und reagieren auf Wechsel in den Milieuverhältnissen. Die Symptome bestehen aus Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichtete Aggressionen, Unglücklichsein und in einigen Fällen Wachstumsverzögerungen. Das Syndrom tritt wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung auf. (Dilling & Freyberger, 2008, S. 332)

Nach Brisch (2009a, S. 99) wird in diesem Zusammenhang von einer Bindungsstörung des Typs I, welcher Kinder beschreibt, „die in ihrer Bindungsbereitschaft gegenüber Erwachsenen sehr gehemmt sind und mit Ambivalenz und Furchtsamkeit auf Bindungspersonen reagieren“ gesprochen. Unter Typ I versteht man jene Form von Bindungsstörung, welche sich klinisch dadurch

äußert, dass die Kinder „kein Anzeichen von Bindungsverhalten“ zeigen (Brisch, 2003, S. 59).

8.10.2 Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

Bei einer „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ handelt es sich um ein

spezifisches abnormes soziales Funktionsmuster, das während der ersten fünf Lebensjahre auftritt mit der Tendenz, trotz deutlicher Änderungen in den Milieubedingungen zu persistieren. Dieses kann z.B. in diffusem, nichtselektiven Bindungsverhalten bestehen, in aufmerksamkeitsuchenden und wahllos freundlichen Verhalten und kaum modulierten Interaktionen mit Gleichaltrigen; je nach Umständen kommen auch emotionale und Verhaltensstörungen vor. (Dilling & Freyberger, 2008, S. 333)

Nach Brisch (2009a, S. 100) handelt es sich hierbei um eine Bindungsstörung des Typs II, in dem die Kinder „ein konträres klinisches Bild mit enthemmter distanzloser Kontaktfreudigkeit gegenüber verschiedensten Bezugspersonen“ zeigen. Die Bindungsstörung des Typs II charakterisiert sich durch ein „*undifferenziertes Bindungsverhalten*“ bzw. durch die Neigung zu deutlichem „*Unfallrisikoverhalten*“ (Brisch, 2003, S. 59).

Grundsätzlich zeigt sich bei allen Bindungsstörungen, dass frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in bedrohenden Situationen und bei einer Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in ängstigenden Situationen in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet wurden. Besonders bei abrupten Trennungserfahrungen des Kindes durch Wechsel der Betreuungssysteme wie bei Kindern, die in Heimen aufwachsen, bei psychisch kranken Eltern oder bei chronischer sozialer Bedrohung und Überforderung (wie durch Armut oder Arbeitsplatzverlust) der Eltern kann sich eine solche Problematik entwickeln (Brisch 2009a).

Es zeigte sich, dass je länger die Erfahrung der frühen Deprivation unter z.B. Heimbedingungen andauerte, desto ausgeprägter waren Symptome wie die des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) (Kreppner, O'Conner, Rutter & the AST, 2001). In der sozialen Interaktion führen diese Auswirkungen (ADHS) zu Beziehungs- und Interaktionsstörungen, was sich in Form sozialer und emotionaler Ablehnung des Kindes in der Gruppe auswirkt und letztlich in Ausgrenzung und aggressivem Verhalten endet (Lyons-Ruth, 1996).

Es besteht somit ein Zusammenhang zwischen dem desorganisierten Bindungsmuster und den psychopathologischen Auffälligkeiten der Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Desorganisierte Bindungsverhaltensweisen sind besonders durch motorische Sequenzen von stereotypischen Verhaltensweisen gekennzeichnet, wofür die Ambivalenz von Nähesuchen und Nähevermeiden typisch ist (Brisch, 2009a).

In der Bindungsforschung geht man davon aus, dass desorganisiert gebundene Kinder neuronal verschiedene Arbeitsmodelle von Bindung angelegt haben. Einerseits entwickeln sie ein Modell, das Nähe sucht, und andererseits eines das Nähe vermeiden möchte, wenn angst- und stressvolle Situationen auf das Kind einwirken, wodurch das basale Bindungsmuster aktiviert wird (Brisch, 2009b).

Aufgrund von Bindungsstörungen kann eine sichere emotionale Basis als Fundament der Persönlichkeit nie aufgebaut werden. Dies führt in bindungsrelevanten Situationen dazu, dass es zu hochgradigen Verhaltensstörungen kommt. Daher können auf psychopathologischer Ebene Angststörungen, somatoforme Störungen, Depression, Borderline-Störungen, psychotische Erkrankungen und narzisstische Persönlichkeitsstörungen mit Bindungsstörungen assoziiert werden. Es ist das Bestreben des Menschen, die extremen Angstpotentiale und Erregungszustände, wie sie bei Patienten mit Bindungsstörungen auftreten, unter Kontrolle zu bringen. Suchtverhalten, Drogenabhängigkeit, Zwangsstörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität kann als verzweifelter Versuch dafür verstanden werden (Brisch, 2009b).

8.11 Aggressives Bindungsverhalten

Eine der Bindungsstörungen ist die des „aggressiven Bindungsverhaltens“. Typisch für Kinder mit dieser Bindungsstörung ist die körperliche und/oder verbale Aggression, mit der sie vorzugsweise Bindungsbeziehungen gestalten. Auf diesem Weg drücken sie ihren Wunsch nach Nähe gegenüber Bindungspersonen aus.

Solche Kinder stechen auch in Schulklassen als „Störefriede“ hervor und erhalten oft die Diagnose „aggressive Verhaltensstörung“. Wichtig zu wissen ist, dass diese Kinder oft erste Kontakte über aggressive Interaktion herstellen, sich dann aber rasch beruhigen können, sobald sich eine Bindung entwickelt hat. In den meisten Fällen kommt es jedoch nicht zu diesem Bindungsaufbau, da sie aufgrund ihres aggressiven Verhaltens von anderen in der Regel abgelehnt und ihre Bindungswünsche nicht verstanden werden.

Bowlby wies darauf hin, dass

die Zurückweisung von primären Bindungswünschen des Kindes, wie sie normalerweise durch dessen Suche nach Nähe zum Ausdruck gebracht werden, bei diesem zu Aggressionen führt. Die Angst, daß [sic] keine Bindung zustande kommt oder eine sich entwickelnde Bindung wieder verlorengeht, führt über eine Frustration von nicht beantworteten Bindungswünschen zu einer massiven Aktivierung des Bindungsverhaltens bis hin zum Kampf um die Bindung. In Erwartung einer Zurückweisung aufgrund früherer Erfahrungen mit der Bindungsperson wird die primäre Äußerung von Bindungswünschen aggressiv kämpferisch gestaltet. (Brisch, 2009a, S. 107)

Ebenso nennt Parens (2010, S. 12) Studien, die sich über eine Zeitspanne von 4 Jahrzehnten erstreckten und „bei kindlichen Probanden eine verlässliche positive Korrelation zwischen Bindungsqualität und Aggressionsprofil“ offenlegen.

Ausgehend von diesem Hintergrundwissen kann das in dieser Arbeit evaluierte Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ möglicherweise einen wichtigen Beitrag leisten, um Kindern aus dem Teufelskreis von Aggression und Ablehnung aufgrund der Suche nach sicherer Bindung herauszuhelfen.

Um einen Überblick zu geben, sei auf Loebers „Modell des Entwicklungsverlaufs antisozialen Verhaltens“ hingewiesen, nach dem in unterschiedlichen Altersphasen unterschiedliche Ausdrucksformen der Grundproblematik typisch seien (Göppel, 2003, S. 198):

- Schwieriges Temperament in früher Kindheit
- Ausgeprägtes Trotzverhalten im Vorschulalter
- Aufmerksamkeit- und Hyperaktivitätsstörungen im Grundschulalter
- Aggressive Auffälligkeiten im frühen Jugendalter
- Delinquenz im Jugendalter

Als zentral bedeutsame familiäre Risikofaktoren sind dabei die frühen Mangelserfahrungen und die Bindungslosigkeit zu nennen. Göppel (2003) merkt weiters an, dass es zwar der pädagogisch-psychologischen Alltagserfahrung entspricht, dass das Aufwachsen in einer lieblosen, aggressiv aufgeladenen Familie, die durch wenig Wärme, Fürsorge und Anteilnahme, aber durch viel Streit, Gewalt und Demütigung gekennzeichnet ist, eher zu antisozialen Verhaltenstendenzen als zu sozialer Kompetenz führt. Andererseits haben jedoch neben diesen Faktoren auch die feinen Unterschiede in den frühen Bindungserfahrungen einen Einfluss darauf, wie sich das Kind in komplexen sozialen Situationen verhält.

8.12 Aussichten: Bindungsforschung, Aggression, Angst, Empathie und Feinfühligkeit

Die Bindungsforschung weist auf Untersuchungsergebnisse hin, dass vermeidend gebundene Kinder weniger prosoziale Lösungen zu konfliktreichen Bildergeschichten – eine Methode zur Messung von Bindungsverhalten bei Kindern –, finden als andere, die mit einem Jahr sicher gebunden sind. Aus diesem Grund wird die Überlegung angestellt, ob einer sicheren Bindung mit einem Jahr eine gewisse protektive Funktion im Hinblick auf prosoziales Verhalten zukommt. Es ist anzunehmen, dass sich diese Kinder empathischer und feinfühlicher in die Welt des anderen und in Konfliktsituationen ihres Gegenübers hineinversetzen und

Lösungsmöglichkeiten entwickeln können, die wegen der Empathiefähigkeit prosozialer orientiert sind.

Wie in Kapitel 4.1.2 dargestellt, unterscheidet der Aggressionsforscher Henri Parens drei Formen der Aggression, wobei zwei davon mit Bowlbys Bindungsmustern in Zusammenhang zu bringen sind:

Die „prosoziale Aggression“, Parens bezeichnet sie als „nichtdestruktive Aggression“, wie Erkundung und Kontaktsuche, entspricht der Explorationsfähigkeit auf dem Boden einer sicheren Bindungsbasis. Die „destruktive“ Form der Aggression, Parens spricht von „feindseliger Destruktion“, die einer extrem erlebten Frustration entspringt, kommt dann zustande, wenn die Bindungsbedürfnisse von Kindern nicht ihrem Alter entsprechend befriedigt werden oder wenn sie durch Bindungsstörungen einer gesunden Exploration und Loslösung gehindert werden. Oft reichen dann weitere kleine Beziehungsfrustrationen als „zündender Funke“ für erheblich aggressives Verhalten auch bei ganz unbedeutenden Anlässen (Brisch, 2009a, S. 295).

Brisch stellt des Weiteren die Überlegung an, dass diesen Kindern mit extremen Bindungsstörungen bei extrem unfeinfühligem Elternverhalten auch die Kompetenz verloren geht, sich selbst feinfühlig und empathisch in die emotionale Welt eines Gegenübers hineinzufühlen. Nur so kann man sich vorstellen, dass diese Kinder auch dann noch zuschlagen, wenn ein völlig wehrloser Mitschüler überhaupt keine Bedrohung mehr darstellt.

Anzustreben ist eine sichere Bindungsentwicklung in der Zweierbeziehung oder auch im Gruppenkontext. Sie gilt als essentielle Ressource und Grundvoraussetzung für eine gesunde emotionale und körperliche Entwicklung von Säuglingen, Klein- und Schulkindern und als Fundament einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung auch im Erwachsenenalter. Daher wäre es erstrebenswert, dass die Gesellschaft den Kinder Möglichkeiten bietet, in außerfamiliären Einrichtungen wie in Kindergärten und Schule emotional sichere Erfahrungen zu machen (Brisch, 2009b).

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend weist Brisch (2009a, S. 295) auf die Möglichkeit eines frühzeitigen Feinfühligkeits- und Empathietrainings, wie die des Babywatching, von Kindergarten- und Volksschulkindern hin, welches „eine korrigierende emotionale Erfahrung darstellt, die es erleichtern würde, einerseits angestaute Aggressionen aus Bindungserfahrungen mit den Eltern und anderen Bezugspersonen zu verstehen und andererseits Einfühlung zu lernen und neue Bindungserfahrungen zu machen, die eventuell korrigierenden Einfluß [sic] haben könnten.“

9 Außerfamiliäre Einrichtungen als Schutzfaktor kindlicher Entwicklung

9.1 Die Schule als Schutzfaktor kindlicher Entwicklung

Nach Opp & Wenzel (2003) ist es für Schulen notwendig, mehr für die kindliche Entwicklung beizutragen als ausschließlich kognitive Leistungen einzufordern.

Auf der Ebene direkter Schulqualität sind es strukturelle Bedingungsfaktoren wie soziales Umfeld, Schulausstattung, Partizipationschancen, didaktische Kompetenzen der Lehrer und insbesondere das Lehrer-Schüler-Verhältnis, welche zu Schutz-, aber auch Risikofaktoren kindlicher Entwicklung werden können.

Ein gutes Schulklima (oder Schulethos)

drückt sich unter anderem im Respekt [des Lehrers] vor den Kindern aus, in der kollegial geteilten Überzeugung, einer wichtigen Aufgabe nachzugehen, im Bewußtsein [sic] positiven Einfluß [sic] auf die kindliche Entwicklung nehmen zu können, und durch das Engagement in unterrichtlichen Vermittlungsprozessen. Dieses Bewußtsein [sic] der Verantwortung gegenüber den Kindern unterlegt die professionellen Handlungsstrategien mit dem alltäglichen schulischen Problemen und den besonderen Belastungssituationen zum Beispiel durch Überbürdung und Unterrichtsstörungen. Schulethos bedeutet hier auch, daß [sic] die Schule

nicht in Routine erstickt, sondern daß [sic] Störungen und Erziehungsprobleme als Herausforderung für professionelle Weiterentwicklung verstanden werden. (Opp & Wenzel, 2003, S. 86)

Zum Schutzfaktor kindlicher Entwicklung wird Schule dann, wenn sie Rahmenbedingungen schafft, die Kinder dabei unterstützen, Beziehungskompetenzen aber auch andere Fähigkeiten zu entwickeln und auszuprobieren, wenn positive Verhaltensmodelle verfügbar sind, die übernommen werden können. Schule muss dazu ein soziales Lernfeld werden (Opp & Wenzel, 2003). Brischs Feinfühligkeits- und Empathietraining, das Babywatching, kann dazu einen wertvollen Beitrag leisten.

Abschließend möchte ich zur Bedeutung des Lehrer-Schüler-Verhältnisses in Zusammenhang mit der Bindungstheorie anmerken, dass Brisch (2009b, S. 366) „Bindungssicherheit“ als eine der besten Voraussetzung für eine gelingende Bildung von Schülern sieht. Der Lehrer fungiert auf diesem Weg, insbesondere wenn emotionale und affektive Verhaltensstörungen bei den Kindern vorliegen, als weitere sichere emotionale Basis (als sekundäre Bindungsperson), auf der das Lernen optimaler erfolgen kann. Unter diesen Bedingungen hat die Lehrperson die Möglichkeit, für die Kinder emotional verfügbar zu sein und auch die emotionalen Signale und Bedürfnisse der Kinder gut zu beantworten, was als Grundvoraussetzung für eine gesunde emotionale und körperliche Entwicklung von Säuglingen, Klein- und Schulkindern zu sehen ist.

In diesem Sinne könnte das Programm „B.A.S.E. ® - Babywatching“ nicht nur auf die Kinder eine positive Wirkung haben, sondern auch auf die Lehrpersonen, die durch die Mutter-Baby-Beobachtung ebenfalls zu einem empathischeren und feinfühligere Verhalten, was wiederum als Voraussetzung für den Aufbau sicherer Bindung zu den Kindern zu sehen ist, geführt werden könnten. Dieser Aspekt wurde jedoch noch nicht untersucht und ist auch nicht Inhalt dieser Arbeit, weswegen darauf nicht näher eingegangen werden soll. Dennoch soll er auf die breite Wirkung eines Feinfühligkeits- und Empathietrainings hinweisen.

9.2 B.A.S.E.® - Babywatching – ein Programm gegen Angst und Aggression und für Empathie und Feinfühligkeit

Wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, erstreckt sich Bindungsentwicklung keineswegs ausschließlich auf das erste Lebensjahr, sondern, so Brisch (2009a, S. 291): „Bindung und Exploration und die damit verbundene Trennung und Lösung sind Spannungspole einer Entwicklungsdynamik; diese Themen ziehen sich wie ein roter Faden durch das gesamte Leben.“

Für Eltern, Sozialarbeiter und Pädagogen wäre es deshalb wichtig zu wissen, welchen Stellenwert Bindung als grundlegende Lebensmotivation hat. So könnten sich Pädagogik und Therapie darauf einstellen, um in Schwellensituationen der Entwicklung – wie etwa bei der zunehmenden Selbständigkeit im Kindesalter oder bei der Ablösung in der Adoleszenz – die noch vorherrschenden Bindungsbedürfnisse einerseits und andererseits die gleichzeitige Loslösung und Exploration zu berücksichtigen. Aufgrund der damit verbundenen Spannungen kann es in diesen Phasen nämlich zu Wachstumskrisen kommen, die völlig normal sind.

Auf diesem Hintergrund wäre es möglich, Präventionsarbeit in Kindergarten und Schule zu leisten (Brisch, 2009a).

9.2.1 Hintergründe und Konzept von B.A.S.E.® - Babywatching

Karl Heinz Brisch entwickelte mit dem „B.A.S.E.® - Babywatching“ ein Programm, welches auf den Erkenntnissen der Bindungstheorie und den Ideen des Aggressionsforschers Henri Parens aufbaut.

Ausgehend von seinen Erfahrungen und seinem Wissensstand über Aggression und Bindung führte Henri Parens in Kindergärten in den USA ein Feinfühligkeits- und Empathietraining durch mit dem Ziel, dass sich Kinder dadurch empathischer und feinfühlicher in die Welt eines anderen und auch in Konfliktsituationen ihres Gegenübers besser hineinversetzen können. Letztlich sollten die Kinder durch das Training leichter Lösungsmöglichkeiten finden und aufgrund der im Rahmen des Trainings erworbenen Empathiefähigkeit prosozialer orientiert werden (Parens, 1993a; Parens, 1993b; Parens & Kramer, 1993).

Die Kinder wurden im Kindergarten von fremden Müttern mit ihren Babys besucht und lernten unter Anleitung, die Mutter-Kind-Interaktion zu beobachten, zu beschreiben, um sich so in die Welt des Säuglings hineinzusetzen.

Es zeigte sich, „daß [sic] diejenigen Kinder, die ein solches Lernprogramm absolviert hatten, wesentlich feinfühlicher untereinander reagierten und deutlich mehr prosoziales Verhalten zeigten als Kinder einer Kontrollgruppe“ (Brisch, 2005, S. 295). Sein Programm, abgestimmt auf die jeweilige Altersgruppe, dehnte Parens auf die Grundschule und Realschule aus, deren Ziele jeweils die gleichen waren, nämlich sich in emotionale Prozesse mit empathischer Haltung hineinzusetzen und Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln (Parens, 1993).

Karl Heinz Brisch adaptierte in München das Programm von Henri Parens für den deutschen Sprachraum und betitelte es als „B.A.S.E.® - Babywatching“:

B = **B**aby-Watching

A = **A**gainst **A**ggression and **A**nxiety

S = **F**or **S**ensitivity

E = **F**or **E**mpathy

In der deutschen Übersetzung würde B.A.S.E. für „**B**aby-Beobachtung gegen **A**ggression und **A**ngst zur Förderung von **S**ensitivität und **E**mpathie“ stehen (Reinhardt & Klinikum der Universität München, o.J.).

Ziel des Trainings ist, wie aus dem Namen bereits hervorgeht, die Prävention von aggressiven Verhaltensstörungen, aber auch, im Unterschied zu Parens, von ängstlichen Auffälligkeiten bei 3-6jährigen Kindern im Kindergarten im Sinne der Entwicklung einer besseren Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit.

Die Kinder sollten sich nach dem Training weder feindselig noch ängstlich gegenüber anderen verhalten, da sie deren Absichten, Gefühle und Intentionen durch das Training besser verstehen können. Ihr Verhalten in der Gruppe sollte stattdessen kooperativer, prosozialer, kreativer und aufmerksamer werden. Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten sollen in den Hintergrund treten (Brisch, 2009a).

9.2.2 Parens und die Wurzeln des Aggressionspräventionsprogramms B.A.S.E.® - Babywatching

Parens Schaffen und sein Einfluss auf das „B.A.S.E.® - Programm“ wurde durch seine Biographie, insbesondere aufgrund seiner erschütternden Erfahrungen in der Kindheit durch den Nationalsozialismus, geprägt.

Henri Parens wurde 1928 aus jüdischer Abstammung in Lodz in Polen geboren. Nach der Scheidung, als Parens zwischen drei und fünf Jahre alt war, übersiedelte seine Mutter mit ihm nach Brüssel. Seinen älteren Bruder ließ seine Mutter aus nicht bekannten Gründen bei der Familie in Lodz zurück. Um dem Nationalsozialismus zu entkommen, floh Parens mit seiner Mutter 1940 von Belgien nach Frankreich. In Frankreich gerieten sie dennoch in das Internierungslager Rivesaltes. Parens einzige Überlebenschance war die Flucht auf einem der letzten Kindertransporte von Frankreich in die USA, was die Trennung des Zwölfjährigen von seiner Mutter zur Folge hatte. Seine Mutter wurde 1942 nach Auschwitz deportiert und ermordet. Bis auf wenige Cousins kam seine gesamte Familie im Nationalsozialismus um. In den USA wurde Parens von einer amerikanischen Pflegefamilie aufgenommen und nach einem Medizinstudium viele Jahre später ein weltweit anerkannter Kinderpsychiater und Psychoanalytiker. Zeit seines Lebens widmete er sich besonders der Erforschung menschlicher Aggressionen und bössartiger Vorurteile. Parens stellte sich dabei immer wieder die Frage, wie man die psychischen Bedingungen der frühen Kindheit so verändern kann, dass aggressive Bestrebungen als eine wesentliche Grundlage für Rassismus und Antisemitismus keine Chance haben, einen Menschen in seinem Handeln zu beherrschen. Durch diese Motivation angetrieben, entwickelte Parens im Laufe seiner Forschungstätigkeit ein Feinfühligkeitstraining für Kinder als Präventionsprogramm gegen Aggression (Parens, 2007).

9.2.3 Die vier Beobachtungsebenen des B.A.S.E.® - Babywatching

Mit dem „B.A.S.E.® - Babywatching“ als Empathie- und Feinfühligkeitstraining wird das Ziel verfolgt, Kindern empathisches Verhalten beizubringen. Auf folgende vier

Beobachtungsebenen wird versucht, die Aufmerksamkeit der Kinder während des Besuches der Mutter mit dem Baby zu lenken.

Die 4 Beobachtungsebenen	Fragen
1. Verhaltensebene	Was macht das Baby? Was macht die Mutter?
2. Motivationsebene	Warum verhält sich das Baby so? Warum verhält sich die Mutter so?
3. Gefühlsebene	Wie fühlt sich das für das Baby an? Wie fühlt sich das für die Mutter an?
4a. Identifikationsebene – Handlung	Was würde ich machen, wenn ich das Baby wäre? Was würde ich machen, wenn ich die Mutter wäre?
4b. Identifikationsebene – Gefühle	Wie würde es sich für mich anfühlen, wenn ich jetzt das Baby wäre? Wie würde es sich anfühlen, wenn ich jetzt die Mutter wäre?

Tabelle 7: Die vier Beobachtungsebenen des Babywatching (Brisch, 2010a)

Für die Ebene 4 (Identifikationsebene – Handlung & Gefühle) ist die selbstreflektierende Fähigkeit der Kinder notwendig, welche sie im Laufe des Babywatching meist erst erlernen müssen.

9.3 Roots of Empathy – ein Programm gegen aggressives Verhalten von Kindern

Aufgrund der Ähnlichkeit zum „B.A.S.E.®-Babywatching“ soll auf das Programm „Roots of Empathy“ im Folgenden näher eingegangen und zuletzt ein Fokus auf die Unterschiede gelegt werden.

9.3.1 Hintergründe von Roots of Empathy

Roots of Empathy (ROE) ist ein Programm für Schulklassen, welches nachweislich einen Einfluss auf das Aggressionsverhalten von Kindern hat, indem deren soziale und emotionale Kompetenz verbessert wird. Entwickelt wurde das Programm 1996 von Mary Gordon in Kanada. Ziel des Programms ist die Verbesserung der Empathiefähigkeit von Schülern ab dem Vorschulalter bis zum Alter von 14 Jahren. Mittlerweile wird das Programm in ca. 800 Schulklassen in Kanada umgesetzt. Weitere Verbreitung fand es bis jetzt in Neuseeland, auf der Insel „Isle of Man“ und in den USA (Gordon, 2003; 2011).

9.3.2 Das Konzept von Roots of Empathy

Die Idee des Programms ist, Schülern emotionale Kompetenz und Empathie zu lehren, um eine rücksichtsvolle und friedvolle Entwicklung der Gesellschaft zu fördern.

Das Programm ist ein Fürsorglichkeitstrainingsprogramm für Schüler im Alter von 3 bis 14 Jahre, in dem ein Säugling aus der Umgebung mit einem Elternteil einmal im Monat in die Schule eingeladen wird.

Ein für das ROE-Programm ausgebildeter Lehrer begleitet die Schüler, indem er sie zum Beobachten anregt, wie das Baby eine Bindung zu seinem Vater oder Mutter aufbaut. Weiters wird die Entwicklung des Säuglings chronologisch mitverfolgt und die Kinder lernen, seine Gestik und Mimik und sein individuelles Temperament wahrzunehmen.

Die Schüler werden auf eine verantwortungsvolle und feinfühliges Fürsorge vorbereitet, indem ihr Wissensstand über menschliche Entwicklung und Umgang mit Säuglingen erhöht wird.

Das Programm fördert die Entwicklung von Empathie und die emotionale Kompetenz, was sich in folgender Form äußert:

- Die Kinder lernen, sich in die Perspektive von anderen hineinzusetzen, wodurch aggressives Verhalten verringert wird.
- Die Kinder lernen, sich von Gewalttätigkeiten und Ungerechtigkeiten in ihrer eigenen Klasse abzuwenden.
- Demokratische Prinzipien entwickeln sich in ROE-Klassen.
- Konsensbildende Aktionen tragen dazu bei, dass eine Atmosphäre der Rücksicht in der Klasse entsteht, wodurch sich die Stimmung in der Klasse verändert.
- Die Väter der Babys dienen als männliches Vorbild in der Kindererziehung.

Parallel zur Durchführung des Programms ROE in Klassen müssen die Lehrer einen Kurs von 27 Stunden über ein Jahr verteilt absolvieren, der immer im Anschluss oder vor dem Besuch des Säuglings in der Klasse stattfindet. Die Ausbildung umfasst vier Stufen für vier verschiedene Altersstufen von der Vorschule bis zur 8. Schulstufe (Gordon, 2003).

9.3.3 Forschungsergebnisse zu Roots of Empathy

Seit dem Jahr 2000 wurden neun unabhängige Studien zur Evaluation des Effektes des Programms ROE durchgeführt, wobei die erste Studie von der University of British Columbia geleitet wurde.

Untersucht wurden zwei Verhaltensweisen, prosoziales und aggressives Verhalten, bei zwei Gruppen von Kindern: jener Gruppe, in der das ROE-Programm durchgeführt wurde (Experimentalgruppe) und jener Gruppe, in der das Programm nicht stattfand (Kontrollgruppe).

Gemäß der Veröffentlichung der Organisation „Roots of Empathy“ (www.rootsofempathy.org) über die Studien zu ROE seien im Folgenden die wichtigsten Forschungsergebnisse zusammengefasst (Roots of Empathy, 2011; Gordon, 2003):

- Reduzierung von aggressiven Verhalten
- Erhöhung von sozialer und emotionaler Kompetenz
- Wahrnehmen einer rücksichtsvollen Umgebung in der Klasse
- Entwicklung von prosozialerem Verhalten bei Kindern
- Vergrößerung des Wissensstandes über den Umgang mit Babys und Vergrößerung des Vertrauens in die Fähigkeit, selbst Eltern zu sein.

9.4 Vergleich der Programme B.A.S.E.® - Babywatching und Roots of Empathy

Obwohl der Kern der Programme „B.A.S.E. ® - Babywatching“ und „Roots of Empathy“ (ROE) der Besuch eines Säuglings mit einem Elternteil in der Schulklasse ist, es bei beiden Programmen um das Trainieren von Empathiefähigkeit und emotionaler Kompetenz geht, Ziel die Reduktion von aggressivem Verhalten ist, gibt es dennoch deutliche Unterschiede.

Während Brisch in seinem Programm „B.A.S.E. ® - Babywatching“ die Mutter-Baby-Interaktion als wesentlichen Teil betont, liegt der Fokus beim „Roots of Empathy“ bei der Babybeobachtung. Die Mutter-Kind-Interaktion steht beim ROE nicht im

Vordergrund, sondern primär sollen sich die Schüler in das Baby hineinversetzen, um es besser zu verstehen und dadurch empathisches Verhalten zu erlernen.

Durch die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion im Babywatching-Programm steht das Bindungsverhalten von Mutter und Kind im Mittelpunkt. Der Schüler erhält dadurch eine Möglichkeit, eventuelle Defizite in seinem eigenen Bindungsmuster nachzuholen, um so sein empathisches und feinfühliges Verhalten zu verbessern und eventuelles Angst- und Aggressionsverhalten abzubauen.

Brischs Programm endet mit dem Zeitpunkt, wo das Baby zu krabbeln beginnt und sich von der Mutter wegbewegt – das ist mit ca. einem Jahr. Ab dann ist die Aufmerksamkeit des Babys mehr nach außen gerichtet und die Mutter-Kind-Interaktion lässt sich nicht mehr so gut beobachten.

Demgegenüber erstreckt sich Gordons Programm bis zum zweiten Lebensjahr des Babys.

Über diesen Zeitraum von 2 Jahren wird die Entwicklung des Babys genau verfolgt. Dieser Aspekt steht in Brischs Programm weniger im Vordergrund. Zwar werden die Entwicklungsfortschritte automatisch immer wieder aufgegriffen, aber nicht gezielt beobachtet. Der Fokus wird nach Brisch auf die vier Beobachtungsebenen, wie sie in Kapitel 9.2.3 beschrieben werden, gelegt und die Aufmerksamkeit der Kinder wird durch gezielte Fragen auf diese Ebenen gelenkt.

Ein weiterer Unterschied ist, dass in Brischs Programm es wichtig ist, das Baby in der Schulklasse nicht zu überfordern. Vom Herumreichen des Babys, wie es im ROE Teil des Programms ist, wird nach Brisch abgeraten, da die Grenzen des Babys dadurch leicht überschritten werden.

Voraussetzung in beiden Programmen ist die Qualifikation der Lehrperson. Brisch empfiehlt ein Eintagesseminar vor der Durchführung des Programms und laufende Supervision während des Babywatching. In Gordons Programm ist eine einjährige Ausbildung im Umfang von 27 Stunden für die Durchführung erforderlich.

Während Brischs Programm auf einem psychoanalytischen Hintergrund aufbaut, scheint das Programm von Gordon eher eine sozialwissenschaftliche Basis zu besitzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Programme mit der Einladung eines Säuglings in eine Schulklasse das gleiche Ziel verfolgen, nämlich prosoziales

Verhalten bei Kindern zu fördern und Aggression zu reduzieren, bei genauer Betrachtung jedoch deutliche Unterschiede erkennbar sind.

10 Empirischer Teil

10.1 Hypothesen

In Anlehnung an die Ergebnisse der Pilotstudie Brischs (2009a) sollen mit der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Evaluierung folgende Hypothesen überprüft werden:

1. Bei Buben und Mädchen verringern sich aufgrund des Babywatching emotionale Probleme, was sich darin zeigt, dass sich internalisierte Störungen (wie ängstlich-depressives Verhalten und Zurückgezogenheit), körperliche Beschwerden, Schlafstörungen und Ängstlichkeit reduzieren. Zusätzlich bewirkt das Babywatching eine Veränderung im emotionalen Verhalten bei Buben und Mädchen.
2. Sowohl bei Buben als auch bei Mädchen verbessert sich aufgrund des Babywatching das prosoziale Verhalten, was in einer Steigerung der Empathiefähigkeit und der sozialen Kompetenz zum Ausdruck kommt. Auch hier wird von der Annahme ausgegangen, dass das Programm sowohl auf das prosoziale Verhalten bei Buben als auch bei Mädchen wirkt.
3. Buben und Mädchen weisen aufgrund des Babywatching weniger externalisierte Störungen (wie Aggressivität, geringe Aufmerksamkeit, oppositionelles Verhalten) auf. Ebenfalls wird hier angenommen, dass das Programm auf die externalisierten Verhaltensstörungen bei Buben wie auch bei Mädchen wirkt.

Alle drei hier angeführten Hypothesen basieren sich auf Eltern- und Lehrerbefragungen.

10.2 Untersuchungsdesign

10.2.1 Vorbereitung zur Durchführung

Ziel des „B.A.S.E.® - Babywatching“ ist, wie oben beschrieben, eine Schulung der Feinfühligkeit- und Empathiefähigkeit von Volksschulkindern und eine Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenz, wodurch präventiv auf aggressives und ängstliches Verhalten Einfluss genommen wird.

10.2.2 Beschreibung der Durchführung

Die Gesamtevaluationsstudie wurde in Tiroler Volksschulen in Form eines Prä-Post-Kontrollgruppen-Designs durchgeführt

Am Anfang stand eine eintägige Fortbildungsveranstaltung für jene Lehrerinnen, welche das Projekt in ihrer Klasse durchführten. Nach etwa 3 und 6 Monaten erfolgte für die Lehrerinnen und Mütter der Babys eine Supervision zwecks gegenseitigem Kennenlernen und Austausch.

Bei den Kindern der Kontrollgruppe wurde das Babywatching-Projekt nicht durchgeführt.

Vor Beginn des Projekts wurde die Einwilligung zur Durchführung der Studie von Seiten des Landesschulinspektors, der zuständigen BezirksschulinspektorInnen und DirektorInnen eingeholt und in allen Klassen ein Elterninformationsabend veranstaltet, um das Projekt zu präsentieren.

Den Eltern und Lehrerinnen sowohl der Experimental- als auch der Kontrollgruppe wurde der Verhaltensfragebogen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-Deu) in deutscher Sprache, bei Bedarf auch auf Türkisch, in der Version Lehrer bzw. Eltern vorgelegt. Im Anschluss an das 9-monatige Programm wurde bei Eltern und Lehrerinnen eine zweite Erhebung mit dem genannten Messverfahren durchgeführt.

Bevor das Projekt startete, erhielten die Eltern zusätzlich zum SDQ-Deu einen Informationsbrief, ein Ersuchen um die schriftliche Einverständniserklärung und einen Fragebogen zu den soziodemographischen Daten. Letzterer beinhaltete u.a. Fragen zum Alter, Geschlecht, Beruf und Familienstand der Eltern bzw. zum Geschlecht, Geburtsdatum und zu den Geschwistern des Schülers.

Projektstart war im September 2010. Bis Mai 2011 wurde alle ein bis zwei Wochen die ausgewählte Mutter mit ihrem Säugling, das zwischen 4 Wochen und 3 Monate alt war, in die Klasse eingeladen. Unter Anleitung der dafür ausgebildeten Klassenlehrerinnen wurden Mutter und Säugling für die Dauer von max. einer halben Stunde in ihrer Interaktion "beobachtet". Angestrebt wurde dabei, dass die Kinder von der reinen Beobachtung, was Mutter und Baby tun, zur Frage, warum sie sich so verhalten, kamen, und wie sich Mutter und Baby dabei fühlten (= Empathie- und Feinfühligkeitstraining).

Tabelle 8 soll die hier beschriebene methodische Vorgehensweise nochmals verdeutlichen:

Beginn der Untersuchung: Sept. 2010		Ende der Untersuchung: Mai 2011
Prä-Daten-Erhebung	Babywaching in den Klassen	Post-Daten-Erhebung
Lehrerbefragung durch SDQ-Lehrer		Lehrerbefragung durch SDQ-Lehrer
Elternbefragung durch SDQ-Eltern		Elternbefragung durch SDQ-Eltern
Eltern: Erhebung der soziodemographischen Daten		

Tabelle 8: Übersicht des methodischen Designs

10.3 Stichprobe

An der Gesamtstudie waren 5 Volksschulen aus den Tiroler Bezirken Innsbruck Land-Ost und Kufstein beteiligt. Die in dieser Diplomarbeit verwendeten Daten stammen von 250 Kindern.

123 Kindern nahmen am Babywatching-Programm teil, die anderen 127 Kinder bildeten die Kontrollgruppe.

Tabelle 9 soll eine Übersicht über die Schulen geben. Sie zeigt, dass sich die Experimentalgruppe aus drei 1. Klassen, einer 2. Klasse und zwei 3. Klassen, also insgesamt aus 6 Klassen, zusammensetzte. Die Kontrollgruppe bestand aus einer 1. Klasse, zwei 2. Klassen und drei 3. Klassen, insgesamt 5 Klassen.

Klasse	VS 1		VS 2		VS 3		VS 4		VS 5	
	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen
1a	12	8							10	10
1b	12	7							7	10
2a	11	11			14	7				
2b	10	12								
3a	11	9	7	7			10	8		
3b	10	9	5	8			13	11		

Experimentalgruppe (rot), Kontrollgruppe (blau)

Tabelle 9: Übersicht der Schulen und Verteilung der Geschlechter

10.4 Das verwendete Messinstrument: SDQ-Deu

10.4.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein kurzer Fragebogen zur Messung von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis sechzehn Jahren (Goodman, 1997). Es gibt verschiedene Versionen des SDQ: für Eltern, für Lehrer und für die Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen. Außerdem ist der SDQ in 40 Sprachen übersetzt. Das Instrument selbst inklusive Anleitung zur Auswertung und Normierung ist kostenlos im Internet erhältlich (<http://www.sdqinfo.org>). Der SDQ umfasst 25 Items, wobei je 5 Items eine Skala bilden.

Die Skalen „Emotionale Probleme“, „Externalisierte Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ zählen zu den negativen Verhaltensaspekten. Sie beschreiben die Schwächen der Kinder und werden zu einem Gesamtproblemwert zusammengefasst.

Die fünfte Skala, „Prosoziales Verhalten“, erfasst demgegenüber die Stärken der Kinder (Saile, 2007).

Folgende **Übersicht der Items des SDQ** soll einen Einblick in den Aufbau des Fragebogens geben:

Emotionale Probleme	Item 3 Item 8 Item 13 Item 16 Item 24	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit Hat viele Sorgen, erscheint oft bedrückt Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig Nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht
Verhaltensauffälligkeiten	Item 5 Item 7 Item 12 Item 18 Item 22	Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen * Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie Lügt oder mogelt häufig Stiehlt zu Hause, in der Schule, anderswo
Hyperaktivität	Item 2 Item 10 Item 15 Item 21 Item 25	Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen Ständig zappelig Leicht ablenkbar, unkonzentriert Denkt nach, bevor er/sie handelt * Führt Aufgaben zu Ende, gut Konzentrationsspanne *
Probleme mit Gleichaltrigen	Item 6 Item 11 Item 14 Item 19 Item 23	Einzelgänger, spielt meist alleine Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin * Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt * Wird von anderen gehänselt oder schikaniert Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern
Prosoziales Verhalten	Item 1 Item 4 Item 9 Item 17 Item 20	Rücksichtsvoll Teilt gern mit anderen Kindern Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind Lieb zu jüngeren Kindern Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder anderen Kindern)

* Umzupolende Items

Tabelle 10: Übersicht der Items des SDQ (nach Woerner et al., 2002, S. 108)

Die Auswahl der Items orientiert sich an den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10. So wurden „etwa für die Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeits-Skala Items gewählt, die gezielt nach Überaktivität, Aufmerksamkeitsproblemen (jeweils 2 Items) sowie nach Impulsivität fragen (1 Item)“ (Woerner et al., 2002, S. 106).

10.4.2 Die erweiterte Version des SDQ und dessen Auswertung

Den SDQ gibt es auch in einer erweiterten Version. Diese erweiterte Version des SDQ in deutscher Sprache ist der in dieser Arbeit für die Evaluation verwendete Fragebogen und wird deshalb im Folgenden näher beschrieben.

Im SDQ in erweiterter Version werden neben der Erfassung von positiven und negativen Verhaltensaspekten globale Angaben zu Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen erfragt. Gegebenenfalls werden auch die Dauer der Schwierigkeiten, der subjektiv

empfundene Leidensdruck und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen und Belastungen im Alltagsleben bzw. in der Familie angesprochen (Woerner et al., 2002).

Mit Hilfe der zusätzlichen Fragen in der erweiterten Version erhält man mit wenig Aufwand wertvolle ergänzende Informationen für die Forschung bzw. klinische Arbeit.

Goodman (1999) nennt zwei Auswertungsmöglichkeiten, wobei die zweite v. a. für die klinische Arbeit von Bedeutung ist.

Gemäß der verbreiteteren, ersten Auswertungsvariante wird die erste Frage des Messinstruments nach globalen Angaben zu Schwierigkeiten mit einer 4 Punkte-Skala „0123“ bewertet: Nein = 0, Leichte Schwierigkeiten = 1, Deutliche Schwierigkeiten = 2, Massive Schwierigkeiten = 3.

Nur wenn die erste Frage mit einem Wert zwischen 1 und 3 beantwortet wird, wird die Erweiterung des SDQ bearbeitet. Bei Wert 0 hingegen, also bei keinen Schwierigkeiten, werden die restlichen Items in der Erweiterung des Fragebogens übersprungen.

Die Frage nach der Dauer der Schwierigkeiten wird mit den Punkten 1-4 „1234“ bewertet: Weniger als einen Monat = 1, 1-5 Monate = 2, 6-12 Monate = 3, Über ein Jahr = 4.

Für die Belastungseinschätzungen das Kind betreffend wird eine „0123“-Skala verwendet, ebenso wie für die Einschätzung zur sozialen Beeinträchtigung im Alltagsleben und für die Frage nach der subjektiv empfundenen Belastungseinschätzung.

Das Auswertungsschema im Folgenden als Übersicht:

Item	Punkte	
	Lehrer	Eltern
Globale Angaben zu Schwierigkeiten	0-3	
Dauer der Schwierigkeiten	1-4	
Belastungseinschätzung das Kind betreffend	0-3	
Soziale Beeinträchtigung des Kind im Alltagsleben	0-6	0-12
Subjektiv empfundene Belastungseinschätzung	0-3	

Tabelle 11: Auswertung der Erweiterung des SDQ (Eltern/Lehrer) mithilfe einer 4 Punkte-Skala („0123“ bzw. „1234“-Punktebewertung)

Die zweite Auswertungsmöglichkeit beschreibt eine 4 Punkte-Skala mit den Werten „0012“ für die Belastungseinschätzungen. Somit muss die Beeinträchtigung des

Kindes eine bestimmte Schwelle überschreiten, um überhaupt bewertet zu werden – eine übliche Methode in der klinischen Arbeit.

10.4.3 Der SDQ in deutscher Version (SDQ-Deu): Normierung, Auswertung und Interpretation

Zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hat im deutschen Sprachraum das auf Achenbach (1991) zurückgehende Instrument, die Child Behavior Checklist (CBCL), große Verbreitung gefunden (Saile, 2007).

Seitdem es jedoch deutsche Normwerte für den 1997 von Goodman in England entwickelten SDQ gibt, ist dieser eine attraktive Alternative zur CBCL geworden.

Die deutschen Normwerte für die Elternversion des SDQ wurden im Jahr 2002 von Woerner et al. (2002) auf der Grundlage einer in Deutschland durchgeführten repräsentativen Felderhebung von 930 sechs- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen publiziert. Für Lehrer- und Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor.

Zur Auswertung des Fragebogens werden die Werte jeder einzelnen Skala aufaddiert. „Eindeutig zutreffend“ (bzw. auffällig) wird mit Zwei, „Teilweise zutreffend“ (bzw. grenzwertig) mit Eins und „Nicht zutreffend“ (bzw. unauffällig) mit Null bewertet. Das Ergebnis ergibt auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen 0 und 10.

Damit die Ergebnisse des SDQ leichter interpretierbar sind, wurden Grenzwerte ermittelt, mit denen die Rohwerte jeweils zu einer von drei Kategorien (unauffällig/grenzwertig/auffällig) zugeordnet werden können. Die im Folgenden angeführten Kategoriegrenzen wurden so gewählt, dass etwa 80% der Kinder im Gesamtproblemwert als unauffällig, ca. 10% als grenzwertig auffällig und ca. 10% als auffällig eingestuft wurden (Woerner et al., 2002).

Normwerte des Elternfragebogens (SDQ-Eltern)

SDQ-Skala	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-12	13-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabelle 12: Rohwertintervalle der Skalen des deutschen Eltern-SDQ für die Zuordnung zu den Kategorien „Unauffällig“, „Grenzwertig“ und „Auffällig“ (N=930, repräsentative Feldstichprobe) (nach Woerner et al., 2002, S. 110)

In der Studie von Woerner et al. (2002) zeigten sich bei den Elternfragebögen auch geschlechts- und altersspezifische Unterschiede beim Gesamtproblemwert, deren Grenzwerte im Folgenden aufgelistet sind.

SDQ-Gesamtproblemwert	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamte Normstichprobe	0-12	13-15	16-40
Unterteilung nach Geschlecht			
Jungen (N=467)	0-12	13-16	17-40
Mädchen (N=463)	0-11	12-15	16-40
Unterteilung nach Alter			
6-8 Jahre (N=260)	0-13	14-16	17-40
9-13 Jahre (N=470)	0-12	13-15	16-40
14-16 Jahre (N=200)	0-11	12-14	15-40

Tabelle 13: Geschlechts- und altersspezifische Rohwertintervalle des SDQ-Gesamtproblemwerts (nach Woerner et al., 2002, S. 110)

Bei der Überprüfung eventueller Einflüsse von Geschlecht auf die SDQ-Skalenwerte von Woerner et al. (2002, S. 109) „zeigten sich bei Buben signifikant höhere Durchschnittswerte als bei Mädchen auf den Einzelskalen zu Hyperaktivität, externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Problemen mit Gleichaltrigen, die auch zu einem auffälligeren Gesamtproblemwert führten“.

Bei einer Untersuchung möglicher Einflüsse von Alter auf die SDQ-Skalenwerte „traten die gleichen Geschlechtseffekte bei Altersgruppen auf“ (Woerner, et al. S. 109).

Für die Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsskala ergab sich demgegenüber „eine bedeutende Korrelation zum Alter des Beurteilten: Mit zunehmendem Alter verringern sich bei beiden Geschlechtern die hier erhaltenen Skalenwerte geringfügig“ (Woerner, et al. S. 109).

Normwerte des Lehrerfragebogens (SDQ-Lehrer)

Da, wie oben erwähnt, für den Lehrerfragebogen bis jetzt keine deutschen Normen vorliegen, müssen bei der Auswertung die folgenden britischen Normen herangezogen werden.

SDQ-Skala	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-11	12-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-2	3-4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6-7	8-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	5-10	4	0-3

Tabelle 14: Normwerte für den Lehrerfragebogen (N=8208) (Auswertungsanleitung für den SDQ, 2002)

10.4.4 Methodenvergleich des SDQ und der CBCL

Zwar wurden in Brischs Babywatching-Pilotstudie (Brisch, 2009) die Verhaltensauffälligkeiten mit dem Verfahren Child-Behavior-Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) gemessen, dennoch entschied ich mich in der in dieser Arbeit dargelegten Studie in Absprache mit Dr. Brisch aus den im Folgenden angeführten Argumenten für die Verwendung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu).

Bettge, Ravens-Sieberer, Wietzker und Hölling (2002) führten eine Untersuchung mit 414 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-17 Jahren und deren Eltern durch. Ziel der Studie war der Vergleich, welches der beiden Messverfahren zuverlässiger, aussagekräftiger und für die Probanden akzeptabler ist, um psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben. Aus den Ergebnissen des Methodenvergleichs geht hervor, dass „eine weitestgehend vergleichbare Eignung beider Instrumente für Screening-Zwecke“ (Bettge et al., 2002, S. 119) besteht.

Bettge et al. (2002, S. 124) heben jedoch hervor, dass aufgrund „der deutlich geringeren Länge [Bearbeitungszeit von ca. 5 Minuten] und der etwas höheren Akzeptanz ... der SDQ für den Einsatz im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey empfohlen“ wird.

Goodman & Scott (1999) kommen in ihrer Studie, in der sie ebenfalls die Verhaltensfragebögen SDQ und CBCL verglichen, zu dem Schluss, dass die beiden Verfahren auf vielen Ebenen vergleichbar seien. Jeder Fragebogen hätte jedoch seine Stärken. Die Kürze des SDQ und seine Akzeptanz bei den Eltern der Probanden, die nicht zur klinischen Risikogruppe zählen, würden dieses Verfahren zu einem sehr brauchbaren Instrument für allgemeine Studien machen. Der SDQ wäre des Weiteren ein besseres Verfahren für die Messung von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefiziten. Auf der anderen Seite würde die CBCL einen größeren Umfang an Problemen von Kindern und Jugendlichen abdecken und besser für Studien oder klinische Untersuchungen geeignet sein, die eine Abklärung von seltenen wie auch häufigen Psychopathologien bei Kindern erfordern.

Da es sich bei der in dieser Arbeit vorgestellten Studie um eine nicht klinische Untersuchung handelt und keine psychopathologischen Auffälligkeiten aufgedeckt werden müssen, sind die Ergebnisse der Untersuchung von Goodman und Scotts ein weiterer Grund, statt der CBCL den SDQ zu verwenden.

10.4.5 Reliabilität des SDQ-Deu

Folgende Tabelle zeigt die Reliabilität der einzelnen Skalen des in dieser Arbeit angewandten Fragebogens, ausgehend von dem hier verwendeten Datensatz.

	Emotionale Probleme	Verhaltens-auffälligkeiten	Hyperaktivität	Probleme mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamtproblemwert
Cronbach Alpha SDQ-Eltern	0,721	0,576	0,761	0,683	0,674	0,840
Cronbach Alpha SDQ-Lehrer	0,859	0,750	0,908	0,787	0,848	0,909

Tabelle 15: Maß der internen Konsistenz des SDQ-Eltern und SDQ-Lehrer

Aus der Tabelle 15 lässt sich ableiten, dass bis auf die Skala „Prosoziales Verhalten“ des SDQ-Eltern ($\alpha=0,674$) alle 3 für die Arbeit relevanten Skalen („Emotionale Probleme“, „Prosoziales Verhalten“, „Gesamtproblemwert“) des SDQ-Eltern und SDQ-Lehrer ein Cronbach Alpha aufweisen, welches höher als 0,70 ist.

Somit ist nach Pallant (2006) der Einsatz des Messinstruments SDQ-Lehrer für die Evaluierung von emotionalem Problemverhalten, prosozialem Verhalten und dem Gesamtproblemverhalten als zulässig zu werten.

Für den Einsatz im Elternbereich könnte aufgrund des etwas zu geringen Cronbach Alpha ($\alpha=0,674$) der Skala „Prosoziales Verhalten“ der Schluss gezogen werden, dass der SDQ-Eltern zur Evaluierung von Verhaltensschwächen zulässig ist, jedoch eine leichte Schwäche bei der Messung von Verhaltensstärken von Kindern aufweist.

Des Weiteren ist aus der obigen Tabelle ersichtlich, dass alle Cronbach Alpha des SDQ-Lehrer höher sind als die des SDQ-Eltern. Daraus ist abzuleiten, dass gemäß dieser Überprüfung der SDQ-Lehrer eine höhere Reliabilität aufweist als der SDQ-Eltern.

11 Beschreibung der Untersuchungsergebnisse

11.1 Rücklaufquoten der Fragebögen

	Testzeitpunkt 1 (t1)		Testzeitpunkt 2 (t2)		t1 + t2	
	Anzahl der Fragebögen	Prozent	Anzahl der Fragebögen	Prozent	Anzahl der Fragebögen	Prozent
EG + KG Eltern (n=250)	188	75,20%	170	68,00%	158	63,20%
EG + KG Lehrer (n=250)	250	100,00%	249	99,60%	249	99,60%
EG Eltern (n=123)	107	86,99%	95	77,23%	91	73,98%
KG Eltern (n=127)	81	63,78%	75	59,06%	67	52,76%
EG Lehrer (n=123)	123	100,00%	122	99,19%	122	99,19%
KG Lehrer (n=127)	127	100,00%	127	100,00%	127	100,00%

Tabelle 16: Rücklaufquote der Eltern- und Lehrerfragebögen der Experimental- (EG) und Kontrollgruppe (KG)

11.1.1 Rücklaufquote der Elternfragebögen

Wie aus Tabelle 16 hervorgeht, betrug die Rücklaufquote aller Elternfragebögen zum ersten Messzeitpunkt im September 2010 75,20%, d.h. von den 250 Fragebögen sind 188 zurückgegeben worden, 62 fehlten. Zum zweiten Messzeitpunkt im Mai 2011 betrug die Rücklaufquote 68,00%, d.h. von den 250 Fragebögen wurden 170 zurückgegeben und 81 fehlten.

Insgesamt waren es 158 Elternteile, die sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt die Fragebögen abgaben, was 63,20% entspricht. 92 Elternteile

gaben die Fragebögen entweder gar nicht zurück oder nur bei der ersten bzw. zweiten Erhebung.

Relevant für die Untersuchung sind somit ausschließlich die 158 (63,20%) zu beiden Messzeitpunkten abgegebenen Fragebögen.

In der **Experimentalgruppe** der Elternfragebögen betrug die Rücklaufquote zum ersten Messzeitpunkt 86,99%, d.h. von den 123 Fragebögen wurden 107 zurückgegeben. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden 95 Fragebögen zurückgegeben, was 77,23% entspricht. Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Zeitpunkt waren es 91 Elternteile, die die Fragebögen zurückgaben, das sind 73,98%.

In der **Kontrollgruppe** der Elternfragebögen betrug die Rücklaufquote zum ersten Messzeitpunkt 63,78%, d.h. von den 127 Fragebögen wurden 81 zurückgegeben. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden 75 Fragebögen zurückgegeben, was 59,06% entspricht. Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Zeitpunkt waren es 67 Elternteile, die die Fragebögen zurückgaben, das sind 52,76%.

11.1.2 Rücklaufquote der Lehrerfragebögen

Wie aus Tabelle 16 ersichtlich, betrug die Rücklaufquote aller Lehrerfragebögen zum ersten Messzeitpunkt im September 2010 100%, d.h. von den 250 Fragebögen sind alle zurückgegeben worden. Zum zweiten Messzeitpunkt im Mai 2011 betrug die Rücklaufquote 99,60%, d.h. von den 250 Fragebögen wurden 249 zurückgegeben und einer fehlte.

Relevant für die Untersuchung und die im Folgenden aufgelisteten Ergebnisse der Elternbefragung sind somit die 249 (99,60%) zu beiden Messzeitpunkten abgegebenen Fragebögen.

Ausschließlich in der **Experimentalgruppe** betrug die Rücklaufquote zum zweiten Messzeitpunkt nicht 100%, sondern 99,19%, was 122 Fragebögen entspricht, da einer fehlte. Zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt waren es somit 122 Lehrer, die die Fragebögen zurückgaben, das sind 99,19%.

In der **Kontrollgruppe** der Lehrerfragebögen betrug die Rücklaufquote zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt 100%, d.h. alle 127 Fragebögen wurden zurückgegeben.

11.2 Soziodemographische Daten und Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Querschnittsvergleiche anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes vom September 2010 dargestellt.

11.2.1 Soziodemographische Daten zum ersten Messzeitpunkt

Aus Tabelle 17 sind die für die Arbeit relevanten soziodemographischen Daten der Kinder und Eltern zu entnehmen. Die Rücklaufquote der Elternfragebögen zu den soziodemographischen Daten betrug 76%, es gaben also von 250 Eltern 190 den Fragebogen mit den soziodemographischen Daten zurück. 60 Bögen wurden nicht zurückgegeben, was 24% entspricht.

Soziodemographische Daten		EG (n=123)	KG (n=127)	Gesamt (n=250)
		Prozent	Prozent	Prozent
Geschlecht Kind	Bub	55,28	51,11	53,20
	Mädchen	44,17	48,81	46,80
Alter des Kindes	6 Jahre	14,18	0,00	6,80
	7 Jahre	35,77	19,84	27,60
	8 Jahre	29,55	53,69	41,71
	9 Jahre	19,75	25,61	22,56
	10 Jahre	0,00	1,77	0,80
Klasse des Kindes	1. Klasse	46,17	20,61	31,74
	2. Klasse	18,26	34,02	26,12
	3. Klasse	36,73	49,87	43,30
Das Kind lebt	Vater	5,17	2,36	3,77
	Mutter	16,26	12,72	14,40
	Vater und Mutter	62,60	50,39	56,40
	anderen	0,81	0,00	0,40
	Fehlende	15,44	34,64	25,20
Anzahl Geschwister	0 Geschwister	17,07	9,44	13,20
	1 Geschwister	40,65	39,37	40,00
	2 Geschwister	23,57	16,53	20,00
	3 Geschwister	4,06	5,51	4,80
	4 Geschwister	0,00	3,14	1,60
	5 Geschwister	0,00	0,00	0,00
	6 Geschwister	0,81	0,00	0,40
	Fehlende	13,84	26,01	20,00
Sprachen	Deutsch	64,22	35,43	49,60
	Deutsch, Türkisch	7,31	18,11	12,80
	D, Serbisch, Kroatisch	9,75	8,66	9,20
	Deutsch und andere	4,87	2,36	3,60
	Fehlende	13,85	35,44	24,40

Familienstand Mutter	ledig	12,19	7,08	9,60
	verheiratet	56,91	44,09	50,40
	Lebensgemeinschaft	7,31	7,08	7,20
	geschieden	8,94	7,08	8,00
	wiederverheiratet	0,00	0,78	0,40
	Fehlende	14,65	33,88	24,40
Alter der Mutter	bis 25 Jahre	0,00	0,78	0,40
	26-35 Jahre	30,89	27,55	29,20
	36-45 Jahre	49,59	33,07	41,20
	46-55 Jahre	4,87	4,72	4,80
	Fehlende	14,65	33,88	24,40
Familienstand Vater	ledig	5,69	2,36	1,00
	verheiratet	57,72	45,66	51,60
	Lebensgemeinschaft	8,94	7,08	8,00
	geschieden	8,13	4,72	6,40
	wiederverheiratet	1,62	0,78	1,20
	Fehlende	17,90	39,40	31,80
Alter des Vaters	bis 25 Jahre	0,00	0,00	0,00
	26-35 Jahre	14,63	15,74	15,20
	36-45 Jahre	12,19	39,37	26,00
	46-55 Jahre	53,62	7,08	30,00
	Fehlende	19,56	37,81	28,80

EG = Experimentalgruppe, KG = Kontrollgruppe

Tabelle 17: Übersicht über die soziodemographischen Daten

11.2.2 Interpretation der soziodemographischen Daten

Aus den soziodemographischen Daten gemäß der Elternbefragung zum ersten Messzeitpunkt geht hervor, dass sich die Experimental- als auch Kontrollgruppe beinahe aus gleich vielen Buben (53,20%) wie Mädchen (46,80%) zusammensetzte. Die meisten Schüler (41,71%) der Gesamtgruppe waren zu Beginn des Projekts 8 Jahre alt, gefolgt von 27,60% Siebenjährigen, 22,56% Neunjährigen, 6,80% Sechsjährigen und 0,80% Zehnjährigen.

Zu Projektbeginn besuchten 31,74% die 1. Klasse, das sind 46,17% aus der Experimentalgruppe und 20,61% aus der Kontrollgruppe.

26,12% aller beteiligten Kinder waren Schüler der 2. Klasse, das waren 18,26% der Experimentalgruppe und 34,02% der Kontrollgruppe.

Aus der 3. Klasse stammten 43,30% der Probanden. 36,73% gehörten der Experimentalgruppe an und 49,87% der Kontrollgruppe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die meisten Kinder der Experimentalgruppe (46,17%) aus der 1. Klasse kommen. Die Mehrzahl der Kinder der Kontrollgruppe (49,87%) hingegen stammt aus der 3. Klasse.

Die meisten Schüler lebten zum ersten Messzeitpunkt bei Vater und Mutter (56,40%), gefolgt von 14,40% an Kindern, die bei der Mutter alleine aufwuchsen.

58,00% der Mütter und 60,80% der Väter waren zum Zeitpunkt der Messung verheiratet bzw. lebten in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft, nur 17,60% der Mütter und 7,40% der Väter waren ledig oder geschieden.

Einzelkinder waren zu Beginn des Projekts nur 13,20% aller Probanden, 55,80% der Kinder hatten zumindest ein Geschwister.

Das Alter der meisten Mütter (41,20%) befand sich zum ersten Messzeitpunkt zwischen 36 und 45 Jahren, das der meisten Väter (30,00%) zwischen 46 und 55 Jahren, wobei sich bei den Vätern ein großer Unterschied in der Experimental- und Kontrollgruppe zeigte. 53,62% der Väter der Experimentalgruppe war zwischen 46 und 55 Jahren alt, aber nur 7,08% der Väter der Kontrollgruppe. In der letztgenannten Gruppe waren die meisten Väter (39,37%) jünger und zwischen 36 und 45 Jahren alt.

Die Sprachkenntnisse der Kinder betreffend, zeigte sich, dass die meisten Kinder ausschließlich mit der deutschen Sprache aufwuchsen (49,60%), wobei sich ein deutlicher Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigte. 64,22% der Experimentalgruppe sprachen nur Deutsch, aus der Kontrollgruppe waren es nur 35,43% Kinder. In der Kontrollgruppe befanden sich mit 18,11% am meisten deutsch-türkisch sprechende Kinder, wohingegen es in der Experimentalgruppe nur 7,31% waren. Mit einem Wert von 9,75% bei der Experimentalgruppe und 8,66% bei der Kontrollgruppe hielten sich die deutsch-serbisch bzw. deutsch-kroatisch sprechenden Kinder zwischen den beiden Gruppen in etwa im Gleichgewicht.

11.2.3 Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt

Die Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt wurden aus Interesse im Rahmen dieser Untersuchung im Detail verglichen und in 10 Seiten zusätzlich beschrieben. Da diese Informationen jedoch für die Beantwortung der Hypothesen und für die vorliegende Diplomarbeit nicht relevant sind, soll im Folgenden nur eine Zusammenfassung davon wiedergegeben werden.

In dieser zusätzlichen Untersuchung ging es darum, zu vergleichen, wie viel Prozent der Kinder als auffällig, unauffällig bzw. grenzwertig auffällig in den einzelnen Verhaltensbereichen (Gesamtproblemwert, Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten) eingestuft wurden.

Des Weiteren wurde in diesem Rahmen auch die Erweiterung des SDQ ausgewertet und es konnten Aussagen über das Ausmaß der Schwierigkeiten des Kindes ganz allgemein, über Belastungseinschätzungen das Kind und Alltagsleben betreffend und über subjektive Belastungseinschätzungen seitens des Befragten getroffen werden.

Zusätzlich fand eine Gegenüberstellung der einzelnen Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe, Lehrer- und Elterngruppen, Buben und Mädchen) statt, welche auf Unterschiede hin überprüft wurden.

Zusammenfassend ergaben sich folgende Aussagen:

In der **Experimentalgruppe** wiesen in den untersuchten Verhaltensbereichen beinahe alle Ergebnisse gemäß der Lehrereinschätzung einen höheren Prozentwert auf als gemäß der Elterneinschätzung.

Es ist anzunehmen, dass diese Differenzen auf die unterschiedlich hohe Rücklaufquote der Fragebögen von Seiten der Eltern- und Lehrergruppe zurückzuführen ist. Während die Rücklaufquote der Fragebögen der Lehrer in der Experimentalgruppe zum ersten Messzeitpunkt bei 100% lag, lag sie bei den Eltern nur bei 86,99%.

In der **Kontrollgruppe** zeigte sich ebenfalls ein höherer Prozentwert in den Ergebnissen der Lehrerbefragung im Vergleich zur Elternbefragung.

Auch hier könnten die Unterschiede auf die verschieden hohe Rücklaufquote der Fragebögen der beiden Gruppen zurückgeführt werden (Lehrer: 100%, Eltern: 63,78%).

Gemäß der **Elterneinschätzung** zeigten sich höhere Werte in allen Verhaltensbereichen in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es

ist anzunehmen, dass sich die Differenzen hier ebenso auf die unterschiedlich hohe Rücklaufquote der Fragebögen seitens der befragten Gruppen zurückführen lassen (Experimentalgruppe: 86,99%, Kontrollgruppe: 63,78%).

Am wenigsten unterschieden sich die Ergebnisse der **Lehrereinschätzungen** zwischen Experimental- und Kontrollgruppe. Da die Rücklaufquote der beiden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt bei 100% lag, zeigten sich vermutlich deshalb ähnliche Ergebnisse.

Vergleicht man die Einschätzungen über die **Buben und Mädchen**, lässt sich keine kompakte Zusammenfassung ableiten. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind differenzierter und können nicht in wenigen Worten wiedergeben werden. Eine hierfür notwendige ausführliche Beschreibung ist jedoch, wie oben erwähnt, für die Fragestellung der hier vorliegenden Diplomarbeit nicht relevant, und es wird aus diesem Grund darauf nicht näher eingegangen.

11.2.4 Vergleich der beiden Studiengruppen unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden

Die beiden folgenden Tabellen sollen einen Vergleich der Studiengruppen vor Projektbeginn unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden wiedergeben, um eventuelle unterschiedliche Voraussetzungen herauszufiltern.

Skalen des SDQ (Eltern)	Studiengr.	Sex	MW	sd	Faktoren	F-Wert	Sign.
Emotionale Probleme	EG (n=107)	m	0,47	0,44			
		w	0,38	0,33			
		Gesamt	0,43	0,43	Studiengr.	0,242	0,624
	KG (n=81)	m	0,32	0,37	Sex	0,259	0,612
		w	0,47	0,57	Studiengr.*Sex	3,211	0,075
		Gesamt	0,40	0,49			
	Gesamtgr.	m	0,41	0,42			
		w	0,42	0,46			
	Prosoziales Verhalten	EG (n=107)	m	1,57	0,36		
w			1,72	0,32			
Gesamt			1,63	0,35	Studiengr.	0,686	0,409
KG (n=81)		m	1,66	0,35	Sex	5,120	0,025
		w	1,72	0,29	Studiengr.*Sex	0,780	0,378
		Gesamt	1,69	0,32			
Gesamtgr.		m	1,60	0,35			
		w	1,72	0,31			

Gesamtproblemwert	EG (n=107)	m	0,43	0,29			
		w	0,38	0,25			
		Gesamt	0,41	0,28	Studiengr.	0,155	0,694
	KG (n=81)	m	0,44	0,30	Sex	0,829	0,364
		w	0,41	0,32	Studiengr.*Sex	0,030	0,863
		Gesamt	0,42	0,31			
	Gesamtgr.	m	0,43	0,29			
		w	0,40	0,28			

Tabelle 18: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe durch Elternratings unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden zum ersten Testzeitpunkt
MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu), Univariate Varianzanalyse

Skalen des SDQ (Lehrer)	Studiengr.	Sex	MW	sd	Faktoren	F-Wert	Sign.
Emotionale Probleme	EG (n=123)	m	0,31	0,40			
		w	0,46	0,57			
		Gesamt	0,37	0,49	Studiengr.	3,325	0,069
	KG (n=127)	m	0,29	0,45	Sex	0,967	0,326
		w	0,25	0,50	Studiengr.*Sex	2,323	0,129
		Gesamt	0,27	0,47			
	Gesamt	m	0,30	0,42			
w		0,35	0,54				
Prosoziales Verhalten	EG (n=123)	m	1,40	0,50			
		w	1,72	0,36			
		Gesamt	1,54	0,47	Studiengr.	9,428	0,002
	KG (n=127)	m	1,62	0,46	Sex	23,164	0,000
		w	1,83	0,35	Studiengr.*Sex	1,000	0,318
		Gesamt	1,72	0,42			
	Gesamt	m	1,51	0,49			
w		1,78	0,36				
Gesamtproblemwert	EG (n=123)	m	0,40	0,35			
		w	0,37	0,36			
		Gesamt	0,38	0,35	Studiengr	2,630	0,106
	KG (n=127)	m	0,39	0,36	Sex	4,180	0,042
		w	0,23	0,37	Studiengr.*Sex	1,937	0,165
		Gesamt	0,31	0,37			
	Gesamt	m	0,39	0,35			
w		0,30	0,37				

Tabelle 19: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe durch Lehrerratings unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden zum ersten Testzeitpunkt
MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu), Univariate Varianzanalyse

11.2.4.1 Emotionale Probleme

Wie aus Tabelle 18 und 19 ersichtlich, zeigten sich gemäß der Eltern- und Lehrereinschätzung zum ersten Messzeitpunkt im emotionalen Problemverhalten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Studiengruppen und des Geschlechts, ebenso wenig konnte ein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Geschlecht festgestellt werden.

11.2.4.2 Prosoziales Verhalten

Wie aus Tabelle 18 und 19 ersichtlich, zeigten sich gemäß der Lehreratings zum ersten Messzeitpunkt hoch signifikante Unterschiede im prosozialem Verhalten hinsichtlich der Studiengruppen ($F=9,428$; $p=0,002$). Die Kontrollgruppe wies im prosozialem Verhalten zu Studienbeginn höhere Werte auf als die Experimentalgruppe ($MW_{EG}=1,54$; $MW_{KG}=1,72$). Gemäß der Elterneinschätzung waren diese Unterschiede jedoch nicht festzustellen.

Es zeigten sich des Weiteren hinsichtlich des Geschlechts zum ersten Messzeitpunkt im prosozialem Verhalten gemäß der Elternratings signifikante Unterschiede ($F=5,120$; $p=0,025$) und gemäß der Lehrerratings hoch signifikante Unterschiede ($F=23,164$; $p=0,000$). Gemäß der Elternbeurteilung wiesen die Mädchen zu Studienbeginn eine höhere Prosozialität auf als die Buben ($MW_m=1,60$; $MW_w=1,72$), ebenso gemäß der Lehrerbeurteilung ($MW_m=1,51$; $MW_w=1,78$).

Ein Interaktionseffekt zwischen den beiden Studiengruppen und dem Geschlecht konnte weder gemäß der Eltern- noch Lehrerratings festgestellt werden.

11.2.4.3 Gesamtproblemverhalten

Wie aus Tabelle 18 und 19 ersichtlich, zeigten sich gemäß der Eltern- und Lehrereinschätzung zum ersten Messzeitpunkt im Gesamtproblemverhalten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Studiengruppen, ebenso wenig konnte ein Interaktionseffekt zwischen den Studiengruppen und dem Geschlecht festgestellt werden.

Gemäß der Lehrereinschätzung konnte jedoch ein signifikanter Unterschied ($F=4,180$; $p=0,042$) hinsichtlich des Geschlechts im Gesamtproblemverhalten zum ersten Messzeitpunkt festgestellt werden. Die Buben ($MW_m=0,39$) wiesen zu Studienbeginn ein höheres Gesamtproblemverhalten auf als die Mädchen ($MW_w=0,30$). Gemäß der Elterneinschätzung zeigte sich dieser Unterschied nicht in einem signifikanten Ausmaß.

11.3 Vergleich der Ergebnisse zwischen den Prä- und Post-Daten

11.3.1 Vergleich der Ergebnisse aufgrund der Elternratings

11.3.1.1 Emotionale Probleme

Im Folgenden wird Hypothese 1 hinsichtlich der emotionalen Probleme gemäß derelterneinschätzung getestet.

			Faktor Zeit						Faktor Zeit		
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt	
Experimentlgr.	Faktor Sex	m (n=50)	0,47	0,34	0,40	Kontrollgr.	m (n=31)	0,30	0,41	0,36	
		w (n=41)	0,40	0,32	0,36		w (n=36)	0,48	0,46	0,47	
		Gesamt	0,44	0,33			Gesamt	0,40	0,44		

Tabelle 20: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)

t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz		F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit		6,505	0,012		1,034	0,313
Faktor Sex	Experimentalgr.	0,439	0,509	Kontrollgr.	1,024	0,315
Faktor Zeit * Faktor Sex		0,338	0,562		2,189	0,144

Tabelle 21: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 20 und 21 sollen veranschaulichen, dass nach Einschätzung der Eltern in der **Experimentalgruppe** eine Verbesserung im emotionalen Problemverhalten ($MW_{t1}=0,44$; $MW_{t2}=0,33$) zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt in einem signifikanten Ausmaß ($F=6,505$; $p=0,012$) stattgefunden hat. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,068 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Für das Geschlecht konnte in der Experimentalgruppe kein signifikanter Effekt gezeigt werden, ebenso wenig in der Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und dem Geschlecht.

In der **Kontrollgruppe** zeigte sich weder ein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich der Zeit noch des Geschlechts, ebenso wenig eine Interaktion.

Zusammenfassung

Die oben angeführten Ergebnissen der Experimental- und Kontrollgruppe weisen darauf hin, dass gemäß der Elterneinschätzung das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ zu einer Verbesserung der emotionalen Probleme der Kinder führte.

11.3.1.2 Prosoziales Verhalten

Im Folgenden wird Hypothese 2 hinsichtlich des prosozialen Verhaltens gemäß der Elterneinschätzung getestet.

			Faktor Zeit						Faktor Zeit		
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt	
Experimentalgr.	Faktor Sex	m (n=50)	1,57	1,66	1,62	Kontrollgr.	m (n=31)	1,67	1,67	1,67	
		w (n=41)	1,74	1,79	1,77		w (n=36)	1,70	1,70	1,70	
		Gesamt	1,65	1,72			Gesamt	1,69	1,69		

Tabelle 22: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)

t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz		F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit	Experimentalgr.	5,317	0,023	Kontrollgr.	0,001	0,973
Faktor Sex		6,525	0,012		0,218	0,642
Faktor Zeit * Faktor Sex		0,354	0,553		0,001	0,973

Tabelle 23: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 22 und 23 sollen veranschaulichen, dass sich nach Einschätzung der Eltern in der **Experimentalgruppe** zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt im prosozialen Verhalten ($MW_{t1}=1,65$; $MW_{t2}=1,72$) eine Verbesserung in einem signifikanten Ausmaß ($F=5,317$; $p=0,023$) zeigte. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,056 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Hinsichtlich des Faktors Geschlecht zeigte sich, dass sich die Buben und Mädchen, unabhängig vom Messzeitpunkt, grundsätzlich signifikant ($F=6,525$; $p=0,012$) voneinander unterscheiden. Die Mädchen wiesen in der Experimentalgruppe im prosozialen Verhalten gemäß der Elternratings einen höheren Wert auf als die Buben

($MW_m=1,62$; $MW_w=1,77$). Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,068 liegt, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Ein Interaktionseffekt zwischen den beiden Messzeitpunkten und dem Geschlecht zeigte sich in der Experimentalgruppe nicht.

In der **Kontrollgruppe** hingegen wären nach Einschätzung der Eltern die Schüler über die Zeit im prosozialen Verhalten ($MW_{t1}=1,69$; $MW_{t2}=1,69$) beinahe gleich geblieben.

Es konnte in der Kontrollgruppe kein signifikanter Haupteffekt für das Geschlecht gezeigt werden, ebenso wenig eine Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und dem Geschlecht.

Zusammenfassung

Aus den oben angeführten Ergebnissen lassen sich zwei Haupteffekte bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festhalten:

Einerseits führte gemäß der Elterneinschätzung das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ zu Verbesserungen im prosozialen Verhalten der Kinder, unabhängig vom Geschlecht.

Andererseits zeigte sich in der Experimentalgruppe, dass die Mädchen von den Eltern grundsätzlich als prosozialer eingestuft wurden als die Buben, unabhängig vom Programm Babywatching.

11.3.1.3 Gesamtproblemverhalten

Im Folgenden wird Hypothese 3 hinsichtlich des Gesamtproblemverhaltens gemäß der Elterneinschätzung getestet.

		Faktor Zeit						Faktor Zeit			
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt			Sex	MW t1	MW t2	Gesamt
Experimentalgr.	Faktor Sex	m (n=50)	0,40	0,33	0,36	Kontrollgr.		m (n=31)	0,45	0,46	0,46
		w (n=41)	0,39	0,30	0,35			w (n=36)	0,43	0,45	0,44
		Gesamt	0,40	0,32				Gesamt	0,44	0,46	

Tabelle 24: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)

t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz			F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit	Experimentalgr.	15,247	0,000	Kontrollgr.		0,645	0,425
Faktor Sex		0,138	0,711			0,025	0,876
Faktor Zeit * Faktor Sex		0,130	0,719			0,016	0,901

Tabelle 25: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 24 und 25 sollen veranschaulichen, dass sich nach Einschätzung der Eltern in der **Experimentalgruppe** zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt Verbesserungen im Gesamtproblemverhalten ($MW_{t1}=0,40$; $MW_{t2}=0,32$) in einem hoch signifikanten Ausmaß ($F=15,247$; $p=0,000$) gezeigt haben. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,146 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem mittleren bis großen Effekt gesprochen werden.

Für das Geschlecht konnte in der Experimentalgruppe kein signifikanter Effekt gezeigt werden, ebenso wenig eine Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und dem Geschlecht.

In der **Kontrollgruppe** zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich der beiden Messzeitpunkte und des Geschlechts, ebenso wenig hinsichtlich einer Interaktion.

Zusammenfassung

Aus den oben angeführten Ergebnissen der Experimental- und Kontrollgruppe lässt sich ableiten, dass gemäß der Elterneinschätzung das Programm „B.A.S.E.® -

Babywatching“ zu einer Verbesserung des Gesamtproblemverhaltens der Kinder führte.

11.3.2 Vergleich der Ergebnisse aufgrund der Lehrerratings

11.3.2.1 Emotionale Probleme

Im Folgenden wird Hypothese 1 hinsichtlich der emotionalen Probleme gemäß der Lehrereinschätzung getestet.

		Faktor Zeit				Faktor Zeit					
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt			Sex	MW t1	MW t2	Gesamt
Experimentalgr.	Faktor Sex	m (n=66)	0,31	0,17	0,24	Kontrollgr.	m (n=65)	0,29	0,24	0,27	
		w (n=55)	0,46	0,11	0,28		w (n=62)	0,25	0,18	0,22	
		Gesamt	0,38	0,14			Gesamt	0,27	0,21		

Tabelle 26: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)
t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt
Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz			F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit	Experimentalgr.	39,483	0,000	Kontrollgr.	3,512	0,063	
Faktor Sex		0,504	0,479		0,365	0,547	
Faktor Zeit * Faktor Sex		6,835	0,010		0,183	0,670	

Tabelle 27: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 26 und 27 sollen veranschaulichen, dass sich nach Einschätzung der Lehrer in der **Experimentalgruppe** zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt Verbesserungen im emotionalen Problemverhalten ($MW_{t1}=0,38$; $MW_{t2}=0,14$) in einem signifikanten Ausmaß ($F=39,483$; $p=0,000$) gezeigt haben. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,249 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem großen Effekt gesprochen werden.

Kein signifikanter Haupteffekt zeigte sich in der Experimentalgruppe beim Geschlecht.

Jedoch stellte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den beiden Messzeitpunkten und dem Geschlecht heraus ($F=6,835$; $p=0,010$). Da das Partielle

Eta-Quadrat bei 0,054 liegt, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Die Mädchen der Experimentalgruppe wiesen zu Beginn des Projekts einen höheren Wert ($MW_{t1}=0,46$) im emotionalen Problemverhalten auf als die Buben ($MW_{t1}=0,31$). Beide Gruppen verbesserten sich über die Zeit, wobei die emotionalen Probleme bei den Mädchen ($MW_{t2}=0,11$) stärker abnahmen als bei den Buben ($MW_{t2}=0,17$). Der Wert der Mädchen war zum letzten Messzeitpunkt somit niedriger als der der Buben.

Die nachfolgende Grafik (Abb. 2) soll dieses Phänomen veranschaulichen:



Abbildung 2: Interaktionseffekt zwischen Faktor A (Zeit) und Faktor B (Geschlecht)
Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Ordinale Interaktion (Leonhart, 2008, S. 121)

In der **Kontrollgruppe** konnte sich kein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich der Zeit und des Geschlechts zeigen, ebenso wenig hinsichtlich einer Interaktion.

Zusammenfassung

Es haben sich zwei Haupteffekte gezeigt:

Einerseits lässt sich aus den oben angeführten Ergebnissen der Experimental- und Kontrollgruppe schließen, dass gemäß der Lehrereinschätzung das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ zu einer Verbesserung der emotionalen Probleme bei den Kindern führte.

Andererseits zeigte sich auch, dass das Programm bei den Mädchen besser wirkte als bei den Buben.

11.3.2.2 Prosoziales Verhalten

Im Folgenden wird Hypothese 2 hinsichtlich des prosozialen Verhaltens gemäß der Lehrereinschätzung getestet.

		Faktor Zeit						Faktor Zeit		
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt
Experimentalgr.	Faktor Sex	m (n=66)	1,40	1,56	1,48	Kontrollgr.	m (n=65)	1,62	1,66	1,64
		w (n=55)	1,72	1,80	1,76		w (n=62)	1,83	1,79	1,81
		Gesamt	1,54	1,67			Gesamt	1,72	1,72	

Tabelle 28: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)

t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz		F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit	Experimentalgr.	12,133	0,001	Kontrollgr.	0,019	0,890
Faktor Sex		18,666	0,000		5,924	0,016
Faktor Zeit * Faktor Sex		1,062	0,305		1,698	0,195

Tabelle 29: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 28 und 29 sollen veranschaulichen, dass sich nach Einschätzung der Lehrer in der **Experimentalgruppe** zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt Verbesserungen im prosozialen Verhalten ($MW_{t1}=1,54$; $MW_{t2}=1,67$) in einem hoch signifikanten Ausmaß ($F=12,133$; $p=0,001$) gezeigt haben. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,093 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem mittleren Effekt gesprochen werden.

Grundsätzlich zeigte sich des Weiteren, dass in der Experimentalgruppe die Mädchen ($MW_w=1,76$) in einem hoch signifikanten Ausmaß ($F=18,666$; $p=0,000$) von den Lehrern als prosozialer eingestuft wurden als die Buben ($MW_m=1,48$), unabhängig vom Programm Babywatching. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,136 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem mittleren bis großen Effekt gesprochen werden.

Eine signifikante Interaktion in der Experimentalgruppe zwischen Zeit und Geschlecht konnte nicht festgestellt werden.

Auch in der **Kontrollgruppe** zeigte sich, dass das Geschlecht einen signifikanten Einfluss ($F=5,924$; $p=0,016$) auf die Einschätzung der Prosozialität hatte. Die Mädchen ($MW_w=1,81$) wiesen gemäß der Lehrereinschätzung in der Kontrollgruppe einen höheren Wert im prosozialen Verhalten auf als die Buben ($MW_m=1,64$). Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,045 liegt, kann nach Bortz & Döring (2006) nur von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

In der Kontrollgruppe konnte jedoch kein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich der Zeit festgestellt werden, ebenso wenig eine Interaktion.

Zusammenfassung

Aus den oben angeführten Ergebnissen lässt sich ableiten, dass gemäß der Lehrereinschätzung das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ zu Verbesserungen im prosozialen Verhaltens der Kinder führte.

Da sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe das Geschlecht einen Einfluss auf das prosoziale Verhalten hatte, lässt sich schließen, dass das Programm unabhängig vom Geschlecht wirkte.

11.3.2.3 Gesamtproblemverhalten

Im Folgenden wird Hypothese 3 hinsichtlich des Gesamtproblemverhaltens gemäß der Lehrereinschätzung getestet.

		Faktor Zeit						Faktor Zeit			
		Sex	MW t1	MW t2	Gesamt			Sex	MW t1	MW t2	Gesamt
Experimentalgr.	Faktor	m (n=66)	0,40	0,27	0,33	Kontrollgr.		m (n=65)	0,39	0,35	0,37
	Sex	w (n=55)	0,37	0,15	0,26			w (n=62)	0,23	0,20	0,21
		Gesamt	0,38	0,21				Gesamt	0,31	0,28	

Tabelle 30: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu)

t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik

		F-Wert	Signifikanz			F-Wert	Signifikanz
Faktor Zeit		41,576	0,000			3,984	0,048
Faktor Sex	Experimentalgr.	2,338	0,129	Kontrollgr.		6,468	0,012
Faktor Zeit * Faktor Sex		2,881	0,092			0,001	0,976

Tabelle 31: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte

Tabelle 30 und 31 sollen veranschaulichen, dass sich nach Einschätzung der Lehrer in der **Experimentalgruppe** zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt Verbesserungen im Gesamtproblemverhalten ($MW_{t1}=0,38$; $MW_{t2}=0,21$) in einem hoch signifikanten Ausmaß ($F=41,576$; $p=0,000$) gezeigt haben. Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,259 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem großen Effekt gesprochen werden.

Für das Geschlecht konnte in der Experimentalgruppe kein signifikanter Effekt gezeigt werden, ebenso wenig eine Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und dem Geschlecht.

In der **Kontrollgruppe** haben sich nach Einschätzung der Lehrer ebenfalls zwischen den beiden Messzeitpunkten Verbesserungen ($MW_{t1}=0,31$; $MW_{t2}=0,28$) im Gesamtproblemverhalten in einem signifikant Ausmaß gezeigt ($F=3,984$; $p=0,048$). Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,031 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) nur von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Des Weiteren zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt ($F=6,468$; $p=0,012$) hinsichtlich des Geschlechts. Die Buben ($MW_m=0,37$) wiesen höhere Gesamtproblemwerte auf

als die Mädchen ($MW_w=0,21$). Da das Partielle Eta-Quadrat bei 0,049 lag, kann nach Bortz & Döring (2006) von einem kleinen bis mittleren Effekt gesprochen werden.

Ein Interaktionseffekt zwischen den beiden Messzeitpunkten und dem Geschlecht zeigte sich in der Kontrollgruppe jedoch nicht.

Zusammenfassung

Da der Einfluss über die Zeit gemäß der Lehrereinschätzung bei der Experimentalgruppe hoch signifikant ($F=41,576$; $p=0,000$), bei der Kontrollgruppe jedoch gerade noch signifikant ($F=3,984$; $p=0,048$) ist, lässt sich aus den obigen Ergebnissen ableiten, dass das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ zu einer Verbesserung des Gesamtproblemverhaltens der Kinder führte.

12 Interpretation und Diskussion

Hypothese 1

Bei Buben und Mädchen verringern sich aufgrund des Babywatching emotionale Probleme, was sich darin zeigt, dass sich internalisierte Störungen (wie ängstlich-depressives Verhalten und Zurückgezogenheit), körperliche Beschwerden, Schlafstörungen und Ängstlichkeit reduzieren. Zusätzlich bewirkt das Babywatching eine Veränderung im emotionalen Verhalten bei Buben und Mädchen.

Hypothese 1 konnte durch diese Evaluation bestätigt werden. Die Kinder, die am Babywatching teilnahmen, wiesen am Ende des Programms sowohl nach Einschätzung der Eltern als auch der Lehrer einen signifikant niedrigeren Wert im emotionalen Problemverhalten auf als die der Kontrollgruppe. Es kann somit der Schluss gezogen werden, dass aufgrund des „B.A.S.E® - Babywatching“ Buben wie Mädchen emotional ausgeglichener wurden.

Jedoch lässt sich anhand der Lehrereinschätzung schließen, dass es einen Unterschied ausmachte, ob ein Bub oder ein Mädchen am Programm teilnahm. Die Mädchen profitierten auf emotionaler Ebene vom Programm „B.A.S.E® - Babywatching“ signifikant mehr als die Buben. Sie waren nach Beendigung des Projekts weniger ängstlich und litten weniger unter körperlichen Beschwerden und Schlafstörungen.

Dass die Mädchen grundsätzlich mehr vom Programm profitierten als die Buben, könnte mit ihrer stärkeren Beziehungsorientierung zusammenhängen. Die Mädchen würden sich dadurch mehr auf die Mutter-Kind-Interaktion während eines Babywatching-Setting einlassen und profitierten mehr aus dem Programm. Lehrerbeobachtungen bestätigten diese Annahme.

Betrachtet man die einzelnen Items der Skala „Emotionale Probleme“ näher, so zeigen sich weitere Ähnlichkeiten zu den Ergebnissen der Pilotstudie von Brisch (2009a).

In Item 3 (Klagt an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit), in welchem die körperlichen Beschwerden der Kinder abgefragt werden, zeigte sich gemäß der

Lehrereinschätzung, dass die Mädchen der Experimentalgruppe den größten Unterschied zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt aufwiesen. Sie klagten nach dem Babywatching weniger über körperliche Beschwerden als Buben im Vergleich zu den anderen Gruppen.

Auch bezüglich Ängstlichkeit fallen Parallelen zu Brischs Pilotstudie auf. In Item 24 (Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht), war gemäß der Einschätzung der Lehrer bei den Mädchen der Experimentalgruppe der größte Unterschied zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt festzustellen. Die Mädchen würden demzufolge nach dem Babywatching gemäß der Lehrereinschätzung weniger ängstlich sein als die Buben im Vergleich zu den anderen Gruppen.

In Brischs Untersuchung kam es, im Unterschied zur hier präsentierten Studie, ausschließlich gemäß der Einschätzung der Eltern zu einer Reduzierung der Ängstlichkeit in der Experimentalgruppe.

Dass sich in der hier vorliegenden Untersuchung nur gemäß der Einschätzung der Lehrer die Ängstlichkeit bei den Mädchen über die Zeit am meisten reduzierte, heißt nicht unbedingt, dass die Mädchen gemäß der Einschätzung der Eltern ängstlicher blieben. Dieser Unterschied könnte auch damit zusammenhängen, dass die Rücklaufquote der Elternfragebögen der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie mit 63,20% wesentlich geringer ist als die der Lehrer mit beinahe 100%. Somit wäre es möglich, dass gerade die Kinder mit besonders vielen Problemen und ängstlicherem Verhalten durch die Elternbefragung gar nicht erfasst wurden.

Andererseits könnte es auch sein, dass die Eltern ängstlicher Mädchen die Fragebögen nicht ganz wahrheitsgemäß, sondern eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit ausfüllten.

Das Hauptproblem liegt aber vermutlich darin, dass die Ängstlichkeit in dem hier verwendeten Fragebogen nur mit einem einzigen Item erfasst wurde, dessen Aussagekraft sehr wackelig und somit auch nicht hypothesentestend ist.

Bedenkt man jedoch, dass Mädchen grundsätzlich mehr körperliche Beschwerden aufweisen als Buben (Hopf, 2009) und grundsätzlich häufiger an Angststörungen leiden (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006), so würde das Programm einen

wertvollen Beitrag im Sinne von Gesundheitsförderung leisten. Langfristige Auswirkungen dieses Effekts wären in weiteren Studien zu überprüfen.

Hypothese 2

Sowohl bei Buben als auch bei Mädchen verbessert sich aufgrund des Babywatching das prosoziale Verhalten, was in einer Steigerung der Empathiefähigkeit und der sozialen Kompetenz zum Ausdruck kommt. Auch hier wird von der Annahme ausgegangen, dass das Programm sowohl auf das prosoziale Verhalten bei Buben als auch Mädchen wirkt.

Hypothese 2 konnte insofern bestätigt werden, als dass es gemäß der Eltern- und Lehrereinschätzung bei der Experimentalgruppe aufgrund des Babywatching zu einer Verbesserung des prosozialen Verhaltens im Gegensatz zur Kontrollgruppe kam.

Unabhängig vom Messzeitpunkt und dem Programm konnte festgestellt werden, dass sich gemäß der Einschätzung der Eltern in der Experimentalgruppe und gemäß der Einschätzung der Lehrer sowohl in der Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied im prosozialen Verhalten zwischen den Buben und Mädchen zeigte. Die Mädchen wurden von Eltern wie Lehrern als prosozialer eingestuft als die Buben.

Dieser Unterschied, dass Mädchen höhere Kompetenzen im prosozialen Verhalten aufwiesen als Buben, ist theoriekonform und wird bei Berk (2008) dahingehend beschrieben, dass Mädchen feinfühlicher sind, sensibler mit emotionalen Signalen umgehen und sich prosozialer verhalten. Gründe dafür sind nach Burchartz (2009) ein Konglomerat aus biologischen Gegebenheiten und kulturell geprägten geschlechtsspezifischen Rollenbildern sowie deren jeweiliger intrapsychischer Verarbeitung.

Hypothese 3

Buben und Mädchen weisen aufgrund des Babywatching weniger externalisierte Störungen (wie Aggressivität, geringe Aufmerksamkeit, oppositionelles Verhalten) auf. Ebenfalls wird hier angenommen, dass das Programm auf die externalisierten Verhaltensstörungen bei Buben als auch Mädchen wirkt.

Hypothese 3 kann laut Einschätzung der Eltern bestätigt werden, d.h. das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ führt zu einer Verbesserung im Gesamtproblemverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zum Gesamtproblemverhalten werden in dieser Untersuchung aggressives Verhalten, Hyperaktivität, emotionale Probleme und Probleme mit Gleichaltrigen gezählt.

Gemäß der Lehrereinschätzung kam es jedoch nicht nur bei Kindern, die am Programm teilnahmen, zu einer Verbesserung im Gesamtproblemverhalten, sondern auch bei Kindern, die am Programm nicht teilnahmen. Dennoch bestand zwischen den beiden Gruppen ein Unterschied: die Wirkung über die Zeit war bei der Experimentalgruppe hoch signifikant, bei der Kontrollgruppe nur signifikant. Daraus lässt sich schließen, dass neben der verstrichenen Zeit vor allem das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ einen Einfluss auf die Verbesserung im Gesamtproblemverhalten hatte.

Gemäß der Lehrereinschätzung zeigte sich in der Kontrollgruppe ein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich des Geschlechts, d.h. Buben und Mädchen wurden unterschiedlich im Gesamtproblemverhalten eingestuft, unabhängig vom Programm. Die Buben wiesen höhere Werte auf als die Mädchen.

Eine mögliche Ursache dafür, dass sich in der Kontrollgruppe ein Unterschied zwischen Mädchen und Buben nur in den Lehrerratings zeigte, könnte folgender Tatsache zuzuschreiben sein. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen beteiligten Schulen fällt nämlich auf, dass 4 von 6 Klassen, die die Kontrollgruppe repräsentieren, aus einer einzigen Schule stammen. In dieser Schule wurde in 2 Klassen auch das Babywatching durchgeführt. Somit waren an dieser Schule von insgesamt 8 Klassen sechs in irgendeiner Form am Projekt beteiligt. Es könnte somit

sein, dass besonders in dieser Schule im Vorfeld eine stärkere Sensibilisierung Problemverhalten betreffend erfolgte. Ein strengeres Ausfüllen der Fragebögen könnte damit einhergegangen sein, was sich in der Evaluation in den Gesamtwerten widerspiegelte und den Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe innerhalb der Lehrerguppe erklären könnte.

Der Unterschied zwischen den Eltern- und Lehrerratings generell könnte darin liegen, dass viele Kinder, hier vor allem Buben, die generell durch größere Verhaltensschwierigkeiten auffallen, mit dieser Form der Erhebung nicht erfasst wurden, da deren Eltern die Fragebögen nicht ausfüllten. Die Rücklaufquote der Fragebögen könnte diese Vermutung bestätigen, da nur 63,20% der Elternfragebögen zurückgekommen sind, wohingegen es bei den Lehrern fast 100% waren.

Ein weiterer Grund für den Unterschied könnte in der sozialen Erwünschtheit liegen. Möglicherweise wurden die Fragebögen nicht der Wahrheit entsprechend von Seiten mancher Eltern beantwortet, da entweder die Tatsache von Verhaltensschwierigkeiten des Kindes nicht dargelegt werden wollte oder überhaupt negiert bzw. verdrängt wurde.

Interpretation der Unterschiede in der Ausgangssituation zum ersten Messzeitpunkt

In der vorliegenden Studie konnte ausschließlich im Bereich der **Emotionalen Probleme** von der gleichen Ausgangssituation zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe und den Buben und Mädchen ausgegangen werden (Tab. 19 und 20).

Im Bereich des **Prosozialen Verhaltens** zeigten sich, wie in Tabelle 19 und 20 dargestellt, hinsichtlich des Geschlechts zum ersten Messzeitpunkt gemäß der Elternratings signifikante Unterschiede ($F=5,120$; $p=0,025$) und gemäß der Lehrerratings hoch signifikante Unterschiede ($F=23,164$; $p=0,000$).

Gemäß der Elternratings wiesen die Mädchen zu Studienbeginn eine höhere Prosozialität auf als die Buben ($MW_m=1,60$; $MW_w=1,72$), ebenso gemäß der Lehrerratings ($MW_m=1,51$; $MW_w=1,78$).

Dieser geschlechtsspezifische Unterschied im prosozialem Verhalten wird in der Literatur belegt (Berk, 2008; Tücke, 1999). Tücke (1999) zufolge sind Mädchen feinfühlicher und gehen sensibler mit emotionalen Signalen um und verhalten sich prosozialer. Gründe dafür finden sich, wie oben erwähnt, u. a. in der vorwiegend weiblich dominierten Erziehung, in der Rollenidentifikation der Kinder und in den geschlechtsspezifischen Erziehungsstilen.

Es zeigten sich des Weiteren gemäß der Lehreratings zum ersten Messzeitpunkt hoch signifikante Unterschiede im prosozialem Verhalten hinsichtlich der Studiengruppen ($F=9,428$; $p=0,002$), wonach in der Kontrollgruppe ($MW_{KG}=1,72$) die Werte zu Projektbeginn höher waren als in der Experimentalgruppe ($MW_{EG}=1,54$). Gemäß der Elternratings war dieser Unterschied nicht festzustellen.

Diese Differenz zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gemäß der Lehrereinschätzung könnte einerseits auf Artefakte zurückzuführen sein. Damit ist gemeint, dass der Unterschied zwischen den Gruppen rein zufällig ist. Lehrer sind aufgrund ihrer Bildung, ihrer Persönlichkeit, ihres Umfelds unterschiedlich auf soziale Kompetenzen von Kindern sensibilisiert, was deren Toleranzgrenze auffälligem Verhalten gegenüber beeinflusst und sich letztlich auf die Beurteilung der Fragebögen auswirken könnte.

Werden andererseits die einzelnen Schulen differenzierter betrachtet, wie es bereits in der Interpretation von Hypothese 3 auf Seite 107 und 108 erfolgte, so könnte die Tatsache, dass sich eine Schule besonders intensiv mit dem Babywaching-Programm beschäftigte, zu einer stärkeren Sensibilisierung prosozialem und in der Folge auch asozialem Verhalten gegenüber geführt haben. Ein strengeres Ausfüllen der Fragebögen seitens der Lehrer könnte damit einhergegangen sein, was sich in der Evaluation in den prosozialem Werten der Gesamtkontrollgruppe widerspiegelte und den Unterschied in den Lehrerratings zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe erklären könnte.

Im Bereich des **Gesamtproblemverhaltens** konnte, wie in Tabelle 19 und 20 dargestellt, gemäß der Lehrereinschätzung ein signifikanter Unterschied ($F=4,180$; $p=0,042$) hinsichtlich des Geschlechts zum ersten Messzeitpunkt festgestellt werden. Die Buben ($MW_m=0,39$) wiesen zu Studienbeginn ein höheres Gesamtproblemverhalten auf als die Mädchen ($MW_w=0,30$). Gemäß der Elterneinschätzung zeigte sich dieser Unterschied in keinem signifikanten Ausmaß.

Diese Differenz kann dahingehend erklärt werden, dass die Kinder in der Klasse andere Anforderungen erfüllen müssen als zu Hause und dadurch in der Schule möglicherweise ein anderes Verhalten zeigen. Des Weiteren ist in der Schule die Konkurrenz von Gleichaltrigen viel größer. Konflikte, die zu Hause erst gar nicht auftauchen, schaukeln sich in der Schule überhaupt erst oder anders auf. Außerdem hat der Lehrer in der Schule Vergleichsmöglichkeiten mit den anderen Schülern, die zu Hause, wo oft Geschwister fehlen oder der Altersunterschied zu groß ist, gar nicht möglich sind.

13 Schlusswort und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Programm „B.A.S.E.® - Babywatching“ für alle Beteiligten ein emotional positives Erlebnis war. Die Evaluation zeigte, dass das Programm nachweislich zu einer Verbesserung von externalisierenden als auch internalisierenden Verhaltenweisen, zur Steigerung der sozialen Kompetenz und der Empathiefähigkeit bei Kindern führte. Es kann somit als Empathie- und Feinfühligkeitstraining gegen Angst und Aggression in Volksschulen eingesetzt und empfohlen werden.

Der besondere Vorteil des Programms ist, dass es kostenneutral ist und sich leicht in den Unterricht integrieren lässt.

Durch das Babywatching kann der Forderung nachgekommen werden, dass Schule nicht nur für die kognitiven Leistungen zuständig sein soll, sondern auch spezielle Rahmenbedingungen schafft, in der die Kinder Beziehungskompetenzen entwickeln können.

Feedbacks der Lehrerinnen weisen darauf hin, dass nicht nur die Kinder vom Programm profitierten, sondern auch die Lehrpersonen selbst. Die Lehrerinnen schienen ebenfalls ein feinfühligeres und empathischeres Verhalten durch das Programm zu entwickeln. Um diesen Aspekt differenzierter zu beleuchten, wäre eine separate Untersuchung mit einer Fragestellung im Sinne eines Lehrerkompetenztrainings überlegenswert.

In diesem Zusammenhang soll auf die Überlegung hingewiesen werden, dass einfühlungsfähige LehrerInnen viel adäquater auf die kindlichen Entwicklungsbedürfnisse reagieren können und dadurch eine alternative Bezugsperson für Kinder mit familiären Belastungen darstellen (Brisch, 2009b). Das Bewusstsein der LehrerInnen könnte sich in diesem Sinne mehr in Richtung bindungs- und emotionszentrierte Didaktik und Pädagogik entwickeln und dadurch als Schutzfaktor für kindliche Entwicklung einen wichtigen Beitrag leisten.

Im Folgenden eine dazu passende gesellschaftspolitische Stellungnahme von Franz (2008), die die Bedeutung des Aufbaues zwischenmenschlich guter Beziehungen unterstreicht:

Natürlich bedeutet eine solche Einführung bindungsorientierter Angebote auch eine Neuausrichtung am Kindeswohl ... Wenn wir jedoch die Existenz fester zwischenmenschlicher Bindungen als Voraussetzung jeglicher Produktivität aus dem Auge verlieren, verlieren wir langfristig gerade die emotionalen Kompetenzen, die erforderlich sind, um angesichts knapperer Ressourcen die Solidarität zwischen den Generationen zu erhalten und die zunehmenden sozialen und biografischen Brüche in unserer heutigen Leistungsgesellschaft auch seelisch ertragen zu können. (S. 35)

Aufgrund der positiven Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Evaluierung ist eine Ausweitung des Präventionsprogramms auf weitere Grundschulen und Kindergärten nicht nur im Tiroler Raum anzustreben. Zusätzlich wäre eine Implementierung des Programms auch im Mittelschulbereich anzudenken und deren Wirkung zu untersuchen.

Interessant zu überprüfen wäre des Weiteren, die im Rahmen dieser Studie erhobenen soziodemographischen Einflussfaktoren und den Grad der Auffälligkeit in Beziehung zum emotionalen Problemverhalten, zum prosozialem Verhalten und Gesamtproblemverhalten zu setzen. Es ist anzunehmen, dass es einen Zusammenhang zwischen auffälligem Verhalten, einem belastenden sozialen Umfeld und hohen Werten im Problemverhalten und niedrige Werte im prosozialem Verhalten gibt.

Im Bereich der Wirksamkeitsforschung des Programms „B.A.S.E.® - Babywatching“ erscheint es notwendig und sinnvoll, weitere Studien zur Stabilität der Effekte und zum Transfer der erworbenen Kompetenzen auf andere Bereiche des sozialen Lebens durchzuführen. Zusätzlich wäre interessant, den durch diese Studie erzielten Nebeneffekt hinsichtlich der Reduzierung von Somatisierungstendenzen genauer zu untersuchen. Möglicherweise steckt in dem Programm mehr als ein

Aggressionspräventionsprogramm und es wäre auch als Programm im Sinne einer Gesundheitsförderung zu sehen.

Hinsichtlich der Einführung des Aggressionspräventionsprogramm „B.A.S.E.® - Babywatching“ in Schulen gibt es einige Punkte zu berücksichtigen, welche im Folgenden dargelegt werden:

Als wichtigste Voraussetzung für ein positives Gelingen stellte sich heraus, dass ein harmonisches und vertrautes Verhältnis zwischen der Lehrperson und der Mutter des Babys vorliegen soll. Dieses daraus resultierende Sich-wohl-Fühlen wirkt sich in jedem Babywatching-Setting positiv auf alle Beteiligten aus und führt dazu, dass sich die Mutter entspannt und natürlich in der Schuleklasse ihrem Baby widmen kann. Als absoluten Vorteil für dieses Gelingen hat sich eine regelmäßige Reflexion zwischen der Lehrperson und der Mutter erwiesen, in der Unsicherheiten und Gefühle angesprochen und geklärt werden können. Zusätzlich zu diesen Reflexionen wäre in bestimmten Abständen eine Supervision durch eine ausgebildete B.A.S.E.® - Mentorin empfehlenswert, was sich im Rahmen des hier evaluierten Projekts aufgrund des knappen Budgets als äußerst schwierig erwiesen hat. Das teilweise fehlende Mentoring führte in einigen Klassen zu Spannungen bzw. Unsicherheiten zwischen der Lehrperson und der Mutter, wie aus den Rückmeldungen der Beteiligten hervorgeht. Um eine Finanzierung der Supervision zu ermöglichen, bemühten sich einige Schulen um Spendengelder.

Als sehr positiv und hilfreich wurden die beiden Austauschnachmittage für alle am Projekt beteiligten Lehrpersonen und Mütter angenommen.

Die vor der Projektdurchführung empfohlene Ausbildung zum/zur B.A.S.E.®-TrainerIn hat sich als essentiell für die Lehrerinnen erwiesen. Viele Unsicherheiten wurden hier vorweggenommen und konnten erst gar nicht entstehen. Fand keine Ausbildung seitens des/der LehrerIn zum/zur B.A.S.E.®-TrainerIn statt, zeigte sich, dass der regelmäßige Austausch zwischen der Lehrpersonen und eine B.A.S.E.®-TrainerIn unerlässlich war, um auftretenden Problemen rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Im Babywatching-Setting selbst verunsicherte, gemäß der Lehrerfeedbacks, immer wieder das Verhalten der Kinder. Die erwartete Ruhe während des Besuchs der

Mutter mit dem Baby konnte nur von einigen Pädagogen bestätigt werden. Ebenso oft stellte sich heraus, dass manche Kinder überhaupt nicht ruhig und entspannt auf die Mutter-Kind-Interaktion reagierten, sondern die harmonische, friedliche Stimmung sogar störten. Es obliegt der Sensibilität der Lehrperson, was in so einer Situation angemessen und tragbar ist. Die Bandbreite der Interventionen ist groß und reicht vom Tolerieren des störenden Verhaltens des Schülers bis zum Ausschluss aus der Gruppe. Empfehlenswert ist es jedoch, die notwendige Intervention in Absprache mit dem Kind und idealerweise mit seinem Einverständnis zu setzen. Selbst ein auffälliges Verhalten seitens eines Schülers auf die Mutter-Kind-Interaktion ist als Reaktion auf das Programm zu verstehen und kann als Wirkung durch das Programm interpretiert werden.

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass die Durchführung von Aggressionspräventionsprogrammen wie dem „B.A.S.E.® - Babywatching“, trotz der in der im Rahmen dieser Studie erzielten Wirkung, für die Arbeit mit extrem gewaltbereiten und aggressiven Kindern nicht ausreichen wird. Diese Zielgruppe wird weiterer gezielter Interventionsmaßnahmen bedürfen. Da die zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Rahmen der Schule beschränkt sind, wird die Arbeit mit stark aggressiven Kindern in der Praxis sinnvollerweise auch im außerschulischen Rahmen stattfinden müssen (Kirchheim, 2005).

Burchartz (2009) zur Prävention generell:

Prävention ist kein isolierter Bereich, vielmehr muss sie verstanden werden als eine Dimension aller Bemühungen um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Anzustreben ist die Integration der ... Aufgabenbereiche [Prävention, Gesundheitsförderung, Therapie und Rehabilitation] in ein Gesamtkonzept, das die für die psychische Gesundheit relevanten gesellschaftlichen Bereiche – Erziehungs- und Bildungsinstitutionen, Freizeitangebote und Medien, ... – einbezieht. Letztlich geht es um zwei grundlegende Fragen: Erstens, wie sich das gesellschaftliche Leben so gestalten lässt, dass eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf allen Ebenen ermöglicht und gefördert wird ..., und zweitens, wie, wer und mit welcher Berechtigung auf die Wahl und Gestaltung von Lebensformen

Einfluss nimmt, um sie im Sinne psychischer Gesundheit zu transformieren.
(S. 66)

14 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ainsworth, M.D.S. (1977). Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signale des Babys. In K. E. Grossmann (Hrsg.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (S. 98-177). Geist und Psyche, 2177. München: Kindler Taschenbuch.

Auswertungsanleitung für den SDQ. (2002). Verfügbar unter: <http://wwwuser.gwdg.de/~uky/AUSWERTUNG%20+%20NORMEN.doc> [03.03.2011].

Bauers, W. (2007). Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 115-128). München: CIP-Medien.

Berk, L. E. (2008). *Child Development*. (8th International Edition). Person: Allyn and Bacon.

Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A. & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen* 64 (Sonderheft 1), 119-124.

Bierhoff, H.-W. (2002). Soziale Interaktion und zwischenmenschliche Beziehungen. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie – Eine Einführung* (3. Aufl.) (S. 319-351). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Bilke, O. (2007, März). *Klassifikationssysteme und interdisziplinäre Kooperation*. Kongress der Dt. Ges. für KJPPP in Aachen, Deutschland.

Bischof-Köhler, D (2004). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede*. (2. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Köln: Edition GIK-Buchproduktion.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human-Sozialwissenschaftler*. (4. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.

Brisch, K.H. (2003). Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hsrg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 51-70). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Brisch, K.H. (2007a). Prävention von emotionalen und Bindungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 167-181). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.

Brisch, K.H. (2007b). Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „Safe® - Sichere Ausbildung für Eltern“. *Psychologie in Österreich*, 1, 62-68.

Brisch, K.H. (2009a). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (9. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Brisch, K.H. (2009b). Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklung. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sichereren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 350-371). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Brisch, K.H. (2010a, Jänner). *B.A.S.E.® - Mentoren-Training. Babybeobachtung im Kindergarten und in der Schule*. Seminar gehalten über „Komitee Geburt an der Jahrtausendwende“ Ges.b.R., Kufstein, Österreich.

Brisch, K.H. (2010b). Prävention von aggressiven Störungen in der kindlichen Entwicklung. In Brisch, K.H. & Hellbrügge, Th. (Hrsg.), *Bindung, Angst und Aggression* (S. 273-295). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Burchartz, A. (2009). Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 63-82). München: CIP-Medien.

Cierpka, M. (2005). *Faustlos – Wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen*. (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Crockenberg, S.B. (1986). Are Temperamental Differences in Babies Associated with Predictable Differences in Care-Giving? *New Directions for Child Development*, 31, 53-73.

Cyne, AJ (2007). *Holocaust Survivor Henri Parens: An America`s Table Interview*. (12.11.2007). Verfügbar unter: http://www.youtube.com/watch?v=IkLr2N_j-j4 [15.11.2011].

Dilling, H. & Freyberger H.J. (Hrsg.) (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (4. überarb. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Drosdowski, G. (Hrsg.) (1994). *Duden, Das große Fremdwörterbuch*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

Enz, S. (2008). *Empathie als mehrdimensionales Konstrukt im Kontext von sozialen Konflikten in Teamsituationen*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Essau, C. & Conradt, J. (2004). *Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fonagy, P. & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Fonagy, P. (2003). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In P. Fonagy & M. Target, *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (S. 49-69). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E.L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Franz, M. (2008). Vom Affekt zum Gefühl und Mitgefühl. In M. Franz & B. West-Leuer (Hrsg.). *Bindung – Trauma – Prävention*. (S. 15-38). Gießen: Psychosozial Verlag.

Fremmer-Bombik, E. & Grossmann, K.E. (1991). Frühe Formen empathischen Verhaltens. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie*, 23(4), 299-317.

Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Friedlmeier, W. (1993). *Entwicklung von Empathie, Selbstkonzept und prosozialem Handeln in der Kindheit*. Konstanz: Hartung-Gorre.

Gervai, J. (2008). Einflüsse von Genetik und Umwelt auf die Entwicklung von Bindungsverhalten. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene* (S. 185-206). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 581-586.

Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.

Gordon, M. (2003). Roots of Empathy: responsive parenting, caring societies. *Keio J Med*, 52(4), 236-243.

Gordon, M. (2011). *Emotionale Kompetenz gegen aggressives Verhalten unter Kindern*. Verfügbar unter: <http://switzerland.ashoka.org/marygordon> [20.05.2011].

Göppel, R. (2003). Die Bedeutung früher Bindungserfahrungen für die soziale Interaktion von Kindern in späteren außerfamiliären Kontexten. In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 191-210). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Grossmann, K.E., Grossmann, K., Winter, M. & Zimmermann, P. (2002). Bindungsbeziehungen und Bewertung von Partnerschaft. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler, *Bindung und seelische Entwicklungswege* (S. 125-164). Stuttgart: Klett-Cotta.

Hackenberg, B. & Hinterhuber, H. (1997). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In A. Hinterhuber & W. Fleischhacker, *Lehrbuch der Psychiatrie* (S. 257-188). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hesse, E. & Main, M. (2002). Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. In K.H. Brisch, Grossmann K.E., Grossmann, K. & Köhler L. (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 219-248). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Hinterhuber, H. & Fleischhacker W. (1997). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hoffman, M.L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722.

Hoffman, M.L. (2000). *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hopf, H. (1998). *Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen; theoretische Annahmen und behandlingstechnische Konsequenzen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hopf, H. (2007). Angst und Angststörungen. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 273-290). München: CIP-Medien.

Hopf, H. (2009). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnose, Indikation, Behandlung*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.

Kernberg, P.F., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Kindler, H. (1995). Geschlechtsbezogene Aspekte der Bindungsentwicklung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 281-296). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Kirchheim, C. Gewaltprävention in Schulen. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.) (2005), *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie* (S. 309-344). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.

Klicpera, Ch. & Gasteiger-Klicpera, B. (2006). *Emotionale und verhaltensbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kreppner, J.M., O'Connor, T.G., Rutter, M. and the English and Romanian Adoptees Study Team (AST) (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 513-528.

Lachmann, F.D. (2009). Bindung, desorganisierte Bindung und Aggression. *Selbstpsychologie – Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung*, 36(37), 134-150.

Lahey, B.B., Waldman, I.D. & McBurnett K. (1999). Annotation: The Development of Antisocial Behavior: An Integrative Causal Model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 669-682.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1998). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. (14. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Leonhart, R. (2008). *Psychologische Methodenlehre/Statistik*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behaviour Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.

Main, M. (2002). Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen. In K.H. Brisch, Grossmann K.E., Grossmann, K. & Köhler L. (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 165-218). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Marvin, B. (2009). Das Verständnis von oppositionellem und zerstörerischem Verhalten von Kindern aus der Perspektive des „Sicherheitskreises“. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sichereren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 188-212). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Milch, W. (2002). Einfühlung, Empathie. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. durchges. Aufl.) (S. 147-151). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Moffit, T.E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.

Montada, L. (1998). Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie – Ein Lehrbuch* (4. korrigierte Aufl.) (S. 218-560). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

News.at (2007a). *Gewalt in der Schule: Österreich liegt laut WHO-Studie bei "Bulling" im Vorderfeld!* (17.04.2007). Verfügbar unter: <http://www.news.at/articles/0716/10/170508/gewalt-schule-oesterreich-who-studie-bullying-vorderfeld> [14.10.2011].

News.at (2007b). *Gewalt an Schulen: Bildungspsychologen erarbeiten neue Strategien zur Prävention!* (17.04.2007). Verfügbar unter: http://www.news.at/articles/0716/10/170508_s3/gewalt-schulen-bildungspsychologinnen-strategie-praevention [14.10.2011].

Opp, G. & Wenzel, E. (2003). Schule: Schutz- oder Risikofaktor kindlicher Entwicklung. In K.-H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 84-93). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Pallant, J. (2006). *SPSS Survival Manual*. (2. Aufl.). New York: Open University Press.

Parens, H. & Kramer, S. (1993). *Prevention in Mental Health*. Northvale, New Jersey/London: Jason Aronson Inc.

Parens, H. (1993). Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation. *Forum der Psychoanalyse* (9), 107-121.

Parens, H. (1993a). Does Prevention in Mental Health Make Sense? In H. Parens & S. Kramer, *Prevention in Mental Health* (S. 103-120). Northvale, New Jersey/London: Jason Aronson Inc.

Parens, H. (1993b). Toward the Prevention of Experience-Derived Emotional Disorders in Children by Education for Parenting (S.121-148). *Prevention in Mental Health*. Northvale, New Jersey/London: Jason Aronson Inc.

Parens, H. (1995). *Kindliche Aggressionen*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Parens, H. (2007). *Heilen nach dem Holocaust*. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag.

Parens, H. (2007). Malignant prejudice – guidelines toward its prevention. In H. Parens, A. Mahfouz, S. Twemlow & D. Scharff (Hrsg.), *The future of prejudice: Psychoanalysis and the prevention of prejudice* (S. 269-289). New York: Rowman & Littlefield.

Parens, H. (2010). Bindung, Aggression und die Prävention bössartiger Vorurteile. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung, Angst und Aggression – Theorie, Therapie und Prävention* (S. 12-46). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Pauli-Pott, U. & Bade, U. (2002). Bindung und Temperament. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 129-143). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Petermann, F. & Petermann, U. (1994). *Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining – Kindergruppen – Elternbetreuung*. (7. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt M.H. (2001). Aggressiv-dissoziale Störungen. In M. Döpfner, G. Lehmkuhl & F. Petermann (Hrsg.), *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Band 3)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Plüss, A. (2008). Empathie und moralische Erziehung. In A. Graeser, *Ethik in der Welt (Band 6)*. Bern: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Reinhardt, D. & Klinikum der Universität München, Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Hrsg.). (o.J.). *Hintergründe zu B.A.S.E. ® - Babywatching*. Verfügbar unter: http://www.base-babywatching.de/index.php?article_id=3&clang=0 [09.03.2010].

Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Rizzolatti, G., Rogassi, L. & Gallese, V. (2007). *Spiegel im Gehirn*. Spektrum der Wissenschaft, 3, 49-55.

Roots of Empathy (2011). *Roots of Empathy – Report on Research 2009*. Verfügbar unter: http://www.rootsofempathy.org/documents/content/ROE_Research_Report_09.pdf. [20.05.2011].

Rührmair, D. (2006). *Babywatching - Von den Kleinen lernen, heißt fühlen lernen*. [Electronic version]. Frankfurter Rundschau online. Verfügbar unter: http://www.frankfurter-rundschau.de/in_und_ausland/panorama/panorma/?em_cnt=1040114 [05.03.2007].

Saile, H. (2007). Psychometrische Befunde zur Lehrerversion des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-L). Validierung anhand soziometrischer Indizes. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39(1), 25-32.

Scheithauer, H. (2003). *Aggressives Verhalten von Jungen und Mädchen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Schreck, K. (2004). Temperamentsmerkmale von dissozialen Jugendlichen. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. (S. 191-207). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Seiffge-Krenke, I. (Hrsg.) (2005). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.

Silbereisen, R.K. (1998). Soziale Kognition: Entwicklung von sozialem Wissen und Verstehen. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie – Ein Lehrbuch* (4. korrigierte Aufl.) (S. 823-861). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Sroufe, L.A. (1985). Attachment Classification from the perspective of Infant-Caregiver Relationships and Infant Temperament. *Child Development*, 56, 1-14.

Sroufe, L.A. (1996). *Emotional Development: The Organisation of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.

Trommsdorff, G. & Friedlmeier, W. (1999). Motivational Conflict and Prosocial Behaviour of Kindergarten Children. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 413-429.

Tücke, M. (1999). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für (zukünftige) Lehrer*. Münster: LIT Verlag.

Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachmentbased interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 225-248.

Vitiello, B. & Stoff, D. (1997). Subtypes of Aggression and Their Relevance to Child Psychiatry. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9), 307-315.

Volland, C. & Trommsdorff, G. (2002). Mütterlich Feinfühligkeit und die Entwicklung von mitfühlend-prosozialem Verhalten bei Vorschulkindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 35(1), 2-11.

Volland, C. (1995). *Mutter-Kind-Beziehungsqualität als Entwicklungsbedingung von Empathie und prosozialem Verhalten in der Kindheit*. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Warden, D. & Mackinnon, S. (2003). Prosocial children, bullies and victims: An investigation of their sociometric status, empathy and social problem-solving strategies. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 367-385.

Wertfein, M. (o.J.). *Emotionale Entwicklung von Anfang an – wie lernen Kinder den kompetenten Umgang mit Gefühlen (Teil 1)*. Verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_fachbeitrag/a_kindheitsforschung/s_2338.html [11.04.2011].

Werthfein, M. (2006). *Emotionale Entwicklung im Vor- und Grundschulalter im Spiegel der Eltern-Kind-Interaktion*. Unveröffentlichte Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Werth, L. & Mayer, J. (2008). Prosoziales Verhalten – Wann und warum wir anderen helfen. In *Sozialpsychologie* (Kapitel 12, S. 489-541). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychotherapie*, 30(2), 105-112.

Zaboura, N. (2009). *Das empathische Gehirn. Spiegelneuronen als Grundlage menschlicher Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens (erweitert nach Vitiello & Stoff, 1997, aus Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Petermann, 2001, S. 3)	20
Tabelle 2: Physiologische Angstthemen (nach Eggers et al., 1994; aus Resch, 1996, S. 271) (M=Monate, J=Jahre)	25
Tabelle 3: Verteilung der Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen (Hopf, 2007, S. 277)	26
Tabelle 4: Übersicht zur Entwicklung der Empathiefähigkeit und prosozialem Verhalten (Wertfein, o.J.)	35
Tabelle 5: Ontogenetisches Modell der Entwicklungsbedingungen von Empathie und feinfühligem Verhalten aus bindungstheoretischer Sicht (aus Volland, 1995, S. 23)	40
Tabelle 6: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Muster der Bindungsqualität (Brisch, 2009a, S. 54)	53
Tabelle 7: Die vier Beobachtungsebenen des Babywatching (Brisch, 2010a)	70
Tabelle 8: Übersicht des methodischen Designs	77
Tabelle 9: Übersicht der Schulen und Verteilung der Geschlechter	78
Tabelle 10: Übersicht der Items des SDQ (nach Woerner et al., 2002, S. 108)	79
Tabelle 11: Auswertung der Erweiterung des SDQ (Eltern/Lehrer) mithilfe einer 4 Punkte-Skala („0123“ bzw. „1234“-Punktebewertung)	80
Tabelle 12: Rohwertintervalle der Skalen des deutschen Eltern-SDQ für die Zuordnung zu den Kategorien „Unauffällig“, „Grenzwertig“ und „Auffällig“ (N=930, repräsentative Feldstichprobe) (nach Woerner et al., 2002, S. 110)	82
Tabelle 13: Geschlechts- und altersspezifische Rohwertintervalle des SDQ-Gesamtproblemwerts (nach Woerner et al., 2002, S. 110)	82
Tabelle 14: Normwerte für den Lehrerfragebogen (N=8208) (Auswertungsanleitung für den SDQ, 2002)	83
Tabelle 15: Maß der internen Konsistenz des SDQ-Eltern und SDQ-Lehrer	84
Tabelle 16: Rücklaufquote der Eltern- und Lehrerfragebögen der Experimental- (EG) und Kontrollgruppe (KG)	85
Tabelle 17: Übersicht über die soziodemographischen Daten	88
Tabelle 18: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe durch Elternratings unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden zum ersten Testzeitpunkt MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu), Univariate Varianzanalyse	92

Tabelle 19: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe durch Lehrerratings unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden zum ersten Testzeitpunkt MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu), Univariate Varianzanalyse	92
Tabelle 20: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	94
Tabelle 21: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	94
Tabelle 22: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	95
Tabelle 23: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	95
Tabelle 24: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	97
Tabelle 25: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	97
Tabelle 26: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	98
Tabelle 27: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	98
Tabelle 28: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	100
Tabelle 29: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	100
Tabelle 30: MW=Mittelwert (Werte: 0=trifft nicht zu, 1=trifft teilweise zu, 2=trifft eindeutig zu) t1 = 1. Messzeitpunkt, t2 = 2. Messzeitpunkt Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Deskriptive Statistik	102
Tabelle 31: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Innersubjekteffekte und Zwischensubjekteffekte	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen der „Sozialen Kognition“ (nach Bischof-Köhler, 2004, S. 350) 33

Abbildung 2: Interaktionseffekt zwischen Faktor A (Zeit) und Faktor B (Geschlecht)
Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Ordinale Interaktion
(Leonhart, 2008, S. 121)99

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, alle verwendeten Hilfsmittel in der Diplomarbeit aufgeführt und keine anderen als diese angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Innsbruck, am

.....

(Unterschrift)