

EVALUATION DES PROJETS

„ALUPSE-BÉBÉ

UNTERSTÜTZUNG FÜR ELTERN“ 2008/2010



LISA SCHILTZ-CLEES
UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG
01.04.2011



EVALUATION
DES PROJETS

„ALUPSE-BÉBÉ

UNTERSTÜTZUNG
FÜR ELTERN“ 2008/2010

LISA SCHILTZ-CLEES

UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG
01.04.2011

VORWORT | P. 5

ZUSAMMENFASSUNG | P. 7

1.

**EINFÜHRUNG UND
BESCHREIBUNG DES PROJEKTS** | P. 9

1.1 Ziele des Projekts | P. 11

1.2 Zielgruppe | P. 12

1.2.1 Einschlusskriterien | P. 12

1.2.2 Ausschlusskriterien | P. 13

1.2.3. Teilnahmebedingungen | P. 13

1.2.4 Interventionsbereiche | P. 14

1.2.5 Rekrutierung der Familien | P. 14

2.

EVALUATION | P. 15

2.1 Messinstrumente | P. 16

2.1.1 Anamnesefragebogen | P. 16

2.1.2 CARE-Index | P. 16

2.1.3 Depressions- und Ängstlichkeitskala aus dem SCL-90-R | P. 20

2.1.4 Selbstwertskala von Rosenberg | P. 21

2.2 Stichproben | P. 22

2.2.1 Interventionsgruppe | P. 22

2.2.2 Kontrollgruppe | P. 22

2.3 Design | P. 23

2.4 Ergebnisse | P. 23

2.4.1 Soziodemographische Daten
der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe | P. 24

2.4.2 Informationen aus dem Anamnesefragebogen | P. 24

2.4.3 Allgemeines Wohlbefinden der Bezugsperson | P. 25

2.4.4 Ergebnisse des CARE-Indexes | P. 27

2.5 Schwierigkeiten | P. 32

2.6 Diskussion und weitere Aussichten | P. 33

3.

LITERATURANGABE | P. 37

4.

**TABELLEN UND
MESSINSTRUMENTE** | P. 39

VORWORT

L'aide à la parentalité dans des familles à risques multiples constitue pour l'ALUPSE un nouveau défi; une aventure à la fois fascinante et exigeante. La plupart des professionnels pensent qu'à ce stade de la vie, il faut faire confiance aux jeunes parents et ne pas s'immiscer dans la sphère privée. Nous avons trop longtemps vu des maltraitances graves survenir pendant les 3 premières années de vie, et nous avons osé faire le pari que grâce à une aide précoce nous pouvons prévenir ces catastrophes.

Ce travail nécessite un regard extérieur, à la fois critique et constructif. Vous allez lire cette étude que nous avons demandée au Professeur Dieter Ferring de l'Université de Luxembourg et qu'il a confiée à Madame Lisa Schiltz-Clees. Nous leurs sommes très reconnaissants, car leur analyse réalisée à l'aide de méthodes d'évaluation validées, complète notre approche de terrain. Ce travail devrait être poursuivi car bien des questions restent ouvertes et l'inclusion d'un plus grand nombre de familles permettrait d'arriver à des résultats statistiquement significatifs. Les deux écueils principaux de notre travail sont de centrer notre regard sur le bien être des parents au risque de minimiser la souffrance d'un nourrisson, et à l'opposé, d'être trop exigeant pour un développement parfait du bébé et de décourager des jeunes mères pleines de bonne volonté.

Le travail de Madame Lisa Schiltz-Clees n'a pas été réalisé dans un contexte facile. Il a demandé une disponibilité, une souplesse et un sens de la créativité dans le respect des familles. Elle a pleinement réussi cette prouesse et nous la remercions pour cette analyse, à la fois scientifique et humaine. Elle nous sera d'un précieux secours pour continuer et améliorer ce travail de prévention auprès des plus démunis de nos parents.

Dr Roland Seligmann
Pédiatre et Président de l'ALUPSE

ZUSAMMENFASSUNG

Die ALUPSE-bébé ist ein Projekt, das im Jahre 2006 initiiert wurde und seit März 2010 ein fester Bestandteil des psychosozialen Netzwerks von Luxemburg geworden ist. Die ALUPSE-bébé begleitet und unterstützt psychosozial belastete Familien während der Schwangerschaft und während der ersten drei Lebensjahre des neugeborenen Kindes. Eines der Hauptziele der ALUPSE-bébé besteht in der Stärkung der elterlichen Kompetenzen und der Förderung eines optimalen Beziehungsaufbaus zwischen Eltern und Kind. Laut den Ergebnissen zahlreicher Studien aus der Bindungsforschung sollen die frühen, beziehungsfördernden Interventionen vor allem einen präventiven Wert haben. Sicher gebundene Kinder und Jugendliche sollen wesentlich seltener verhaltensauffällig werden als unsicher gebundene Kinder.

Um die Arbeit der ALUPSE-bébé wissenschaftlich zu untermauern, fand von Anfang 2008 bis Ende 2010 eine Evaluationsstudie statt. In dieser Evaluationsstudie wurde die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion während der beiden ersten Lebensjahre des Kindes mit Hilfe von Videoanalysen (CARE-Index) zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten gemessen. Gleichzeitig wurden das allgemeine Wohlergehen (Ängstlichkeits- und Depressionsskala aus dem SCL-90-R) sowie der Selbstwert (Rosenbergskala) der erwachsenen Interaktionspartner zum entsprechenden Messzeitpunkt erhoben. Die Stichprobe umfasste 16 Kinder in der Interventionsgruppe und 16 Kinder in einer Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung unterstreichen deutlich die Notwendigkeit einer frühen psychosozialen Intervention in Risikofamilien.

1.

EINFÜHRUNG UND BESCHREIBUNG DES PROJEKTS

ALUPSE-bébé begann in Form eines Projekts, das im Mai 2006 von Dr. Roland Seligmann und den Mitarbeitern des ALUPSE-Dialogues („*Association Luxembourgeoise pour la prévention des sévices à enfants*“) initiiert und ausgearbeitet wurde. Aufgrund jahrelanger Arbeit und Erfahrung im Bereich der körperlichen wie auch emotionalen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung erwies sich die Durchführung des Projekts für die Mitarbeiter der ALUPSE als dringend notwendig.

Der Grundgedanke des Projekts basiert auf einer frühen, beziehungsfördernden und präventiven Intervention in psychosozial belasteten Familien. Das Projekt beruht auf den Ergebnissen zahlreicher Studien (Ziegenhain & Fegert, 2004; Crittenden & Ainsworth, 1989), welche belegen, dass die Interaktion zwischen Säugling respektive Kleinkind und Eltern in psychosozial belasteten Familien oft belastet respektive gestört ist. Ein hohes Risiko für psychosoziale Belastung liegt zum Beispiel bei jugendlichen oder allein erziehenden Mütter vor, aber auch bei bei Suchtproblemen, Armut, psychischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, wie auch bei eigenen traumatischen Erlebnissen oder Deprivationserfahrungen der Eltern. Solche Forschungsergebnisse lassen sich dadurch erklären, dass die Eltern, bedingt durch die Last der persönlichen Probleme, oft nicht in der Lage sind, angemessen auf die Bedürfnisse und Signale ihres Säuglings einzugehen und zu reagieren (Papousek, 2004).

Auf Grund der milieubedingten und persönlichen Belastungssituation sind die angeborenen elterlichen Kompetenzen oftmals geschwächt und der Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung ist damit erschwert. Weitere Ergebnisse von Forschern aus dem frühkindlichen Bereich weisen darauf hin, dass eine frühe – im optimalen Fall schon während der Schwangerschaft - intensive wie auch einfühlsame Betreuung psychosozial belasteter Eltern die Auftretensrate von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sowie die Anzahl verhaltensauffälliger Kindern und Jugendlichen signifikant reduziert (Olds et al., 1986, 1994).

Die professionelle Unterstützung der Eltern bei der Bewältigung ihrer persönlichen Probleme und die Stärkung der elterlichen Kompetenzen soll diesen helfen, eine positive Gegenseitigkeit in der Interaktion mit dem Kind zu erfahren und eine sichere Bindungsperson für das Kind zu werden. Positive Erfahrungen auf der Beziehungsebene sind, laut Papoušek (2004), bereits bei den Neugeborenen eine wichtige Voraussetzung für deren optimale Entwicklung. Es scheint vor allem die Interaktion mit der primären Bezugsperson zu sein, die es dem Säugling erlaubt, erste Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen und direkte Rückmeldungen über sein eigenes Selbst zu erhalten. Ein Kind, das konsistente, positive Interaktionserfahrungen mit seiner Bezugsperson macht, wird im Laufe der Monate ein positiveres Selbstbild von sich selbst entwickeln als ein Kind, dessen Bezugsperson sich ihm gegenüber inkonsistent – einmal freundlich, ein anderes Mal abweisend – und situationsunangemessen verhält.

Frühe Bindungserfahrungen bestimmen die Qualität der Bilder, die ein Kind von sich und der Welt entwickelt. Bei der Gestaltung dieser Bilder benutzt das Kind sein kognitives wie auch sein affektives Wissen, welches ihm durch die Interaktion mit der Bezugsperson vermittelt wurde (Crittenden, 1995). Erfährt das Kind Wertschätzung und positive Rückmeldungen auf seine Reaktionen und sein Agieren, lernt es über sich selbst, dass es ein wichtiger und liebenswerter Mensch ist, und dass es sich lohnt, sich anzustrengen. Diese frühen Erfahrungen bilden die Basis des Selbstbildes und der Leistungsmotivation. Des Weiteren erhält das Kind in der Interaktion mit einer feinfühligem Bezugsperson ein Gefühl von Sicherheit, das es ihm erlaubt, die Welt unbefangen zu explorieren und wichtige Lebenserfahrungen zu machen. Der Begriff der "Feinfühligkeit" beschreibt ein Verhalten, durch das kindliche Unsicherheit und Unwohlsein vermindert werden kann – wir werden weiter unten bei Punkt 2.1.2 noch einmal auf diesem Begriff zurück kommen.

Feinfühligem Müttern gelingt es, auf die affektiven Zustände ihres Kindes angemessen zu reagieren und diese mit Hilfe des eigenen Gefühlszustandes zu regulieren. Das Kind sollte in einer Stresssituation von der Mutter getröstet und beruhigt werden. Auf diese Weise lernt es bereits in den ersten Lebensmonaten, dass Negatives ausgehalten und bewältigt werden kann (Schore, 2001). Mit Hilfe einer feinfühligem, konsequenten und vorhersehbaren Bezugsperson wird das Kind stabile, interne Arbeitsmuster entwickeln, die es auch in Zukunft in Stresssituationen erfolgreich einsetzen kann. Kinder und Jugendliche, welche Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulation haben, haben in ihrer frühen Kindheit diese wichtige Fähigkeit zur Selbstregulation auf Grund traumatischer Erfahrungen kaum oder nur unvollständig erworben. Diese schwache Form der Selbstregulation drückt sich in der Kindheit und in der Adoleszenz nicht nur durch mangelnde Impulskontrolle aus, sondern sie kann sich in destruktiven Handlungen gegenüber sich selbst und gegenüber Anderen manifestieren, ebenso wie in Aufmerksamkeitsstörungen und in zahlreichen anderen Verhaltensauffälligkeiten (Streeck-Fischer, 2004).

Eines der Hauptziele des Projekts ALUPSE-bébé liegt demnach in der *Unterstützung und Förderung des Aufbaus einer guten Mutter/Eltern-Kind-Beziehung*. Um dieses Ziel zu erreichen, begleiten und unterstützen geschulte Mitarbeiterinnen (eine Hebamme und eine Sozialarbeiterin) in regelmäßigen Abständen und innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens die belasteten Eltern in ihrer Interaktion mit ihrem Säugling beziehungsweise mit ihrem Kleinkind. Im Idealfall sieht das Projekt eine durchgehende Begleitung der Mutter von der Schwangerschaft bis hin zum dritten Lebensjahr des Kindes vor. Da sich gezeigt hat (Downing & Ziegenhain, 2001), dass Frauen während der Schwangerschaft offener und zugänglicher für Beratungs- und Unterstützungsgespräche sind,

versuchen die Mitarbeiterinnen der ALUPSE-bébé die Frauen der Risikogruppen falls möglich schon während der Schwangerschaft zu kontaktieren, um sie für eine Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen. Diese frühe Kontaktaufnahme soll dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen den Müttern und den Betreuerinnen dienen und dem allzu oft antreffenden Misstrauen der jungen Mütter entgegenwirken (leider ist eine Kontaktaufnahme während der Schwangerschaft nur in den seltensten Fällen möglich, da die werdenden Mütter nicht direkt erreichbar sind).

Die beiden Betreuerinnen stehen den Familien 24 auf 24 Stunden zu Verfügung. Bei dringenden Fragen ist immer eine der Betreuerinnen telefonisch zu erreichen. Die Anzahl der Hausbesuche variieren je nach Bedürfnis der Familie und Alter des Kindes von mehrmals die Woche bis zu alle paar Wochen einmal. Die Interventionen bestehen zum größten Teil aus Entwicklungsberatung was den Säugling oder das Kleinkind betrifft, aus der Förderung einer guten Mutter-Kind-Beziehung und aus Beratungsgesprächen bezüglich allgemeiner Lebensfragen (siehe hierzu auch Punkt 1.3). Vergleichbar zu statistischen Angaben aus den Nachbarsländern, scheinen laut ALUPSE auch in Luxemburg etwa 3% der angehenden Eltern eine solche entwicklungsfördernde Unterstützung zu benötigen.

Das Projekt wurde anfänglich von der Fondation Grande-Duchesse Maria Teresa, des Gesundheitsministerium und privaten Spenden finanziell getragen. Seit März 2010 ist aus dem Projekt ein fester Bestandteil der ALUPSE-Aktivitäten geworden. Zu der Hebamme und der Sozialarbeiterin wurde seit kurzem ein auf die frühe Kindheit spezialisierter Diplompsychologe eingestellt. Die Finanzierung wird mittlerweile unbefristet vom Gesundheitsministerium und von öffentlichen Spenden garantiert. Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts wurde von Januar 2008 bis Dezember 2010 von einer Mitarbeiterin der Universität Luxemburg (Forschungseinheit INSIDE) durchgeführt. Offizieller Beginn des Projekts war der 1. Februar 2007.

1.1

ZIELE DES PROJEKTS

Hier werden kurzfristige und langfristige Ziele voneinander unterschieden. Erstere beinhalten Indikatoren, welche die aktuelle Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes sowie die Mutter/Eltern-Kind-Beziehung beschreiben. Letztere umfassen langfristige Effekte in Kindheit und Jugend.

Als kurzfristige Ziele des Projekts werden im Einzelnen erfasst:

- Verminderung des Risikos einer Frühgeburt.
- Verkürzung des Krankenhausaufenthalts der Neugeborenen von psychosozial belasteten Müttern.
- Aufbau einer sicheren Mutter/Eltern-Kind-Bindung.
- Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere externalisierende Störungen beim Säugling (wie z.B. exzessives Schreien, Schlafstörungen und Fütterstörungen) und beim Kleinkind (oppositionelles Trotzverhalten, Störungen des Sozialverhaltens mit oder ohne aggressivem Verhalten).

- Förderung der somatischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes.
- Stärkung elterlicher Kompetenzen.
- Nachhaltige Vorbeugung von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung.
- Vermeidung von Fremdunterbringung.
- Unterbrechung intergenerationeller dysfunktionaler Beziehungsmuster (unsicherer Bindungsmuster) sowie dysfunktionaler individueller und familiärer Bewältigungsstrategien.

Langfristige Ziele des Projekts sind die Vorbeugung von:

- Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen.
- Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen.
- Aggressivem und delinquentem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen.
- Selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der Adoleszenz.
- Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen.
- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen.
- Bindungsstörungen bei nachfolgenden Geschwistern.
- Generationsübergreifenden Bindungsstörungen.

An dieser Stelle sei bereits darauf hingewiesen, dass eine Evaluation der langfristigen Ziele aufgrund des festgesetzten Zeitrahmens nicht möglich war.

1.2

ZIELGRUPPE

Die Zielgruppe besteht aus psychosozial belasteten Müttern und Familien. Einschluss- und Ausschlusskriterien, allgemeine Teilnahmebedingungen, Interventionsbereiche und Rekrutierung der Interventionsgruppe werden im Folgenden beschrieben.

1.2.1 EINSCHLUSSKRITERIEN

Die Einschlusskriterien wurden im Rahmen der medizinischen Schwangerschaftsbetreuung ermittelt und umfassen die folgenden Punkte:

- Schwangere Frauen oder Mütter, bei denen bereits Störungen in der Mutter-Kind-Bindung zu beobachten sind bzw. bei denen Risiken für mögliche Störungen dieser Bindung bestehen (z.B. psychisch gestörte, arbeitslose, alkoholranke, drogenabhängige oder sexuell missbrauchte Frauen).
- Jugendliche oder ältere Mütter in unsicheren, prekären Situationen (bei mangelnder oder fehlender sozialer und familiärer Unterstützung).

- Verhaltensunsichere Eltern mit geringem Selbstvertrauen und geringem elterlichem Kompetenzgefühl.
- Familien, die bereits wegen Vernachlässigung bzw. Misshandlung eines Kindes auffällig wurden bzw. Familien, bei denen ein Risiko von Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung besteht.
- Spontane Anfragen von schwangeren Frauen oder jungen Müttern.

1.2.2 AUSSCHLUSSKRITERIEN

Die folgenden Punkte wurden als Gründe für einen Ausschluss aus dem Projekt angesehen:

- Das Betreuerteam arbeitet nicht im Auftrag des Richters.
- Die Betreuung ist keine Alternative zur Fremdunterbringung.
- Die Ablehnung der Arbeit durch die Eltern.
- Wenn die Betreuerinnen einem Risiko von Gewalt und Aggressivität ausgesetzt sind.
- Familien, die außerhalb von Luxemburg wohnen.
- Drogensüchtige Eltern.
- Psychisch erkrankte Eltern, die sich weigern, ihre psychische Erkrankung behandeln zu lassen.
- Wenn die Befriedigung der basalen Bedürfnisse (Nahrung, Heizung, Kleidung, Pflege,...) des Kindes nicht zu einem Minimum garantiert und Fremdunterbringung indiziert ist.
- Zeitliche Überforderung des Betreuerteams.

1.2.3 TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Um von den Dienstleistungen des Projekts profitieren zu können, müssen bei den Familien folgende Bedingungen und Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Teilnahme ist freiwillig.
- In bestimmten Situationen muss eine multidisziplinäre Betreuung garantiert sein (z.B. bei psychiatrischen Störungen oder Drogenabhängigkeit müssen die Personen durch einen Psychiater beziehungsweise durch einen Arzt betreut werden).
- Bei einer Hospitalisation der Mutter wird die Betreuung auch während des Krankenhausaufenthalts stattfinden.
- Befindet sich die Mutter mit dem Kind in einem Frauenhaus oder einem Asylantenwohnheim, so kann die Betreuung nur mit Einverständnis der Verantwortlichen dieser Einrichtung stattfinden.
- Die Anzahl der persönlichen Kontakte wird von den Projektmitarbeiterinnen festgelegt und nicht von der Mutter. Die Anzahl der Interventionen wird dabei vom Alter des Kindes und von den anstehenden aktuellen Bedürfnissen der Mutter und des Kindes abhängen. Ueber diese Teilnahmebedingung müssen die Frauen aus der Untersuchungsgruppe bereits beim Erstkontakt in Kenntnis gesetzt werden und ihre Zustimmung dazu abgeben.
- Die Frauen müssen eine Sprache sprechen, die den Betreuerinnen geläufig ist.

1.2.4 INTERVENTIONSBEREICHE

Die Mitarbeiterinnen des Projekts bieten den Frauen der Untersuchungsgruppe regelmäßig folgende Hilfsdienste an:

- Informationen betreffend Schwangerschaft, Geburt, Stillen, Erziehung, Entwicklung des Kindes und Elternschaft.
- Unterstützung beim Bindungsaufbau.
- Beratung und praktische Hilfestellungen bei der Säuglingspflege und der Erziehung des Kleinkindes (Ernährung, Hygiene, Schlaf, ...).
- Emotionale Unterstützung der Eltern in Form von Gesprächen.
- Evaluation der körperlichen und emotionalen Entwicklung des Kindes mit Feedback an die Eltern.
- Schwangerschaftsverhütung bzw. -planung.
- Unterstützung der Eltern bei der Benutzung von öffentlichen Hilfsdiensten (Säuglingsfürsorgestellen, Kindertagesstätten, Kinderärzte, Kinderpsychiatrie, Jugendhilfe usw.).

Zusätzlich zu diesen Hilfsdiensten, erhalten die Kinder eine regelmäßige medizinische Betreuung durch einen Kinderarzt. Zu den nicht-angebotenen Diensten gehören unter anderem Wohnungssuche, finanzielle und juristische Beratung.

1.2.5 REKRUTIERUNG DER FAMILIEN

Die meisten Frauen respektive Mütter werden mit Hilfe der Ärzte und des Sozial- und Pflegedienstes der Entbindungsstationen rekrutiert. In einem ersten Schritt werden die betreffenden Ärzte und Dienste genauestens über die Arbeitsgruppe „Soutien à la Parentalité“ aufgeklärt. Dies geschieht in Form eines Informationsschreibens und durch persönliche Kontaktaufnahme. Die Ärzte und Mitarbeiter der Entbindungsstationen werden eingeladen, sich bei den Verantwortlichen des Projekts zu melden, wenn sie Mütter betreuen, die ihnen während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt ihres Kindes als belastet erscheinen und bei denen sie die Entwicklung und Versorgung des Neugeborenen gefährdet sehen. Die Leiter des Projekts nehmen darauf hin Kontakt zu der betreffenden Familie auf und bieten ihre Unterstützung an. Des Weiteren können auch Frauen durch soziale, externe Dienste rekrutiert werden. Einige Mütter wenden sich direkt an die ALUPSE-bébé und bitten um Unterstützung, nachdem sie durch eine Freundin oder eine Bekannte von deren Existenz gehört haben. Leider müssen aus Zeit- und Personalmangel immer wieder Familien abgelehnt werden. Im Jahre 2009 waren dies 17 Familien. Insgesamt wurden 30 Familien über das Jahr 2009 hinweg betreut, von denen nur 6 Familien im Jahre 2009 neu hinzugekommen sind. Die restlichen 24 Familien wurden aus den vorherigen Jahren übernommen.

2.

EVALUATION

Wie bereits erwähnt, wurde die Evaluation des Projekts von einer freien Mitarbeiterin (Lisa Schiltz-Clees, Diplompsychologin) der Universität Luxemburg unter der Leitung von Professor Dr. Dieter Ferring während eines Zeitraums von zwei Jahren durchgeführt¹. Aus finanziellen wie auch zeitlichen Gründen wurde die Studie abgeschlossen, als die Kinder das Alter von 24 Monaten erreicht hatten. Die für die Evaluation nötigen Untersuchungen wurden zu jedem Messzeitpunkt von derselben unabhängigen Person durchgeführt. Auch hier war der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Evaluationsleiterin und den Müttern der Interventionsgruppe von Bedeutung. Die Evaluationsleiterin wies die Mütter gleich beim Erstkontakt darauf hin, dass diese Untersuchung von der Universität Luxemburg durchgeführt werden würde, absolut anonym sei und die Mutter und ihr Kind an drei Messzeitpunkten (wenn das Kind 6, 12 und 24 Monate alt sei) evaluiert werden würden. Den Eltern wurde erklärt, dass sie durch ihre Teilnahme an dieser Studie nachkommenden Müttern einen großen Dienst leisten würden, da die Weiterführung des Projekts ALUPSE-bébé durch die Ergebnisse der Evaluationsstudie beeinflusst werden könnte. Zu den drei Messzeitpunkten war meistens eine der Projektmitarbeiterinnen präsent. Diese zog sich während der Evaluation diskret zurück beziehungsweise beschäftigte sich mit den älteren Geschwistern. Die Bezugsperson sollte nicht durch die Präsenz der Projektmitarbeiterin in ihrem Verhalten oder in ihren Antworten beeinflusst werden. Den Familien, die an der Evaluationsstudie teilnahmen, wurde eine Kopie der Videoaufnahmen von den drei aufgenommenen Interaktionen mit ihrem Kind versprochen.

¹ Frau Dr. Ute Ziegenhain von der Universität Ulm stand Frau Schiltz-Clees während der gesamten Evaluation beratend und unterstützend zur Seite. An dieser Stelle gewährt ihr einen großen Dank.

2.1

MESSINSTRUMENTE

Im Folgenden werden die zur Evaluation eingesetzten Instrumente vorgestellt und kurz erläutert. Hierbei handelt es sich um einen Anamnesefragebogen, den CARE-Index, die Depressions- und Ängstlichkeitsskala aus dem SCL-90-R und die Selbstwertskala von Rosenberg.

2.1.1 ANAMNESEFRAGEBOGEN

Der Anamnesefragebogen (siehe Anhang) sollte dazu dienen, einen Überblick über die demographischen und psychosozialen Daten der beiden Untersuchungsgruppen zu bekommen. Er wurde gleich beim Erstkontakt der Projektmitarbeiterinnen mit den Müttern aus der Interventionsgruppe ausgefüllt. Da die Teilnahme an der Evaluationsstudie freiwillig war, wurde der Anamnesefragebogen nur von den Müttern, die sich dazu bereit erklärten, an der Evaluationsstudie teilzunehmen, ausgefüllt. Bei der Kontrollgruppe war es die Evaluationsleiterin, die den Fragebogen zusammen mit den entsprechenden Müttern zum Zeitpunkt des ersten Evaluationstermins ausfüllte. Der Anamnesefragebogen der Kontrollgruppe enthält im Vergleich zum Fragebogen der Interventionsgruppe leichte Änderungen, da hier alle Nachfragen zur Intervention durch ALUPSE-bébé entfielen.

2.1.2 CARE-INDEX

Der CARE-Index ist ein Evaluationsinstrument, das von Patricia Crittenden (1981,1988, 1997-2004) vor allem zu Forschungszwecken entwickelt wurde. Dabei wird eine kurze Videosequenz des Kindes und der Mutter von einem unabhängigen Kodierer hinsichtlich diverser Kriterien ausgewertet. Obwohl davon ausgegangen wird, dass der CARE-Index zum Erkennen von hohen Risikofamilien eingesetzt werden kann, stellt er doch kein eigenständiges Diagnoseinstrument dar und die Ergebnisse der Videoanalyse können daher nur ergänzend zu weiteren Informationen benutzt werden. Generell kann der CARE-Index in den folgenden vier Bereichen eingesetzt werden: in der Forschung, als Screeningverfahren, im Rahmen einer psychosozialen Intervention und bei der Evaluation von Interventionen.

Der CARE-Index bezieht sich auf eine drei- bis fünfminütige Spielsequenz zwischen einer primären Bezugsperson und dem Kind. Das Kind soll dabei keinen Stress erleben, sondern es soll Freude an der Interaktion mit der Bezugsperson haben. Die Spielsequenz kann sowohl bei der Familie zu Hause oder in einem für Mutter und Kind fremden Raum aufgenommen werden. Die Evaluationsleiterin stellt den Müttern eine Reihe von Spielsachen zur Verfügung und lädt die Mütter ein, sich mit dem Kind zu beschäftigen, zu spielen und Spaß zu haben. Hier unterscheidet sich der Care-Index erheblich von Mary Ainsworths „*Fremde Situationstest*“, wo das Kind bewusst einer Stresssituation ausgesetzt wird und je nach Reaktionen des Kindes das Bindungsmuster (Typ B: sicheres Bindungsmuster, Typ A: unsicher-vermeidendes Bindungsmuster und Typ C: unsicher-ambivalentes Muster) festgestellt werden kann. Der

CARE-Index seinerseits erlaubt nicht, ein Bindungsmuster festzustellen, sondern er ermöglicht Interaktions-Charakteristika zu beobachten, die mit den unterschiedlichen Bindungsmustern in Beziehung stehen. Patricia Crittenden zählt in ihrem Manual des CARE-Indexes eine ganze Reihe von Merkmalen auf, welche dem Beobachter erlauben, sich auf die unterschiedlichen Interaktions-Charakteristika festzulegen. Im Folgenden wird nun zuerst die dyadische Synchronizitätsskala vorgestellt. Später werden dann die unterschiedlichen Interaktions-Charakteristika aufgezählt und an Hand einiger Merkmale illustriert.

(a) Dyadische Synchronizitätsskala

Die Synchronizitätsskala soll eine generelle Einschätzung der Interaktion wiedergeben. Dabei soll der Kodierer nicht detailliert auf die Merkmale der Interaktion achten, sondern eher einen ersten allgemeinen Eindruck über die Qualität der Interaktion wiedergeben. Die dyadische Synchronizitäts-Skala kann zwischen 0 und 14 Punkten variieren und einem der folgenden Bereiche zugeordnet werden:

- Adäquater Bereich (7-14), wobei Werte von 11-14 dem sensitiven Bereich zugeordnet werden
- Interventions Bereich (5-6)
- Hoch-Risiko Bereich (0-4)

Die meisten Mutter-Kind-Dyaden befinden sich in der Regel im oberen Bereich der Synchronizitätsskala, d.h. sie erhalten einen Skalenwert, der zwischen 7 und 10 Punkten liegt. In diesem Bereich zeigt die Interaktion zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind einige kleine Schwächen, die jedoch keinen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben werden. Skalenwerte von 11-14 sind eher selten. Nur extrem feinfühlig Mütter werden in der Interaktion mit ihrem Kind einen solchen hohen Skalenwert erreichen. Wird einer Dyade einen Synchronizitätswert von 5-6 zugeordnet, zeigen Kind und Bezugsperson in ihrer Interaktion erhebliche Schwächen, welche die weitere optimale Entwicklung des Kindes gefährden könnten. Hier wäre eine professionelle Unterstützung der Familien angebracht. Bei Werten, die unter 5 Punkten liegen, scheint das Risiko einer Gefährdung des Kindeswohls bereits vorzuliegen und bei Werten, die unter 3 liegen, sollte eine Fremdunterbringung in Betracht bezogen werden. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der CARE-Index kein Diagnostik-Instrument ist. Er gibt ausschließlich Hinweise auf eine eventuelle Kindeswohlgefährdung. Die Bestätigung der Diagnose sollte erst nach zahlreichen weiteren diagnostischen Untersuchungen erfolgen.

(b) Interaktions-Charakteristika beim Erwachsenen:

Hier werden die folgenden Charakteristika unterschieden:

- sensitiv
- kontrollierend
- nicht-responsiv

Ein **sensitiver** Erwachsener sollte prompt und adäquat auf die kindlichen Signale reagieren (Papousek spricht diesbezüglich von einer *feinfühlig*en primären Bezugsperson, bei Ainsworth finden wir den Begriff „*sensitive responsiveness*“). Im Spiel zeigt sich feinfühliges Verhalten darin, dass es dem Erwachsenen gelingt, das Wohlbefinden und die Aufmerksamkeit des Kindes zu erhöhen respektive den Zustand von kindlichem Unwohlsein (*engl.: distress*) zu vermindern (Crittenden, 1997-2004).

Laut Crittenden (2005) lernen Säuglinge sensitiver Mütter vor allem zwei Dinge:

- (1) Auf der kognitiven Ebene erfahren die Kinder voraussehbare Zusammenhänge zwischen ihrem Tun (z.B. Weinen bei Unbehagen) und den Reaktionen der Mutter (die Mutter nimmt das weinende Kind auf den Arm und tröstet es). Sie machen so die ersten wichtigen Selbstwirksamkeitserfahrungen, die die Grundlage für den Aufbau eines positiven Selbstbildes sind.
- (2) Indem die Mutter den Erregungszustand des Babys wahrnimmt und angemessen auf diesen reagiert, fühlt das Baby sich verstanden, und es lernt auf der affektiven Ebene, seinen Gefühlszustand mit einer anderen Person zu teilen. Mit Hilfe der Mutter gelingt es dem Kind so immer besser, seine Gefühle auszudrücken und diese zu regulieren.

Bei **kontrollierenden** und **nicht-responsiven** Erwachsenen unterscheidet Crittenden zwischen (a) verdeckten und (b) offenen Formen. Verdeckt kontrollierende Erwachsene scheinen auf die Signale des Kindes zu reagieren, tun dies jedoch in einer inkongruenten Weise (zum Beispiel die Mutter lächelt das Kind an, stört es jedoch deutlich beim Spiel, indem sie ständig die Spielsequenzen vorgibt). Offen kontrollierende Erwachsene dagegen scheinen in ihrem Verhalten eine sichtbare Feindseligkeit ihrem Kind gegenüber auszudrücken. Sie geben dem Beobachter nicht den Anschein einer harmonischen Interaktion, sondern zeigen offen ihre feindselige Einstellung gegenüber dem Kind. Verdeckt nicht-responsive Erwachsene scheinen gar nicht oder unangemessen auf die Signale des Kindes zu reagieren (z. B. die Mutter zeigt ein lächelndes Gesicht während das Kind Unwohlsein ausdrückt). Bei offenen nicht-responsiven Erwachsenen sollen die Kinder so gut wie keine Informationen vom erwachsenen Interaktionspartner erhalten: kein Lächeln aber auch keine Feindseligkeit, sondern ein neutrales eher unbekümmertes Gesicht. Sensitives Verhalten steht in Opposition zum kontrollierenden und nicht-responsiven Verhalten.

(c) Interaktions-Charakteristika beim Säugling (engl.: infant) 0-15 Monate:

Hier werden vier Charakteristika unterschieden:

- kooperativ
- zwanghaft
- schwierig
- passiv

Für Crittenden ist ein **kooperativer** Säugling ein Säugling, der sich auf die Interaktion mit seiner Bezugsperson aktiv einlässt und Freude an der Interaktion zeigt. Unter **zwanghaften** Säuglingen versteht Crittenden Säuglinge, welche ihr Verhaltensmuster so angepasst haben, dass sie die Bezugsperson zufrieden stellen (zum Beispiel ein Säugling lächelt seine depressive und abweisende Mutter an) oder aus Angst vor den unvorhersagbaren Reaktionen der Bezugsperson ihre kindlichen Bedürfnisse unterdrücken. Zwanghaftes Verhalten scheint demnach eine adaptive Antwort auf ein kontrollierendes Erwachsenenverhalten zu sein. Ein **schwieriger** Säugling soll bewusst den Augenkontakt meiden, unzufriedene Laute von sich geben, ein hohes Erregungsniveau zeigen und/oder den Interaktionspartner aktiv zurückweisen. **Passive** Säuglinge erkennt Crittenden daran, dass sie einen regungslosen und abwesenden Gesichtsausdruck und kaum Augenkontakt mit ihrer Bezugsperson haben. Diese Kinder scheinen weder einen klaren positiven noch einen deutlich negativen Affekt zu zeigen. Das Erregungsniveau soll niedrig und der Körper schlaff sein.

(d) Interaktions-Charakteristika beim Kleinkind (engl.: toddler) 16-30 Monate

Auch hier unterscheidet Crittenden vier Charakteristika:

- kooperativ
- zwanghaft
- drohend
- entwaffnend

Bei dem Kleinkind, das im CARE-Index die Alterskategorie von 16-30 Monaten erreicht hat, ersetzt Crittenden die Dimensionen *schwierig* und *passiv* entwicklungsgerecht durch *drohend* und *entwaffnend*. Ein **drohendes** Kleinkind scheint seine Trauer hinter seinem aggressiven Auftreten zu verstecken. Es zeigt in seinem Verhalten Wut und Ärger und unterdrückt sein Bedürfnis nach Trost. Ein **entwaffnendes** Kleinkind zeigt dagegen eine vorgetäuschte Hilflosigkeit und Ängstlichkeit. Durch seinen flehenden Blick versucht das Kind beim Erwachsenen das zu erreichen, was es möchte.

Bei der Kodierung der einzelnen Interaktions-Charakteristika werden die Interaktions-Merkmale in den folgenden **sieben Verhaltensaspekten** analysiert und eingeschätzt:

1. Gesichtsausdruck
2. stimmlicher Ausdruck
3. Position/Körperkontakt
4. Erregung und Zuneigung (Affekt)
5. wechselseitige Übergänge (engl.: *turn-taking*)
6. Kontrolle
7. Wahl der Aktivität

Jeder dieser sieben Verhaltensaspekte wird vom Kodierer bei der Analyse der Videosequenz auf die unterschiedlichen Interaktions-Charakteristika hin überprüft und kann bis zu maximal zwei Punkte erhalten. Demnach können insgesamt 14 vergeben werden. Erhält eine Mutter zum Beispiel auf dem Merkmal „sensitiv“ 14 Punkte – die Mutter hat in allen sieben Verhaltensaspekten für das Interaktions-Merkmal „sensitiv“ 2 Punkte erhalten –, hat sie den höchsten Wert im Bereich einer sensitiven, feinfühligem Mutter erreicht. Erhält sie dagegen vom Kodierer 6 Punkte für das Merkmal „sensitiv“, 6 Punkte für das Merkmal „kontrollierend“ und 2 Punkte für das Merkmal „nicht-responsiv“ so scheint es sich um eine sensitiv-kontrollierende Mutter zu handeln. Ähnlich ist es bei der Bewertung der Interaktions-Charakteristika des Kindes. Meistens geht ein hoher Sensitivitäts-Wert bei der Mutter mit einem hohen Kooperations-Wert beim Kind einher. Bei einer kontrollierenden Mutter kann beim Kind oft ein zwanghaftes oder ein schwieriges Verhalten beobachtet werden. Bei einer nicht-responsiven Mutter fällt das Kind eher durch passive Interaktions-Charakteristika auf.

Weitere Anmerkungen zur Interpretation des CARE-Indexes:

- (1) Die Ergebnisse des CARE-Indexes sollen immer in Bezug auf das genetisch bedingte Temperament des Kindes, auf die Lebensgeschichte der primären Bezugsperson und auf deren kulturellen Hintergrund der Familie interpretiert werden.
- (2) Der CARE-Index ist spezifisch für eine Dyade. Die Ergebnisse einer Mutter-Kind-Interaktion sind unabhängig von den Ergebnissen desselben Kindes in der Interaktion mit dem Vater.
- (3) Einen prädiktiven Wert für die weitere Entwicklung des Kindes haben vor allem die Ergebnisse des CARE-Indexes, die in der Interaktion des Kindes mit seiner primären Bezugsperson resultieren.
- (4) Die Beziehung des Vaters zu seinem Kind ist oft von spielerischer Natur, so lange der Vater nicht die Rolle der ersten Bezugsperson übernommen hat.

Reliabilität des Verfahrens

Die vorliegende Studie wurde von drei unabhängigen Kodierern blind ausgewertet. Was die Reliabilität der Kodierer betrifft, so weist Crittenden (2007) darauf hin, dass die Voraussetzungen zu einer reliablen Kodierung relativ schwierig und mit einem großem zeitlichen Zeitaufwand verbunden sind. Für die Dimensionen *mütterliche Sensitivität* und *kindliche Kooperation* sollte eine Inter-Rater-Reliabilität von .80-.85% Übereinstimmung erreicht werden. Für alle anderen Dimensionen genügt eine Reliabilität von .75%. Ein intensives Training ist notwendig, um eine solche Reliabilität zu erlangen, und nur geschulte, erfahrene Personen sollten den Index kodieren. Damit ein Kodierer seine Reliabilität nicht verliert, sollte er zudem regelmäßig üben und sich mit erfahrenen Kollegen austauschen. Ansonsten riskiert die Fehlerquote relativ hoch zu werden. Einige der vorliegenden Sequenzen zum CARE-Index wurden von zwei unabhängigen Kodierern ausgewertet.

2.1.3 DEPRESSIONS- UND ÄNGSTLICHKEITSSKALA AUS DEM SCL-90-R

Die Symptomcheckliste 90-R ist ein diagnostisches Verfahren, das die psychische Belastung der vorausgegangenen sieben Tagen erfasst. Aus den neun Skalen des SCL-90-R wurden die beiden Skalen *Ängstlichkeit* und *Depression* zur Messung des subjektiv empfundenen Empfindlichkeitszustandes der Bezugsperson zum Zeitpunkt der Videoaufnahmen ausgewählt. Beide Skalen haben eine Antwortskala, die von „überhaupt nicht“ (0), „ein wenig“ (1), „ziemlich“ (2), „stark“ (3) bis zu „sehr stark“ (4) reicht. Die Ängstlichkeitsskala umfaßt 10 Items und die Depressionsskala enthält 13 Items. Ein hoher Wert (maximal 4) deutet auf eine erhöhte Ängstlichkeit respektive auf einen depressiven Zustand hin.

2.1.4 SELBSTWERTSKALA VON ROSENBERG

Ein weiterer Teilbereich des Erhebungsverfahrens bestand, wie bereits erwähnt, aus der Erfassung des Selbstwertgefühls. Die zehn Items aus der „Self-Esteem Scale“ von Rosenberg (1965) wurden vollständig in Übersetzung von Ferring und Filipp (1996) übernommen. Die Skala enthält eine vierfachgestufte Antwortskala, auf der die befragte Person angeben soll, inwieweit er oder sie den vorgelegten Aussagen zustimmt. Die Antwortskala reicht von „trifft voll und ganz zu“ (4), „trifft eher zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (2) bis zu „trifft ganz und gar nicht zu“ (1). Die negativ gepolten Items wurden umkodiert, so dass hohe Werte der Skala einem hohen Selbstwertgefühl entsprechen.

Die mittleren Itemstatistiken und die psychometrischen Kennwerte der „Self-Esteem“ Skala, so wie sie in der deutschen Fassung von Ferring und Filipp (1996) vorgelegt wurden, belegen die Reliabilität und Validität des Verfahrens.

Reliabilitätsanalyse der hier verwendeten Fragebogen

Wie bereits erwähnt sollen die beiden Skalen aus dem SCL-90-R wie auch die Selbstwertskala von Rosenberg dazu dienen, den psychischen Zustand des erwachsenen Interaktionspartners zu erfassen und ihn mit den Ergebnissen des CARE-Indexes in Verbindung bringen. In Tabelle 1 sind die Reliabilitätschätzungen mittels des Cronbach-Alpha-Koeffizienten abgetragen, die in der vorliegenden Studie zu den drei Messzeitpunkten resultierten. Hier zeigt sich, dass die Skalen zu Depression und Ängstlichkeit wie auch die Rosenberg-Skala sehr hohe und zufriedenstellende Werte aufweisen.

TABELLE 1: RELIABILITÄTSSCHÄTZUNGEN MITTELS CRONBACH-ALPHA DER DREI SKALEN ZU ANGST, DEPRESSION UND SELBSTWERTGEFÜHL.

SKALA	T1	T2	T3
Ängstlichkeitswert	.91 N=20	.92 N=18	.86 N=14
Depressionswert	.85 N=21	.87 N=18	.91 N=15
Selbstwert	.86 N=22	.92 N=27	.90 N=24

Da sich in beiden Evaluationsgruppen zahlreiche französisch sprechende Mütter befanden, wurden die beiden Skalen des SCL-90-R wie auch die Selbstwertskala von Rosenberg den Müttern auch in einer französischen Fassung vorgelegt. Die Mütter konnten zwischen der deutschen und der französischen Version frei wählen. Die Übersetzung der Items wurde von einer diplomierten Übersetzerin² durchgeführt.

² Die Autoren möchten sich hier bei Frau Chantal Comes-Mousel für die geleistete Arbeit sehr herzlich bedanken.

2.2

STICHPROBEN

Um eine aussagekräftige Evaluation zu gewährleisten, ist das Hinzuziehen einer Kontrollgruppe unerlässlich. Im Folgenden soll nun die Rekrutierung der beiden Untersuchungsgruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) für die Evaluationsstudie beschrieben werden.

2.2.1 INTERVENTIONSGRUPPE

Die Interventionsgruppe bestand aus Familien, die im Rahmen des Projekts ALUPSE-bébé betreut wurden. Die Projektmitarbeiterinnen fragten zufällig ausgewählte Familien, ob sie bereit wären an der Evaluationsstudie des Projekts „ALUPSE-bébé“ teilzunehmen. Bei einer Zustimmung von Seiten der Familie – nur zwei der insgesamt 17 befragten Familien lehnten eine Teilnahme ab – begleitete die Evaluationsleiterin die Projektmitarbeiterinnen zu deren nächsten Hausbesuch. Der Besuch der Evaluationsleiterin wurde vor jedem Messzeitpunkt von den Projektmitarbeiterinnen bei den Familien angekündigt. Während der Untersuchung zogen die Projektmitarbeiterinnen sich in der Regel räumlich zurück, damit die Eltern ohne Zwang mit der Evaluationsleiterin reden konnten. Manchmal war dies wegen der Enge des Wohnraums oder wegen der Sprachschwierigkeiten der Eltern – die Mutter sprach nur Portugiesisch und die portugiesische Betreuerin musste die Fragen und die Antworten übersetzen – nicht möglich. Da der Hauptteil der Evaluation aus der Analyse von Videoaufnahmen bestand, wurde den Eltern diese Vorgehensweise genau erklärt. Vor dem Erstkontakt mit der Evaluationsleiterin hatten die Projektmitarbeiterinnen die Familien schon kurz darauf hingewiesen, dass sie von der Evaluationsleiterin während einer kurzen Spielsequenz mit ihrem Kind gefilmt werden würden (eine genaue Beschreibung dieser Videoanalyse befindet sich unter Punkt 2.1.2). Insgesamt nahmen 15 Familien und 16 Kinder (in einer Familie wurden zwei Kinder evaluiert) aus der Interventionsgruppe an der Studie teil.

2.2.2 KONTROLLGRUPPE

Die Familien, welche der Kontrollgruppe angehörten, wurden größtenteils nach dem Zufallsprinzip ausgesucht. Eltern, die im Wartezimmer eines Kinderarztes auf ihren Arzttermin warteten, wurden – mit Einwilligung des zuständigen Kinderarztes – direkt von der Evaluationsleiterin angesprochen. Das Projekt „ALUPSE-bébé“ wurde den Familien kurz vorgestellt und die Eltern wurden gefragt, ob sie gewillt wären, als Kontrollgruppe an der Studie teilzunehmen. Auch hier wurde den Eltern ein anonymer Umgang mit den Daten zugesichert. Bis auf eine Absage waren alle angesprochenen Eltern bereit, mit ihren Kindern an der Studie teilzunehmen. Drei weitere Familien stammten aus dem Bekanntenkreis der Evaluationsleiterin. Diese Familien wurden, angesichts des passenden Alters ihrer Kinder, direkt von der Evaluationsleiterin bezüglich einer Teilnahme an der Studie angesprochen. Die Familien aus der Kontrollgruppe durften selbst entscheiden, ob die Evaluation bei ihnen zu Hause oder in einem neutralen Praxisraum des Kinderarztes stattfinden sollte. Ihnen wurde gesagt, dass sie telefonisch kontaktiert werden würden, sobald ihr Kind 6, 12 und 24 Monate alt wäre.

Die Kontrollgruppe bestand aus 15 Familien und 16 Kindern (einmal Zwillingsgeschwister).

2.3

DESIGN

Beide Untersuchungsgruppen wurden zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten evaluiert. Dem ersten Messzeitpunkt ist, wie bereits weiter oben erwähnt, ein Anamnesefragebogen vorausgegangen. Dieser Fragebogen wurde von den Projektmitarbeiterinnen zusammen mit den Eltern ausgefüllt. Die Messzeitpunkte sollten mit einem Zeitfenster von etwa zwei Wochen um das erwünschte Alter liegen. Leider war dies aus den unterschiedlichsten Gründen (siehe hierzu Punkt 2.5) nicht immer möglich. Eines der Kinder konnte zum zweiten Messzeitpunkt sogar erst im Alter von 17 Monaten evaluiert werden.

Wie Tabelle 2 zeigt, konnten nicht alle 16 Kinder aus den jeweiligen Gruppen zu allen drei Messzeitpunkten evaluiert werden (die Erklärungen hierfür befinden sich ebenfalls unter Punkt 2.5). In der Interventionsgruppe (IG) waren es lediglich 8 Kinder, die durchgängig zu den drei Messzeitpunkten evaluiert worden sind, in der Kontrollgruppe (KG) war dies nur siebenmal möglich.

TABELLE 2: ANZAHL DER EVALUIERTEN KINDER ZU DEN DREI MESSZEITPUNKTEN

	INTERVENTIONSGRUPPE	KONTROLLGRUPPE
1. Messzeitpunkt	11	10
2. Messzeitpunkt	14	14
3. Messzeitpunkt	14	12

2.4

ERGEBNIS

Die Analyse der gesammelten Daten wird auf Grund der zu kleinen Stichprobengrößen (NIG=16 und NKG=16) einen rein deskriptiven Charakter haben und sich ausschließlich auf die Qualität der beobachteten Interaktionen zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson sowie auf das psychische Wohlergehen (Depression, Ängstlichkeit und Selbstwert) der betreffenden Bezugsperson beschränken. Aufgetretene statistische Signifikanzen werden demnach nicht in Betracht gezogen, da diese in solch kleinen Stichproben auch aufgrund einzelner Extremwerte leicht zustande kommen können. Die Diskussion der Ergebnisse wird den Akzent auf die Beschreibung und Analyse der einzelnen Fälle legen.

2.4.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER INTERVENTIONSGRUPPE UND DER KONTROLLGRUPPE

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über Nationalität und Altersgruppe gegeben werden. Die Gruppen sind, was die Herkunftsländer betrifft, beinahe identisch. Die insgesamt 30 Familien sind mit sieben unterschiedlichen Nationen vertreten. Hier sei kurz erwähnt, dass bei der Auswertung der Videoanalysen nicht auf mögliche Auswirkungen der kulturellen Unterschiede eingegangen werden kann, da die hierzu notwendigen Ressourcen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht vorhanden waren.

TABELLE 3: NATIONALITÄTEN DER INTERVENTIONSGRUPPE UND DER KONTROLLGRUPPE

HERKUNFTSLAND DER MÜTTER	INTERVENTIONSGRUPPE	KONTROLLGRUPPE
Luxemburg	6	6
Frankreich	4	4
Portugal	3	3
Albanien	1	-
Kamerun	1	-
Montenegro	-	1
Russland	-	1
Insgesamt	15 Familien	15 Familien

Die Altersspanne reicht von 17 bis 48 Jahren. Die jüngsten Eltern befinden sich in der Interventionsgruppe (beide Elternteile waren bei der Geburt des Kindes 17 Jahre alt).

TABELLE 4: ALTERSPANNE DER BEIDEN UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

	INTERVENTIONSGRUPPE	KONTROLLGRUPPE
Altersspanne der Mütter	17-41	21-39
Altersspanne der Väter	17-43	25-48

2.4.2 INFORMATIONEN AUS DEM ANAMNESEFRAGEBOGEN

Die folgende Tabelle enthält einige ausgesuchte Daten, die aus dem Anamnesefragebogen stammen und denen ein direkter Einfluss auf die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und auf das psychische Wohlergehen der Bezugsperson zugeschrieben werden kann. Wie die Zahlen in der Tabelle zeigen, befinden sich - im Vergleich zur Kontrollgruppe - auf der Seite der Interventionsgruppe wesentlich häufiger Mütter und Väter mit gesundheitlichen respektive psychischen Problemen. Auch kam es in der Interventionsgruppe in zwei Fällen zu einer Mutter-Kind-Trennung gleich nach der Geburt. In beiden Fällen mussten die Kinder aus gesundheitlichen Gründen während einer längeren Zeit unter medizinischer Beobachtung bleiben.

TABELLE 5: DESKRIPTIVER VERGLEICH EINIGER AUSGEWÄHLTER ANAMNESEDATEN DER INTERVENTIONSGRUPPE (IG) MIT DER KONTROLLGRUPPE (KG)

ANAMNESEDATEN	INTERVENTIONSGRUPPE		KONTROLLGRUPPE	
Anzahl der evaluierten Mütter	N=15		N=15	
Alleinerziehende Mutter	2	(13,3%)	0	(0%)
Bekannte gesundheitliche und/oder psychische Probleme der Mutter	11	(73,3%)	3	(20%)
Gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft	6	(40%)	0	(0%)
Erstgeburt	10	(66,7%)	9	(60%)
Finanzielle Probleme	7	(46,7%)	2	(13,3%)
Bekannte gesundheitliche und/oder psychische Probleme des Vaters	5	(33,3%)	0	(0%)
Anzahl der evaluierten Kinder	N=16		N=16	
Frühgeburt	1	(6,25%)	0	(0%)
Gestillte Babys	7	(46,7%)	12	(75%)
Mutter-Kind-Trennung gleich nach der Geburt (Dauer der Trennung: 10-120 Tage)	2	(12,5%)	0	(0%)

2.4.3 ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN DER BEZUGSPERSON

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse, die bei der Erfassung des allgemeinen Wohlbefindens der Bezugspersonen zu den Zeitpunkten der Videoaufnahmen resultierten, dargestellt und kurz erläutert werden. Bei der deskriptiven Analyse der Wohlbefindlichkeitswerte sei erneut daraufhin gewiesen, dass es sich um relativ kleine Stichproben handelt und die deskriptive Statistik demnach nur einen geringen Aussagewert haben wird.

Wie aus Tabelle 6 sichtbar wird, hat der Durchschnitt der Bezugspersonen aus der Interventionsgruppe zu den drei Messzeitpunkten einen höheren Wert auf der **Depressionsskala** als die Personen aus der Kontrollgruppe. Dies deutet darauf hin, dass die Bezugspersonen der Interventionsgruppe zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten belasteter waren als die Bezugspersonen aus der Kontrollgruppe. Während bei der Kontrollgruppe der Mittelwert über die drei Messzeitpunkte hinweg deutlich abnimmt, sind bei der Interventionsgruppe diesbezüglich kaum Veränderungen zu beobachten.

TABELLE 6: DEPRESSIONSMITTELWERTE DER BEIDEN GRUPPEN (INTERVENTIONS-UND KONTROLLGRUPPE) ÜBER DIE DREI MESSZEITPUNKTE HINWEG

MESSZEITPUNKT	GRUPPE	N	M	SD
Depression t1	Intervention	12	1,06	,63
	Kontroll	10	,77	,82
Depression t2	Intervention	14	1,24	,94
	Kontroll	14	,58	,60
Depression t3	Intervention	12	,95	1,01
	Kontroll	12	,33	,33

Skalenwerte von 0-4: „überhaupt nicht“ (0), „ein wenig“ (1), „ziemlich“ (2), „stark“ (3) und „sehr stark“ (4); M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

Die Werte, die weiter unten in Tabelle 7 aufgeführt sind, weisen darauf hin, dass die **allgemeine Ängstlichkeit** sowohl in der Interaktionsgruppe wie auch in der Kontrollgruppe bei den Bezugspersonen über die 24 Monate hinweg tendenziell abnehmen. Die Werte der Kontrollgruppe liegen zu den Messzeitpunkten t2 und t3 niedriger als die der Interventionsgruppe.

TABELLE 7: ÄNGSTLICHKEITSMITTELWERTE DER BEIDEN GRUPPEN (INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE) ÜBER DIE DREI MESSZEITPUNKTE HINWEG

	GRUPPE	N	M	SD
Angstskala t1	Intervention	12	0,90	1,05
	Kontroll	10	1,01	1,05
Angstskala t2	Intervention	14	,84	,80
	Kontroll	14	,75	,88
Angstskala t3	Intervention	12	,71	,78
	Kontroll	12	,44	,48

Anmerkung: Skalenwerte von 0-4: „überhaupt nicht“ (0), „ein wenig“ (1), „ziemlich“ (2), „stark“ (3) und „sehr stark“ (4); M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

Was die **Selbstwertkala** von Rosenberg betrifft, so liegen die Durchschnittswerte der beiden Gruppen über die drei Messzeitpunkte hinweg in einem ähnlichen Bereich (siehe hierzu Tabelle 8). Auch ist zu den unterschiedlichen Zeiten der Datenerhebung keine deutliche Veränderung der Werte festzustellen.

TABELLE 8: SELBSTWERT DER BEIDEN GRUPPEN (INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE) ÜBER DIE DREI MESSZEITPUNKTE HINWEG

MESSZEITPUNKT	GRUPPE	N	M	SD
Selbstwert t1	Intervention	12	2,88	,53
	Kontroll	10	3,05	,81
Selbstwert t2	Intervention	14	3,01	,66
	Kontroll	14	3,12	,81
Selbstwert t3	Intervention	12	3,07	,69
	Kontroll	12	3,33	,60

Anmerkung: Skalenwerte von 1-4: „trifft voll und ganz zu“ (4), „trifft eher zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (2) und „trifft ganz und gar nicht zu“ (1); M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

2.4.4 ERGEBNISSE DES CARE-INDEXES

Im Folgenden werden die Daten des CARE-Indexes (siehe **Tabelle 10** im Anhang) in beiden Untersuchungsgruppen bezüglich der Entwicklung der unterschiedlichen Interaktionsmuster untersucht und auf klinischer Ebene erläutert. Hierbei werden Einflussgrößen wie demographische Daten sowie Informationen aus dem Anamnesefragebogen mit einfließen.

2.4.4.1 SYNCHRONIZITÄT

Der dyadische Synchronizitätsmittelwert – eine allgemeine Einschätzung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion – ist in Tabelle 9 wiedergegeben. Hier zeigt sich, dass der Wert in der Interventionsgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg kaum variiert und sich auch zum dritten Messzeitpunkt noch im Interventionsbereich (5–6) befindet. Der Synchronizitätsmittelwert der Kontrollgruppe hat sich dagegen deutlich verbessert. Er wechselt vom Interventionsbereich zum ersten Messzeitpunkt in den adäquaten Bereich (7–14) zum zweiten und dritten Messzeitpunkt. Diesem Ergebnis nach scheint es in den meisten Familien aus der Kontrollgruppe zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion gekommen zu sein, während es in der Interventionsgruppe selbst zum dritten Messzeitpunkt noch Familien mit Werten im Risikobereich gibt.

TABELLE 9: SYNCHRONIZITÄTSSKALA (SYN) DER BEIDEN GRUPPEN (INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE) ÜBER DIE DREI MESSZEITPUNKTE HINWEG.

	GRUPPE	N	M	SD
SYN t1	Intervention	12	6,08	1,78
	Kontroll	10	6,30	2,00
SYN t2	Intervention	14	6,07	2,16
	Kontroll	14	9,79	2,49
SYN t3	Intervention	13	6,69	1,90
	Kontroll	12	9,21	1,5

Anmerkung: Skalenwerte von 0–14, wobei 0–4 auf einen Hochrisiko-Bereich, 5–6 auf einen Interventionsbereich und 7–14 auf einen adäquaten Bereich hinweist ; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

2.4.4.2 FALLANALYSEN DER SYNCHRONIZITÄT

In den nun folgenden Fallanalysen wird die Entwicklung einiger Kinder näher beschrieben und mögliche Erklärungen diesbezüglich in Erwägung gezogen. Hierbei wird es sich vor allem um Kinder handeln, deren Interaktionen zu einem der drei Messzeitpunkte mit niedrigen (Interventionsbereich) beziehungsweise extrem niedrigen (Hochrisiko Bereich) Synchronizitätswerten kodiert wurden. Um die Anonymität der Teilnehmer zu bewahren werden die Kinder im Folgenden mit Zahlen benannt. Der Buchstabe v steht für eine Interaktion mit dem Vater.

Kind 3

Für Kind 3 wurde zum zweiten Messzeitpunkt (12 Monate) ein Synchronizitätswert von nur 3 ermittelt. Grundlage hierfür war die Videosequenz einer Interaktion zwischen Vater und Kind. Kind 3 hatte bis zum ersten Lebensjahr nur wenig Kontakt zum Vater, was daran lag, dass der Vater berufsbedingt häufig abwesend war und die Mutter sich zudem noch mit dem Kind während einiger Monate ohne die Begleitung des Vaters in ihrem Herkunftsland im Ausland aufhielt. Dieser längere Auslandsaufenthalt erklärt auch das Fehlen der Daten zum ersten Messzeitpunkt. Aus diversen Gründen war die Mutter zum zweiten Messzeitpunkt nicht bereit, sich filmen zu lassen und verwies auf den Vater, der diese Aufgabe gerne übernahm. Die Daten des CARE-Indexes weisen für diese Vater-Kind-Interaktion auf den Hochrisikobereich hin. Bei der Interpretation dieses Wertes ist zu bedenken, dass das Kind während seinem ersten Lebensjahr nur wenig Kontakt zum Vater hatte. Wie aus der Bindungstheorie bekannt, zeigt sich das Bindungskonzept bei Kindern im Alter von etwa 12 Monaten am deutlichsten. Bei Kind 3 wäre es zum zweiten Messzeitpunkt angebracht gewesen, gleichzeitig die Interaktion des Kindes mit der Mutter zu evaluieren, was von Seiten der Mutter leider nicht möglich war. Zum dritten Messzeitpunkt erhielten beide Elternteile im Spiel mit dem Kind auf der Synchronizitätsskala den Wert 6. Die Beziehung zwischen Vater und Kind schien sich im zweiten Lebensjahr des Kindes deutlich verbessert zu haben. Der Wert 6 deutet darauf hin, dass die Familie weiterhin professionelle Unterstützung benötigte.

Kind 25

Die Werte von Kind 25 (Synchronizitätswerte von jeweils 3 zu T_1 , 6 zu T_2 und 2,5 zu T_3) deuten darauf hin, dass es immer wieder Hochrisikofamilien gibt, bei denen eine ambulante Betreuung nicht ausreicht. Der jungen Mutter von Kind 25 scheint es trotz intensiver ambulanter Betreuung nicht gelungen zu sein, eine entwicklungsförderliche Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Wegen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wurde das Kind zum dritten Messzeitpunkt weitgehend in einer Kindertagesstätte altersgerecht betreut und gefördert. Kind 25 musste aus gesundheitlichen Gründen gleich nach der Geburt für eine längere Zeit auf der Neugeborenenstation medizinisch betreut werden.

Kinder 4 und 5

Bei den Kindern 4 und 5 handelt es sich um Geschwisterkinder. Kind 5 war eine Frühgeburt und befand sich während den ersten vier Lebensmonaten auf der Frühgeborenenstation. Das Kind zeigt starke Entwicklungsrückstände und eine geistige Behinderung ist nicht ausgeschlossen. Die Ergebnisse des CARE-Indexes (jeweils 4 Punkte zu T_2 und T_3) weisen deutlich darauf hin, dass Kind 5 einem gewissen Risiko ausgesetzt ist. Beim Kind 4, das 11 Monate jünger als Kind 5 ist, zeigen die Ergebnisse des CARE-Indexes (jeweils 8 zu T_2 und 4 zu T_3), dass die Interaktion mit der Mutter zum zweiten Messzeitpunkt gut war, die Werte des CARE-Indexes sich jedoch bis zum dritten Messzeitpunkt wieder deutlich verschlechtert haben. Zum ersten Messzeitpunkt konnten beide Kinder leider nicht evaluiert werden, da die Mutter sich zu dem Zeitpunkt in einem Mutter-Kind-Heim befand und dort eine Intervention von außen nicht möglich war. Für die Kinder dieser Familie war die Betreuung durch die ALUSPE-bébé-Mitarbeiterinnen von großer Wichtigkeit. Die Mitarbeiterinnen achteten auf eine angemessene Förderung des frühgeborenen Kindes, versuchten die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken und eine Fremdplatzierung der Kinder zu vermeiden. Wie im vorherigen Fall (Kind 25) hätte auch diese Familie eine durchaus noch intensivere Unterstützung benötigt.

Kind 15

Bei Kind 15 waren beide Eltern ziemlich belastet. Der Vater litt unter einer chronischen Krankheit und die Mutter unter einer postnatalen Depression, welche sie im Laufe der Monate erfolgreich behandeln ließ. Kind 15 wurde zum ersten Messzeitpunkt gleich zweimal gefilmt, was daran lag, dass die Mutter zuerst nicht bereit war, sich filmen zu lassen. Erst nachdem der Vater sich mit dem Kind hat filmen lassen, stimmte die Mutter einer Aufnahme zu. Hier scheint das Kind im Alter von 6 Monaten eine ähnlich gute Beziehung zum Vater wie zur Mutter gehabt zu haben. Beide Interaktionen erhielten einen Synchronizitätswert von 5. Da der Vater krankheitsbedingt zu Hause war, verbrachte er genau so viel Zeit mit dem Kind wie die Mutter. Der Wert 5 weist darauf hin, dass auch für diese Familie professionelle Unterstützung angebracht war. Der Synchronizitätswert verbesserte sich leicht zu den beiden anderen Messzeitpunkten (jeweils 6 zu T_2 und T_3). Die hohen Werte der Skala „Nicht-Responsivität“ (jeweils 8 zu T_2 und T_3) weisen deutlich auf den depressiven Zustand der Mutter hin. Depressive Mütter können relativ passiv in der Interaktion mit ihren Kindern sein und kaum auf die gesendeten kindlichen Signale reagieren. Auf der Depressionsskala des SCL-90-R erhielt die Mutter jedoch erstaunlich niedrige Werte, was durch das Phänomen der sozial erwünschten Antworten erklärt werden könnte (siehe hierzu Teil 2.5).

Kind 28

Eine ähnliche Entwicklung wie bei Kind 15 war bei Kind 28 zu beobachten. Auch hier litt die Mutter unter Angstzuständen und Depressionen. Zusätzlich wurde sie einige Monate nach der Geburt des Kindes vom Kindesvater verlassen. Diese Mutter wurde während den ersten Lebensmonaten des Kindes gleich mehrmals die Woche von den ALUPSE-bébé-Mitarbeiterinnen betreut. Der allgemeine Zustand der Mutter verbesserte sich im Laufe der Monate wesentlich, was sich in der Mutter-Kind-Beziehung widerspiegelte. Der Synchronizitätswert erhöhte sich von 4 zu T_1 auf den Wert 7 zu T_3 .

Kinder 30 und 23

Ein weiteres Kind aus der Interventionsgruppe (Kind 30 mit einem Synchronizitätswert von 4 zu T_1) und ein Kind aus der Kontrollgruppe (Kind 23 mit einem Synchronizitätswert von 3 zu T_1) lagen zum Zeitpunkt der ersten Evaluation ebenfalls im Bereich der Hochrisiko-Familien. Leider war es in beiden Fällen nicht möglich gewesen eine Folgeevaluation zu machen. Die Mutter von Kind 30 lehnte eine weitere Betreuung durch die Mitarbeiterinnen der ALUPSE-bébé ab, während die Mutter des Kindes aus der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr erreichbar war.

Kinder 10, 13 und 31

Bei drei Kindern (Kind 10, 13 und 31) konnte zum zweiten Messzeitpunkt (die Kinder waren zu dem Zeitpunkt etwa 12 Monate alt) niedrigere Synchronizitätswerte beobachtet werden als zu den beiden anderen Messzeitpunkten. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre die zum zweiten Messzeitpunkt erst kurzfristige Fremdbetreuung der Kinder in Kindertagesstätten. Wie aus der Bindungsforschung bekannt ist, reagieren Kleinkinder im entsprechenden Alter in Trennungssituationen häufig mit Anpassungsschwierigkeiten. In allen drei Familien vollzogen die Mütter nach ihrem Erziehungsurlaub einen Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die Trennung der Kinder von ihren Müttern sowie die momentane Belastung der Mütter durch den von ihrer Arbeit vorgeschriebenen neuen Lebensrhythmus könnte eine Erklärung für die zum zweiten Messzeitpunkt niedrigeren Synchronizitätswerte sein. In allen drei Familien konnte zum dritten Messzeitpunkt wieder eine Verbesserung des Synchronizitätswerts (adäquater Bereich) festgestellt werden. Sowohl die Kinder wie auch die Mütter schienen sich an die neue Lebenssituation angepasst zu haben.

Kinder 17 und 21

Die beiden Zwillingsskinder aus der Kontrollgruppe (Kind 17 und Kind 21) zeigen uns, dass es in einigen Fällen auch zu einer spontanen Remission kommen kann. Zum ersten Messzeitpunkt berichtete die Mutter der Zwillinge, dass sie unter einer Depression und unter einer erhöhten allgemeinen Ängstlichkeit leide. Diese emotionale Belastung schien sich deutlich in der Interaktion mit ihren Kindern auszudrücken (Synchronizitätswert von 5 mit beiden Kindern). Während ein Kind ein zwanghaftes Verhalten entwickelte, zeigte das andere Kind der Mutter gegenüber eher ein passives Verhalten. Sechs Monate später, zum zweiten

Messzeitpunkt, zeigten beide Kinder im Spiel mit der Mutter ein weitgehendes kooperatives Verhalten (Synchronizitätswerte von 10 respektive 11). Die Mutter berichtete zum zweiten Messzeitpunkt, dass ihr emotionaler Zustand sich wesentlich verbessert habe. Sie hatte trotzdem weiterhin leicht erhöhte Werte auf der Depressions- und auf der Ängstlichkeitsskala des SCL-90-R. Leider war die Mutter zum dritten Messzeitpunkt nicht mehr erreichbar.

Kinder 31 und 24

Zum Schluss soll noch einmal auf die Situation von Kind 31 aufmerksam gemacht werden. Wie aus Tabelle 10 zu entnehmen ist, hatte die alleinerziehende Mutter zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten erhöhte Werte auf beiden Skalen (Depressionskala und Ängstlichkeitsskala) bezüglich ihres allgemeinen Wohlbefindens. Dennoch weisen die Ergebnisse des CARE-Indexes zum ersten und zum dritten Messzeitpunkt auf ein adäquates Interaktionsmuster mit dem Kind hin (Synchronizitätswert von 7 für T_1 und T_3). Das Kind wie auch die Mutter schienen in dieser Familie von einer fast durchgehenden Präsenz der Großmutter zu profitieren. Dieses Beispiel verdeutlicht wieder, dass sich das Kind einer depressiven Mutter durch die regelmäßigen Interaktionen mit einer ihm vertrauten feinfühligem anderen Person angemessen entwickeln kann. Ein ähnliches Muster kann bei Kind 24 beobachtet werden. Auch hier zeigt die Mutter erhöhte Werte auf den SCL-90-R Skalen, während die CARE-Index Werte auf eine gute Interaktion hinweisen. In dieser Familie schien der Vater der Kinder eine entscheidende Rolle gespielt zu haben. Die Aufgabe der ALUPSE-bébé-Mitarbeiterinnen bestand in diesen beiden Familien vor allem darin, die Frauen in ihren Rollen als Mütter zu stärken und sie emotional zu unterstützen.

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse des CARE-Indexes kann zusammenfassend festgehalten werden, dass von den 16 Kindern der *Interventionsgruppe* sich über den Zeitraum von 24 Monaten hinweg zwei Kinder zu mindestens zwei der drei Messzeitpunkte im Hochrisiko-Bereich befunden haben. Eine weitere Familie aus dem Hochrisiko-Bereich brach die Betreuung kurz nach der ersten Evaluation ab und bei zwei anderen Kindern wies der CARE-Index lediglich zu einem Messzeitpunkt auf den Hochrisiko-Bereich hin. In den beiden letzten Fällen gab es eine wesentliche Besserung der CARE-Index-Werte zu den späteren Messzeitpunkten. Gemäß der CARE-Index-Werten war bei elf der sechzehn Kinder aus der Interventionsgruppe eine professionelle Unterstützung der Familien angebracht. Lediglich drei der sechzehn Kinder befanden sich durchgehend im adäquaten Bereich. Zwei weitere Familien, die sich im adäquaten Bereich befanden, konnten nur zu einem einzigen Messzeitpunkt evaluiert werden. Aus diversen Gründen wurde die Betreuung dieser Familien abgebrochen. Im Vergleich dazu befanden sich in der *Kontrollgruppe* acht von sechzehn Kindern durchgehend im adäquaten Bereich. Bei zwei Familien, die sich ebenfalls im adäquaten Bereich befanden, konnte nur eine Messung realisiert werden. Die Familien von fünf Kindern aus der Kontrollgruppe hätten – den Ergebnissen des CARE-Indexes folgend – zu einem bestimmten Messzeitpunkt Interventionen benötigt; eine Familie befand sich zu einem Messzeitpunkt sogar im Hochrisiko-Bereich.

2.5

SCHWIERIGKEITEN

In diesem Teil soll nun auf Schwierigkeiten hingewiesen werden, die im Laufe der Evaluation aufgetreten sind und die einen eventuellen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnten.

Wie bereits weiter oben erwähnt, sollte das Projekt anfänglich nur mit Hilfe von ausgesuchten und validierten Fragebögen evaluiert werden. Es stellte sich jedoch relativ schnell heraus, dass die Items auf Grund von Sprach- und Verständnisproblemen der Eltern nicht immer sinngemäß verstanden wurden. Einige Familien beherrschten weder die deutsche noch die französische Sprache oder verstanden diese nur ziemlich schlecht. Die Items mussten in diesen Fällen mündlich übersetzt und inhaltlich erklärt werden. Hinzu kam der Effekt sozial erwünschter Antworten. Dieses Problem schien vor allem in einigen Familien der Interventionsgruppe aufzutauchen. Obwohl den Familien absolute Anonymität garantiert worden ist, schienen einige Mütter ein besonders positives Bild von sich und ihrem allgemeinen Wohlbefinden vermitteln zu wollen. So erhielt zum Beispiel eine Mutter, deren Kinder vorübergehend fremd platziert worden waren, überraschend gute Werte betreffend ihrem aktuellen Wohlbefinden. Sie betonte während der Evaluation immer wieder, wie gut es ihr gehen würde, und dass sie die Kinder nun sicher bald zurückbekommen würde. Auf Grund dieser Beobachtungen wurden anfänglich eingesetzte Messinstrumente relativ früh durch den CARE-Index ersetzt. Selbst wenn die Eltern sich während der Aufnahmen in der Interaktion mit ihrem Kind von ihrer besonders guten Seite zeigen wollten, blieben die Kinder durchgehend authentisch. Es sollte einem guten Kodierer gelingen, die Qualität der Interaktion sowohl an den Reaktionen des Kindes wie auch an den offenen und versteckten Reaktionen des erwachsenen Interaktionspartners zu messen.

Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, die Daten an den vorgegebenen Messzeitpunkten zu erheben. Wie bereits erwähnt befand sich eine Mutter zum ersten Messzeitpunkt mit ihrem Kind im Ausland, eine andere Mutter lebte zu dem geplanten Messzeitpunkt mit ihren Kindern in einem Mutter-Kind-Heim. Weitere Ursachen waren Erkrankungen des Kindes oder eines Elternteils zum vorgesehenen Messzeitpunkt, der Aufenthalt des Kindes bei den Großeltern, die Weigerung der Eltern weiter an der Studie teilzunehmen oder der Umzug der Familie ins Ausland. In zwei Familien wurden die Kinder auf Grund von zu starker Vernachlässigung fremdplatziert und die Betreuung durch die ALUPSE-bébé wurde abgebrochen. Demnach musste die Erhebung der Daten in den entsprechenden Familien zu einem der Messzeitpunkte ganz ausfallen oder die Datenerhebung verschob sich um einige Wochen.

Eine andere Art von Problemen gab es bei den Videoaufnahmen der Spielsequenzen. Einige Mütter versteckten ihr Gesicht während der Aufnahme hinter ihren langen Haaren, was die Auswertung durch den CARE-Index erschwerte. Bei anderen Videosequenzen, war die Qualität der Aufnahme ziemlich schlecht, da manchmal die Enge des Wohnraumes die nötige Entfernung zur Interaktionsszene nicht zuließ. In zwei Fällen spielte die Anwesenheit des Vaters während der Evaluation eine ungünstige Rolle. Die Väter weigerten sich den Raum während der Evaluationsarbeit zu verlassen und setzten dadurch die Mütter unter sichtbaren Druck. Da

die Items des Fragebogens auf Wunsch der Mütter von der Studienleiterin laut vorgelesen und erläutert werden mussten – wie bereits erwähnt hatten einige Mütter Verständnisprobleme – riskierte die Anwesenheit des Vaters die Antworten der Mütter zu beeinflussen.

Was die Kontrollgruppe betraf, so war nicht zu verhindern, dass jede Evaluation gleichzeitig auch eine gewisse Form von Intervention war. Die Mütter erzählten zu jedem Messzeitpunkt über sich und über die Entwicklung ihrer Kinder. Dabei stellten sie regelmäßig Fragen über persönliche Anliegen wie auch über Kindererziehung. Aus ethischen Gründen wäre es nicht vertretbar gewesen, die Anliegen der Frauen zu ignorieren und deren Fragen unbeantwortet zu lassen. Des Weiteren kam es auch in der Kontrollgruppe gelegentlich zu externen Interventionen wie zum Beispiel die Behandlung einer postnatalen Depression durch einen Psychiater.

Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, reliable Kodierer für die Auswertungen zu finden. Da die Analyse einer Videosequenz mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden ist, war es nicht einfach, reliable Kodierer im deutschsprachigen Raum zu finden. Zudem sah sich der erste Kodierer aus persönlichen Gründen nicht mehr in der Lage, die Aufnahmen bis zum Schluss der Studie auszuwerten, was zu einer erheblichen zeitlichen Verzögerung der gesamten Studie führte. Die Suche nach neuen reliablen Kodierer erwies sich als relativ schwierig.

2.6

DISKUSSION UND WEITERE AUSSICHTEN

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass hormonell bedingte Veränderungen in der Zeit nach der Geburt bei der Mutter zu einem vermehrt besorgten und teilweise depressiven Zustand führen können. Gut 80% der Mütter erleben diesen Zustand kurz nach der Geburt ihres Kindes, erholen sich jedoch relativ schnell von diesen hormonellen Schwankungen und widmen sich ganz ihrer Mutterschaft. Bei Müttern in schwierigen Lebenssituationen kann es zu einer Verlängerung gegebenenfalls sogar zu einer Verstärkung dieser Symptome kommen. Soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, Armut, Partnerschaftsprobleme, häusliche Gewalt, persönlich erlebte Traumata, ein Kind mit einem schwierigen Temperament oder eine Behinderung beziehungsweise Erkrankung des Kindes sind einige der Belastungsfaktoren, die den emotionalen Zustand der Mutter respektive der Eltern verschlimmern und eine Auswirkung auf die Qualität der Interaktion mit dem Kind haben können. Solche Auswirkungen können – wie schon kurz in der Einführung beschrieben wurde – gravierende Ausmaßen auf die Entwicklung und demnach auf die Zukunft der Kinder haben. Wie ein Beispiel aus der Kontrollgruppe gezeigt hat, gelingt es einigen belasteten Müttern mit Hilfe ihrer eigenen persönlichen Ressourcen aus dem Zustand der emotionalen Belastung heraus zu kommen und ihren Kindern die notwendige Aufmerksamkeit und Zuwendung zu geben. In anderen Familien scheint die Mehrfachbelastung jedoch dermaßen groß zu sein, dass es nicht zu einer spontanen Remission kommt und die Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Wie die Ergebnisse des CARE-Indexes ergeben, waren bei mindestens elf der sechzehn Kinder aus der Interventionsgruppe

Interventionen indiziert. Fünf von diesen elf Kindern befanden sich zu einem oder zu mehreren der drei Messzeitpunkte im Hochrisikobereich, die anderen sechs Kinder befanden sich zu einem oder zu mehreren Messzeitpunkten im Interventionsbereich. Bei zwei der Kinder stieg die Qualität der Interaktion vom Risikobereich in den Interventionsbereich beziehungsweise in den adäquaten Bereich. Bei zwei Kindern aus dem Hoch-Risikobereich war es den Betreuerinnen nicht möglich, das Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind im Wesentlichen zu verbessern. Es gelang ihnen aber auf eine angemessene Förderung und Versorgung der beiden Kinder zu achten. Die Entwicklung dieser Kinder wurde regelmäßig kontrolliert und die psychosoziale Unterstützung durch weitere Hilfsangebote verstärkt. Bei einem weiteren Kind aus dem Hoch-Risikobereich lehnte die Mutter eine weitere Betreuung durch die ALUPSE-bébé Mitarbeiterinnen ab.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Kinder der Interventionsgruppe von den Interventionen der ALUPSE-bébé profitiert zu haben scheinen. Selbst in den Familien, wo sich die Qualität der Interaktionen laut den Ergebnissen des CARE-Indexes im adäquaten Bereich befand, zeigte sich auf Grund des oft hohen, emotionalen Belastungsgrads dieser Mütter eine professionelle Unterstützung und Begleitung als angebracht. In diesen Familien dienten die Interventionen der ALUPSE-bébé vor allem dazu, eine Verschlechterung der Interaktion vorzubeugen und die Frauen in ihren mütterlichen Kompetenzen zu stärken.

Was die Kontrollgruppe betrifft, so fällt auf, dass sich von sechzehn zufällig ausgewählten Kindern bereits ein Kind im Hochrisikobereich befand und fünf Kinder zu einem bestimmten Messzeitpunkt eine Intervention benötigt hätten. Bei allen fünf Familien verbesserten sich die Werte über die Zeit, wobei eine der Mütter berichtete, sie habe sich professionelle Hilfe gesucht. Wie sich das Kind aus dem Hoch-Risikobereich weiterentwickelt hat, konnte nicht festgestellt werden.

Insgesamt weisen alle Beobachtungen darauf hin, dass die Notwendigkeit professioneller Interventionen im Säuglings- und Kleinkindbereich auch in unserem Luxemburger Land eine traurige aber reelle Notwendigkeit ist. Wenn sich bei sechzehn zufällig ausgewählten Familien schon ein Kind im Hoch-Risikobereich befindet, dann scheint dies viel zu sein. Nach einer persönlichen Einschätzung dürften in Luxemburg die große Mehrheit aller psychiatrisch auffälligen und dissozialen Kinder und Jugendlichen bindungsgestört sein. Aus meiner Arbeit mit Jugendlichen im psychiatrischen Setting und im Strafvollzug, kann ich hier hinzufügen, dass die meisten dieser Jugendlichen aus mehrfach belasteten Risikofamilien kommen und entsprechende Bindungsstörungen aufweisen. Ihre Kindheit ist durch zahlreiche Trennungssituationen und/oder andere traumatische Erlebnisse geprägt. Diesen Kindern bleibt nichts anderes übrig, als ein Verhaltensmuster zu entwickeln, das ihnen ein Überleben unter schwierigen Bedingungen ermöglicht. Eine angemessene Unterstützung der Eltern zu einem möglichst frühen Lebenszeitpunkt hätte die Chance einer günstigeren Entwicklung dieser Kinder sicher erhöht. Nicht zuletzt belegt auch die internationale Forschungslage die Effektivität und die positiven Langzeitwirkungen von frühen Interventionen bei Säuglingen und Kleinkindern in Risikofamilien.

Die vorliegende Studie unterstreicht eindeutig den Bedarf früher Interventionen in Risikofamilien in Luxemburg und bestätigt entwicklungsförderliche Effekte bei den Kindern der durch die ALUPSE-bébé betreuten Familien. Für zukünftige Forschungen in diesem Bereich wäre es angebracht, größere Stichproben zu haben und die Evaluation ganz unabhängig von den Betreuerinnen zu machen. Die Familien sollten also keine Verbindung zwischen der ALUPSE-bébé und der Evaluationsarbeit sehen. Dadurch könnte der Effekt der sozial erwünschten Antworten wahrscheinlich weitgehend reduziert werden. Günstig wäre es auch, den ersten Messzeitpunkt bereits bei den Kindern im Alter von drei Monaten festzulegen. Dies würde einen noch besseren Überblick über die Entwicklung der Interaktionsqualität geben. Was das Einsetzen des CARE-Indexes als Messinstrument betrifft, so sollte gleich zu Beginn der Studie eine schriftliche Auftragsbestätigung mit reliablen Kodierer festgehalten werden. Des Weiteren sollte sich die Studie nur auf die Analyse der Interaktion mit einer bestimmten Bezugsperson beschränken und nicht zwischen Vater und Mutter abwechseln.

Insgesamt sollte auch nicht vergessen werden, dass die Evaluation immer nur einen Teilausschnitt eines Prozesses abbilden kann. Gerade das Säuglings- und das frühe Kindesalter sind Bereiche, die durch eine rapide Entwicklungsgeschwindigkeit zu beschreiben sind. Mehrere Dynamiken sind hier beteiligt - von der genetischen Ausstattung bis hin zu den unterschiedlichen Einflussfaktoren in dem sozialen und familiären Umfeld, die sowohl förderlich wie auch schädigend wirken und sich in ihrer Wirkung sogar aufheben können.

Ein letztes Wort soll hier der Arbeitsgruppe ALUPSE-bébé gewidmet werden. Es ist klar zu empfehlen, dass der Personalschlüssel der ALUPSE-bébé dem Bedarf der luxemburgischen Bevölkerung angepasst werden sollte. Zukünftige Mitarbeiter/Innen sollten durch angemessene Schulung grundlegende Kenntnisse über den Säuglings- und Kleinkindbereich sowie über die Entstehung und Vorbeugung von Bindungsstörungen haben. Außerdem sollte die präventive Arbeit dieser Arbeitsgruppe viel mehr an die Öffentlichkeit kommen, damit wesentlich mehr bedürftige Familien erreicht werden und dadurch weniger Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern und Jugendlichen entstehen.

Selbst wenn es schwierig sein mag, die kurzfristigen Erfolge der ALUPSE-bébé mit den wissenschaftlichen Standardmethoden zu identifizieren, so gibt es sie doch. Es kann mit Sicherheit angenommen werden, dass die langzeitigen Effekte sicherlich eindeutiger ausfallen werden. Zudem hat die Studie auch zeigen können, dass Hilfe zur Entwicklung nicht unbedingt „groß“ angelegt sein muss, um effektiv zu sein. Lebenspraktische Hilfe und Information wie auch der verständnisvolle Umgang mit den Eltern können wesentlich zu einer positiven Entwicklung des Kindes und der Familie beitragen.

Zum Schluss noch einen großen Dank all denjenigen, die zur Realisierung dieser Arbeit beigetragen haben.

3.

LITERATURANGABE

- Crittenden, P.M. (1881).** *Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction.* Merrill-Palmer Quarterly, 27: 1-18.
- Crittenden, P.M. (1988).** *Relationship at risk.* In J. Belsky and T. Nezworski (Eds.) *The Clinical Implications of Attachment (136-74)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crittenden, P. (1995).** *Attachment and Psychopathology,* in S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) *Attachment Theory. Social, Developmental and Clinical Perspectives (376-406)*. Hillsdale, N.Y.: The Analytic Press.
- Crittenden, P.M. (1997-2004).** *CARE-Index: Manual.* Miami: Family Relations Institute.
- Crittenden, P.M. (2007).** *CARE-Index, Infants: Coding Manual.* Miami: Family Relation Institute.
- Crittenden, P.M. (2005).** *Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen Mutter-Kind-Dyaden: Der von Bindungstheorie und Bindungsforschung geleistete Beitrag.* In IKK-Nachrichten 1-2/2005.
- Crittenden, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989).** *Child Maltreatment and Attachment Theory.* In Cicchetti, D. & Carlson, V. (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect (432-463)*. New York: Cambridge University Press.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996).** *Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala, (Kurzbericht).* Diagnostica, 42, (284-292).
- Schore, A. (2001).** *The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health.* Infant Mental Health, J., 22, (221-268).
- Streeck-Fischer, A. (2004).** *Selbst- und fremddestruktives Verhalten in der Adoleszenz – Folgen von Traumatisierung in der Entwicklung.* In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Olds, D., Henderson, Ch., Chamberlin R. & Tatelbaum R. (1986).** *Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation.* Pediatrics, vol. 78.
- Olds, D., Henderson Ch. & Kitzman H. (1994).** *Does prenatal and infancy home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life?* Pediatrics, vol. 93.
- Papousek, M. (2004).** *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept.* In M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen.* Bern: Hans-Huber Verlag.
- Ziegenhain, U & Fegert, J.M. (2004).** *Frühkindliche Bindungsstörungen.* In C. Eggers, J.M. Fegert & F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (875-890)*. Heidelberg: Springer.

4.

TABELLEN UND MESSINSTRUMENTE

TABELLE 10: ÜBERSICHTSTABELLE DER ERGEBNISSE DES CARE-INDEXES UND DES ALLGEMEINEN WOHLBEFINDENS DER BEZUGSPERSON

KIND	GRUPPE	ALTER	SYNC	MSENS	MCONT	MUNR	COOP	CC	DIFF	PASS	ANGST	DEPR	SELBSTW
1v	2	12	8	8	5	1	8	0	3	3	0	0,8	3,2
1v	2	24	9	9	0	5	8	0	4	2	0	0	3,1
2v	1	8	7	7	0	7	7	0	0	7	1,5	0,77	3,2
3	1	24	6	7	4	3	6	3	2	3	0,3	0,31	3,5
3v	1	12	3	3	7	4	0	13	1	0	0,2	0,54	3,5
3v	1	24	6	7	2	5	6	1	3	4	99	99	99
4	1	6	8	8	1	5	8	1	0	5	0,2	1,5	3,3
4	1	13	4	4	8	2	5	4	4	1	0	0	3,5
5	1	17	4	4	2	9	4	0	2	8	0,2	1,5	3,3
5	1	24	4	4	9	1	3	11	0	0	0	0	3,5
6	1	12	10	10	2	2	10	0	2	2	0,8	0,31	3,4
6	1	24	8	9	4	1	7	0	1	6	0,3	0,08	4
7	2	6	8	8	6	0	8	1	5	0	2,8	0,9	3
7	2	12	12	12	2	0	12	2	0	0	1,1	0,5	3,5
7	2	24	12	12	0	2	12	0	0	2	0,9	0,23	3,5
8	2	6	7	7	1	6	6	0	0	8	0,1	0,15	3,5
8	2	12	10	10	4	0	10	0	4	0	0,1	0,23	3
8	2	24	7	7	7	0	7	0	5	2	0,1	0,08	3,4
9	2	22	11	11	3	0	11	1	1	1	0	0,8	3,5

KIND	GRUPPE	ALTER	SYNC	MSENS	MCONT	MUNR	COOP	CC	DIFF	PASS	ANGST	DEPR	SELBSTW
10	2	6	6	6	0	8	6	6	2	0	0,3	0,08	3,8
10	2	12	5	5	0	9	5	0	7	2	2	0,31	3,7
10	2	24	8	8	0	6	7	0	3	4	1,4	0,23	4
11	2	6	10	10	4	0	10	0	4	0	0,3	0,23	3,8
11	2	12	14	14	0	0	14	0	0	0	0	0,31	3,6
11	2	25	9	10	0	4	9	0	3	2	0,3	0,54	3,6
12	2	6	5	5	9	0	4	5	2	3	1	0,08	3,9
12	2	13	9	9	2	3	8	0	5	1	0,2	0,08	4
12	2	24	8	8	1	5	7	0	2	5	0,1	0,08	4
13	1	6	8	8	6	0	8	1	2	1	0,1	0,15	3,1
13	1	12	5	5	2	7	6	0	8	0	0	0,15	3
13	1	24	8	8	0	6	8	0	1	5	0	0,15	3,2
14	1	7	7	6	7	1	6	1	4	3	0,4	1,23	2,8
14	1	12	6	6	3	5	6	3	4	1	0,4	0,69	3,2
14	1	25	9	9	4	1	9	1	3	1	0,1	0,31	3,2
15	1	6	5	6	4	4	4	0	3	7	0,2	0,31	3,3
15	1	12	6	6	0	8	7	0	2	5	0,1	0	2,9
15	1	24	6	6	0	8	6	0	6	2	1	0,92	2,4
15	1	6	5	5	2	7	3	0	4	7	1,2	1,46	2,5
16	1	12	8	8	6	0	8	2	4	0	1,3	1,62	3,3
17	2	6	5	5	9	0	4	9	1	0	2,3	2,15	1,8
17	2	12	11	11	0	3	11	0	0	3	2,4	1,85	1,6
18	2	12	8	8	3	3	8	5	1	0	0,6	0,38	4
19	2	14	13	13	1	0	13	0	1	0	0,4	0,23	3,4
19	2	24	11	11	3	0	10	0	0	4	0,4	0,23	3,6
20	2	6	8	8	0	6	8	0	3	3	0,3	0,85	2,2
20	2	12	7	7	0	7	7	5	2	0	0,7	1,08	2,2
20	2	24	9	9	0	5	9	0	4	1	0,5	0,92	2,1
21	2	6	5	6	4	4	5	0	0	9	2,3	2,15	1,9
21	2	12	10	10	3	1	10	0	3	1	2,4	1,85	1,6

KIND	GRUPPE	ALTER	SYNC	MSENS	MCONT	MUNR	COOP	CC	DIFF	PASS	ANGST	DEPR	SELBSTW
22	2	6	6	6	5	3	5	0	1	8	0,7	1	3
22	2	13	12	12	2	0	12	1	1	0	0,4	0,85	2,9
22	2	24	10	10	2	2	10	0	4	0	0,3	0,23	3,1
23	2	6	3	3	1	10	4	0	0	10	0	0,8	3,6
24	1	6	7	7	4	3	7	6	1	0	1,9	1,54	3,1
24	1	12	10	10	0	4	10	0	0	4	2	2,31	2,7
24	1	24	7	7	3	4	7	0	0	7	1,9	2,62	2,7
25	1	7	3	3	11	0	3	11	0	0	0,6	1,54	2,6
25	1	13	6	6	3	5	6	0	5	3	0	2,08	3,5
25	1	24	2,5	3	11	0	2	12	0	0	1,6	1,15	3,5
26	1	12	5	5	9	0	3	11	0	0	0,4	0,69	3,5
26	1	25	7	8	5	1	7	1	1	5	0	0,31	3,4
27	2	12	10	10	2	2	10	0	4	0	0	0,15	3,4
27	2	26	9	9	2	3	10	3	0	1	1,2	1	2,3
28	1	6	4	4	10	0	2	11	1	0	1	0,77	3,5
28	1	12	5	5	7	2	3	11	0	0	1,4	1,08	3,5
28	1	24	7	7	5	2	7	5	0	2	1,3	1,77	3
29	2	12	8	8	6	0	8	1	5	0	0,2	0,31	3,7
29	2	24	7,5	8	6	0	7	2	0	5	0,1	0,31	3,8
30	1	8	4	4	8	2	3	4	7	0	0	0,46	3,6
31	1	8	7	7	7	0	7	4	3	0	3,6	2,08	1,9
31	1	13	5	5	9	0	4	10	0	0	1,7	2,38	1,7
31	1	24	7	7	5	2	7	2	2	3	2	2,77	1,8
32	1	6	8	8	2	4	7	0	1	6	2	1,31	2,1
32	1	12	8	8	1	5	8	0	5	1	2,4	3,08	1,6
32	1	24	9,5	10	0	4	9	3	0	2	0,8	1,69	1,7

Anmerkung: v steht für Interaktion mit dem Vater; Gruppe 1 Interventionsgruppe / Gruppe 2 Kontrollgruppe; sync: Synchronizitätsskala (0-14); msens: mütterliche Sensibilität (0-14); mcont: mütterliche Kontrolle (0-14); munr: mütterliche Unresponsivität (0-14); coop: kindliche Kooperativität (0-14); cc: kindliche Zwanghaftigkeit (0-14); diff: kindliche Schwierigkeit resp. drohend (0-14); pass: kindliche Passivität resp. entwaffnend (0-14); Angst: Ängstlichkeitsskala (0-4); Depr: Depressivitätsskala (0-4), Selbstw: Selbstwertsskala (1-4)

DEPRESSIONS- UND ÄNGSTLICHKEITSSKALA AUS DEM SCL-90-R

DATUM:

CODE:

ALTER DES KINDES:

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, **wie stark Sie während der vergangenen sieben Tage** bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt wurden. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Bitte antworten sie im Folgenden so, wie es Ihnen einfällt. Lassen Sie bitte keine Fragen aus.

Wie sehr litten Sie In den letzten sieben Tagen unter ...

	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	ZIEMLICH	STARK	SEHR STARK
... Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
... Zittern	0	1	2	3	4
... plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
... Angst	0	1	2	3	4
... Herzklopfen oder Herzrasen	0	1	2	3	4
... dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
... Schreck- oder Panikanfälle	0	1	2	3	4
... so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können	0	1	2	3	4
... dem Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
... schreckenerregende Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
... Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
... Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
... Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
... Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4

... der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
... Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
... Einsamkeitsgefühle	0	1	2	3	4
... Schermut	0	1	2	3	4
... dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
... dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
... einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
... einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist,	0	1	2	3	4
... dem Gefühl wertlos zu	0	1	2	3	4
	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	ZIEMLICH	STARK	SEHR STARK

SELBSTWERTSKALA VON ROSENBERG

Bitte beantworten Sie jetzt noch die folgenden Fragen:

	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT GANZ UND GAR NICHT ZU
Ich komme mir manchmal nutzlos vor.	[1]	[2]	[3]	[4]
Im Großen und Ganzen bin ich mit mir zufrieden.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich habe das Gefühl, dass es nicht viel gibt, auf das ich stolz sein kann.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich glaube, eine Reihe guter Eigenschaften zu besitzen.	[1]	[2]	[3]	[4]
Manchmal denke ich, überhaupt nichts zu taugen.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich habe mir selbst gegenüber eine positive Einstellung.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich wünschte, ich könnte größeren Respekt mir selbst gegenüber empfinden.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich bin imstande, die meisten Dinge so gut zu machen wie die meisten anderen Leute.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich neige dazu, mich als Versager zu fühlen.	[1]	[2]	[3]	[4]
Ich glaube, ein wertvoller Mensch zu sein, zumindest ebenso wertvoll wie andere.	[1]	[2]	[3]	[4]
	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT GANZ UND GAR NICHT ZU

DATE:

CODE:

AGE DE L'ENFANT:

Ci-dessous vous trouverez une liste des problèmes et tourments dont on souffre occasionnellement. Veuillez lire attentivement chaque question et décider **jusqu'à quel degré** ces problèmes vous ont dérangé ou tracassé **durant ces sept derniers jours**.

Toutes vos indications seront traitées et évaluées de façon strictement confidentielle et anonyme. Veuillez répondre à **toutes les questions**, suivant votre impression.

A quel point avez-vous souffert ces derniers sept jours de/d'...

	PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	FORTEMENT	TRÈS FORTEMENT
... nervosité et frémissements intérieurs	0	1	2	3	4
... tremblements	0	1	2	3	4
... frayeurs soudaines et sans raison apparente	0	1	2	3	4
... angoisses	0	1	2	3	4
... battements de cœur ou palpitations	0	1	2	3	4
... un sentiment d'être tendu ou excité	0	1	2	3	4
... crises de panique ou effroi	0	1	2	3	4
... une forte agitation qui vous empêche de rester tranquillement assis(e)	0	1	2	3	4
... un sentiment que quelque chose de grave pourrait arriver	0	1	2	3	4
... idées et visions effroyables	0	1	2	3	4
... une diminution de votre intérêt ou plaisir sexuel	0	1	2	3	4

... manque d'énergie ou ralentissement de votre capacité intellectuelle ou motrice	0	1	2	3	4
... idées suicidaires	0	1	2	3	4
... une tendance à pleurer	0	1	2	3	4
... une angoisse de se faire surprendre ou attraper	0	1	2	3	4
... reproches envers vous-même pour certaines choses	0	1	2	3	4
... sentiments de solitude	0	1	2	3	4
... mélancholie	0	1	2	3	4
... un sentiment d'être excessivement soucieux/soucieuse	0	1	2	3	4
... un sentiment de désintérêt total	0	1	2	3	4
... un sentiment de désespoir face à l'avenir	0	1	2	3	4
... un sentiment de fatigue générale	0	1	2	3	4
... un sentiment d'être inutile	0	1	2	3	4

PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	FORTEMENT	TRÈS FORTEMENT
-------------	--------	------------	-----------	----------------

Veillez encore répondre aux questions suivantes:

	ABSOLUMENT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
1. Je me sens parfois inutile.	[1]	[2]	[3]	[4]
2. Dans l'ensemble, je suis satisfait/e de moi-même	[1]	[2]	[3]	[4]
3. J'ai l'impression de ne pas avoir beaucoup de raisons d'être fier/fière de moi	[1]	[2]	[3]	[4]
3. J'estime avoir bon nombre de qualités.	[1]	[2]	[3]	[4]
4. J'estime parfois être bon/ne à rien.	[1]	[2]	[3]	[4]
6. Je suis positif/ve vis-à-vis de moi-même.	[1]	[2]	[3]	[4]
7. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	[1]	[2]	[3]	[4]
8. Je suis aussi capable que la plupart des gens.	[1]	[2]	[3]	[4]
9. Au bout du compte, j'ai l'impression d'avoir échoué/e.	[1]	[2]	[3]	[4]
10. J'estime être une personne de valeur, du moins autant que les autres.	[1]	[2]	[3]	[4]
	ABSOLUMENT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD

ANAMNESEFRAGEBOGEN

PROJEKT „ALUPSE BÉBÉ, UNTERSTÜTZUNG FÜR ELTERN“



CODE: _____

ANAMNESEGESPRÄCH

Name der Betreuerin _____

Datum der Erhebung _____

Wie kam der Erstkontakt zustande? _____

Datum der ersten Intervention _____

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ÜBER DIE MUTTER

Alter _____

Nationalität _____

Schulabschluss / Berufsausbildung _____

Zurzeit berufstätig? _____

Wo und wie viele Stunden pro Woche? _____

Hat die Mutter schon Kinder?
Zahl und Alter angeben

1.
2.
3.
4.
5.

Kam es schon einmal zu einer Mutter-Kind-Trennung? Ja Nein

Wann?

Warum?

Leben die Kinder zurzeit mit der Mutter im Haushalt? Ja Nein

Wenn „nein“, bei wem leben die Kinder zurzeit?

Hat die Mutter regelmäßigen Kontakt zu den Kindern? Ja Nein

Wer lebt sonst noch mit der Mutter im Haushalt?

Wird die Mutter von der Person respektive den Personen, mit der/den Sie zusammenlebt, unterstützt? Ja Nein

In welchen Bereichen wird sie unterstützt?

Hat die Mutter zurzeit oder hatte die Mutter in der Vergangenheit gesundheitliche oder sonstige Probleme? Ja Nein

Wenn ja....

chronische Krankheit zurzeit früher

Welche?

regelmäßige Medikamenteneinnahme zurzeit früher

extremer Zigarettenkonsum zurzeit früher

Alkoholproblem zurzeit früher

Drogenabhängigkeit zurzeit früher

Partnerschaftsprobleme zurzeit früher

sonstige Beziehungsprobleme zurzeit früher

psychische Probleme (z.B. übertriebene Angst, Überforderungsgefühle, Vereinsamungsgefühle, Depression, Aggressionen etc.) zurzeit früher

Welche psychischen Probleme?:

Sonstige Probleme zurzeit früher

Welche sonstigen Probleme?

Wovon lebt die Mutter?

Reicht der Mutter das Geld zum Leben? Ja Nein

Wird die Mutter vom Staat finanziell unterstützt? Ja Nein

Wird die Mutter von sonstigen staatlichen Hilfsorganisationen unterstützt? Ja Nein

Weitere Anmerkungen

ANGABEN ZUM VATER DES KINDES

Alter des Vaters

Schulabschluss / Berufsausbildung

Erkennt der Vater das Kind als sein eigenes an? Ja Nein

Hat die Mutter regelmäßigen Kontakt zum Vater des Kindes? Ja Nein

Ist der Kontakt gut? Ja Nein

Wenn „nein“, seit wann nicht mehr?

Arbeitet der Vater des Kindes zurzeit? Ja Nein

Unterstützt der Vater des Kindes die Mutter? Ja Nein

Wann ja, wie ...?

Hat der Vater zurzeit oder hatte der Vater in der Vergangenheit gesundheitliche oder sonstige Probleme? Ja Nein

Wenn ja...

chronische Krankheit zurzeit früher

Welche?

regelmäßige Medikamenteneinnahme zurzeit früher

extremer Zigarettenkonsum zurzeit früher

Alkoholproblem zurzeit früher

Drogenabhängigkeit zurzeit früher

Partnerschaftsprobleme zurzeit früher

sonstige Beziehungsprobleme zurzeit früher

psychische Probleme (z.B. übertriebene Angst, Überforderungsgefühle, Vereinsamungsgefühle, Depression, Aggressionen etc.) zurzeit früher

Welche psychischen Probleme?

Sonstige Probleme zurzeit früher

Welche sonstigen Probleme?

Weitere Anmerkungen

INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHWANGERSCHAFT UND ÜBER DAS BABY

SCHWANGERSCHAFT

Schwangerschaftswoche

Geburtsstermin des Babys

Schwangerschaftsprobleme

FALLS DAS KIND SCHON GEBOREN WURDE:

Geburtsdatum

Geschlecht des Babys: weiblich männlich

Geburtsgewicht

Stillt die Mutter ihr Kind? Ja Nein

Hat das Kind gesundheitliche Probleme? Ja Nein

Welche Art von Problemen?

Wie war die Geburt? normal
 Kaiserschnitt
 sonstige Schwierigkeiten

War die Mutter gleich nach der Geburt mit Ihrem Kind zusammen? Ja Nein

Wenn „nein“, wieso wurde die Mutter von Ihrem Kind getrennt?

Wie lange war die Trennung?

Wieviele Tage nach der Geburt ging die Mutter gemeinsam mit Ihrem Kind nach Hause?

Anmerkungen

IMPRESSUM

TEXT: LISA SCHILTZ-CLEES

LAYOUT: LOLA.LU

PRINT: IMPRIMERIE FABER

08-10

ALUPSE

8, RUE TONY BOURG
L-1278 LUXEMBOURG-GASPERICH

T 26 18 48 1 | F 26 19 65 55

E alupse@pt.lu | www.alupse.lu

