



## Masterarbeit

Wie wirken sich die Mutter- Kind Beziehungsqualität und die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten auf emotionale Symptome im Kindesalter aus?

**Manuel Neubacher**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Tina Malti

Bern, Mai 2010



Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Theorie</b>	<b>9</b>
2.1	Emotionale Symptome im Kindesalter	9
2.2	Depressionen im Kindes- und Jugendalter	10
2.2.1	Ätiologie	11
2.2.2	Prävalenz	13
2.2.3	Komorbidity	13
2.3	Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	14
2.3.1	Phobische Angstsyndrome	14
2.3.2	Generalisierte Angststörung	15
2.3.3	Trennungsangst und Schulphobie	15
2.3.4	Ätiologie	16
2.3.5	Prävalenz	17
2.3.6	Komorbidity	17
2.4	Komorbidity von Angststörungen und Depressionen	18
2.5	Mutter- Kind Beziehung	20
2.5.1	Feinfühligkeit und Kontrolle	20
2.5.2	Familienstruktur und emotionale Symptome	21
2.6	Theory of Mind	23
2.6.1	Die Entwicklung der Theory of Mind	23
2.6.2	Theory of Mind und Psychopathologie	25
2.6.3	Theory of Mind und Depressionen	26
2.6.4	Theory of Mind und Angststörungen	28
2.6.5	Theory of Mind und Mutter- Kind Beziehung	29
2.6.6	Theory of Mind, Mutter- Kind Beziehung und Psychopathologie	31
2.7	Kontrollvariablen	32
2.7.1	Migrationshintergrund und emotionale Symptome	32
2.7.2	Sozioökonomischer Status und emotionale Symptome	33
<b>3</b>	<b>Methode</b>	<b>35</b>
3.1	Fragestellung und Hypothesen	35
3.1.1	Relevanz der Fragestellung	38
3.2	Beschreibung der COCON- Studie	39
3.3	Stichprobe: Erhebung und Beschreibung	41
3.4	Forschungsdesign	43
3.5	Erhebungsinstrumente	44

3.5.1	Emotionale Symptome	44
3.5.2	Mutter- Kind Beziehungsqualität	45
3.5.3	Mütterliche Kontrolle	47
3.5.4	Mütterliche Feinfühligkeit	48
3.5.5	Theory of Mind	50
3.5.6	Migrationshintergrund	52
3.5.7	Sozioökonomischer Status	52
3.6	Statistische Analysen	54
<b>4</b>	<b>Resultate</b>	<b>55</b>
4.1	Deskriptive Resultate	55
4.2	Multivariate Resultate	56
4.2.1	Bivariate Korrelationen	56
4.2.2	Varianzanalysen	56
4.2.3	Pfadanalyse	59
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>62</b>
5.1	Zusammenfassung der Arbeit	62
5.2	Diskussion der Befunde	65
5.2.1	Mutter- Kind Beziehung und emotionale Symptome	65
5.2.2	Theory of Mind und emotionale Symptome	67
5.2.3	Mutter- Kind Beziehung und Theory of Mind	68
5.3	Fazit und Beantwortung der Fragestellung	71
<b>6</b>	<b>Abstract</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>75</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>83</b>
8.1	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	83
8.2	Fehlende Fälle	84
8.3	Erfassung der Mutter- Kind Beziehungsqualität	85
8.4	Erfassung der kindlichen Theory of Mind	89
8.5	Häufigkeitsverteilung der unabhängigen Variablen	90
8.6	Prüfung auf Normalverteilung für das GLM (emotionale Symptome)	92
8.7	Prüfung auf Normalverteilung für das GLM (Theory of Mind)	92
8.8	Mütterliche Kontrolle und Theory of Mind	93
8.9	Prüfung auf Normalverteilung für die Pfadanalyse (Theory of Mind)	93

## 1 Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung nach den Auswirkungen der Mutter-Kind Beziehungsqualität (mütterliche Feinfühligkeit und mütterliche Kontrolle) und den kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten auf emotionale Symptome im Kindesalter (depressive Symptome und Angstsymptome). Die Mutter- Kind Beziehungsqualität ist im Zusammenhang mit kindlichen emotionalen Symptomen Gegenstand vieler Forschungen. Ebenfalls existieren Forschungsarbeiten zum Thema Theory of Mind und Psychopathologie, diese sind jedoch weniger zahlreich und hauptsächlich für das Erwachsenenalter. Eine Forschungsarbeit, die das Zusammenspiel dieser drei Konstrukte untersucht, ist in dieser Form ein Novum und könnte für die empirische Forschung wie auch für die psychologische Therapie und Beratung relevante Erkenntnisse liefern.

Es wird hypothetisiert, dass die Mutter- Kind Beziehungsqualität in einem negativen Zusammenhang mit kindlichen emotionalen Symptomen steht. Dabei wird in dieser Arbeit angenommen, dass eine positive Mutter- Kind Beziehung geprägt ist von einem hohen Mass an mütterlicher Feinfühligkeit und einem mittleren Mass an mütterlicher Kontrolle. Ebenfalls wird ein negativer Zusammenhang zwischen dem Grad der Entwicklung der kindlichen Theory of Mind und dem Vorhandensein von kindlichen emotionalen Symptomen angenommen. Weiter wird davon ausgegangen, dass die kindliche Theory of Mind Moderator- und Mediatoreffekte auf den Zusammenhang zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und den kindlichen emotionalen Symptomen aufweist. Zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und der kindlichen Theory of Mind wird ein positiver Zusammenhang erwartet.

Die bei dieser quantitativen, empirischen Arbeit verwendeten Daten stammen aus der COCON- (Competence and Context) Längsschnittstudie, die im Rahmen des Jacobs Centers for Productive Youth Development der Universität Zürich durchgeführt wird. Für diese Arbeit setzt sich die Stichprobe aus 97 Neunjährigen und deren Hauptbezugspersonen zusammen.

Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Konzepte der kindlichen emotionalen Symptome, der Mutter- Kind Beziehungsqualität, sowie der kindlichen Theory of Mind erläutert und in Beziehung zueinander gestellt. Auch werden die verwendeten Kontrollvariablen theoretisch beschrieben und in Beziehung zu den kindlichen emotionalen Symptomen gebracht.

Weiter werden im Methodenteil der Arbeit die aufgestellten Hypothesen sowie das Forschungsdesign erläutert. Auch werden die COCON- Studie und die verwendete Stichprobe, sowie die Erhebungsinstrumente der interessierenden Grössen beschrieben. An-

schliessend werden die interessierenden Grössen mittels statistischen Analysen auf allfällige signifikante Zusammenhänge und Interaktionen untersucht und die Ergebnisse dargestellt.

In der Diskussion werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung diskutiert. Ferner werden die formulierten Hypothesen veri- oder falsifiziert und auf weitere anstehende Schritte im Forschungsprozess hingewiesen. Implikationen für die Praxis werden diskutiert.

Da es für die hier interessierenden Themengebiete teilweise nur sehr wenig Forschungsliteratur gibt (z.B. Theory of Mind und Psychopathologie bei Kindern), werden jeweils auch Forschungsergebnisse aus Studien mit Erwachsenen und wenn möglich auch mit Jugendlichen präsentiert.

Da sich bei den Erhebungen hauptsächlich Mütter beteiligten, wird nur auf die Mutter-Kind und nicht auf die Vater- Kind Interaktion fokussiert.

## 2 Theorie

### 2.1 Emotionale Symptome im Kindesalter

In der ICD- 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) werden unter den emotionalen Störungen des Kindesalter (F93) diverse Angststörungen, Geschwisterrivalität sowie ‚sonstige emotionale Störungen des Kindesalter‘ subsumiert. Weitere Formen emotionaler Störungen werden unter F92, der ‚kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen‘, beschrieben. Darunter fallen die ‚Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung‘ sowie die ‚sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen‘.

In dieser Arbeit werden unter emotionalen Symptomen im Kindesalter kindliche depressive Symptome sowie Angstsymptome verstanden.

Im Folgenden werden Depressionen und Angststörungen im Kindesalter getrennt beschrieben. Im Methodenteil werden diese dann gemeinsam als eine Variable in die statistischen Analysen einbezogen. Dieses Vorgehen wird mit der hohen Komorbidität im Kindesalter und dem internalisierenden Charakter beider Diagnosen begründet. Da in der meisten klinischen Literatur die Kinder und Jugendlichen gemeinsam beschrieben werden, wird dies im Folgenden teilweise auch so erfolgen. Wenn immer möglich, werden jedoch die Erscheinungsbilder bei Kindern erläutert.

## 2.2 Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Während lange Zeit die Meinung, Depressionen kämen bei Kindern nicht vor, überwiegte, wird heute mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass depressive Störungen zumindest in der mittleren Kindheit auftreten und bei Kindern und Jugendlichen die gleichen Symptome hervorrufen können wie bei Erwachsenen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006). Hauzinger und Petermann (2003) betonen die Vorverlagerung der Inzidenz depressiver Störungen in den letzten Jahrzehnten.

Bei depressiven Kindern stehen, neben den Affektveränderungen im engeren Sinn, auch spezifische Veränderungen der Motivation, des Antriebs, sowie Veränderungen des Denkens und des körperlichen Befindens im Vordergrund. Auch wenn sich Depressionen bei Kindern ähnlich äussern wie bei Erwachsenen, gibt es bei Kindern in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand einige Unterschiede. Im Folgenden sollen die Symptome der kindlichen Depression (Kinder und Jugendliche) beschrieben werden, auf die erwachsenenspezifischen depressiven Symptome wird in dieser Arbeit nicht eingegangen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006).

Depressive Kinder berichten oft von einem Gefühl der Niedergeschlagenheit sowie der Traurigkeit. Die depressive Stimmungsbeeinträchtigung zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen oft in einem Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit durch äussere Ereignisse. Weiter treten starke Stimmungsschwankungen auf. Häufig ist die gedrückte Stimmung von einer starken Ängstlichkeit überschattet. So trauen sich Kinder beispielsweise nicht mehr, sich in Situationen zu begeben, die sie normalerweise problemlos meistern könnten. Oft stellt sich der depressive Affekt erst sekundär zur Ängstlichkeit ein.

Depressive Kinder und Jugendliche können oft schlecht mit Ärger umgehen und weisen eine erhöhte Reizbarkeit auf. Die erhöhte Reizbarkeit kann, vor allem bei Jugendlichen, auffälliger sein als der depressive Affekt.

Die Kinder ziehen sich häufig aus sozialen Beziehungen zurück, vor allem aus Peerbeziehungen, jedoch auch aus dem familiären Umfeld. Oft fühlen sich depressive Kinder und Jugendliche einsam und haben das Gefühl, keine Freunde zu haben, dass ihnen niemand wirklich nahe stehe und niemand sie liebt. Dies hängt stark mit dem Gefühl der Wert- und Bedeutungslosigkeit zusammen, welches dabei erlebt wird.

Weiter treten häufig Schuldgefühle auf, wobei dies vom Entwicklungsstand des Kindes abhängen dürfte.

Betroffene Kinder und Jugendliche wirken wenig selbstsicher und können sich oft schlecht gegen andere durchsetzen. Sie äussern häufig Selbstkritik, Selbsthass und haben die Tendenz, sich selbst herabzusetzen. Das Denken von depressiven Kindern und Jugendlichen ist oft verzerrt und weist negative Selbstschemata und einen negativen

Attributionsstil auf. Weiter stellen sich Konzentrations- und Merkschwierigkeiten ein, die zu Lernproblemen sowie einem Leistungsabfall in der Schule führen können. Das Denken ist allgemein verlangsamt.

Automutilation oder das Zerstören eigener Gegenstände können vorkommen. Die Kinder und Jugendlichen erscheinen lustlos und gelangweilt, nichts macht ihnen mehr Spass. Sie wirken apathisch und antriebslos und haben auch an Dingen, die sie einst mochten, keine Freude mehr. Weiter kann sich eine psychomotorische Retardierung zeigen. Viele Verhaltensabläufe sind verlangsamt, die Spontanität des Verhaltens ist eingeschränkt. Einige Kinder reagieren hingegen auch mit starker Agitiertheit und ihr Verhalten mutet hyperaktiv an.

Somatische Symptome sind bei depressiven Kindern und Jugendlichen äusserst häufig. So treten vor allem Störungen der Verdauung auf, meist zeigen sich Appetitlosigkeit und Essensverweigerung. Auch kommt es oft zu einer Hypotonie und einer Aktivitätsabnahme des Magen- Darm- Trakts mit Verstopfung. Es kann sich jedoch auch ein gesteigerter Appetit entwickeln, vor allem wenn Angst im Vordergrund steht. Manche Kinder verlieren die Kontrolle über ihre Körperfunktionen und nässen und koten wieder ein. Ebenfalls häufig sind Schlafstörungen (Insomnie und Hypersomnie), wobei Ein- und Durchschlafstörungen im Vordergrund stehen. Träume haben oft einen traurigen und bedrückenden Inhalt, der Schlaf wird selten als erholsam erlebt. Weiter können umschriebene Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, oder andere chronische Schmerzen auftreten.

### 2.2.1 Ätiologie

Die Entstehung von Depressionen wird als multifaktorieller Prozess betrachtet, bei welchem biologische und psychologische Vulnerabilitäten, Stressoren und protektive Faktoren beteiligt sind und deren Zusammenspiel weder für das Erwachsenen- noch für das Kindesalter ausreichend erforscht ist (Rossmann, 2008).

Unter einem neurobiologischen Gesichtspunkt konnten bei Kindern und Jugendlichen hauptsächlich serotonerge Auffälligkeiten nachgewiesen werden. Dabei ist anzunehmen, dass sich das depressive Geschehen im Laufe der kindlichen Entwicklung neurobiologisch unterschiedlich widerspiegelt. Inwiefern solche Auffälligkeiten als Ursache oder als Folge einer depressiven Erkrankung zu betrachten sind, ist bisher ungeklärt.

Auf kognitiver Ebene werden Prozesse der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlussfolgerns diskutiert, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression mit bedingen (Rossmann, 2008).

Nach dem kognitiven Ansatz von Beck (1967) wird davon ausgegangen, dass depressive Menschen ungünstige Kognitionen anwenden, welche vor allem in Stresssituationen aktiviert werden und zu einer ins Negative verzerrten Wahrnehmung der Welt, der eige-

nen Person und der Zukunft führen. Wiederum unklar ist, ob solche Denkstile Ursache oder Folge depressiver Störungen sind.

Seligman (1975) diskutiert die erlernte Hilflosigkeit als Depressionsursache. Das wiederholte Erleben von Hilflosigkeit in nicht kontrollierbaren, als negativ erlebten Ereignissen führt nach diesem Modell zur Entwicklung hoffnungsloser, depressiver Zustände. Der depressive Mensch glaubt dabei nicht mehr an die Effektivität des eigenen Handelns.

Verhaltenspsychologische Konzepte gehen von einer Exstinktion ursprünglich positiv verstärkten Verhaltens aus (Rossmann, 2008). Positive Verstärker nehmen ab und somit auch das ursprünglich verstärkte Verhalten, welches wiederum zu einer Beeinträchtigung von Motivation und Stimmung führt. Es entsteht ein Teufelskreis, bei dem die Wahrscheinlichkeit sinkt, positive Verstärker zu erlangen. Dabei werden insbesondere Verhaltensdefizite in Bezug auf soziale Fähigkeiten als wichtige Faktoren betrachtet, die als Ursprung eines solchen Gefüges stehen. Soziale Dysfunktionen und Depression stehen in beiden Richtungen in einem kausalen Zusammenhang.

Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus, interpersonelle Dependenz und tiefe Selbstwertschätzung korrelieren mit Depressionen im Kinder- und Jugendalter, wobei auch hierbei die Ursache- Folge- Frage unklar ist.

Weiter werden beeinträchtigte familiäre Beziehungen und elterliche Zurückweisung als Ursache depressiver Störungen im Kindesalter diskutiert. So sind Eheprobleme und chronische familiäre Konflikte ein allgemeiner Risikofaktor zur Entwicklung psychischer Störungen im Kindesalter. Mangelnde Akzeptanz und fehlende emotionale Wärme in der Eltern- Kind Beziehung werden von depressiven Kindern und Jugendlichen oft berichtet. Mangelnde Akzeptanz und elterliche Zurückweisung destabilisieren den kindlichen Selbstwert, da sie ungünstige Bindungserfahrungen darstellen. „Die aus der wiederholten Konfrontation mit chronischen familiären Konflikten resultierenden, emotionalen Spannungs- und Erregungszustände können das Erlernen einer adäquaten Emotionsregulation erschweren, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten emotionaler und behavioraler Dysregulation weiter erhöht“ (Rossmann, 2008, S. 297).

Eine wesentliche Rolle in der Entstehung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen spielen kritische Lebensereignisse wie der Verlust eines Elternteils durch Scheidung, Trennung oder Tod.

Unter dem genetischen Gesichtspunkt zeigte sich in vielen Studien eine familiäre Häufung von Depressionen. Psychische Störungen der Eltern, insbesondere Depressionen, sind oft in Familien depressiver Kinder- und Jugendlichen vorhanden und stellen ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Depression des Kindes dar. Eine psychische Erkrankung der Eltern ist oft ein chronischer Stressor für Kinder, der beispielsweise mit chronischen Eheproblemen, beeinträchtigten familiären Beziehungen, mangelhafter

sozialer Unterstützung, sozialer Isolation und ungünstigen ökonomischen Lebensbedingungen einhergehen kann.

Depressive Jugendliche mit einem depressiven Elternteil äusserten in einer Studie (Essau, 2004) mehr Suizidabsichten und erlebten häufiger depressive Episoden als depressive Jugendliche mit gesunden Eltern. Essau (2002) beschreibt depressive Mütter als weniger aktiv und weniger spielerisch im Umgang mit ihren Kindern als nicht depressive Mütter. Sie reagieren weniger auf ihre Kinder und setzen seltener verbalen und körperlichen Kontakt in der Interaktion ein. Depressive Mütter verhalten sich ihren Kindern gegenüber negativer, kritischer und weniger bestätigend als nicht depressive Mütter.

Ebenfalls werden Problembewältigungsstrategien im Zusammenhang mit Depressionen diskutiert. So sind Strategien wie die Suche nach Problemlösungen, nach sozialer Unterstützung und Ablenkung günstige und gesunde Strategien. Rückzug, Vermeidung, Selbstbeschuldigung, Resignation, Aggression und gedankliche Weiterbeschäftigung sind ungünstige Strategien, die oft mit einer psychopathologischen Entwicklung in Beziehung stehen (Rossmann, 2008).

### 2.2.2 Prävalenz

Wie schon erwähnt, erfolgt heute das erste Auftreten einer Depression früher als in der Generation der 1940er- 1950er Jahre und auch ein grösserer Teil des Lebens ist durch depressive Phasen beeinträchtigt als damals (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006).

Groen und Petermann (2008) gehen von einer Prävalenz bei Kindern von eins bis zwei Prozent, Steinhausen (2004) von drei Prozent und Felder und Herzka (2001) von zwei Prozent aus. Das Geschlechterverhältnis im Kindesalter scheint in etwa ausgeglichen zu sein (Groen & Petermann, 2008). Im Jugendalter verändert sich dieses Verhältnis, es erkranken etwa doppelt so viele Mädchen wie Knaben an einer Depression (Resch, 1999).

### 2.2.3 Komorbidität

Bis zu zwei Drittel der Kinder mit Depressionen erleben komorbid eine andere Störung. Dies sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen, Essstörungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie somatoforme Störungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006). In einer Studie mit depressiven Jugendlichen wiesen 18,4 Prozent der Jugendlichen komorbid eine Angststörung, 11,4 Prozent eine somatoforme Störung und 10,3 Prozent Substanzmissbrauch auf (Essau, 2004) auf.

## 2.3 Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Ängste kommen im Kindesalter häufig vor und haben je nach Entwicklungsstufe unterschiedliche Inhalte. Sie sind bei Schulkindern oft phobischer Art, ebenfalls treten häufig Leistungsängste auf (Remschmidt, 2008). Im Schulalter nehmen sowohl die Ängste vor Phantasiegestalten und Dunkelheit als auch diejenigen vor fremden Menschen und vor Tieren insgesamt ab. Soziale Ängste, Ängste vor negativer Bewertung und Ängste bezüglich der Gesundheit werden hingegen häufiger (Schneider, 2006).

Pathologisch werden Ängste, wenn eine ungewöhnlich starke und situationsunangemessene Angstentwicklung, sowie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten auftritt. Alle Angstformen beeinflussen die Verhaltens-, die Erlebens- und die physiologische Ebene (Remschmidt, 2008).

Generell kommen bei Ängsten auf der Erlebensebene Befürchtungen, Beeinträchtigungserlebnisse sowie Überlegungen zur Vermeidung angstauslösender Situationen vor. Auf der Verhaltensebene zeigen sich Vermeidungsstrategien wie Flucht, Ausweichen, Weglaufen und das Umgehen von bestimmten Situationen. Auch werden oft sogenannte Sicherheitssignale, die mit einer bestimmten Angst auslösenden Situation assoziiert sind, hergestellt. Dies sind Objekte, Personen oder Situationen, die das Auftreten der Angst unwahrscheinlich machen (z.B. Tabletten in der Tasche). Auf der physiologischen Ebene treten Begleiterscheinungen wie beispielsweise eine erhöhte Pulsfrequenz, Schwitzen oder Atembeschleunigung auf.

Im Folgenden sollen die bei Kindern am häufigsten auftretenden Angststörungen beschrieben werden:

### 2.3.1 Phobische Angstsyndrome

Hierunter fallen die spezifischen sowie die sozialen Phobien. Die spezifischen Phobien sind Ängste, die sich auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation richten wie beispielsweise eine Hundephobie (Remschmidt, 2008). Kinder und Jugendliche geraten in massive Angstzustände, wenn sie mit dem Angstobjekt konfrontiert werden und vermeiden wenn möglich solche Situationen. Die Persönlichkeitsstruktur dieser Kinder ist oft introvertiert und ängstlich. Sie sind wenig durchsetzungsfähig und eng an eine Beziehungsperson gebunden. Bei Kindern äussert sich die phobische Reaktion häufig in Schreien, Wutanfällen, Erstarren und Anklammern an vertraute Erwachsene. Sie bleiben nur gezwungenermassen in der angstbesetzten Situation (Petermann & Essau, 2008).

Petermann und Suhr-Dachs (2008) unterteilen die soziale Phobie in zwei Kategorien: Angst vor fremden, unvertrauten Personen sowie vor Situationen, in denen eine soziale Hervorhebung und Bewertung möglich ist.

Die betroffenen Kinder machen sich übermässig Sorgen bezüglich der Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen und sind in solchen Situationen befangen und verlegen. Kinder können in Erwartung oder während der gefürchteten sozialen Situation körperlich mit Bauchschmerzen, Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten und Übelkeit reagieren. Auf kognitiver Ebene können Gedanken wie ‚ich werde ausgelacht werden‘, auf der Verhaltensebene können Weinen, Schweigen oder Weglaufen auftreten. Im Gegensatz zu Erwachsenen fehlt den Kindern meist die Einsicht der Unangemessenheit ihrer sozialen Angst (Blatter & Schneider, 2007). Dabei soll jedoch die Fähigkeit zu altersangemessenen sozialen Beziehungen im vertrauten Umfeld differenzialdiagnostisch gegeben sein (Essau, 2003).

### 2.3.2 Generalisierte Angststörung

Leitend für diese Störung ist die generalisierte, nicht an Situationen gebundene, frei flottierende Angst, die als eine Art dauerhafter Befindlichkeit persistiert und mit vielen körperlichen Symptomen (z.B. Spannungskopfschmerzen, Zittern, Unruhe, Oberbauchschmerzen) einhergeht. Auch werden zukunftsgerichtete Besorgnisse (z.B. über zukünftiges Unglück) geäußert. Kinder und Jugendliche mit einer generalisierten Angststörung können oft nicht aufhören, sich über relativ unbedeutende Ereignisse grosse Sorgen zu machen (Fröhlich- Gildhoff & Hartung, 2007). Die Sorgen wirken häufig unbegründet und sind nicht kontrollierbar. Sie können beispielsweise die Leistungen in der Schule, oder die ausreichende Anzahl an Freunden betreffen. Kinder mit generalisierter Angststörung zeigen ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Rückmeldung über ihre Leistungen und ihr Verhalten im Allgemeinen. Sie sind oft nervös und angespannt, erleben Schlafstörungen, sind müde und gereizt und haben Mühe, sich zu konzentrieren (Blatter & Schneider, 2007).

### 2.3.3 Trennungsangst und Schulphobie

Die Trennungsangst ist gekennzeichnet durch Angst vor einer tatsächlichen oder befürchteten Trennung von einer nahen Bezugsperson. Es werden Befürchtungen geäußert, der Bezugsperson könne etwas Schlimmes zustossen. Oft verweigern Kinder aus Sorge um die Bezugsperson die Schule. Die Angst bezieht sich häufig nicht auf die Schule selber, sondern auf die damit verbundene Trennung. Solche Kinder können schlecht alleine zu Hause bleiben und haben vor realen oder befürchteten Trennungssituationen massive körperliche Symptome (z.B. Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Erbrechen). Weiter zeigen sie bei bevorstehender Trennung extreme Angst, Wutausbrüche, Schreien und Festklammern. Oft besteht eine übermässig starke Bindung an die Bezugsperson (Remschmidt, 2008).

#### 2.3.4 Ätiologie

In psychologischen Theorien zur Entstehung der Angst stehen lerntheoretische wie auch psychodynamische Überlegungen im Vordergrund (Steinhausen, 2006). Lerntheoretisch wurde die Konditionierung von Ängsten konzeptualisiert (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006). Die Bindungsforschung weist darauf hin, dass eine im Säuglingsalter bestehende ängstlich-unsichere Bindung in Verbindung mit dem Temperament eine mögliche Rolle bei der Entstehung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter spielt (Steinhausen, 2006). Freud verstand die Angstneurose einerseits als Ausdruck von aufgetauter und ungenügend entladener Libido, andererseits als Folge innerpsychischer Konflikte, vor allem als Folge der Verdrängung (1996).

Es wird davon ausgegangen, dass ein Zusammenhang zwischen Ängsten im Kindes- und Jugendalter und einem gehemmten Temperament (behaviorale inhibition) besteht (Fröhlich-Gildhoff & Hartung, 2007). Steinhausen (2006) beschreibt ängstliche Kinder als tendenziell sensibel und in neuen Situationen oft als mit Irritation reagierend.

Beck und Emery (1985) gehen in ihrem kognitiven Modell davon aus, dass Angstpatientinnen und Angstpatienten überaktivierte, auf Gefahr ausgerichtete, fehlinterpretierende oder übertreibende kognitive Schemata anwenden, die dauernd internale und oder externale Reize als Gefahr interpretieren. Die betroffene Person fokussiert dabei ihre Wahrnehmung auf Stimuli, die mögliche Gefahren beinhalten könnten und vernachlässigt Stimuli, welche keine Gefahr signalisieren. Dies führt dazu, dass sich die Person nur noch mit ihrer Angst beschäftigt und ihre Angstgedanken generalisiert. Dabei unterschätzt sie ihre Möglichkeiten, dieser Gefahr etwas entgegenzusetzen.

Dazu beschreibt Essau (2003), dass ängstliche Kinder mehr negative Kognitionen aufweisen als nichtängstliche Kinder. Solche dysfunktionalen Kognitionen treten jedoch ebenfalls bei depressiven Kindern auf.

Essau und Petermann (2008) erwähnen eine beeinträchtigte Emotionsregulation als eine weitere Ursache zur Entstehung von spezifischen Phobien.

Wie in Zwillingsstudien gezeigt wurde, spielen neben Umweltbedingungen auch genetische Faktoren für die Entstehung von Angststörungen eine Rolle (Steinhausen 2006). Angststörungen treten oft familiär gehäuft auf (Essau, 2003). Bei Trennungsängsten ist häufig eine ängstlich-depressive und überprotektive Mutter bei einem gleichzeitig passiven Vater in einem nach aussen hin isolierten Familiensystem vorhanden. Viele Studien weisen einen Zusammenhang zwischen elterlichem, ängstlichem Verhalten und dem ängstlichem Verhalten des Kindes auf. (Fröhlich-Gildhoff & Hartung, 2007).

Belastende Lebensereignisse wie Trennungserfahrungen, Erkrankung, der Verlust einer Bezugsperson durch Tod, Eheprobleme der Eltern, Krankenhausaufenthalt des Kindes oder soziale Veränderungen mit Verfolgung oder Not sind bei Angststörungen anamnestisch oft vorhanden. Dabei wird die familiäre Verarbeitung von Belastungen einer-

seits durch die Qualität der Familienbeziehungen, andererseits durch das Ausmass der elterlichen Modellfunktion für eine adaptive oder pathologische Angstbewältigung bestimmt (Steinhausen, 2006).

#### 2.3.5 Prävalenz

In einer Studie im Kanton Zürich wurde bei Kindern und Jugendlichen eine Prävalenz aller Angststörungen zusammengefasst von 11,4 Prozent festgestellt (Steinhausen, 2004). Essau (2003) beschreibt eine Lebenszeitprävalenz von ungefähr 10 Prozent bei Kindern und Jugendlichen. Felder und Herzka (2001) gehen ebenfalls von 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit klinisch relevanten Ängsten aus. Mädchen erleben dabei vermehrt Angststörungen als Knaben (Remschmidt, 2008).

Möller, Laux und Deister (2005) postulieren eine Lebenszeitprävalenz der spezifischen Phobie von 8,6 Prozent. Steinhausen, Winkler Metzke, Meier und Kannenberg (1998) fanden in einer Studie bei sechs bis 17 jährigen Kindern und Jugendlichen eine Prävalenz von 5.8 Prozent für spezifische Phobien.

Die soziale Phobie ist eine im Kindesalter eher selten auftretende Störung (Petermann & Suhr-Dachs, 2008). In der Studie von Steinhausen et al. (1998) wiesen soziale Phobien bei Kindern und Jugendlichen (7-16 jährige) eine Prävalenz von 4,7 Prozent auf.

Die Lebenszeitprävalenz der generalisierten Angststörung liegt nach Möller et al. (2005) bei etwa 5,1 Prozent. Strauss (1994) geht von einer Prävalenz der generalisierten Angststörung von 2.9 bis 4,6 Prozent bei Kindern.

Die Prävalenz der Schulphobie liegt bei etwa eins bis zwei Prozent der schulpflichtigen Kinder, das Geschlechtsverhältnis scheint dabei ausgeglichen zu sein (Remschmidt, 2008). In der epidemiologischen Studie von Ford, Goodman und Meltzer (2003) waren die Trennungängste mit einer Prävalenz von 1,5 Prozent die am häufigsten vorkommende Art der Angststörungen bei fünf bis sieben jährigen Kindern.

#### 2.3.6 Komorbidität

Angststörungen sind ungefähr in der Hälfte der Fälle mit anderen Störungen gekoppelt. Oft treten sie verbunden mit anderen Formen von Angststörungen, Depressionen oder Zwangsstörungen auf; seltener sind externalisierenden Störungen komorbid (Felder & Herzka, 2001).

## 2.4 Komorbidität von Angststörungen und Depressionen

Depressionen und Angststörungen werden beide den internalisierenden Störungen zugeordnet. Diese betreffen im Gegensatz zu den externalisierenden Störungen stärker die Gefühlswelt und das innere Erleben. Kinder mit einer Depression erfüllen überzufällig häufig die Diagnose einer Angststörung, zum Beispiel die einer Trennungsangst oder einer sozialen Unsicherheit. So können Depression und Angst entwicklungsgemäss unterschiedliche Äusserungen einer zugrundeliegenden ungünstigen Emotionsregulation mit negativem Affekt darstellen. Den Kindern fällt es aufgrund spezifischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Besonderheiten schwer, negative Emotionen und Erfahrungen zu verarbeiten. In der Auseinandersetzung mit der Umwelt sind diese Kinder furchtsamer und aufgeregter, sie empfinden generell weniger Freude und fühlen sich schneller belastet als gesunde Kinder (Groen & Petermann, 2008).

Steinhausen (2004) beschreibt ebenfalls, dass Depressionen im Kindesalter besonders häufig mit Angststörungen auftreten. Dabei lässt sich unter Umständen nur schwer bestimmen, welches die zugrundeliegende Störung eines Kindes ist (Kerns & Lieberman, 1997). Eine reine Depression kommt im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als im Erwachsenenalter vor. Kinder mit einer Depression, vor allem solche in einer klinischen Einrichtung, erleben häufig komorbid Angststörungen, welche oft einer Depression vorausgehen und als Risikofaktor für eine solche gelten. Insbesondere sind dies die soziale Ängstlichkeit und Trennungsängste, die sich auch in Schulphobie und Schulverweigerung äussern (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006).

Essau (2002) führt aus, dass die Überlappung von Angst und Depression zwar überzufällig gross ist, jedoch nicht als vollständig betrachtet werden darf. Sie betont die Notwendigkeit prospektiver Längsschnittstudien sowie familiengenetischer Studien um die pathogenetischen Mechanismen der beiden Störungen im Zusammenhang mit der Komorbidität zu klären.

In einer Studie von Essau (2004) wiesen 18,4 Prozent der depressiven Jugendlichen komorbid eine Angststörung auf. In der Bremer Jugendstudie erfüllten 31,4 Prozent der depressiven Jugendlichen die Diagnosen einer Angststörung, was den höchsten Anteil komorbider Störungen in der Studie ausmachte. (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

Auch Angststörungen treten am häufigsten mit Depressionen zusammen auf (Essau, 2003). Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn und Sack (1997) beschrieben, dass Angststörungen bei Jugendlichen mit grösserer Wahrscheinlichkeit mit einer Depression als mit anderen Formen von Angststörungen komorbid sind.

Kinder mit einer Angststörung berichteten in einer Studie, die die Unterschiede von Angststörungen und Depressionen im Kindesalter untersuchte, über ähnliche Angstsymptome wie Kinder mit einer Depression; depressive Kinder erlebten jedoch ein höheres Mass an depressiven Symptomen als Kinder mit einer Angststörung. Weiter formulierten depressive Kinder negative Kognitionen in Form von negativen Aussagen, ängstliche Kinder hingegen in Form einer Frage. Depressive Kinder unterschieden sich von ängstlichen Kindern durch ein ungünstigeres Sozialverhalten. (Stark, Humphrey, Laurent, Livingston & Christopher, 1993).

## 2.5 Mutter- Kind Beziehung

Für die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes gehören nach De Wolff und Ijzendoorn (1997) unter anderem folgende Merkmale des elterlichen Interaktionsverhaltens: Sensitivität für kindliche Signale, eine positive Grundhaltung gegenüber dem Kind, Synchronisation im Sinne einer Abstimmung reziproker Interaktionen mit dem Kind, sowie emotionale Unterstützung und Stimulation durch häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind.

Diese Arbeit berücksichtigt im Rahmen der Mutter- Kind Beziehung die Aspekte Feinfühligkeit und Kontrolle, welche im Folgenden beschrieben und mit emotionalen Symptomen im Kindesalter in Zusammenhang gestellt werden sollen.

### 2.5.1 Feinfühligkeit und Kontrolle

Spangler (1999) definiert mütterliche Feinfühligkeit im Rahmen der Mutter- Kind Interaktion als die Fähigkeit, kindliche Signale wahrzunehmen, diese richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Dabei stellen das kindliche Verhalten und der kindliche emotionale Ausdruck den Bezugspunkt für die Beurteilung der Feinfühligkeit dar. Feinfühligkeit der Eltern ermöglicht dem Kind unter anderem eine Verhaltens- und Emotionsregulation aufzubauen.

Die mütterliche Feinfühligkeit und Kontrolle wurden in der COCON- Studie mittels der ‚Zaubertafel‘ (Wolke, Rios & Unzer, 1995), bei der das Kind und die Mutter gemeinsam ein Haus zeichnen und dabei kooperieren müssen, erfasst (siehe Kapitel 3.5.4). In der COCON- Studie wird unter mütterlicher Feinfühligkeit ein Verhalten verstanden, bei dem die Mutter dem Kind in angemessener Weise Raum lässt, sich als Partner oder als Partnerin in eine gemeinsame Aktionsplanung und soziale Interaktion einzubringen. Dies erfordert, dass die Mutter auch feine Signale des Kindes bemerkt (z.B. wenn das Kind verunsichert ist, oder wenn es mehr Initiative übernehmen möchte). Sie muss diese Signale richtig interpretieren und angemessen sowie prompt darauf reagieren. Die Mutter interpretiert beispielsweise richtig, dass das Kind verunsichert ist, weil es einen Fehler gemacht hat und ermutigt es, indem sie den Fehler des Kindes positiv umdeutet („Dann machen wir eben ein Treppendach, das ist eh viel schöner!“). Eine feinfühlige Mutter geht auf die Bedürfnisse des Kindes ein und sollte bemerken, dass das Kind beispielsweise gelangweilt oder genervt ist, weil es bei der Aufgabe nicht richtig mitmachen kann. Sie gibt dem Kind dem Entwicklungsniveau entsprechend angemessene Verhaltensanweisungen (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel).

Dietz, Birmaher, Williamson, Silk, Dahl, Axelson, Ehmann und Ryan (2008) definieren mütterliche Kontrolle im Rahmen einer Mutter- Kind Interaktionsaufgabe als Grad, in

dem die Mutter sich aktiv in eine Problemlösung einbringt und ihr Kind zu beeinflussen versucht.

In der COCON- Studie wird die mütterliche Kontrolle auf verbaler sowie nonverbaler Ebene gemessen. Bei der verbalen Kontrolle benutzt die Mutter kontrollierende Verbalisation, um die Interaktion mit dem Kind in eine bestimmte Richtung zu lenken. Dabei können kontrollierende Aussagen direktiv sein („mach das“), prohibitiv („tu das nicht“) oder auch eine Beschreibung der eigenen Handlung („Ich gehe jetzt hoch“). Somit entscheidet die Mutter, was getan wird, sie gibt Anweisungen und macht Einschränkungen, das Kind wird nicht in die Planung einbezogen. Bei der nonverbalen Kontrolle handelt es sich um körperliche Kontrollaktivitäten, bei denen die Mutter direktiv vorgeht und Handlungen selber ausführt, ohne dass das Kind sich daran mitgestaltend beteiligen kann (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel).

### 2.5.2 Familienstruktur und emotionale Symptome

Jugendliche, die das Erziehungsverhalten ihrer Eltern als emotional kühl, ablehnend und überprotektiv beschrieben, wiesen in einer Studie ein hohes Mass an inter- und externalisierenden psychopathologischen Symptomen auf (Muris, Meesters & van den Berg, 2003). Mütterliche Responsivität (Das prompte und angemessene Reagieren auf kindliche Signale) auf positive kindliche Affekte erwies sich in einer weiteren Studie als Prädiktor für weniger negative Emotionen bei Kindern (Feng, Shaw, Skuban & Lane, 2007). Die Auswirkung mütterlicher Feinfühligkeit wurde in der Längsschnittstudie von Beckwith, Cohen und Hamilton (1999) untersucht. 18 jährige, die ihre eigene Bindungsrepräsentation als negativ einschätzten, wurden 16 bis 17 Jahre zuvor auf ihre Mutter-Kind Beziehung untersucht. Sie erhielten als Kleinkinder weniger feinfühliges Zuwendung von ihren Müttern als Jugendliche, die ihre Bindungsrepräsentation als positiv einschätzten.

Essau (2004) wies ebenfalls in einer Studie mit depressiven Jugendlichen nach, dass diese ihre Bindung zu den Eltern als weniger gut wahrnahmen als nicht depressive Jugendliche.

Dietz et al. (2008) zeigten in ihrer Studie, bei der sie Jugendliche mit Depressionen und deren Beziehungen zur Mutter untersuchten, dass Mütter depressiver Jugendlicher signifikant mehr Rückzug, Abkoppelung und wenig Zusammenhalt (Disengagement) sowie signifikant weniger Kontrolle in der Interaktion zeigten als Mütter von gesunden Jugendlichen, die zu einer Risikogruppe für die Entwicklung von Depressionen gehörten. Auch nach remittierter Depression der Jugendlichen blieb dieses Interaktionsverhalten bestehen. Die Autoren fügen an, dass zurückgezogene (disengaged) Mütter durch ihren Rückzug weniger responsiv gegenüber den emotionalen Bedürfnissen ihrer Kinder

sind und somit zu einem wenig unterstützenden und wenig zusammenhaltenden Familienumfeld beitragen.

Stark et al. (1993) beschreiben, dass depressive Kinder negative Schemata bezüglich des Selbst und der Welt auch als Folge von negativen Aussagen der Eltern über das Kind entwickeln können. In Familien, in denen die Eltern dem Kind gegenüber auf diese Weise Ablehnung kommunizieren, herrscht häufig ein Erziehungsstil, der auf Bestrafung basiert. Die Autoren betonen, dass auch das Kind mit seinem Temperament und seiner genetischen Prädisposition eine Rolle in der Entwicklung eines solchen Familienumfeldes spielt.

In einer Studie von Johnson, Inderbitzen- Nolan und Schapman (2005) nahmen ängstliche Jugendliche ihre Familien negativer wahr als die gesunde Kontrollgruppe, und die depressiven Jugendlichen erlebten ihre Familien negativer als die ängstlichen Jugendlichen. Die Autoren argumentieren, dass dies auch deshalb so sein könnte, weil der negative Affekt und die negativen Kognitionen, die mit Depressionen assoziiert werden, eine negativere Wahrnehmung der eigenen Familie hervorrufen könnten.

Kommorbid depressiv und ängstliche Jugendliche und deren Eltern beschrieben in einer Studie von Bernstein, Warren, Massie und Thuras (1999) ihre Familie als wenig zusammenhaltend (cohesion, disengagement), rigid und als wenig anpassungsfähig. Rigidität wurde mit strengen Regeln, Disziplin, dem Fehlen von gemeinsamem familiärem Problemlösen, fehlender familiärer Kompromissbereitschaft, der Unfähigkeit zur Übernahme neuer innerfamiliärer Rollen, sowie mit Festhalten am familiären Machtgefüge definiert.

Schneider (2004) beschreibt einen Erziehungsstil, der durch hohe Kontrolle, Kritik und wenig Feinfühligkeit charakterisiert ist, als einschränkend für die Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien im Umgang mit vertrauten und neuen Situationen. Dementsprechend bildet das Kind eine geringe Kontrollerwartung aus, welche die Basis für die Entwicklung einer Angststörung sein kann.

In einer Studie von Dumas, Serketich und LaFreniere (1995) wurden Muster von Kontrollverhalten in Mutter- Kind Dyaden mittels eines halbstrukturierten Spiels untersucht. Es wurden drei Versuchsgruppen gebildet: Sozial kompetente, aggressive und ängstliche Kinder mit ihren Müttern. Sozial kompetente Kinder und deren Mütter beeinflussten einander positiv und reziprok. Sie legten viel Wert auf den Austausch der Kontrolle (Bestimmen, was gemacht wird oder was der andere machen soll). Ängstliche Kinder und deren Mütter zeigten ein hohes Mass an ‚aversiver‘ Kontrolle. Die Mütter versuchten, ihre Kinder zu kontrollieren, indem sie deren Handlungsspielraum einschränkten, Kritik und Strafe einsetzten und sich oft einmischten. Weiter zeigten diese Mütter das geringste Mass an Compliance (gegenüber den Vorschlägen des Kindes) und Offenheit für das Kind. Die ängstlichen Kinder versuchten, gegenüber den mütterlichen Einschränkungen zu opponieren.

## 2.6 Theory of Mind

Die Theory of Mind Forschung wurde durch die Forschungsarbeiten mit Schimpansen von Premack und Woodruff (1978) stark beeinflusst. Premack und Woodruff definierten Theory of Mind folgendermassen:

An individual has a Theory of Mind if he imputes mental states to himself and others. A system of inferences of this kind is properly viewed as a theory because such states are not directly observable, and the system can be used to make predictions about the behavior of others (pp. 515).

Dabei versucht der Mensch als soziales Wesen in seinem Alltag die Handlungen und Emotionen anderer Personen für sich erklärbar zu machen und berücksichtigt dazu deren mentale Zustände. Er versucht einerseits, den Wunsch und die Überzeugung einer anderen Person zu erkennen und daraus deren Handlungen vorauszusagen, andererseits deutet er Handlungen als Folge bestimmter Überzeugungen, Wünsche und Absichten. Er verfügt über eine Alltagspsychologie, mit der das Verhalten und Denken anderer Menschen erklärbar wird (Kern, 2007).

Die Theory of Mind wird oft mit sogenannten ‚first‘ und ‚second order- Aufgaben‘ gemessen. In einer ‚first order- Aufgabe‘ hat ein Protagonist oder eine Protagonistin eine falsche Annahme bezüglich der Realität. In einer ‚second order- Aufgabe‘ hat ein Protagonist oder eine Protagonistin eine falsche Annahme über die Annahme einer zweiten Person (Kerr, Dunbar & Bentall, 2003).

### 2.6.1 Die Entwicklung der Theory of Mind

Die von Premack und Woodruff (1978) in der Primatenforschung eingeführte Forschung zur Theory of Mind wurde von Wimmer und Perner (1983) in die Entwicklungspsychologie übernommen. Diese Autoren beschrieben in Studien, dass sich die Theory of Mind in der Altersperiode von vier bis sechs Jahren entwickelt. Sie entwickelten ein Testverfahren zur Prüfung der kindlichen Theory of Mind, die sogenannte ‚Schokoladengeschichte‘: Eine Versuchsperson beobachtet, wie ein Protagonist (Maxi) eine Schokolade an dem Ort A deponiert. Danach wird die Schokolade in Maxis Abwesenheit von Ort A nach Ort B transportiert. Nun kommt Maxi zurück und will die Schokolade essen. Die Versuchsperson wird hierbei gefragt, wo Maxi die Schokolade nun suchen wird. Die meisten unter Dreijährigen antworten, dass Maxi die Schokolade an Ort B suchen wird, dort wo sie tatsächlich liegt. Mit einem Alter von vier Jahren beantworten die meisten Kinder die Testfrage korrekt mit dem Ort A. Vierjährige verstehen, dass Maxi dort suchen wird, wo er fälschlicherweise glaubt, dass die Schokolade sei und nicht an dem Ort, wo sie tatsächlich ist. Somit können Vier- bis Sechsjährige eine falsche Überzeu-

gung repräsentieren und auch die Absichten und Handlungen des Protagonisten (Maxi) voraussagen.

Im Folgenden soll die Entwicklung der Theory of Mind im kindlichen Lebenslauf beschrieben werden. Auf Vorläufer der Theory of Mind im Säuglings- und Kleinkindalter wird dabei nicht eingegangen, da dies nicht Thema dieser Arbeit ist. Für einen differenzierteren Überblick über die Entwicklung der Theory of Mind wird auf die Übersichtsarbeit von Hofer (2008) verwiesen.

Kleinkinder machen bei Theory of Mind Aufgaben den ‚false belief- Fehler‘, sie antworten so, als ob der Protagonist wisse, welchen Zustand die Realität aufweist (‚first order false belief‘). So wissen Kleinkinder noch nicht, dass unterschiedliche Menschen unterschiedliche Gedanken und unterschiedliches Wissen über die gleiche Situation oder den gleichen Sachverhalt haben können. Zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensjahr findet eine Veränderung des menschlichen sozialen Verstehens statt. Die kindliche Theory of Mind entwickelt sich jedoch auch nach dem vierten Lebensjahr weiter. Während Drei- bis Vierjährige meist nur ‚first order Aufgaben‘ korrekt lösen können, verstehen fünf- bis sechsjährige Kinder, dass eine Annahme über die Meinung eines anderen falsch sein kann (‚second order- Aufgaben‘) (Bruning, Konrad & Herpertz- Dahlmann, 2005).

Perner und Wimmer (1985) untersuchten das Verständnis von Überzeugungen zweiter Ordnung (Maxi glaubt, dass Susi glaubt, der Eisverkäufer sei auf dem Marktplatz) und fanden solche Kompetenzen bei Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren. Sullivan, Zaitchik und Tager- Flusberg (1994) fanden die Fähigkeit, ‚second order- Aufgaben‘ zu lösen, mit einfacheren Aufgaben bereits bei 40 Prozent der untersuchten vierjährigen und bei 90 Prozent der untersuchten fünfjährigen Kindern.

Im Folgenden soll die Studie von Landole und Chandler (2002) beschrieben werden, da sich die Erhebung der Theory of Mind in der COCON- Studie darauf bezieht. Die Autoren bezweifeln, dass Vierjährige eine ausgereifte Theory of Mind besitzen. Sie argumentieren, dass das menschliche Wissen auf Interpretationen beruhe und Kinder dies erst später in ihrer Entwicklung wirklich verstehen:

Only later, in the early school years, do children come to appreciate, as do adults, that the mind itself can contribute to the content of mental states. This later arriving ‚interpretive Theory of Mind‘ allows an appreciation of the capacity for constructively interpreting and misinterpreting reality (2002, pp.1).

Die Autoren kritisieren, dass das Verstehen der traditionellen ‚false belief- Aufgaben‘ nicht gleichbedeutend mit einer interpretativen Theory of Mind ist. Die Kinder wissen noch nicht um die konstruktive Natur des menschlichen Geistes. Sie können zwar die ‚false belief- Aufgaben‘ lösen, sich jedoch nicht vorstellen, dass es mehr als eine Interpretation zu einem spezifischen Ereignis geben kann. Das Anliegen der Autoren war, herauszufinden, wann Kinder verstehen, dass ein und derselbe Anlass zu verschiedenen Interpretationen führen kann. In ihrer Studie stellte sich heraus, dass Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren über ein interpretatives Verständnis verfügen. Um dies zu testen, benutzten sie Zeichnungen und Ausschnitte aus diesen Zeichnungen (doodles), welche unterschiedliche Interpretationen zuließen. Den Kindern wurde eine solche vollständige Zeichnung gezeigt. Anschliessend sahen die Kinder, wie nur ein kleiner Ausschnitt dieser Zeichnung zwei Puppen ‚gezeigt‘ wurde (welche die komplette Zeichnung noch nie ‚gesehen‘ haben). Diese Ausschnitte liessen die erwähnte Interpretationsvielfalt zu. Auf diese Weise kann einerseits eine klassische ‚false- belief- Aufgabe‘ durchgeführt werden, indem das Kind gefragt wird, was die Puppen in dem Bildausschnitt wohl sehen (Berücksichtigen die Kinder, dass die Puppen das Originalbild nicht ‚kennen‘?). Andererseits kann eruiert werden, ob die Kinder die beiden Puppen verschiedene Bilder ‚sehen lassen‘ und somit über eine interpretative Theory of Mind verfügen.

Lalonde und Chandler fanden, dass 77,3 Prozent der fünf- bis sechsjährige Kinder verstanden, dass die erste Puppe eine falsche Meinung bezüglich des Inhalts des Bildausschnitts hatte. Die Mehrheit dieser Altersgruppe liess jedoch die zweite Puppe kein anderes Bild als die erste Puppe sehen (nur 10,4% der fünfjährigen und 39,2% der sechsjährigen Kinder). Erst die siebenjährigen Kinder konnten die ‚false belief- Aufgabe‘ (95%) und die interpretative Aufgabe (83,3%) meistern.

Zusammenfassend formulieren die Autoren, unter Berücksichtigung eigener und anderer Theory of Mind- Forschungsarbeiten zu verschiedenen Altersstufen, folgende Erkenntnisse:

Children begin their careers as theorists of the mind by recognizing that others can ‚get things wrong‘ (simple false belief); they progress to the realization that there is more than one way to be wrong (interpretation); then to more sophisticated notions of interpretation that include the possibility that there is (perhaps) more than one way to be ‚right‘; and eventually to the view that any and all claims to knowledge rest upon finding the best available warrant for what must remain fundamentally doubttable knowledge claims (2002, pp.196).

## 2.6.2 Theory of Mind und Psychopathologie

Ausgehend von den Befunden aus der Primatenforschung (Premack & Woodruff, 1978) fand die Theory of Mind Eingang in die psychiatrische Forschung (Rentrop, 2007).

Theory of Mind- Defizite werden im Rahmen verschiedener psychopathologischer Erkrankungen diskutiert. So nimmt Rentrop (2007) Theory of Mind Defizite bei Borderline- Persönlichkeitsstörungen an. Zahlreiche Forschung existiert im Zusammenhang mit den Autismus- Spektrum- Störungen. So berichteten beispielsweise Baron- Cohen, Leslie und Frith (1985), dass autistische Kinder bei Wimmers und Perner's ,Schokoladengeschichte', erhebliche Theory of Mind Defizite aufwiesen. Theory of Mind Defizite werden als zentraler Aspekt der autistischen Störung betrachtet.

Doody, Götz, Johnstone, Frith und Cunningham Owens (1998) untersuchten die Theory of Mind Fähigkeiten von schizophrenen Patientinnen und Patienten und fanden Defizite vor allem bei ,second- order Aufgaben' (Siehe dazu auch Brüne, 2005).

### 2.6.3 Theory of Mind und Depressionen

Depressive Menschen, deren Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, Metakognition und Selbstreflexion akut oder dispositionell eingeschränkt ist, leiden verstärkt unter interpersonellen und psychosozialen Problemen. Dabei sind Interpretationen zwischenmenschlicher oder psychosozialer Ereignisse oft verzerrt und von negativen, rigiden und generalisierten Annahmen geprägt. Die Umwelt wird als kritisch und feindselig wahrgenommen, eigene Anteile am Geschehen werden oft übersehen. Weiter erfolgt bei chronisch Depressiven häufig ein sozialer Rückzug, welcher den Egozentrismus fördert, indem Rückmeldungen aus der Umwelt nicht mehr angemessen berücksichtigt werden. Das Gefühl des Unverstandenwerdens wächst, der depressive Mensch fühlt sich oft ,aus der Welt der Gesunden' ausgeschlossen und kann sich kaum noch in das Erleben der Mitmenschen hineindenken.

Obschon klare Theory of Mind Defizite bei Menschen mit Depressionen erkennbar sind, ist es unklar, ob lebensgeschichtlich erworbene Theory of Mind Defizite die Entwicklung und/ oder Chronifizierung einer Depression begünstigen und welche Auswirkungen defizitäre Theory of Mind Fähigkeiten bei Depressiven auf die Behandlung und den Verlauf der Krankheit haben (Dykieriek, Schramm & Berger, 2007).

Im Folgenden soll auf Studien hingewiesen werden, die den Zusammenhang von Theory of Mind und Depression untersucht haben. Bisher existieren nur wenige Studien, die sich mit Theory of Mind und affektiven Störungen befassen, im pädiatrischen Bereich existieren nur einzelne Studien. Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass sowohl manische wie auch depressive und remittierte Patientinnen und Patienten Theory of Mind Defizite aufweisen (Hofer, 2008; Bruning et al., 2005).

Schenkel, Marlow-Connor, Moss, Sweeney und Pavuluri (2008) untersuchten in einer Studie den Zusammenhang zwischen pädiatrischen bipolaren Symptomen und Theory of Mind Defiziten. Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis 18 Jahren mit einer

bipolaren, affektiven Störung sowie einer Kontrollgruppe von gesunden Kindern wurden Theory of Mind Aufgaben gestellt. Es zeigte sich, dass die Theory of Mind Aufgaben (,false belief- Aufgaben‘ und Aufgaben des sozialen Folgerns) von den bipolar erkrankten Kindern signifikant schlechter gelöst wurden als von der Kontrollgruppe und auch schlechter im Vergleich mit Studien mit bipolar erkrankten Erwachsenen (Kerr, et al., 2003; Bora, Vahip, Gonul, Akdeniz, Alkan, Ogut & Eryavuz, 2005). Symptomspezifisch konnte nachgewiesen werden, dass Kinder in einer manischen Phase signifikant schlechter abschlossen als gesunde Kinder. Bei Kindern in einer depressiven Phase konnte kein solcher Zusammenhang festgestellt werden. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass in der untersuchten Stichprobe die manischen Symptome ausgeprägter gewesen sind als die depressiven (depressive N=4, manische N= 22) und somit keine klare Aussage bezüglich dem Zusammenhang von Theory of Mind Defiziten und Depressionen im Kindesalter gemacht werden kann. Sie betonen die Notwendigkeit neuer Studien, die den Zusammenhang zwischen Theory of Mind Fähigkeiten und bipolaren Störungen im Kindes- und Jugendalter untersuchen. Dazu brauche es Studien mit größeren Stichproben mit depressiven, euthymischen und manischen Kindern. Auch sei es wichtig, Studien zu realisieren, welche zwischen dem Kindes- und Jugendalter besser differenzieren.

Bora et al. (2005) untersuchten 43 erwachsene Probandinnen und Probanden mit einer bipolaren, affektiven Störung, die seit mindestens vier Monaten remittiert waren und eine Kontrollgruppe (N= 30) gesunder Erwachsener auf ihre Theory of Mind Fähigkeiten. Sie fanden, dass die Versuchsgruppe in den Theory of Mind Aufgaben schlechter abschnitt als die Kontrollgruppe. Gemessen wurde die Theory of Mind mittels des ,reading- mind in the eyes‘ Test (Baron- Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001), bei dem Emotionen anhand Fotografien von Augenpartien zugeordnet werden sollen und des ,hinting task‘ (Jansen, Krabbendam, Jolles & Van Os, 2003). Dieser beinhaltet Aufgaben, bei denen eine wahre Absicht, welche durch indirekte Aussagen angedeutet wird, erkannt werden soll.

In einer Studie von Kerr et al. (2003) wurde ebenfalls untersucht, ob bipolar affektive, erwachsene Patientinnen und Patienten Theory of Mind Defizite aufwiesen. Es wurden 20 gegenwärtig manische, 15 gegenwärtig depressive und 13 remittierte Erwachsene sowie eine Kontrollgruppe von 15 gesunden Erwachsenen untersucht. Aus der Studie resultierte, dass sowohl die depressive wie auch die manische Stichprobe tiefere Theory of Mind Werte aufwies als die gesunde Kontrollgruppe. Die remittierte Gruppe zeigte hingegen keine tieferen Werte als die Kontrollgruppe. Gemessen wurde die Theory of Mind mittels Geschichten und dazugehörigen Cartoons (Frith & Corcoran, 1996), in denen die Probandinnen und Probanden ,first-‘ und ,second order false belief- Aufgaben‘ lösten. Weiter wurde der IQ der Teilnehmenden gemessen und mit der Theory of

Mind Leistung korreliert. Die manische Stichprobe wies einen tieferen Intelligenzquotient als die remittierte Stichprobe auf. Die depressive Subgruppe zeigte, verglichen mit der remittierten und der Kontrollgruppe, keine abweichenden Intelligenzwerte.

Inoue, Tonooka, Yamada & Kanba (2004) untersuchten 50 erwachsene Personen mit einer remittierten (mindestens seit einem Monat) Depression oder bipolaren Störung (34 unipolar; 16 bipolar) auf ihre Theory of Mind Leistungen und verglichen sie mit einer gesunden Kontrollgruppe von 50 Personen. Untersucht wurde die Theory of Mind mittels einer Geschichte und dazugehörigen Cartoons. Die Probandinnen und Probanden mussten eine ‚reality Question‘ (was geschieht hier), eine ‚first order question‘, eine ‚second order question‘ und eine ‚tactical question‘ (Was hat der Protagonist vor?) beantworten. Die Autoren zeigten, dass die depressiv remittierte Gruppe signifikant schlechtere Theory of Mind Leistungen bei second order Aufgaben zeigte als die Kontrollgruppe. Bei den anderen drei Aufgaben fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Es zeigten sich weiter keine Korrelationen mit IQ, Geschlecht oder der Länge der Erkrankung in den uni- resp. bipolaren affektiven Störungen. Die Autoren schliessen aus den Ergebnissen, dass die Patientinnen und Patienten, obschon sie remittiert waren, soziale Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Fähigkeiten im Bereich des ‚mind readings‘ (pp. 407) haben. Weiter empfehlen sie aufgrund ihrer Studie, Theory of Mind Defizite im therapeutischen Setting mit dieser Patientinnen- und Patientengruppe zu trainieren.

#### 2.6.4 Theory of Mind und Angststörungen

Es wurden nur zwei Studien gefunden, die den Zusammenhang zwischen Theory of Mind und Angststörungen untersuchten.

In einer Studie von Mackowiak (2007) interessierte der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und angstrelevanten- sowie nicht angstrelevanten Theory of Mind Aufgaben. Die nicht angstrelevanten Theory of Mind Aufgaben bestanden aus ‚false belief-Aufgaben‘ und interpretativen false belief-Aufgaben‘ (Carpendale & Chandler, 1996). Die angstrelevanten Theory of Mind Aufgaben bestanden aus Geschichten, in denen verschiedene Personen Begebenheiten erleben und dabei jeweils unterschiedlich reagieren (Angst vs. keine Angst; Annäherung vs. Vermeidung). Die Stichprobe bestand aus 260 Kindern im Alter von fünf bis neun Jahren. Es zeigte sich weder in den angstthematischen noch in den nicht- angstthematischen Theory of Mind Aufgaben ein bedeutsamer leistungsmindernder Effekt der kindlichen Ängstlichkeit. So hatten auch hochängstliche Kinder in der Studie nicht schlechtere Resultate in den Theory of Mind Aufgaben als nicht ängstliche Kinder. Die Autorin interpretiert dieses Resultat damit, dass ängstliche Kinder ein Expertenwissen über die eigene Angst und damit verbunden über das soziale Umfeld haben könnten und somit die Theory of Mind Aufgaben richtig lösen.

Solche Kinder „entwickeln möglicherweise auch eine ganz besondere Sensibilität für Unterschiede zwischen ihrem eigenen Erleben und Verhalten und dem Erleben und Verhalten anderer (nicht ängstlicher) Personen.“ (Mackowiak, 2007, S. 340).

Die Emotionsregulationsfähigkeit von hochängstlichen Kindern hatte jedoch einen Einfluss auf die Theory of Mind Leistungen (bei den nicht ängstlichen Kindern zeigte sich dieser Einfluss nicht). Problemlösungsorientierte Strategien wirkten sich dabei günstig auf das Resultat aus, problemvermeidende Strategien hingegen negativ. Die Fähigkeit, Angst in der Situation regulieren zu können, die Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte der Situation zu richten und angemessene Lösungsversuche zu realisieren, moderierte den Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und kognitiven Leistungen.

Geschlechtsunterschiede gab es keine ausser bei den angstrelevanten Theory of Mind Aufgaben: Mädchen lösten die ‚deviant interpretation‘ Aufgaben besser als Jungen. Bei diesen Aufgaben ging es darum, zwischen sinnvollen und abwegigen Interpretationen zu unterscheiden.

Auch Banerjee und Henderson (2001) fanden in einer Studie mit 6-11 jährigen, sozial ängstlichen Kindern keinen Zusammenhang zwischen ‚second order- Aufgaben‘ (Lokalisationsaufgabe) und sozialer Ängstlichkeit. Sie fanden jedoch, dass sozial ängstliche Kinder, vor allem in Verbindung mit schüchternem, negativem (self-blaming, low self-esteem) Affekt, mit spezifischen sozialkognitiven Aufgaben Mühe hatten. Dies waren Aufgaben, die die Verbindung von Emotionen, Intentionen und Überzeugungen in interpersonellen Situationen erforderten, während die Kinder sich in mentale Zustände anderer Personen versetzen sollten. So hatten sozial ängstliche Kinder zum Beispiel Mühe, die ‚Faux-Pas Aufgabe‘ (Banerjee, 2000) zu lösen. Den Kindern wurden hierbei Puppen gezeigt, eine davon beging ungewollt einen ‚Faux- Pas‘. Sie sagte zum Beispiel, dass sie Geigenmusik hasse, die andere Puppe spielte ihrerseits jedoch sehr gerne Geige. Die Kinder sollten nun den ‚Faux-Pas‘ erkennen und die Puppe identifizieren, welche diesen begangen hatte. Weiter wurden sie gefragt, weshalb die Puppe diese Aussage besser nicht gemacht hätte und ob die Puppe dies absichtlich gesagt habe um die andere Puppe zu ärgern. Die Autoren hypothetisieren, dass sozial ängstliche Kinder mit einem negativen Affekt selbstfokussierter sein könnten als gesunde Kinder und deshalb soziale Interaktionen schlechter mentalisieren können.

#### 2.6.5 Theory of Mind und Mutter- Kind Beziehung

Carpendale und Lewis (2004) postulieren, dass sich die kindliche Theory of Mind stark in der Interaktion mit anderen Menschen entwickelt. Dabei spielen sowohl Faktoren auf Seiten des Kindes sowie seiner Interaktionspartner eine Rolle.

Gute Theory of Mind Fähigkeiten korrelierte in einer Studie mit höherem kindlichem Selbstwert, wenn die Mutter- Kind Interaktion vom Kind als warm und responsiv wahr-

genommen wurde (Cahill, Deater-Deckard, Pike & Hughes, 2007). Die Autoren führen aus, dass Kinder mit einer guten Theory of Mind positive Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung verstehen und interpretieren können und somit davon profitieren.

Die mütterliche Feinfühligkeit (sensitivity) im Umgang mit Zweijährigen stand in einer weiteren Studie in einem positiven Zusammenhang mit der Ausprägung der Theory of Mind, als die Kinder fünf Jahre alt waren (Symons & Clark, 2000). Sicher gebundene elf- bis 13 Monate alte Kinder konnten in einer Studie von Meins (1997) mit vier und fünf Jahren Theory of Mind Aufgaben besser lösen als unsicher gebundene Kinder.

Die häufige Kommunikation über mentale Zustände, bei der Mütter ihren Kindern verschiedene mentale Zustände erklären und diese thematisieren, korrelierte in einer Studie positiv mit den kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten (Peterson & Slaughter, 2003). Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen den Theory of Mind Fähigkeiten der Kinder und häufigen Äußerungen der Mütter, welche die mentalen Zustände der Kinder möglichst adäquat wiedergaben und spiegelten (Meins, Fernyhough, Wainwright, Gupta, Fradley, & Tuckey, 2002).

Ruffman, Perner und Parkin (1999) wiesen in ihrer Studie einen positiven Zusammenhang zwischen der kindlichen Theory of Mind Fähigkeit (v.a. Überzeugungsverständnis) und der Art und Weise, wie Mütter ihre Kinder in Konfliktsituationen behandeln, nach. Für die Theory of Mind förderlich war die Aufforderung der Mutter an das Kind, die Gefühle anderer Personen zu überdenken. Das generelle Diskutieren mit dem Kind über die Konfliktsituation stand in keinem Zusammenhang mit der Theory of Mind Fähigkeit des Kindes. Die Bestrafung des Kindes stand in einem negativen Zusammenhang mit der kindlichen Theory of Mind Fähigkeit. Dieser war jedoch nicht signifikant, wenn man das Alter des Kindes sowie seinen verbalen und mentalen Entwicklungsstand mit einberechnete.

Vinden (2001) beschrieb in einer Studie, dass bei angloamerikanischen Kindern die Theory of Mind Fähigkeiten in einem negativen Zusammenhang mit einem mütterlichen, autoritären Erziehungsstil (zurückweisend und stark Macht ausübend (Schneewind, 2002)) standen. Weiter wurde ein negativer Zusammenhang zwischen mütterlicher Machtausübung (power assertion) und dem kindlichen Verstehen von fremden Überzeugungen beschrieben (Pears & Moses, 2003). Dieselben Autoren fanden jedoch, dass mütterliche Machtausübung positiv mit dem kindlichen Verstehen von fremden Emotionen zusammenhing.

#### 2.6.6 Theory of Mind, Mutter- Kind Beziehung und Psychopathologie

Hughes und Ensor (2006) zeigten in ihrer Studie mit zweijährigen Kindern, dass gute kindliche Theory of Mind Fähigkeiten den positiven Zusammenhang zwischen problematischem kindlichen Verhalten (externalisierendes Verhalten) und rauem Erziehungsverhalten der Eltern (harsh parenting: negative control, negative affect) abschwächte. Dabei war die kindliche Theory of Mind auch in einer Längsschnittstudie bei Zweijährigen in einem ungünstigen Umfeld ein Prädiktor für weniger Problemverhalten als dieselben Kinder vier Jährig waren; raues Erziehungsverhalten hatte vor allem für Kinder mit schlechten Theory of Mind- Fähigkeiten negative Auswirkungen (Hughes & Ensor, 2007).

## 2.7 Kontrollvariablen

In dieser Arbeit werden der Migrationshintergrund, das Geschlecht des Kindes und der sozioökonomische Status als Kontrollvariablen verwendet. Im Folgenden werden der Migrationshintergrund und der sozioökonomische Status im Zusammenhang mit emotionalen Symptomen beschrieben. Auf die Rolle des Geschlechtes im Zusammenhang mit emotionalen Symptomen wurde in den Kapitel 2.2 und 2.3 eingegangen.

### 2.7.1 Migrationshintergrund und emotionale Symptome

Unter dem Begriff der Migration werden nach Assion (2005) sehr unterschiedliche Lebensschicksale mit ausgeprägt heterogenen Bedingungen, Motivationen und Erfahrungen zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit darin besteht, nicht der Mehrheitsgesellschaft anzugehören, sondern primär einer anderen Region, einem anderen Land oder einer anderen Kultur zu entstammen. Darunter fallen sowohl Personen mit direktem Migrationshintergrund wie auch Nachfahren von Migrantinnen und Migranten.

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Schweiz betrug im Jahre 2008 22,6 Prozent. Nahezu ein Fünftel aller Migrantinnen und Migranten (21%) ist in der Schweiz geboren und gehört somit zur zweiten oder dritten Migrationsgeneration. Im selben Jahr besass etwas mehr als ein Viertel der in der Schweiz geborenen Kinder eine ausländische Staatsbürgerschaft. Die Erwerbslosenquote der Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund betrug im Jahre 2008 6,2 Prozent und lag deutlich über jener der Schweizerinnen und Schweizer (2,5%). Bei vielen Migrantinnen und Migranten kumuliert sich das Risiko, arbeitslos zu werden: Sie sind oft wenig qualifiziert und arbeiten somit in Branchen, die besonders vom Konjunkturverlauf abhängen. Weiter sind sie bedeutend öfter von Armut betroffen als Schweizerinnen und Schweizer und deshalb auch häufiger ‚working poor‘. Diese Situation ist zu einem Grossteil darauf zurückzuführen, dass der Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung bei Migrantinnen und Migranten überproportional hoch ist (Bundesamt für Statistik, 2010).

Resch (1999) bezeichnet Migration- und Kulturtransfer als psychosoziale Risikofaktoren. Diese können vor allem bei Sprachproblemen und deutlichen Kulturunterschieden bei Schulkindern zu Belastungen führen. Dabei können sich die Risikofaktoren aus Kulturkonflikten, Kommunikationsproblemen, Ghettobildung, ungünstigen Wohnverhältnissen, einer belastenden Arbeitssituation der Eltern, sowie einer belastenden Schulsituation der Kinder ergeben (Steinhausen, 2006). Weiter können kulturell vermittelte Rollendifferenzierungen der Geschlechter sowie unterschiedliche Wertvorstellungen über die Erziehung und über die Beziehung von Eltern und Kindern im neuen Land erschüttert werden. In diesen Spannungsfeldern können sich psychosoziale Fehladaptationen mit

dem Risiko der Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ergeben. Dabei wirken das Ausmass kultureller Distanz und fehlender Integration als besonders gravierende Risikofaktoren.

Bülent (2007) betont jedoch, dass zwischen Migration und Krankheit kein direkter kausaler Zusammenhang besteht. Die aktuelle Forschung zeigt die Komplexität des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit, die sich aus der Kombination mannigfaltiger genetischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, administrativer und lebensweltlicher Einflussfaktoren ergibt.

Verschiedene sozialepidemiologische Indikatoren weisen jedoch darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten besonders risikobehaftet und vulnerabel sind. Besondere Probleme bestehen in den Bereichen der reproduktiven Gesundheit, der Zahngesundheit, der berufsbedingten Beschwerden, der sexuell übertragbaren, parasitären oder infektiösen Krankheiten und der psychischen Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit, 2007).

Bei einer Studie, die die Gesundheit schweizerischer Migrantinnen und Migranten (15-74 Jährige) untersuchte, gaben Migrantinnen und Migranten mit Ausnahme der deutschen, österreichischen und französischen Befragten, eine schlechtere Gesundheit an als Schweizerinnen und Schweizer. Ebenfalls lag die Rate der Personen mit Migrationshintergrund, die in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen sind, ausser bei den italienischen und den Migrantinnen und Migranten aus Sri Lanka, höher als die der schweizerischen Stichprobe. Bei der geschlechtsspezifischen Verteilung fällt auf, dass in allen Gruppen Frauen häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung waren als Männer. Bei Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien (ausser Kosovo) und aus Portugal lag der Anteil derjenigen, die sich länger als ein Jahr durch körperliche oder psychische Probleme eingeschränkt fühlten, nur bei wenigen Prozentpunkten, jedoch bei Personen aus der Türkei mit knapp einem Drittel und bei Asylsuchenden aus dem Kosovo mit etwa einem Viertel deutlich über dem entsprechenden Anteil der schweizerischen Bevölkerung (Rommel, Weilandt, Eckert, 2006).

Dabei sind Depressionen, psychosomatische Beschwerden und posttraumatische Belastungsstörungen häufig auftretende psychische Störungen in Verbindung mit Migration (Assion, 2005).

### 2.7.2 Sozioökonomischer Status und emotionale Symptome

Walper (2002) beschreibt finanzielle Knappheit als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. Diese belastet deren Selbstbild und Wohlbefinden, ihre Sozialbeziehungen zu Peers, ihre schulischen Leistungen sowie intellektuellen Kompetenzen und geht mit vermehrtem Problemverhalten einher. Dabei bedeutet Einkommensarmut jedoch nicht

in jedem Fall eine beeinträchtigte kindliche Entwicklung (Sarimski, 2008). Sie ist jedoch eine Risikobedingung für die Entwicklung sozial- emotionaler Störungen, wenn sich ungünstige Eltern- Kind Interaktionsmuster ausbilden, die aufgrund negativer Lebensereignisse und Belastungen der Eltern resultieren können. Blum- Maurice und Zenz (2009) nennen vier grosse Risikofaktoren, welchen Kindern in armen Familien oft ausgesetzt sind: Eine eingeschränkte sowie mangelhafte materielle Grundversorgung, eine Verminderung der Bildungschancen, eine schlechtere Gesundheit und Gesundheitsfürsorge sowie eine geringere Teilhabe am sozialen Geschehen und sozialen Austausch. Dabei betonen die Autoren, wie auch Sarimski (2008), dass die betroffenen Kinder, vor allem im Hinblick auf spezifische Resilienzfaktoren, nicht zwingend unter den Auswirkungen dieser Aspekte beeinträchtigt sein müssen. Das Leben in Armut kann sich auf das Kind insofern auswirken, indem seine Chancen auf die Entfaltung seiner individuellen Anlagen verringert werden.

In der schweizerischen Armuts- und Sozialhilfestatistik waren im Jahr 2006 Personen mit ausländischer Staatszugehörigkeit sowie Nichterwerbspersonen ähnlich stark vertreten, wobei die beiden Merkmale nicht miteinander korrelierten. Weiter waren Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Erwerbslose deutlich übervertreten. Personen mit einem Universitätsabschluss sowie Vollzeit Erwerbstätige waren viel seltener von Armut oder Sozialhilfe betroffen (Crettaz, Jankowski, Priester, Ruch & Schweizer, 2009).

In der deutschen BELLA Studie (Ravens-Sieber, Wille, Bettge, Erhart, 2007), die im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) des Robert-Koch- Instituts mit 17 641 Kindern und Jugendlichen im Altern von null bis 17 Jahren durchgeführt wurde, zeigten sich in Anbetracht des sozioökonomischen Status stark unterschiedliche Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status waren dabei deutlich häufiger betroffen. So lag die Prävalenz für kindliche Depression bei niederem sozioökonomischem Status bei 7,3 Prozent, die bei hohem Status bei 3,8 Prozent. Bei Angststörung lag die Prävalenz ersterer Gruppe bei 13 Prozent, die der letzteren bei 8 Prozent. Wenn man hingegen nur die Daten der Kinder analysierte, die psychisch auffällig waren, fielen die Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen weniger stark aus. Der sozioökonomische Status wurde mit den Variablen ‚Bildung‘ und ‚berufliche Stellung der Eltern‘ sowie des Haushaltsnettoeinkommens der Familie erhoben (Lampert, Schenk, Stolzenberg, 2002).

## 3 Methode

### 3.1 Fragestellung und Hypothesen

Ausgangspunkt und leitend für diese Arbeit ist folgende Fragestellung, an der sich auch die im Folgenden formulierten Hypothesen orientieren:

- Wie wirken sich die Mutter- Kind Beziehungsqualität und die kindlichen Theory of Mind- Fähigkeiten auf emotionale Symptome im Kindesalter aus?

Dabei interessiert auch die Frage, ob die Mutter- Kind Beziehungsqualität und die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten in Zusammenhang miteinander stehen, da dies allenfalls wiederum Auswirkungen auf die Entstehung kindlicher emotionaler Symptome haben könnte.

Es wurden unter Beachtung der im Theorieteil erwähnten Forschungsergebnisse folgende Hypothesen formuliert:

#### *Mutter- Kind Beziehungsqualität und emotionale Symptome im Kindesalter*

Wie in Kapitel 2.5.2 beschrieben, weisen zahlreiche Studien auf den Zusammenhang zwischen elterlichem Verhalten und kindlichen psychopathologischen Symptomen hin. So wurde beispielsweise ein wenig warmes, ablehnendes und überprotektives Erziehungsverhalten mit mehr inter- und externalisierenden psychopathologischen Symptomen in Verbindung gebracht (Muris et al., 2003). Jugendliche mit einer schlechten Bindungsrepräsentation erfuhren in ihrer Kindheit wenig feinfühliges Verhalten ihrer Mütter (Beckwith et al., 1999). Komorbid ängstliche und depressive Kinder erlebten ihre Familie als wenig zusammenhaltend, als rigid sowie als beschränkt anpassungsfähig (Bernstein et al., 1999). Mütter depressiver Jugendlicher wiesen in einer weiteren Studie ein hohes Mass an Rückzug und wenig Kontrolle im Umgang mit ihrem Kind auf (Dietz et al., 2008). Eine andere Studie beschreibt, dass ängstliche Kinder ein hohes Mass aversiver Kontrolle und wenig compliance sowie eingeschränkte Offenheit von ihren Müttern erleben (Dumas et al., 1995). Weiter wird ein Erziehungsstil, der ein hohes Mass an Kontrolle, Kritik und mangelnde Feinfühligkeit aufweist, als angstfördernd beschrieben (Schneider, 2004).

Es wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass eine positive Mutter- Kind Beziehung der Bildung emotionaler Symptome im Kindesalter protektiv entgegenwirkt. Für die Konzepte Feinfühligkeit und Kontrolle wird postuliert, dass ein positives Erziehungsverhalten eine hohe Feinfühligkeit beinhaltet. Bei der mütterlichen Kontrolle wurde ein hohes (z.B. Schneider, 2004; Dumas et al., 1995) und ein tiefes Mass an Kontrolle (z.B.

Dietz et al., 2008) als ungünstig beschrieben. Somit wird in dieser Arbeit ein mittleres Mass an Kontrolle als förderlich hypothetisiert.

### **Hypothese 1**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und dem Vorhandensein von kindlichen, emotionalen Symptomen. Mütterliche Feinfühligkeit steht dabei in einem negativen Zusammenhang mit emotionalen Symptomen. Mütterliche Kontrolle steht in einem U- Zusammenhang mit kindlichen emotionalen Symptomen, wobei mittlere Kontrolle am wenigsten emotionale Symptome aufweist.

### *Theory of Mind und emotionale Symptome*

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass zumindest im Erwachsenenalter, unipolare wie auch bipolare affektive Störungen mit Theory of Mind Defiziten korrelieren. (Kerr et al., 2003; Inoue et al., 2004; Hofer, 2008; Bruning et al., 2005). Im pädiatrischen Bereich gibt es bisher nur sehr wenige Studien im Bereich der affektiven Störungen und Angsterkrankungen im Zusammenhang mit kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten. In einer Studie mit bipolar erkrankten Kindern wurde kein solcher Zusammenhang mit depressiven Symptomen gefunden. Dabei war die Anzahl gegenwärtig depressiver Kinder jedoch zu klein (N=4) um aussagekräftig zu sein (Schenkel et al., 2008).

Mackowiak (2007) wies in einer Studie keinen Zusammenhang von Angst- Symptomen und Theory of Mind Defiziten bei Kindern nach.

In einer weiteren Studie zeigte sich ein leistungsmindernder Effekt bei sozial ängstlichen Kindern mit einem negativen Affekt (Banerjee & Henderson, 2001).

Wie die bisherige Forschung zeigt, scheint es einen Zusammenhang zwischen schlechten Theory of Mind Leistungen und depressiver Symptomatik, zumindest im Erwachsenenalter, zu geben. Bei Angstsymptomen scheint dieser Zusammenhang weniger ausgeprägt oder nicht vorhanden zu sein (siehe Kapitel 2.6.4). Für die in dieser Arbeit untersuchten emotionalen Symptome, welche aus depressiven Symptomen und Angstsymptomen bestehen, wird ein negativer Zusammenhang mit der kindlichen Theory of Mind angenommen.

### **Hypothese 2**

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den Theory of Mind- Fähigkeiten des Kindes und dem Vorhandensein von kindlichen, emotionalen Symptomen.

### *Mutter- Kind Beziehungsqualität und Theory of Mind Fähigkeiten des Kindes*

Wie in Kapitel 2.6.5 erläutert, konnte in mehreren Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Mutter und den Theory of Mind Fähigkeiten des Kindes gezeigt werden. So stand beispielsweise die mütterliche Feinfühligkeit im Umgang mit

zweijährigen Kindern in einem positiven Zusammenhang mit den Theory of Mind Fähigkeiten der Kinder, als diese fünf Jahre alt waren (Symons & Clark, 2000). Sicher gebundene, elf- bis 13 monatige Kinder wiesen in einer Studie von Meins (1997) mit vier und fünf Jahren bessere Theory of Mind Fähigkeiten als unsicher gebundene Kinder auf. Weiter wird davon ausgegangen, dass Kinder mit guten Theory of Mind Fähigkeiten positive Aspekte der Mutter- Kind Beziehung verstehen und richtig interpretieren und somit davon profitieren (Cahill et al., 2007).

In Folge der erwähnten Forschungsergebnisse wird die kindliche Theory of Mind in dieser Arbeit als Mediator im Zusammenhang zwischen der Mutter- Kind Beziehung und emotionalen Symptomen hypothetisiert. Für die mütterliche Kontrolle wird, wie bei Hypothese 1, ein mittleres Mass als für das Kind förderlich angenommen.

### **Hypothese 3**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und den Theory of Mind- Fähigkeiten des Kindes. (Feinfühligkeit= positiver Zusammenhang; Kontrolle= U- Zusammenhang, wobei mittlere Kontrolle für am meisten Theory of Mind Fähigkeiten steht). Theory of Mind wirkt somit als Mediator zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und emotionalen Symptomen.

### *Mutter- Kind Beziehungsqualität, Theory of Mind und emotionale Symptome*

In einer Studie von Hughes und Ensor (2006) mit zweijährigen Kindern konnte gezeigt werden, dass gute kindliche Theory of Mind Fähigkeiten den Zusammenhang zwischen problematischem kindlichen Verhalten (externalisierendes Verhalten) und ungünstigem Erziehungsverhalten der Eltern (harsh parenting) abschwächte. Ungünstiges Erziehungsverhalten hatte vor allem für Kinder mit schlechten Theory of Mind- Fähigkeiten negative Auswirkungen (Hughes & Ensor, 2007).

Ungünstiges Erziehungsverhalten wird für diese Arbeit als ein Verhalten mit hoher oder tiefer Kontrolle und oder wenig Feinfühligkeit verstanden.

Obgleich die erwähnten Forschungsergebnisse auf externalisierende Symptome fokussieren, wird folgende Hypothese formuliert:

### **Hypothese 4**

Die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten haben einen Moderator- Effekt auf den Zusammenhang zwischen der Mutter-Kind Beziehungsqualität und den emotionalen Symptomen im Kindesalter: Je besser die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten, desto weniger kommt der Zusammenhang zwischen einer ungünstiger Mutter-Kind Beziehungsqualität (tiefe Feinfühligkeit; hohe und tiefe Kontrolle) und dem Vorhandensein von kindlichen, emotionalen Symptomen zu tragen.

### 3.1.1 Relevanz der Fragestellung

Wie in Kapitel 2.5.2 beschrieben, hat die Mutter- Kind Beziehungsqualität einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von emotionalen Symptomen in der Kindheit. Weiter können schlechte Theory of Mind Fähigkeiten in Zusammenhang mit emotionalen Symptomen gebracht werden (siehe Kapitel 2.6.3 und 2.6.4). Die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten scheinen ihrerseits in einem positiven Zusammenhang mit einer förderlichen Mutter- Kind Beziehungsqualität zu stehen (siehe Kapitel 2.6.5) und scheinen bei ungünstigen Mutter- Kind Interaktionen moderierend wirken zu können (Kapitel 2.6.6).

In den bisherigen Untersuchungen wurden diese drei Konstrukte nie gemeinsam in einem Forschungsdesign untersucht. Auch existieren in der Forschung sehr wenig Studien, die den Zusammenhang von kindlicher Theory of Mind und emotionalen Symptomen, und noch keine, die Theory of Mind als Moderator zwischen internalisierenden Symptomen und ungünstiger Mutter- Kind Interaktion untersuchten. Resultate dieser Fragestellungen könnten therapierelevant sein. Wenn beispielsweise die Rolle der Theory of Mind im Zusammenhang mit emotionalen Symptomen und der Mutter- Kind Beziehung besser verstanden wird, kann diese gezielter gefördert werden. Dies könnte therapeutisch genutzt werden, indem die kindliche Theory of Mind bei emotionalen Symptomen gezielt gefördert wird. Auch könnte das Wissen um den Moderator- Effekt der kindlichen Theory of Mind bei ungünstigen familiären Verhältnissen genutzt und die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten bei solchen Kindern gefördert werden.

Forschungsergebnisse, die zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Mutter- Kind Interaktion und dem Ausmass der kindlichen Theory of Mind besteht, können ihrerseits in der Erziehungsberatung genutzt werden, indem den Eltern aufgezeigt wird, weshalb und wie sie diese sozialkognitiven Fähigkeiten ihres Kindes gezielt fördern können.

### 3.2 Beschreibung der COCON- Studie

Die Daten für diese Arbeit stammen aus der COCON- Studie, welche im Folgenden beschrieben werden soll. Der Schweizerische Kinder- und Jugendsurvey COCON (**Competence and Context**) ist ein interdisziplinär angelegtes Projekt, welches die sozialen Bedingungen, Lebenserfahrungen und die psychosoziale Entwicklung von mehr als 3000 Kindern und Jugendlichen in der Schweiz aus einer Lebenslaufperspektive untersucht.

Die für die deutsche und französische Schweiz repräsentative Studie ist sowohl als Querschnitt- wie auch als Längsschnittstudie angelegt. Zusätzlich zur Hauptstudie (Repräsentativstudie) werden in einer Intensivstudie mit 175 Kindern zusätzlich vertiefende Befragungen durchgeführt. Dies erlaubt einen präziseren und detaillierteren Einblick in die Entwicklung der Kinder in der Schweiz. Erforscht werden wichtige Übergänge im Lebenslauf von Kindern und Jugendlichen (z.B. Schuleintritt, Oberstufenübertritt, Übergang in die Berufsausbildung und ins Erwerbsleben) sowie die Aneignung sozialer Kompetenzen, Werte und Fertigkeiten, welche durch die soziale Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen und in verschiedenen sozialen Kontexten beeinflusst werden. Dazu wurden drei Alterskohorten untersucht, die prototypische Stadien repräsentieren und welche im Verlauf der Zeit regelmässig befragt werden. Es sind dies die Sechsjährigen (Mittlere Kindheit), die 15- Jährigen (mittlere Adoleszenz) sowie die 21- Jährigen (frühes Erwachsenenalter). Die erste Datenerhebung (erste Untersuchungswelle) fand 2006, die zweite 2007 und die dritte 2009 statt. In Abbildung 1 wird der Zeitplan der COCON- Studie dargestellt.

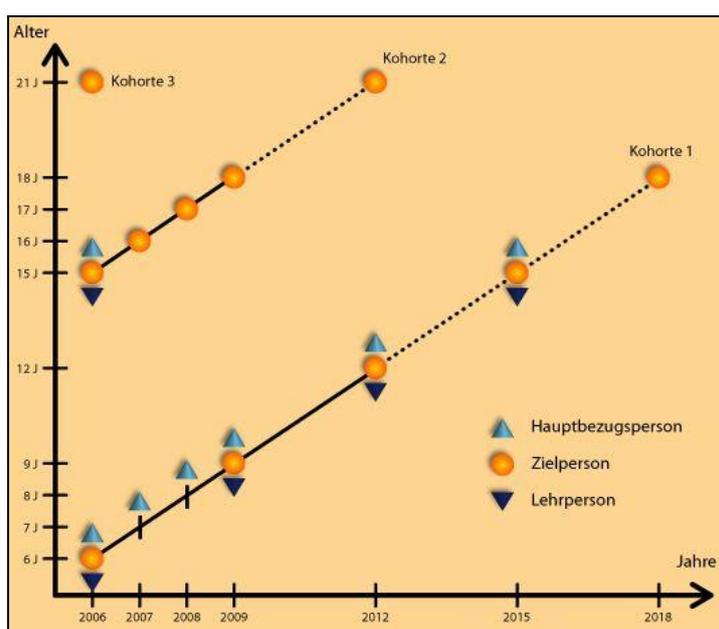


Abb. 1) Zeitplan der COCON- Studie

Neben der Repräsentativstudie wurde 2006 die erwähnte Intensivstudie mit zusätzlichen 175 sechsjährigen Kindern gestartet. Diese Intensivstichprobe wurde ebenfalls 2007 und 2009 getestet, die Daten der dritten Untersuchungswelle (2009) werden für diese Arbeit verwendet.

Die COCON- Studie wird finanziell vom schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt. Die ersten beiden Untersuchungswellen waren Teil des nationalen Forschungsprogramms 52 (Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel).

Durchgeführt wird die Studie am Jacobs Center for Productive Youth Development der Universität Zürich unter der Leitung von Prof. Dr. Marlis Buchmann und Prof. Dr. Helmut Fend ([www.cocon.unizh.ch](http://www.cocon.unizh.ch)).

### 3.3 Stichprobe: Erhebung und Beschreibung

Für die Stichprobenziehung der Repräsentativstudie wurde ein zweistufiges Verfahren angewendet. In einem ersten Schritt wurden nach dem Zufallsprinzip Gemeinden in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz ausgewählt. Anschliessend wurden innerhalb dieser Gemeinden aus den Einwohnerregistern Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene der gewünschten Jahrgänge gezogen. Die Stichprobe für die Intensivstudie wurde ebenfalls nach diesem zweistufigen Verfahren gezogen, wobei die Gemeindeauswahl nicht nach Repräsentativitätskriterien und nur im Kanton Zürich durchgeführt wurde ([www.cocon.unizh.ch](http://www.cocon.unizh.ch)).

In dieser Arbeit wurde mit Daten der Intensivstudie der dritten Untersuchungswelle (2009) gearbeitet. Diese bestand bei der ersten Welle (2006) aus 175 sechsjährigen Kindern, ihrer Hauptbezugspersonen und ihrer Lehrpersonen. Bei der zweiten Welle (2007) konnten 17 Kinder nicht mehr mit einbezogen werden (Wegzug des Kindes (2), das Kind wohnte nicht mehr bei der Hauptbezugsperson (1), Verweigerung des Kindes (3), sonstige Verweigerungen (9), Terminprobleme (2)). Im Jahre 2009 wurde dieselbe Stichprobe im Rahmen der dritten Untersuchungswelle getestet. Dieselben Kinder waren zu diesem Zeitpunkt neunjährig. Bei der dritten Untersuchungswelle fehlten zusätzlich zu den erwähnten Abgängen der zweiten Welle 12 weitere Kinder (Wegzug ins Ausland, nicht erreichbar (1), Verweigerung des Kindes (1), nicht mehr auffindbar (1), Terminprobleme (3), sonstige Verweigerungen (6)). Bei der dritten Welle beteiligten sich demnach noch 146 der ursprünglich 175 Kinder. Bei den einzelnen Erhebungsinstrumenten konnten dann jeweils wiederum nicht alle dieser 146 Fälle ausgewertet werden.

In Anhang 8.2 wird ersichtlich, wie viele Kinder und Erwachsene sich bei der jeweiligen Variable beteiligten. Ebenfalls werden die Gründe der fehlenden Daten, sofern bekannt, ersichtlich.

Bei drei Kindern konnte das computergestützte Interview (CAPI), welches für diese Arbeit Daten für Alter, Geschlecht, den sozioökonomischen Status und den Migrationshintergrunds liefert, nicht durchgeführt werden, da die Heimsitzung abgesagt werden musste, technisch etwas mit dem Computer nicht funktioniert hat und ein Kind unterdessen in Kanada lebt (dort wurden nur die schriftlichen Tests gemacht).

Nach dem Löschen aller Fälle mit fehlenden Werten, blieben noch 99 Fälle für die Analysen übrig. Von diesen wurden wiederum zwei Fälle gestrichen, da sie Ausreisserwerte von über drei Standardabweichungen aufwiesen. Die für diese Arbeit tatsächlich verwendete Stichprobe besteht dementsprechend aus 97 Kindern und ihrer Hauptbezugsperson.

Die 97 Kinder waren im März 2009 durchschnittlich 9.18 Jahre alt ( $s= 0.19$ ). 51 Prozent waren Mädchen, 49 Prozent Knaben.

Die Hauptbezugspersonen waren durchschnittlich 41.8 Jahre alt ( $s= 4.56$ ). 94 Prozent der Hauptbezugspersonen waren weiblich, sechs Prozent männlich. 79 Prozent der Hauptbezugspersonen waren in der Schweiz geboren, 21 Prozent im Ausland. 52 Prozent der Hauptbezugspersonen haben eine Berufslehre oder eine Berufsschule, fünf Prozent eine Handelsschule oder eine Mittelschule ohne Matura als höchste Ausbildungsstufe angegeben. 26 Prozent gaben an, eine Mittelschule mit Matura oder eine höhere Fachausbildung absolviert zu haben. 17 Prozent absolvierten eine Ausbildung an der Universität, einer Fachhochschule oder an der Eidgenössisch technischen Hochschule.

Zwei Prozent der Partner der Hauptbezugspersonen hatten neben der obligatorischen Schulzeit keine weitere Ausbildung abgeschlossen. 29 Prozent absolvierten eine Berufslehre oder Berufsschule, fünf Prozent eine Handels- oder Mittelschule ohne Matura, 19 Prozent eine Mittelschule mit Matura oder eine höhere Fachausbildung und 45 Prozent absolvierten eine Ausbildung an einer Fachhochschule, einer Universität oder an der Eidgenössisch technischen Hochschule.

Beide Ausbildungs- Variablen zusammengefasst (Hauptbezugspersonen und Partner; Skala 1-6) ergeben einen Mittelwert von 4.41 ( $s= 1.14$ ).

### 3.4 Forschungsdesign

Die emotionalen Symptome im Kindesalter bilden in dieser Arbeit die abhängige Variable. Als unabhängige Variable wird die Mutter- Kind Beziehungsqualität verwendet. Die kindliche Theory of Mind wird als Moderator- und Mediatorvariable ins Forschungsdesign eingefügt. Die Kontrollvariablen bilden der sozioökonomische Status der Hauptbezugsperson und deren Partner, das Geschlecht des Kindes sowie der Migrationshintergrund der Hauptbezugsperson.

In Abbildung 2 wird das Forschungsdesign mit den verwendeten Variablen dargestellt. So soll die unabhängige Variable (Mutter- Kind Beziehungsqualität) auf eine signifikante Korrelation mit der abhängigen Variable (emotionale Symptome) getestet werden (Pfeil a). Weiter soll die kindliche Theory of Mind als möglicher Moderator auf die Beziehung der unabhängigen und der abhängigen Variable (Pfeil b) geprüft werden. Ebenfalls soll die Korrelation der kindlichen Theory of Mind mit der Mutter- Kind Beziehungsqualität und den emotionalen Symptomen im Kindesalter untersucht werden, um allfällige Mediatoreffekte der Theory of Mind aufweisen zu können (Pfeile c und d). Der sozioökonomische Status der Familie, das Geschlecht des Kindes sowie der Migrationshintergrund werden als Kontrollvariablen ins Modell eingefügt (Pfeil e).

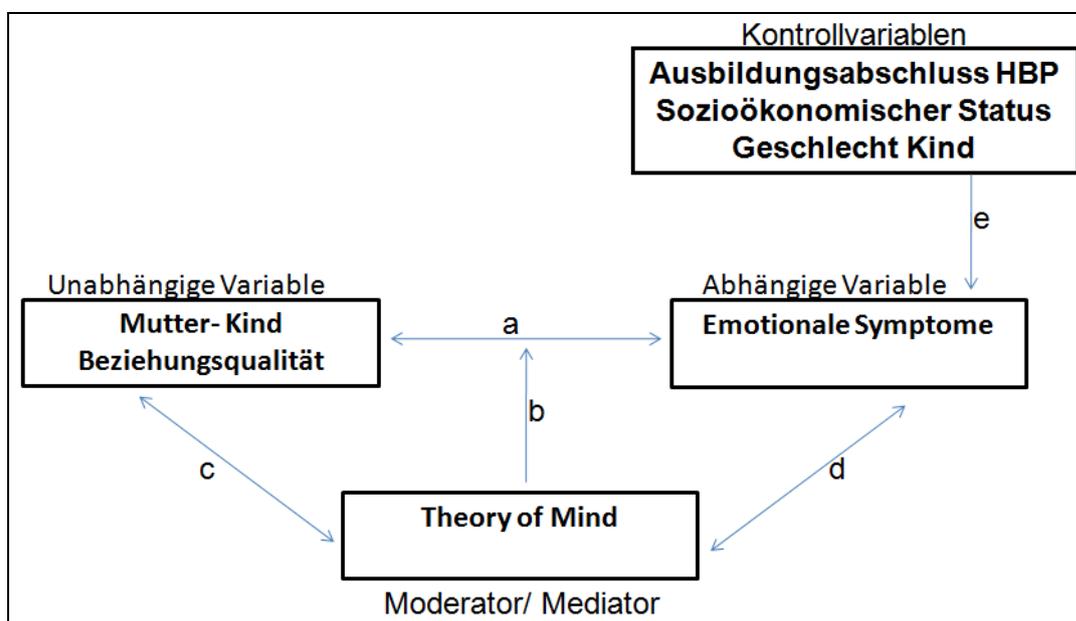


Abb. 2) Forschungsdesign

### 3.5 Erhebungsinstrumente

Die für diese Arbeit relevanten Erhebungen wurden im Jahre 2009 in zwei Sitzungen (ca. je 60 Minuten) zu Hause bei den Familien durchgeführt. Dabei beteiligten sich jeweils die Hauptbezugsperson und das Kind. Mit ihnen wurde ein computergestütztes Interview (CAPI) durchgeführt. Ebenfalls zu Hause wurden die Verfahren zur Erfassung der kindlichen Theory of Mind und der Mutter- Kind Beziehungsqualität durchgeführt. In ungefähr drei Fällen wurde die kindliche Theory of Mind in der Schule erhoben, da eine Heimsitzung nicht erlaubt wurde. Die Erhebung der Mutter- Kind- Beziehungsqualität wurde gefilmt. Die Eltern füllten ebenfalls während der Sitzung zu Hause einen schriftlichen Elternfragebogen aus, den sie der Untersuchungsperson mitgaben. In einigen Fällen konnte der Fragebogen jedoch nicht so schnell ausgefüllt werden, dies meist aufgrund sprachlicher Probleme, sodass dieser später der Untersuchungsperson zugeschickt wurde. Die interviewenden Personen waren Psychologie- Studentinnen und Studenten, die vom Untersuchungsteam intensives Interviewtraining erhielten. Im Folgenden werden die Erhebung und Kodierung der einzelnen Variablen, die in die Analysen einbezogen werden, beschrieben.

#### 3.5.1 Emotionale Symptome

Die emotionalen Symptome wurden mittels der Subskala ‚emotionale Probleme‘ des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) gemessen, welcher unter anderem ein Fremdeinschätzungsinstrument für Lehrpersonen und Eltern von drei bis 16 jährigen Kindern und Jugendlichen ist. Der gesamte Fragebogen umfasst 25 Items auf fünf Skalen. In der Subskala emotionale Probleme finden sich laut klinischen Studien (Goodman, 2001) die psychiatrischen Diagnosen Depression und Angststörungen (sowie Zwangsstörungen, welche im DSM IV unter den Angststörungen subsumiert werden). Die Skala besteht aus fünf Items, welche alle für die vorliegende Arbeit benutzt wurden und in Tabelle 1 ersichtlich sind.

**Tab. 1) SDQ: Items der Subskala emotionale Probleme**

Mein Kind...

- 1... hat viele Ängste, fürchtet sich leicht
- 2... ist oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig
- 3... klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit
- 4... hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt
- 5... ist nervös und anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen

Im Rahmen der COCON- Studie wurden die Items in Form von schriftlichen Elternfragebogen erhoben. Die Hauptbezugspersonen erhielten einen mehrseitigen Fragebogen, in dem unter anderem Fragen über das Kind gestellt wurden. Die spezifischen, in Tabelle 1 präsentierten Items zu den emotionalen Problemen, wurden mit Items zu anderen interessierenden Grössen gemischt. Abbildung 3 veranschaulicht dies mit einem Beispiel, wobei das Item ‚hat viele Ängste, fürchtet sich leicht‘ aus dem SDQ ist. Die Eltern schätzen das Kind in einer Sechspunkteskala zu jeder einzelnen Frage ein (1= trifft völlig zu, 6= trifft gar nicht zu).

Mein Kind ...	←—————→						Weiss nicht
	Trifft völlig zu					Trifft gar nicht zu	
... sagt das erste, das ihm in den Sinn kommt, ohne zu Ende darüber nachgedacht zu haben.	<input type="checkbox"/>						
... stürzt sich oft in neue Aktivitäten, ohne vorher darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>						
... hat viele Ängste, fürchtet sich leicht.	<input type="checkbox"/>						
... ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>						

Abb. 3) Auszug aus dem Elternfragebogen der COCON- Studie

Anschliessend wurden die fünf Items der Skala emotionale Probleme zu einer Variable zusammengefasst, welche im Folgenden ‚emotionale Symptome‘ genannt wird. Das Cronbachs Alpha beträgt .72.

### Gütekriterien

In einer Studie war die Test- Retest Korrelation der Elternversion des SDQ's (N=120) über alle Skalen hinweg .81, für die Subskala emotionale Probleme betrug sie .73. Die Korrelationen waren signifikant ( $p < .01$ ), zwischen T1 und T2 lagen zwei Wochen (Mellor, 2004). Goodman (1997) validierte den SDQ mit dem Rutter Questionnaire (Elander & Rutter, 1996). Die beiden Verfahren korrelierten im Elternfragebogen (N= 346) über alle Konstrukte .88. Die emotionalen Probleme korrelierten mit .78.

### 3.5.2 Mutter- Kind Beziehungsqualität

Die mütterliche Feinfühligkeit und Kontrolle wurden in der COCON- Studie mittels der ‚Zaubertafel‘ (Wolke et al., 1995) erfasst. Diese ist ein Kooperationsspiel zwischen der Mutter und dem Kind. Auf einer Spielzeugtafel (siehe Abbildung 4) werden die beiden angewiesen, ein Haus nach vorgegebenem Schema abzuzeichnen. Gezeichnet wird mit zwei Knöpfen, welche durch Drehen betätigt werden. Einer dieser Knöpfe zeichnet horizontale, der andere vertikale Linien. Das Kind und die Mutter dürfen je einen Knopf betätigen und erhalten den Auftrag, ein vorgegebenes Haus abzuzeichnen. Bei dieser

Aufgabe sollen charakteristische Interaktionsmuster zwischen der primären Hauptbezugsperson und dem Kind zum Vorschein kommen.

In drei Fällen wurde die Zaubertafel Aufgabe mit dem Vater und dem Kind durchgeführt, die übrigen Aufnahmen erfolgten mit der Mutter und dem Kind. Die Daten aus den Erhebungen mit dem Vater wurden ebenfalls für die statistische Analyse verwertet, obwohl diese Arbeit nach der Mutter-Kind Beziehung fragt. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass die Erhebungen in der COCON- Studie jeweils mit der Hauptbezugsperson des Kindes unternommen wurden, was im Fall der Zaubertafeln in über 97 Prozent der verwendeten Stichprobe die Mutter war. Die erwähnten drei Väter sind demnach die Hauptbezugspersonen ihrer Kinder, es wird davon ausgegangen, dass der Einfluss ihres Kontroll- und Feinfühligkeitsverhalten sich ähnlich auf die kindliche Entwicklung auswirken dürfte wie das der Mütter und die Ergebnisse nicht signifikant beeinflussen dürfte.

#### *Instruktion*

Die Instruktion lautete wie folgt (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel):

„Jetzt hätte ich gerne, dass sie dieses Haus auf dem Bild für mich zeichnen. Ich möchte, dass sie das zusammen machen. Sie (zur Mutter) nehmen diesen Knopf (z.B. waagrecht) und Du (Kind) nimmst diesen Knopf (z.B. senkrecht). Das ist der Knopf von ... (Name des Kindes) und das ist der Knopf von der Mama (oder Papa).“



Abb. 4) Die Zaubertafel

Um die Auswertung durchführen zu können, wurde die Sequenz gefilmt. Im Folgenden wird die Kodierung der mütterlichen Feinfühligkeit und Kontrolle beschrieben. Weitere Richtlinien zur Erfassung dieser beiden Items befinden sich in Anhang 8.3.

### 3.5.3 Mütterliche Kontrolle

Zur Erfassung der mütterlichen Kontrolle wurden folgende Variablen benutzt (für Definitionen siehe Kapitel 2.5.1):

- Mütterliche verbale Kontrolle/Direktivität
- Mütterliche non- verbale Kontrolle

Diese wurden in Form von Anzahlskalen ausgewertet. Bei diesen Skalen werden verbale Äusserungen oder Verhaltensweisen abgezählt, um eine Einschätzung auf Ordinalniveau vornehmen zu können. Anschliessend wurden beide Variablen zusammengefasst, um eine Variable ‚mütterliche Kontrolle‘ zu erhalten. Das Cronbachs Alpha beträgt .28.

#### *Kodierung der mütterlichen, verbalen Kontrolle*

Die mütterliche, verbale Kontrolle des Spielverlaufes wurde wie folgt kodiert (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel):

1. Alle nicht- direktiven Aussagen der Mutter wurden schriftlich festgehalten.
2. Die Dauer aller nicht- direktiven Aussagen wurde abgeschätzt. Dies wurde so gemacht, indem der Rater, die Raterin in einer dem Probanden, der Probandin gerechten Sprechweise die Aussagen nachsprach und dabei die Dauer, die für das Nachsprechen benötigt wird, misst.
3. Die Dauer der direktiven Aussagen wurde berechnet: Vokalisationshäufigkeit (Zeit) minus nicht direktive Aussagen (Zeit).
4. Die prozentuale verbale Kontrolle des Spielverlaufs wurde berechnet: Resultat von Schritt 3 geteilt durch die mütterliche Vokalisationshäufigkeit (gestoppte Zeit).

Anschliessend wurde das Verhalten der Mutter (verbale Kontrolle) auf einer Fünfpunkteskala eingestuft:

- 1= **sehr hohe Kontrolle**; Mutter kontrolliert (fast) immer, über Prozent der Zeit.
- 2= **hohe Kontrolle**; Mutter ist 75 bis 94 Prozent der Zeit direktiv.
- 3= **mittlere Kontrolle**; Mutter ist bis zu 75 Prozent der Zeit (50-74%) direktiv.
- 4= **geringe Kontrolle**; Mutter ist bis zu 50 Prozent der Zeit (25-49%) direktiv.
- 5= **sehr geringe Kontrolle**; Mutter ist weniger als 25 Prozent der Zeit direktiv.

#### *Kodierung der mütterlichen, nonverbalen Kontrolle*

Neben der Zählung der nonverbalen Kontrollaktivitäten wurde bei extremen Fällen zusätzlich die Dauer (Angabe in Prozent) berücksichtigt. Unter extremen Fällen wurden

Mütter verstanden, die fast während der gesamten Spielzeit den Knopf des Kindes kontrollierten oder es davon abhielten, zu zeichnen. In jedem Fall wurde diese Situation mit 1 geratet (siehe oben). Wenn man bei diesem Beispiel nur die Kontrollaktivitäten gezählt hätte (z. B. eine Knopfübernahme), hätte dies den eigentlichen Sachverhalt verzerrt. Bei den übrigen Interaktionen, wo nur gelegentlich eine non-verbale Kontrollübernahme der Mutter stattfand, war die Zählung der Kontrollaktivitäten genügend. Es wurden auch Versuche der Kontrolle (versuchte Knopfübernahme, Versuch, die Tafel zu schütteln) gezählt und bewertet.

Die mütterliche nonverbale Kontrolle wurde wiederum auf einer Fünfpunkteskala eingestuft (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel)):

- 1= **Sehr hoch:** Mutter ist hoch kontrollierend. Sie versucht sehr oft (mehr als 50% der Zeit) dem Kind den Knopf wegzunehmen, oder die Hand des Kindes zu manipulieren.
- 2= **Hoch:** Mutter kontrolliert oft non-verbal – Sie versucht mind. fünf bis sechs mal den Knopf des Kindes zu übernehmen oder die Hand des Kindes zu manipulieren. Zwischen 15 bis 50 Prozent der Zeit
- 3= **Mittlere Kontrolle:** Mutter versucht den Knopf des Kindes oder die Hand des Kindes etwa drei bis vier während der Beobachtung zu übernehmen. Sie versucht etwa bis 15 Prozent der Zeit den Knopf wegzunehmen.
- 4= **Gering:** Mutter manipuliert den Knopf des Kindes (mit oder ohne Kindbeteiligung) nur ein bis zwei Mal, oder ca. fünf Prozent der Zeit.
- 5= **Sehr gering:** Die Mutter versucht niemals den kindlichen Knopf zu übernehmen oder die Hand des Kindes zu manipulieren.

#### 3.5.4 Mütterliche Feinfühligkeit

Die mütterliche Feinfühligkeit wurde ebenfalls auf einer Fünfpunkteskala eingeschätzt. Die Feinfühligkeitsskala ist eine Qualitätsskala, bei der die Qualität von Verhaltensweisen und Resultaten eingeschätzt wird. Für eine Definition des Begriffs Feinfühligkeit im Rahmen der COCON- Studie wird auf Kapitel 2.5.1 verwiesen.

##### *Kodierung der mütterlichen Feinfühligkeit*

In die Beurteilung der Feinfühligkeit flossen implizit verschiedenen Skalen ein, welche mit der Zaubertafel gemessen wurden (Jacobs Center, (o. J.). Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel):

**Positive Lenkung** (Prozentskala): Erklärungen für das weitere Vorgehen sowie Fragen an das Kind wurden als feinfühlig Aussagen gewertet, es sei denn, die Mutter beant-

wortete ihre Fragen immer gleich selber. Die Mutter bezog das Kind in die Aufgabe ein (,siehst du wir machen das jetzt so, damit wird dann...‘).

**Lob des Kindes:** (Anzahlsskala) Lobende Aussagen wurden als feinfühlig eingestuft.

**Direktivität:** (Prozentskala; verbal und nonverbal): Eine stark direktive Mutter ist oft (aber nicht immer) weniger feinfühlig, weil sie sich nur auf die Erfüllung der Aufgabe konzentriert und weniger auf die Bedürfnisse des Kindes achtet.

Mit Hilfe dieser Skalen lässt sich die Dauer der Zeit, während der die Mutter feinfühlig ist, einschätzen. Für die Erläuterung der Berechnung dieser drei, oben erwähnten Skalen wird auf Anhang 8.3 verwiesen.

Die mütterliche Feinfühligkeit wurde wiederum auf einer Fünfpunkteskala wie folgt eingeschätzt:

- 1= **Fehlende Feinfühligkeit:** Die Mutter scheint nur ihren eigenen Bedürfnissen zu gehorchen. Sie erkennt fast nie die Signale ihres Kindes richtig und reagiert nicht angemessen darauf. Sie erkennt beispielsweise nicht, dass das Kind Initiative ergreifen möchte, oder unterbindet diese, weil sie die Aufgabe zu ernst nimmt und sie pflichtbewusst erfüllen möchte und weil sie dem Kind nichts zutraut.
- 2= **Überwiegend fehlende Feinfühligkeit:** Die Mutter ist bis zu ein Viertel der Zeit feinfühlig. In dieser Zeit erkennt sie beispielsweise, wann das Kind die Initiative übernehmen möchte. Dabei kommt es auch vor, dass sie die Signale des Kindes nicht erkennt und nicht angemessen darauf reagiert.
- 3= **Unbeständig feinfühlig:** Die Mutter ist ein Viertel bis die Hälfte der Zeit feinfühlig. Sie kann zu manchen Gelegenheiten sehr feinfühlig sein, es gibt aber Perioden, in denen sie die Signale des Kindes nicht erkennt oder unangebracht reagiert. So erkennt sie beispielsweise manchmal richtig, dass das Kind die Initiative übernehmen möchte. Sie lässt das Kind gewähren und unterstützt es dabei emotional. Zeitweise kann sie jedoch sehr unzugänglich sein und nur ihren eigenen Bedürfnissen gehorchen. Sie ist dann beispielsweise nur auf die Erfüllung der Aufgabe konzentriert.
- 4= **Überwiegend feinfühlig:** Die Mutter ist bis zu drei Viertel der Zeit feinfühlig. In dieser Zeit erkennt sie beispielsweise, wann das Kind die Initiative übernehmen möchte. Zu einem kleinen Teil (25%) geht sie nicht auf die Bedürfnisse des Kindes ein.
- 5= **Sehr feinfühlig:** Die Mutter ist über drei Viertel der Zeit feinfühlig. Sie ist sehr gut auf die Bedürfnisse des Kindes eingestellt und reagiert darauf prompt und angemessen. Sie akzeptiert das Kind als Partnerin oder als Partner, geht auf dessen Wünsche ein (z. B. Wünsche nach mehr Initiative oder nach emotionaler

Wärme) und gewährt dem Kind, was es braucht. Dies bedeutet auch, dass die Mutter nicht in jedem Fall das tut, was das Kind will, sondern auch Grenzen setzen kann (z. B. das Kind ermahnen, wenn es mit der Zaubertafel herum spielt).

### *Reliabilität*

Für die mittels der Zaubertafel erhobenen Konstrukte wurde die Interrater- Reliabilität bestimmt. Dazu wurden 30 Fälle von zwei Raterpersonen ausgewertet. Die Interrater-Reliabilität für die mütterliche Feinfühligkeit beträgt .70, für die mütterliche Kontrolle (verbale und nonverbale Kontrolle zusammen) .83.

### 3.5.5 Theory of Mind

Die kindliche Theory of Mind wurde in dieser Arbeit im Sinne der Theorie der interpretativen Theory of Mind von Lalonde und Chandler (2002) erhoben (siehe Kapitel 2.6.1). Dazu wurden zwei Handpuppen (Ziggy und Iggy) benutzt, die nacheinander vor den Kindern ein Bild sowie Ausschnitte dieses Bildes ‚betrachteten‘. In Abbildung 5 und 6 sind die Bilder und die jeweiligen Ausschnitte der Bilder (kleine Vierecke) angezeigt.

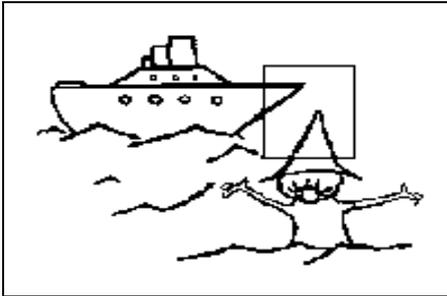


Abb. 5) Version A: Schiff und Hexe

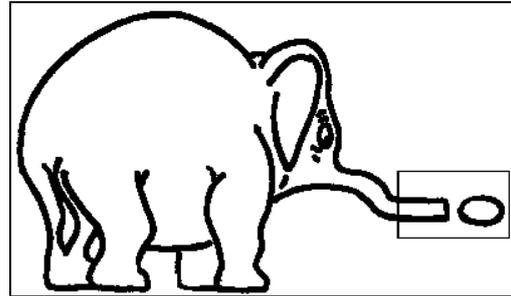


Abb. 6) Version B: Elefant und Orange

### *Instruktion*

Den Kindern wurde folgende Instruktion gegeben (Jacobs Center (o.J.), Manual zur Erfassung der Theory of Mind):

„Das ist Ziggy und das ist Iggy. Ich möchte, dass du so tust, wie wenn diese Puppen wirkliche Menschen wären. Das heisst, dass sie sehen, hören und Dinge wissen, genau so wie wirkliche Menschen. Einverstanden? Sie leben zusammen in dieser Schachtel, das ist ihr Haus. Wenn Ziggy und Iggy in ihrem Haus sind, können sie nicht hören, was wir sagen und nicht sehen, was wir tun (Puppen in der Schachtel platzieren).

Kann Ziggy hören, was wir jetzt sagen?

Kann Iggy sehen, was wir jetzt tun?

Gut, jetzt schauen wir uns ein paar Bilder an. Ziggy und Iggy haben diese Bilder *noch nie* gesehen.“

### **(Bild 1)**

„Was ist auf diesem Bild?“

„Jetzt decke ich dieses Bild wieder ab, so dass wir nur diesen sehr kleinen Teil davon sehen können. Denke daran, Ziggy und Iggy haben das Bild noch nie gesehen. Jetzt zeigen wir ihnen das Bild, aber sie werden nur dies hier sehen (Ausschnitt zeigen).

Komm, wir nehmen Ziggy aus dem Haus und zeigen zuerst ihm das Bild.

Also, Ziggy hat dieses Bild noch nie gesehen, was wird Ziggy sagen, was das ist?

(Wenn nötig: Was wird Ziggy denken, was dieser Teil ist?).

(Ziggy zur Seite legen) So, jetzt nehmen wir Iggy aus dem Haus und zeigen ihm dieses Bild. Also, Iggy hat dieses Bild noch nie gesehen, was wird Iggy sagen was das ist?“

(Wenn nötig: Was wird Iggy denken, was dieser Teil ist?).

### **(Bild 2)**

„Was ist auf diesem Bild?“

„Jetzt decke ich dieses Bild wieder ab, so dass wir nur diesen sehr kleinen Teil davon sehen können. Denke daran, Ziggy und Iggy haben das Bild noch nie gesehen. Jetzt zeigen wir wieder ihnen das Bild, aber sie werden nur dies hier sehen (Ausschnitt zeigen). Komm, wir nehmen Ziggy aus dem Haus und zeigen zuerst ihm das Bild.

Also, Ziggy hat dieses Bild noch nie gesehen, was wird Ziggy sagen, was das ist?

(Wenn nötig: Was wird Ziggy denken, was dieser Teil ist?).

(Ziggy zur Seite legen). So, jetzt nehmen wir Iggy aus dem Haus und zeigen ihm dieses Bild. Also, Iggy hat dieses Bild noch nie gesehen, was wird Iggy sagen, was das ist?“

(Wenn nötig: Was wird Iggy denken, was dieser Teil ist?).

Die kindliche Theory of Mind wurde in einer Vierpunkteskala nach folgenden Kriterien eingeschätzt (Jacobs Center, (o.J.). Manual zur Kodierung der Theory of Mind; für genauere Richtlinien siehe Anhang 8.4):

#### **1= Non-Interpretativ**

Die Antwort der beiden Puppen beinhaltet das ganze oder Elemente des Bildes, welches das Kind vorher gesehen hat:

- *Reality Error*: Die Puppen sehen das ganze Bild, welches das Kind gesehen hat (z.B. Schiff und Hexe).
- *Contamination Error*: Die Puppen sehen nur einzelne Elemente des Bildes (z.B. Rüssel und Orange).

#### **2= Prätransitional**

Iggy und Ziggy sehen beides Mal dasselbe, aber sie sehen etwas anderes als auf dem

ganzen Bild (z.B. Bild 1: Iggy: Ein Hund; Ziggy: Ein Hund/ Bild 2: Iggy: Berg; Ziggy: Berg).

### 3= Transitional

Das Kind wird bei einem Bild als interpretativ eingestuft und beim anderen Bild jedoch als non-interpretativ. Bei letzterem muss mindestens eine Antwort ein divergent belief (siehe Kategorie 4) sein (z.B. Bild 1: Iggy: eine Pistole; Ziggy: Zangen von einem Krebs/ Bild 2: Iggy: ein ‚i‘; Ziggy: ‚Rüssel und Orange‘).

### 4= Interpretativ

Zwei Bedingungen:

- *Divergent Beliefs*: kein Reality error und kein contamination error. Die Antwort des Kindes bezieht sich nicht auf das Bild und dessen Elemente.
- Die beiden Puppen sehen unterschiedliche Sachen (z.B. Iggy: eine Pistole  
Ziggy: Zangen von einem Krebs).

#### *Reliabilität*

Um die Reliabilität der Theory of Mind- Erfassung zu bestimmen, wurde die Interrater-Reliabilität in 37 Fällen erhoben. Diese beträgt .95 und berechnet sich wie in Tabelle 2 ersichtlich aus den Übereinstimmungen und Abweichungen der Auswertungsergebnisse beider Raterpersonen.

**Tab. 2) Interrater- Reliabilität der Theory of Mind**

<b>Kategorie</b>	<b>Fehler</b>	<b>Reliabilität</b>
Kategorie 1:	37/ 37 =	1
Kategorie 2:	34/ 37 =	0.92
Kategorie 3:	36/ 37 =	0.97
Kategorie 4:	34/ 37 =	0.92
<b>Gesamt</b>		<b>0.95</b>

#### 3.5.6 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wurde erhoben, indem der Hauptbezugsperson im computergestützten Interview folgende Frage gestellt wurde:

- ‚Sind sie in der Schweiz geboren?‘ (Antwortmöglichkeiten: Ja- Nein).

#### 3.5.7 Soziökonomischer Status

Mit dem Erheben des höchsten Ausbildungsabschlusses der Hauptbezugsperson und deren Partnerin oder Partner wurde der sozioökonomische Status eruiert. Der interviewten Hauptbezugsperson des Kindes wurde im computergestützten Interview folgende Fragen gestellt:

- ‚Welches ist die höchste Ausbildung, die sie abgeschlossen haben?‘

- ‚Welches ist die höchste Ausbildung wo (Name Partner) abgeschlossen hat?‘

Dabei wurden die Antworten der Hauptbezugsperson folgenden Items zugeordnet:

1= kein Abschluss	8= Höhere Fachausbildung
2= Primarschule	9= Fachhochschule/ Technikum
3= Ober-/ Real-/ Sekundarschule	10= Hochschule (Uni/ ETH)
4= Berufslehre/ Berufsschule	-1= anderes
5= Handelsschule	-8= weiss nicht
6= (Diplom-) Mittelschule	-7= verweigert
7= Mittelschule mit Matura	

Die Werte aus den beiden beschriebenen Variablen wurden für die statistischen Analysen dieser Arbeit zusammengefasst und dienen als Indikator für den sozioökonomischen Status. Dabei wurden die Mittelwerte folgendermassen in eine sechsstufige Skala transformiert:

- 1= Keine Ausbildung
- 2= Primarschule und Ober-/ Real-/ Sekundarschule
- 3= Berufslehre/Berufsschule
- 4= Handelsschule und (Diplom-) Mittelschule ohne Matura
- 5= Mittelschule mit Matura und höhere Fachausbildung
- 6= Fachhochschule/ Technikum und Hochschule (Uni/ETH).

Höhere Werte stehen dementsprechend für einen höheren sozioökonomischen Status. Das Cronbachs Alpha liegt bei .75.

### 3.6 Statistische Analysen

Für die Beantwortung der Hypothesen werden bivariate Korrelationen, ein allgemeines, lineares Modell (GLM) sowie Pfadanalysen berechnet. Alle Analysen werden mit SPSS 17 durchgeführt ausser der Pfadanalyse, welche mit AMOS 17 berechnet wird.

Die Variablen emotionale Symptome sowie mütterliche Kontrolle werden für die Analysen rekodiert, so dass tiefe Werte für weniger und hohe Werte für mehr des jeweiligen Inhalts stehen.

In einem ersten Schritt werden die Variablen unabhängig voneinander auf allfällige signifikante Korrelationen geprüft.

Die mütterliche Kontrolle wird dabei ebenfalls auf lineare Korrelationen mit den restlichen Variablen überprüft. Der hypothetisierte U-Zusammenhang mit emotionalen Problemen und kindlicher Theory of Mind wird mittels Varianzanalysen überprüft.

Um die unabhängigen Variablen in einem Modell auf ihre Auswirkungen auf emotionale Symptome und um allfällige Interaktionseffekte zu erfassen, wird eine Varianzanalyse durchgeführt. Diese gestaltet sich als univariat und mehrfaktoriell (ANCOVA). Die kindlichen emotionalen Symptome (metrisch) dienen als abhängige, mütterliche Kontrolle (nominal), mütterliche Feinfühligkeit (ordinal) sowie kindliche Theory of Mind (ordinal) als unabhängige Variablen. Zur Überprüfung der kindlichen Theory of Mind auf Moderatoreffekte werden die Interaktionen mit mütterlicher Feinfühligkeit sowie mit mütterlicher Kontrolle ins Modell eingefügt (siehe auch Kapitel 2.6.6). Die Interaktionen werden, falls signifikant, mittels einer Regressionsanalyse dargestellt.

Zur Überprüfung der mütterlichen Kontrolle auf die hypothetisierten U- Zusammenhänge mit emotionalen Symptomen und mit der kindlichen Theory of Mind, werden weitere Varianzanalysen durchgeführt, in die die mütterliche Kontrolle jeweils als ordinalskalierte Variable eingefügt wird.

Um die kindliche Theory of Mind auf allfällige Mediatoreffekte zwischen der Mutter-Kind Interaktion und emotionalen Symptomen zu untersuchen, wird in einem weiteren Schritt eine Pfadanalyse durchgeführt.

Der sozioökonomischer Status (metrisch), der Migrationshintergrund (nominal), und das Geschlecht des Kindes (nominal) werden bei der Varianzanalyse und der Pfadanalyse als Kontrollvariablen mitberechnet.

## 4 Resultate

Im Folgenden werden zuerst die Resultate der deskriptiven, anschliessend die der multivariaten Analysen präsentiert.

### 4.1 Deskriptive Resultate

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen, sowie der unabhängigen Variablen nach Geschlechtern getrennt dargestellt. Dabei unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen Mädchen und Knaben nur wenig. Die Knaben wiesen einen etwas höheren Mittelwert in emotionalen Symptomen auf als die Mädchen (Knaben:  $t = 20.91$ ,  $p < .001$ ; Mädchen:  $t = 17.49$ ,  $p < .001$ ). Die Mütter der Knaben wurden als etwas feinfühlicher als die Mütter der Mädchen eingeschätzt (Knaben:  $t = 34.28$ ,  $p < .001$ ; Mädchen:  $t = 29.39$ ,  $p < .001$ ). Dagegen wiesen die Mütter der Mädchen etwas mehr Kontrolle auf als die Mütter der Knaben (Mädchen:  $t = 34.97$ ,  $p < .001$ ; Knaben:  $t = 28.32$ ,  $p < .001$ ). Die Theory of Mind Fähigkeiten von Mädchen und Knaben waren beinahe auf demselben Level (Mädchen:  $t = 13.63$ ,  $p < .001$ ; Knaben:  $t = 14.99$ ,  $p < .001$ ).

**Tab. 3) Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen**

	Knaben		Mädchen	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Emotionale Symptome <sup>a</sup>	2.37	.79	2.25	.89
Mütterliche Feinfühligkeit <sup>b</sup>	3.78	.77	3.50	.83
Mütterliche Kontrolle <sup>b</sup>	2.09	.52	2.16	.43
Kindliche Theory of Mind <sup>c</sup>	2.67	1.25	2.65	1.35

<sup>a</sup>Skala: 1-6; <sup>b</sup>Skala: 1-5; <sup>c</sup>Skala: 1-4

Folgende Beschreibungen der Variablenverteilungen basieren jeweils zusammengefasst auf beiden Geschlechtern (In Anhang 8.5 werden die Verteilungen der einzelnen Variablen grafisch dargestellt):

Die meisten Mittelwerte der Variable ‚emotionalen Symptome‘ (bestehend aus fünf Items, siehe Kapitel 3.5.1) gruppierten sich um die Skalpunkte eins und zwei. 11.3 Prozent der Kinder erzielten hohe Skalenwerte zwischen vier und sechs.

Bei der mütterlichen Feinfühligkeit zeigte sich, dass der Grossteil der Mütter als unbeständig und überwiegend feinfühlig eingestuft wurde.

Die meisten Mittelwerte der Variable ‚mütterliche Kontrolle‘ (bestehend aus zwei Items, siehe Kapitel 3.5.3) gruppierten sich um den Skalenwert zwei.

Bei 35 Prozent der Kinder wurde die Theory of Mind als nicht interpretativ, bei 28 Prozent als transitional und bei 37 Prozent als interpretativ eingeschätzt. Die prätransitoriale Theory of Mind war in der Stichprobe nicht vorhanden.

## 4.2 Multivariate Resultate

In diesem Kapitel werden zuerst die Resultate der Korrelationen, anschliessend die der Varianz- sowie der Pfadanalysen dargestellt und beschrieben.

### 4.2.1 Bivariate Korrelationen

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, korrelierten die emotionalen Symptome signifikant positiv mit der mütterlichen Feinfühligkeit ( $r = .265$ ,  $p = .009$ ) und nicht signifikant negativ mit der mütterlichen Kontrolle ( $r = -.139$ ,  $p = .174$ ). Zwischen den emotionalen Symptomen und der kindlichen Theory of Mind gab es für die verwendete Stichprobe keinen signifikanten Zusammenhang ( $r = -.036$ ,  $p = .723$ ).

Theory of Mind korrelierte hingegen signifikant negativ mit der mütterlichen Kontrolle ( $r = -.220$ ,  $p = .030$ ). Weiter bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der mütterlichen Feinfühligkeit und der kindlichen Theory of Mind ( $r = .161$ ,  $p = .115$ ).

Die stärkste Korrelation war die zwischen der mütterlichen Kontrolle und der mütterlicher Feinfühligkeit, welche negativ ausfiel ( $r = -.360$ ,  $p < .001$ ).

Keine der Kontrollvariablen (Geschlecht, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund) korrelierte signifikant mit einer der anderen Variablen.

**Tab. 4) Korrelationen zwischen den Variablen**

	1	2	3	4	5	6	7
1 Emotionale Symptome	-						
2 Mütterliche Kontrolle	-.139	-					
3 Mütterliche Feinf.	.265**	-.360***	-				
4 Theory of Mind	-.036	-.220*	.161	-			
5 Migrationshintergrund	-.092	-.083	.057	-.095	-		
6 Sozioökonom. Status	-.084	-.066	.011	.022	-.073	-	
7 Geschlecht	-.075	.068	-.172	-.011	-.005	.103	-

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### 4.2.2 Varianzanalysen

Vor der eigentlichen Varianzanalyse wurden die Voraussetzungen für eine solche getestet. Die Residuen des Modells konnten als normalverteilt angenommen werden (siehe Anhang 8.6). Weiter fiel der Levene Test nicht signifikant aus ( $p = .814$ ), die Varianzen konnten demnach als homogen betrachtet werden.

Da der sozioökonomische Status als metrische Kovariate nicht mit emotionalen Problemen sowie mit keiner unabhängigen Variable korrelierte (siehe Tabelle 4), wurde diese Variable nicht im Modell mit berechnet.

Die Variable mütterliche Kontrolle wurde mittels Mediansplitt als fester Faktor kategorisiert (0= tief, 1= hoch).

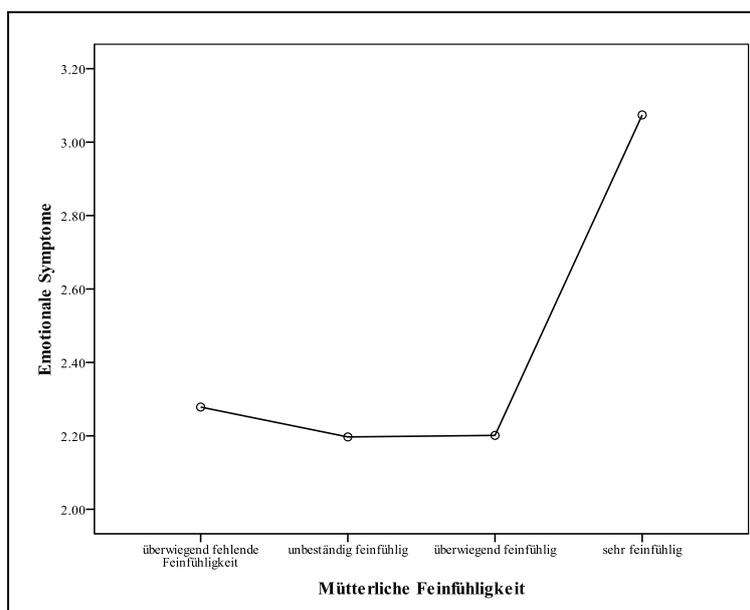
In Tabelle 5 sind die Resultate der Varianzanalyse ersichtlich. Die ins Modell eingefügten Variablen machten insgesamt 19.2 Prozent der Varianz aus. Mütterliche Feinfühligkeit erzeugte signifikante Effekte in den emotionalen Symptomen ( $F= 4.009$ ,  $p= .010$ ). Weiter bestand eine signifikante Interaktion zwischen Theory of Mind und mütterlicher Feinfühligkeit ( $F= 2.580$ ,  $p=.025$ ).

Mütterliche Kontrolle sowie Theory of Mind bewirkten keine signifikanten Veränderung in den emotionalen Symptomen ( $F= 2.472$ ,  $p= .120$ ;  $F= 1.218$ ,  $p=.301$ ), auch nicht als Interaktion ( $F= 1.443$ ,  $p= .242$ ). Ebenso erzielten die Kontrollvariablen Migrationshintergrund und Geschlecht keine signifikanten Unterschiede in den emotionalen Symptomen ( $F= 2.330$ ,  $p=.131$ ;  $F=.580$ ,  $p= .449$ ).

**Tab. 5) Resultate der GLM Analyse; abhängige Variable emotionale Symptome**

Unabhängige Variable	F	p
Mütterliche Kontrolle	2.472	.120
Mütterliche Feinfühligkeit	4.009	.010
Theory of Mind	1.218	.301
Theory of Mind x mütterliche Kontrolle	1.443	.242
Theory of Mind x mütterliche Feinf.	2.580	.025
Migrationshintergrund	2.330	.131
Geschlecht	.580	.449
df total	96	
$R^2$	.192	

Abbildung 7 zeigt den Zusammenhang von mütterlicher Feinfühligkeit und kindlichen emotionalen Symptomen. Dabei wird ersichtlich, dass nur die höchste Stufe der Feinfühligkeit für mehr emotionale Probleme stand (siehe auch Posthoc Tests).



**Abb. 7) Mütterliche Feinfühligkeit und emotionale Symptome**

Posthoc- Tests ergaben, dass sich nur die Stufe ‚sehr feinfühlig‘ signifikant von den restlichen Stufen mütterlicher Feinfühligkeit unterschied. Die ersten drei Stufen unterschieden sich dementsprechend nicht signifikant voneinander.

Der signifikante Interaktionseffekt von Theory of Mind mal Feinfühligkeit wird mit den Resultaten einer Regressionsanalyse dargestellt. In Abbildung 8 ist die Interaktion Theory of Mind mal Feinfühligkeit in emotionalen Symptomen abgebildet. Dabei wird ersichtlich, dass Kinder mit einem hohen Theory of Mind Level bei hoher mütterlicher Feinfühligkeit weniger emotionale Symptome aufwiesen, als Kinder mit einem tieferen Theory of Mind Level.

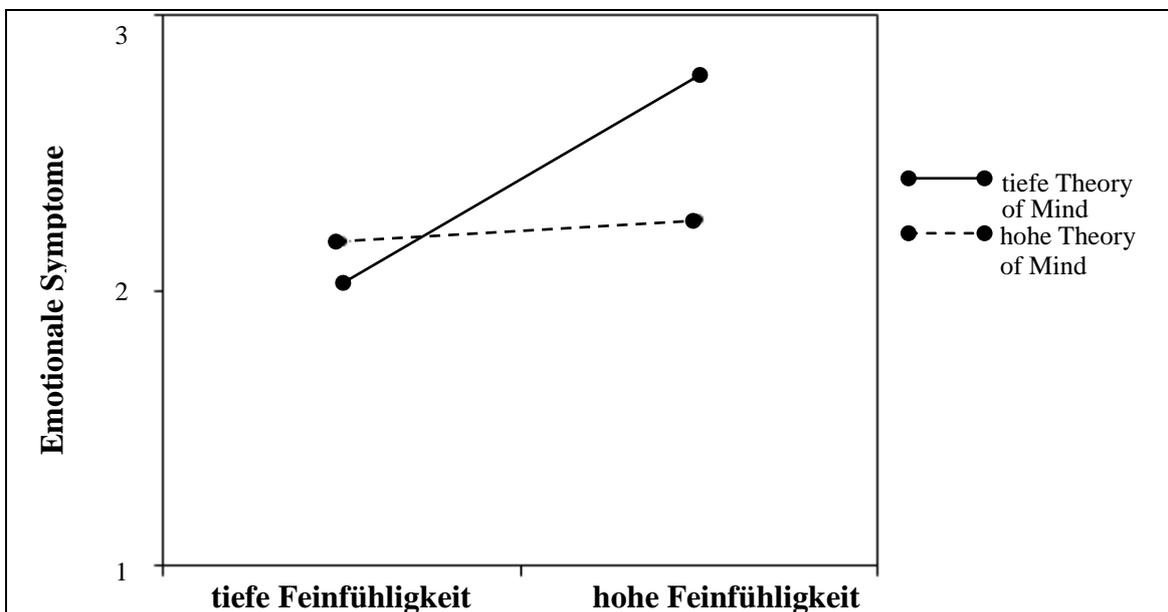


Abb. 8) Interaktion Theory of Mind mal Feinfühligkeit

Um den U- Zusammenhang der mütterlichen Kontrolle mit emotionalen Symptomen zu prüfen, wurde die Variable mütterliche Kontrolle als fester, ordinalskaliertes Faktor in eine Varianzanalyse als unabhängige Variable eingefügt. Diese wies dabei den hypothesierten U-Zusammenhang mit emotionalen Symptomen nur ansatzweise auf. Die Variablen mütterliche verbale und mütterliche nonverbale Kontrolle einzeln berechnet, wiesen diesen jedoch auf, wobei mittlere Kontrolle für am wenigsten emotionale Symptome stand. Die erwähnten Zusammenhänge waren jedoch alle nicht signifikant.

In einer weiteren Varianzanalyse wurde der hypothesierte U-Zusammenhang zwischen mütterlicher Kontrolle und kindlicher Theory of Mind (Kontrolle= ordinalskalierte, unabhängige Variable; Theory of Mind= ordinalskalierte, abhängige Variable) überprüft. Dies aufgrund der signifikanten Korrelation der beiden Variablen (siehe Kapitel 4.2.1). Der Levene Test fiel negativ aus ( $p = .583$ ). Die Residuen konnten nicht als normalverteilt betrachtet werden (siehe Anhang 8.7).

Die mütterliche Kontrolle erzeugte knapp signifikante Effekte in den kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten ( $F= 2.468$ ;  $p= 0.05$ ;  $df=96$ ;  $R^2=.058$ ).

Die Varianzanalyse wies keinen U- Zusammenhang auf (siehe Anhang 8.8).

#### 4.2.3 Pfadanalyse

Um die kindliche Theory of Mind auf Mediatoreffekte zwischen der Mutter- Kind Interaktion und den kindlichen, emotionalen Symptomen zu untersuchen, wurde eine Pfadanalyse durchgeführt.

Für die Pfadanalyse wurden alle Variablen standardisiert, die Interaktionen wurden mit den standardisierten Variablen berechnet.

Die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen wurde für die Variable emotionale Probleme bereits bei der Varianzanalyse geprüft. Weiter mussten für die Pfadanalyse die Residuen der Variable Theory of Mind auf Normalverteilung geprüft werden. Dies deshalb, weil in das Modell der Pfadanalyse, neben den emotionalen Symptomen, Theory of Mind als zweite abhängige Variable eingefügt wurde.

Die Verteilung der Residuen wies nicht absolut auf eine Normalverteilung hin (siehe Anhang 8.9). Dies bedeutet, dass die Signifikanzwerte der Pfadanalyse zwischen  $p= 0.01$  und  $0.05$  eher als Schätzwerte behandelt werden sollten.

Beim Testen auf multivariate Normalverteilung mit AMOS zeigte sich eine hohe multivariate Kurtosis mit einem Wert von 12.406 und einem critical ratio von 4.34. Der critical ratio kann als Z- Wert interpretiert werden (Bühner, 2006). Dieser würde einem  $p < 0.001$  entsprechen und damit einer deutlichen Verletzung der multivariaten Normalverteilung entsprechen. Dies bedeutet, wie das Resultat der Residuen- Überprüfung, dass die Korrelationskoeffizienten im Modell, wenn nicht hoch signifikant, eher als Schätzungen betrachtet werden sollten.

Neben der Normalverteilung werden bei einer Pfadanalyse weitere globale Indices- Werte angestrebt. Diese Arbeit orientiert sich bei der Auswahl dieser Indices- Werte an der Arbeit von Waller, Süß und Bircher (2007). Die Indices- Werte verlangen folgendes Anspruchsniveau:

#### **Globale Gütekriterien Anspruchsniveau**

Chi-Quadrat / Anzahl Freiheitsgrade:	$\chi^2 / df \leq 2$
Goodness of Fit Index (GFI)	$\geq 0.9$
Normed Fit Index (NFI)	$\geq 0.9$
Standardized Root Means Square Residual	(SRMR) $\leq 0.11$

Bei den beiden abhängigen Variablen im Modell (Theory of Mind und emotionale Symptome) wurde die unaufgeklärte Varianz mit berechnet (e1 und e2). Weiter wurde eine Korrelation von Feinfühligkeit und Kontrolle (beide sind Teil des mütterlichen Erziehungsverhalten) sowie von sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund (Migr.) angenommen und ins Modell eingefügt. Die Interaktionen Theory of Mind mal Feinfühligkeit (Int. ToM x Feinfühligkeit) sowie Theory of Mind mal Kontrolle (Int. ToM x Kontrolle) wurden ebenfalls mit berechnet und untereinander korreliert. Die Korrelations- Koeffiziente wurden standardisiert und sind somit untereinander vergleichbar.

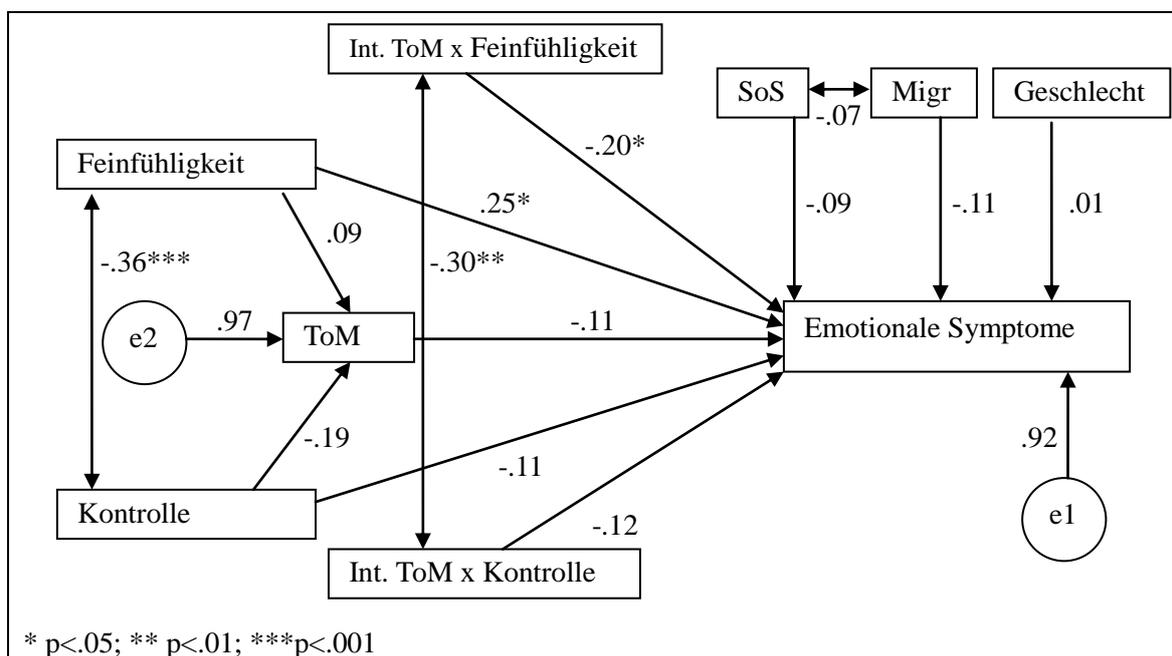


Abb. 9) Pfadanalyse

**Globale Gütekriterien des Modells in Abbildung 9:**

Chi-Quadrat / Anzahl Freiheitsgrade $\chi^2/df$	1.682
Goodness of Fit Index (GFI)	.963
Normed Fit Index (NFI)	.720
Standardized Root Means Square Residual (SRMR)	-

Das  $\chi^2$  lag unter dem erforderlichen Wert von 2 und ergab somit keinen signifikanten Wert (p= .812). Dies bedeutet, dass das Modell gut zu den Daten passt (Bühner, 2006). Der GFI befand sich auf dem verlangten Niveau über 0.9. Der NFI hingegen lag unter diesem Niveau und die SRMR konnten nicht berechnet werden, da AMOS zur Berechnung mehr Korrelationen unter den Variablen erforderte, was jedoch theoretisch nicht hätte begründet werden können.

Insgesamt kann gesagt werden, dass ein perfekter Modellfit nicht erbracht werden konnte und die Werte der Pfadanalyse, wie schon oben erwähnt, als Schätzung interpretiert werden müssen. Dennoch ist der Modellfit als gut zu bewerten.

In der Pfadanalyse korrelierte die mütterliche Feinfühligkeit signifikant positiv mit den emotionalen Symptomen ( $r = .25$ ,  $p = .014$ ). Ebenfalls korrelierte die Interaktion von Theory of Mind mal Feinfühligkeit signifikant negativ mit emotionalen Symptomen ( $r = -.20$ ,  $p = .040$ ). Dies bedeutet, dass der positive Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen abnimmt, wenn die negative Korrelation der Interaktion mit emotionalen Symptomen zunimmt.

Die mütterliche Feinfühligkeit korrelierte signifikant negativ mit mütterlicher Kontrolle ( $r = -.360$ ,  $p < .001$ ) und auch die beiden Interaktionen korrelierten signifikant negativ miteinander ( $r = -.30$ ,  $p = .004$ ).

Weitere signifikante Korrelationen ergab die Pfadanalyse nicht, zwischen der mütterlichen Kontrolle und der Theory of Mind lag eine Trend- Korrelation vor ( $r = -.19$ ,  $p = .079$ ).

## 5 Diskussion

Thema dieser empirischen Arbeit ist die Frage nach den Auswirkungen der Mutter-Kind Beziehungsqualität (Feinfühligkeit und Kontrolle) und der kindlichen Theory of Mind auf emotionale Symptome im Kindesalter. Dabei interessiert auch der Zusammenhang der Mutter- Kind Beziehungsqualität mit der kindlichen Theory of Mind, da die Theory of Mind dadurch ein Mediator zwischen der Mutter- Kind Beziehungsqualität und der Entstehung von emotionalen Symptomen sein könnte.

Aus der Fragestellung wurden theoriegeleitet Hypothesen formuliert, welche für den theoretischen wie den empirischen Teil der Arbeit leitend waren. Diese sollen nach einer Zusammenfassung der Arbeit, veri-, respektive falsifiziert und mit Bezug auf die theoretischen und empirischen Erkenntnisse diskutiert werden.

### 5.1 Zusammenfassung der Arbeit

Unter den emotionalen Symptomen wurden in dieser Arbeit eine komorbide Variante aus depressiven- und Angstsymptomen verstanden. Dabei wurden Angststörungen sowie Depressionen im Kindesalter einzeln beschrieben und deren Komorbidität besprochen. Bei den Depressionen im Kindesalter wird davon ausgegangen, dass sich die Inzidenz in den letzten Jahrzehnten vorverlagert hat (Petermann, 2003). Depressionen können schon in der mittleren Kindheit auftreten und äussern sich ähnlich wie bei Erwachsenen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006). Dennoch gibt es Unterschiede zwischen erwachsener- und kindlicher Symptomatik, welche in der klinischen Arbeit beachtet werden sollten. So weisen depressive Kinder beispielsweise oft eine erhöhte Reizbarkeit auf. Die Prävalenz bei Kindern beträgt ungefähr zwei (Felder & Herzka, 2001) bis drei (Steinhausen, 2004) Prozent. Die Prävalenz aller Angststörungen im Kindesalter liegt hingegen einiges höher bei ungefähr 11 Prozent (Steinhausen, 2004). Dabei treten im Schulalter oft phobische Ängste und Trennungsängste auf (Remschmidt, 2008). Ebenfalls nehmen soziale Ängste, Ängste vor negativer Bewertung und Ängste bezüglich der Gesundheit zu (Schneider, 2006). Es werden in dieser Arbeit die phobischen Angststörungen, die generalisierte Angststörung sowie die Trennungsangst jeweils mit Fokus auf das Schulalter besprochen. Angststörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind untereinander hoch komorbid. So erlebten in einer Studie 31.4 Prozent der depressiven Jugendlichen komorbid Angststörungen (Essau et al., 2000). Angststörungen treten ihrerseits mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit einer Depression als mit einer anderen Art von Angststörung auf (Lewinsohn et al., 1997).

In der Stichprobe dieser Arbeit lag der Anteil der Kinder mit emotionalen Symptomen bei 11.3 Prozent, was den oben dargestellten Prävalenzraten in etwa entspricht, welche

eine Prävalenz von Angststörungen und Depressionen zusammengefasst von ungefähr 13 bis 14 Prozent postulierten.

Zu den emotionalen Symptomen, welche in dieser Arbeit als abhängige Variable fun-  
gierten, wurde das Konstrukt der Mutter- Kind Beziehungsqualität als unabhängige Va-  
riable ins Forschungsdesign eingefügt. Die Mutter- Kind Beziehungsqualität wurde  
durch die Variablen mütterliche Feinfühligkeit sowie mütterliche Kontrolle operationali-  
siert. Dabei werden Mütter als feinfühlig betrachtet, wenn sie kindliche Signale wahr-  
nehmen und angemessen sowie prompt darauf reagieren (Spangler, 1999). Dietz et al.  
(2008) definieren die mütterliche Kontrolle im Rahmen einer Mutter- Kind Interakti-  
onsaufgabe als Grad, indem sich die Mutter aktiv in eine Problemlösung einbringt. In  
dieser Arbeit wurde davon ausgegangen, dass ein mittleres Mass an Kontrolle für das  
Kind förderlich ist. Dies weil zu wenig mütterliche Kontrolle (Dietz et al.) sowie zu  
hohe mütterliche Kontrolle (Dumas et al., 1995) als korrelierend mit psychopathologi-  
schen Auffälligkeiten im Kindesalter beschrieben wurde. In zahlreichen Forschungen  
zeigte sich ein hohes Mass an mütterlicher Feinfühligkeit als günstig für die kindliche  
Entwicklung und prohibitiv auf die Entstehung emotionaler Symptome (z.B. Feng et al.,  
2007). Fehlende Feinfühligkeit und hohe Kontrolle im elterlichen Erziehungsverhalten  
können hingegen die Entwicklung von Angststörungen im Kindesalter begünstigen  
(Schneider, 2004). So beschrieben komorbid ängstliche und depressive Kinder in einer  
Studie von Bernstein und Mitarbeitende (1999) ihre Familien als wenig zusammenhal-  
tend, rigid und als wenig anpassungsfähig.

Als weitere unabhängige Variable wurde in dieser Arbeit die kindliche Theory of Mind  
mitberechnet. Theory of Mind wird verstanden als ein kognitives Zuschreiben von eige-  
nen und fremden mentalen Zuständen. Mittels solchen Zuschreibungen können Indivi-  
duen das Verhalten anderer Personen voraussagen (Premack & Woodruff, 1978); sie  
versuchen dabei die Wünsche und Überzeugungen einer anderen Person zu erkennen  
um daraus deren Handlungen abzuleiten (Kern, 2007).

Die kindliche Theory of Mind ist durchschnittlich in einem Alter von sieben Jahren aus-  
gereift (Lalonde & Chandler, 2002). In Verbindung mit der Psychopathologie kann ge-  
sagt werden, dass Theory of Mind Defizite in mehreren Studien bei depressiven Er-  
wachsenen beobachtet werden konnten (z.B. Kerr et al., 2003). Schenkel und Mitarbei-  
tende (2008) fanden keinen Zusammenhang zwischen kindlichen depressiven Sympto-  
men und Theory of Mind Defiziten bei bipolar erkrankten Kindern. Die Stichprobe die-  
ser Studie war jedoch zu klein, um aussagekräftig zu sein (N= 4). Im Bereich der Angst-  
störungen zeigte sich ein leistungsmindernder Effekt bei sozial ängstlichen Kindern mit  
einem negativen Affekt (Banerjee & Henderson, 2001). Mackowiak (2007) fand in ihrer  
Studie mit ängstlichen Kindern hingegen keine schlechteren Theory of Mind Fähigkei-  
ten als bei gesunden Kindern. Die kindliche Theory of Mind Fähigkeiten konnten je-  
doch auch in mehreren Studien mit der Mutter- Kind Interaktion in Verbindung gebracht

werden. So zeigte sich beispielsweise in einer Studie mit fünfjährigen Kindern eine fördernde Wirkung der mütterlichen Feinfühligkeit auf die Theory of Mind Fähigkeiten der Kinder (Symons & Clark, 2000). Sicher gebundene Kleinkinder verfügten in einer weiteren Studie als Vier- und Fünfjährige über eine besser entwickelte Theory of Mind als unsicher gebundene Kinder (Meins, 1997). Hughes und Ensor (2006, 2007) beschrieben in ihrer Studie eine gute kindliche Theory of Mind auch als protektiven Faktor in einem für die kindliche Entwicklung ungünstigen Erziehungsumfeld. Die Autoren wiesen nach, dass eine gut entwickelte Theory of Mind des Kindes den positiven Zusammenhang zwischen einer ungünstigen Mutter-Kind Interaktion (harsh parenting) und dem Vorhandensein von kindlichem Problemverhalten (externalisierendes Verhalten) moderiert und abschwächt. Dabei waren die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten auch in einer Längsschnittstudie bei Zweijährigen in einem ungünstigen familiären Umfeld ein Prädiktor für weniger Problemverhalten als dieselben Kinder vierjährig waren (Hughes & Ensor, 2007).

Neben den drei beschriebenen Variablen wurden in dieser Arbeit der sozioökonomische Status der Familie, der Migrationshintergrund, sowie das Geschlecht des Kindes als Kontrollvariablen in das Forschungsdesign eingefügt. Der sozioökonomische Status wurde deshalb mit einbezogen, weil finanzielle Knappheit der Familie als Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern beschrieben wird, welcher mit vermehrtem Problemverhalten der Kinder einhergehen kann (Walper, 2002). So waren beispielsweise in der deutschen BELLA Studie Kinder aus Familien mit einem tiefen sozioökonomischen Status mehr von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder aus finanziell besser gestellten Familien (Ravens- Sieber et al., 2007). Wie der sozioökonomische Status werden auch Migration- und Kulturtransfer als psychosoziale Risikofaktoren beschrieben, (Resch, 1999) welche mit einem erhöhten Vorkommen psychischer Störungen bei Kindern einhergehen können (Steinhausen, 2006). Bei der dritten Kontrollvariable, dem Geschlecht des Kindes, ist bei Depressionen im Kindesalter das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen (Groen & Petermann, 2008), bei den Angststörungen fällt der Anteil Mädchen hingegen höher aus als derjenige der Knaben (Remschmidt, 2008).

Vor diesem theoretischen Hintergrund wurde mit Daten aus der Intensivstudie der COCON- Längsschnittstudie des Jacobs Center in Zürich gearbeitet. Die Stichprobe bestand aus 97 neunjährigen Kindern aus dem Kanton Zürich und deren überwiegend weiblichen Hauptbezugsperson.

Für die Erhebung der emotionalen Symptome wurde die Subskala ‚emotionale Probleme aus dem Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodmann, 1997) verwendet. Die mütterliche Feinfühligkeit und die mütterliche Kontrolle wurden mittels einer Interaktionsaufgabe, der ‚Zaubertafel‘ (Wolke et al., 1995), die kindliche Theory of Mind mit einer Aufgabe mit Handpuppen nach Lalonde und Chandler (2002) erhoben. Ein Elternfragebogen lieferte Daten zur Erfassung der Kontrollvariablen.

## 5.2 Diskussion der Befunde

Im Folgenden sollen die aufgestellten Hypothesen anhand der Resultate aus den statistischen Analysen diskutiert und mit anderen Forschungsergebnissen verglichen werden. Die Hypothesen wurden in Kapitel 3.1 theoriegeleitet formuliert.

### 5.2.1 Mutter- Kind Beziehung und emotionale Symptome

In den statistischen Analysen dieser Arbeit zeigte sich, wie hypothetisiert, ein signifikanter Zusammenhang zwischen der mütterlichen Feinfühligkeit und den kindlichen emotionalen Symptomen. Die Richtung des Zusammenhanges war jedoch positiv, was den Erwartungen nicht entsprach.

Die mütterliche Kontrolle korrelierte, ebenfalls anders als erwartet, nicht signifikant mit den kindlichen emotionalen Symptomen. Die Variablen mütterliche nonverbale Kontrolle sowie mütterliche verbale Kontrolle zeigten in der Varianzanalyse einen U-Zusammenhang mit emotionalen Symptomen, welcher in die hypothetisierte Richtung (mittlere Kontrolle= am wenigsten emotionale Symptome) ging, jedoch nicht signifikant ausfiel.

Die Hypothese (Hypothese 1, siehe Kapitel 3.1) wird aufgrund der Richtung des Zusammenhangs zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und kindlichen emotionalen Symptomen sowie aufgrund fehlender Signifikanz des Zusammenhangs zwischen mütterlicher Kontrolle und kindlichen emotionalen Symptomen abgelehnt.

Angesichts vorangegangener Studien, welche einen negativen Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und kindlicher Psychopathologie fanden, erstaunt der in dieser Arbeit aufgetretene, positive Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen. So korrelierte in Studien das Fehlen mütterlicher Feinfühligkeit mit einer negativen Bindungsrepräsentation von Jugendlichen (Beckwith et al., 1999) und mit einer depressiven Verstimmung Jugendlicher (Dietz et al., 2008). Schneider (2008) beschreibt einen Erziehungsstil mit wenig Feinfühligkeit und hoher Kontrolle als angstfördernd. Feinfühligkeit wurde in einer weiteren Studie als Prädiktor für weniger negative kindliche Emotionen beschrieben (Feng et al., 2007).

Hierbei ist zu beachten, dass das theoretische Konstrukt Feinfühligkeit ein schwierig zu messendes Konstrukt ist, welches in der Interaktion mit dem Kind je nach Studie etwas anders gemessen wird.

Ferner könnte der in dieser Arbeit positive Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen aufgrund der Art der Erhebung der emotionalen Symptome entstanden sein. In der vorliegenden Arbeit wurden die emotionalen Symptome mit einem Fragebogen erhoben, den die Mütter ausfüllten. Dabei könnte es sein, dass vor allem feinfühlige Mütter emotionale Symptome bei ihren Kindern wahrnahmen, was weniger feinfühlige Mütter nicht taten. Dies könnte umgangen werden, indem

eine andere Informationsquelle für die Erhebung hinzugezogen würde. In dieser Studie schätzten mittels des erwähnten Fragebogens auch die Lehrpersonen die Kinder auf deren emotionale Symptome ein. Dabei ist der Zusammenhang mit der mütterlichen Feinfühligkeit nicht signifikant um null ( $.009, p = .941$ ).

Da sich in den statistischen Analysen nur die höchste Stufe Feinfühligkeit (sehr hohe Feinfühligkeit) signifikant von den anderen vier Stufen unterschied, korrelierte nur sehr hohe Feinfühligkeit positiv mit emotionalen Symptomen. Feinfühligkeit wurde in dieser Arbeit als das Wahrnehmen von kindlichen Signalen und das prompte und angemessene Reagieren darauf definiert. Dabei wurden Mütter als feinfühlig eingeschätzt, welche ein hohes Mass an positiver Lenkung und Lob, sowie wenig verbale und nonverbale Kontrolle in der Interaktion mit dem Kind einsetzten. Positive Lenkung wurde als das Einbeziehen des Kindes in die Aufgabenplanung durch die Mutter verstanden, wobei die Mutter das Kind anleitet und versucht, seine Aufmerksamkeit zu wecken.

Diese positive Lenkung beinhaltet viel mütterliches Engagement und Aktivität in der Interaktion mit dem Kind. Der positive Zusammenhang von Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen könnte insofern entstanden sein, dass Mütter, welche ein sehr hohes Mass an Feinfühligkeit aufwiesen, sich auf eine Art und Weise in der Interaktion überinvolvierten, die mit emotionalen Symptomen korrelierte. Sie würden im Sinne der vorliegenden Studie zwar nicht direktive, verbale und nonverbale Kontrolle ausüben, sondern ihre Kinder durch ein hohes Mass an ‚positiver‘ Lenkung beeinflussen. Dabei könnten sie die kindliche Selbständigkeit einschränken, respektive dem Kind den Raum für das Finden eigener Problemlösungen nicht genügend gewähren. Eine Mutter, welche sich weniger involvieren würde, würde dem Kind somit mehr Freiräume lassen, die gestellte Aufgabe selber zu lösen und dadurch vermehrt selber Lösungswege zu finden.

Burgess, Rubin, Cheah und Nelson (2001) beschreiben hierzu, dass Eltern von sozial ängstlichen, zurückgezogenen und behavioral gehemmten Kindern einen überkontrollierenden, überinvolvierenden und überbeschützenden Erziehungsstil praktizieren. Solche Eltern tendieren dazu, Situationen für ihre Kinder in hohem Masse zu managen, das Verhalten der Kinder einzuengen, ihre Aktivitäten zu kontrollieren und dadurch ihre Unabhängigkeit wenig zu fördern. Dies kann dazu führen, dass die Kinder unzureichend Problemlösestrategien in ihrem interpersonellen Umfeld erproben können und wenig Selbstwirksamkeit erfahren (Rubin, Coplan, Bowker, 2009).

Dabei ist jedoch aufgrund von Langzeitstudien zu beachten, dass auch die gehemmten und ängstlichen Verhaltensweisen des Kindes einen solchen Erziehungsstil hervorrufen können (Rubin, Nelson, Hastings & Asendorpf, 1999). Die Eltern empfinden es dabei als die beste Lösung, auf die zurückgezogenen, internalisierenden Verhaltensweisen ihrer Kinder mit viel Engagement und Einmischung zu reagieren. Sie manipulieren und lenken das Verhalten des Kindes in direkter Weise, indem sie beispielsweise bestim-

men, was das Kind tun soll oder indem sie die Problemlösung in einer für das Kind schwierigen Situation übernehmen (Rubin, Burgess & Coplan, 2001).

Der in dieser Arbeit aufgefundene positive Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und kindlichen emotionalen Symptomen, könnte somit mit den Resultaten der oben beschriebenen Studien von Rubin und Mitarbeitenden erklärt werden. Dies hauptsächlich deshalb, weil in dieser Arbeit nur die höchste Stufe mütterlicher Feinfühligkeit signifikant positiv mit emotionalen Symptomen korrelierte.

### 5.2.2 Theory of Mind und emotionale Symptome

Entgegen den Erwartungen ergab sich in dieser Arbeit kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kindlichen Theory of Mind und den kindlichen emotionalen Symptomen, wodurch die Hypothese (Hypothese 2, siehe Kapitel 3.1) abgelehnt wird.

Verglichen mit der vorangegangenen Studien von Schenkel et al. (2008) sowie der Studie von Mackowiak (2007), scheinen die Resultate dieser Arbeit übereinzustimmen. Da jedoch in der Studie von Schenkel und Mitarbeitenden mit bipolar erkrankten Kindern nur eine kleine Stichprobe verwendet wurde und nur vier Kinder gegenwärtig depressive Symptome zeigten, sind deren Ergebnisse für den hier diskutierten Zusammenhang von Theory of Mind und emotionalen Symptomen wenig aussagekräftig.

Banerjee und Henderson (2001) fanden jedoch bei ängstlichen Kindern mit einem schüchternen, negativem Affekt (was den emotionalen Symptomen in dieser Arbeit nahe entsprechen dürfte) einen leistungsmindernden Effekt der Angst auf die kindliche Theory of Mind. Somit sind die Resultate der erwähnten Studien für die Angstsymptomatik im Zusammenhang mit kindlicher Theory of Mind nicht konsistent und widersprüchlich. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass Banerjee und Henderson (2001) in ihrer Studie keine interpretative Theory of Mind Aufgaben benutzten, während in der Studie von Mackowiak (2007) wie in der vorliegenden Arbeit die Theory of Mind mit solchen Aufgaben erhoben wurde. Dadurch sind die Studien nur bedingt miteinander vergleichbar. Die Frage bleibt offen, ob die Kinder in der Studie von Banerjee und Henderson (2001) interpretative Theory of Mind Aufgaben gelöst hätten und welchen Effekt die psychopathologischen Symptome auf das Lösen dieser Aufgaben gehabt hätten.

Für den fehlenden Zusammenhang zwischen Angstsymptomatik und Theory of Mind, wie er in der Studie von Mackowiak (2007) beschrieben wird, kann im Sinne Mackowiaks argumentiert werden, dass ängstliche Kinder aufgrund ihrer Angstsymptomatik ein ausgeprägtes Sensorium für interpersonelle Situationen entwickeln könnten und deshalb keine Theory of Mind Defizite aufwiesen. Da in dieser Arbeit unter den emotionalen Symptomen eine komorbide Variante von depressiven Symptomen und Angstsymptomen verstanden wurde, könnte die Interpretation von Mackowiak für Angstsymptome auch den in dieser Arbeit verwendeten depressiven Anteil emotionaler Symptome beein-

flussen. Dies könnte das Fehlen des Zusammenhanges zwischen emotionalen Symptomen und Theory of Mind erklären.

In der vorliegenden Arbeit erstaunt jedoch, wie viele Kinder keine interpretative Theory of Mind aufwiesen. Mit Blick auf die im Theorieteil beschriebenen Studienresultate (Lalonde & Chandler, 2002), bei denen 83 Prozent der Siebenjährigen die interpretativen Aufgaben lösen konnten, ist der Anteil Kinder ohne interpretative Theory of Mind vergleichsweise gross. So wurden in dieser Arbeit nur 37 Prozent der Theory of Mind der neunjährigen Kinder als interpretativ, 35 Prozent als nicht interpretativ und 28 Prozent als transitional bewertet. Man könnte argumentieren, dass der Test mit den Doodles (siehe Kapitel 3.5.5) nicht nur von der kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten, sondern auch von der Kreativitätsfähigkeit der Kinder abhängt und dass zwischen amerikanischen- (mit denen Lalonde und Chandler ihre Studie durchgeführt haben) und schweizerischen Kindern in der Kreativitätsentwicklung Unterschiede bestehen könnten.

Weiter könnte es generell interkulturelle Unterschiede in der zeitlichen Entwicklung der Theory of Mind zwischen amerikanischen und schweizerischen Kindern geben. Wellman, Cross und Watson (2001) zeigten dazu in einer Metanalyse von 178 Studien, dass Kinder in Österreich und Japan etwas schlechtere Theory of Mind Fähigkeiten aufwiesen als britische und amerikanische Kinder. Kinder aus Korea und Kanada erzielten hingegen etwas bessere Leistungen als die britischen und amerikanischen Kinder. Für den Vergleich zwischen amerikanischen- und schweizerischen Kindern wurde keine Studie aufgefunden.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Resultate dieser Arbeit die vorangegangenen Studien weder eindeutig bestätigen noch ihnen eindeutig widersprechen, da die erwähnten Studien mit depressiven oder ängstlichen Kindern durchgeführt wurden und nicht mit Kindern mit einer komorbiden Variante dieser beiden Störungsbilder. Auch wurde die Theory of Mind in den erwähnten Studien teilweise unterschiedlich erhoben. Da jedoch Resultate aus der klinischen Erwachsenenforschung auf Theory of Mind Defizite bei depressiven Menschen hinweisen, und da bei den Angststörungen im Zusammenhang mit Theory of Mind Defizite widersprüchliche Ergebnisse vorliegen, sollte hierbei im pädiatrischen Bereich weitere Forschung betrieben werden. Dadurch würde der Zusammenhang zwischen kindlicher Theory of Mind und Depressionen sowie Angststörungen besser verstanden werden.

### 5.2.3 Mutter- Kind Beziehung und Theory of Mind

Zwischen der mütterlichen Kontrolle und der kindlichen Theory of Mind zeigte sich ein signifikanter, negativer Zusammenhang. Im Modell der Pfadanalyse ergab sich hierbei jedoch nur ein Trend- Zusammenhang. Der hypothetisierte U- Zusammenhang dieser beiden Variablen (mittlere Kontrolle= am meisten Theory of Mind Fähigkeiten) traf hingegen nicht zu.

Dagegen wies die mütterliche Feinfühligkeit, entgegen den Erwartungen, keinen signifikanten Zusammenhang mit der kindlichen Theory of Mind auf.

Weiter zeigte sich keine signifikante Korrelationen zwischen der kindlichen Theory of Mind und emotionalen Symptomen (siehe Kapitel 5.2.2), weshalb die kindliche Theory of Mind in dieser Arbeit nicht wie hypothetisiert, als Mediator zwischen der Mutter-Kind Beziehungsqualität und den kindlichen emotionalen Symptome betrachtet werden kann.

Die Hypothese (Hypothese 3, siehe Kapitel 3.1) wird für den Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und kindlicher Theory of Mind sowie für den Mediatoreffekt der Theory of Mind aufgrund fehlender Signifikanz der Zusammenhänge verworfen. Für die mütterliche Kontrolle wird sie angenommen, wobei der angenommene U- Zusammenhang ebenfalls verworfen wird und beachtet werden muss, dass der Zusammenhang im Gesamtmodell der Pfadanalyse nicht signifikant ausfiel.

Die mütterliche Feinfühligkeit korrelierte in dieser Arbeit, anders als in anderen Studien, (z.B. Symons & Clark, 2000) nicht signifikant mit der kindlichen Theory of Mind. Eine Erklärung der fehlenden Signifikanz könnte die sein, dass in dieser Arbeit die mütterliche Feinfühligkeit positiv mit emotionalen Symptomen korrelierte, welche wiederum in anderen Studien (z.B. Kerr et al., 2003) in einem negativen Zusammenhang mit den Theory of Mind Leistungen der Probandinnen und Probanden standen.

Der in dieser Arbeit entstandene negative Zusammenhang zwischen mütterlicher Kontrolle und kindlicher Theory of Mind stimmt mit den Studien von Vinden (2001) sowie Pears und Moses (2003) überein, wobei beachtet werden muss, dass dies für diese Arbeit nur für die bivariaten Korrelationen gilt.

Interessant dabei ist der positive Zusammenhang zwischen der mütterlichen Feinfühligkeit und kindlichen, emotionalen Symptomen, welcher weiter oben (siehe Kapitel 5.2.1) beschrieben wurde. Dieser wurde so interpretiert, dass sich sehr feinfühlig Mütter in der Interaktion mit dem Kind überinvolvieren und es auf eine starke Art und Weise lenken, die den Lernprozess des Kindes einschränkt. Der negative Zusammenhang zwischen mütterlicher Kontrolle und kindlicher Theory of Mind könnte diese Interpretation stützen: Kinder, die wenig verbale und nonverbale Kontrolle der Mutter erleben, könnten somit über mehr Spielraum verfügen, ihre Umwelt zu explorieren und erhielten dadurch vermehrt Möglichkeiten, selber Lösungen in für sie schwierigen Situationen zu finden, was ihre Selbstwirksamkeit und ihre Problemlösefähigkeit steigern würde. Dadurch hätten sie auch viele Lernmöglichkeiten, ihre Theory of Mind Fähigkeiten im interpersonellen Lebensraum aufzubauen und zu differenzieren.

Weiter könnte es hingegen auch sein, dass Kinder, die über eine gut entwickelte Theory of Mind verfügen, bei ihren Müttern einen Erziehungsstil hervorrufen, der wenig Kontrolle bedarf, da die Kinder in ihrer sozialkognitiven Entwicklung fortgeschritten sind.

Kinder mit einer tiefen Theory of Mind würden dementsprechend ein Erziehungsverhalten mit viel mütterlicher Kontrolle provozieren.

In dieser Arbeit wurde als weitere Hypothese ein Moderator- Effekt der kindlichen Theory of Mind auf die Beziehung zwischen der Mutter- Kind Interaktion (Feinfühligkeit und Kontrolle) und den kindlichen emotionalen Symptomen angenommen. In den statistischen Analysen zeigte sich eine signifikante Interaktion der kindlichen Theory of Mind mal mütterliche Feinfühligkeit. Diese äusserte sich insofern, dass Kinder mit guten Theory of Mind Fähigkeiten, deren Müttern sehr hohe Feinfühligkeit einsetzten (was in dieser Arbeit mit mehr emotionalen Symptomen des Kindes korrelierte), weniger emotionale Symptome aufwiesen als Kinder mit einer tiefen Theory of Mind mit sehr feinfühligem Müttern.

Die Interaktion der kindlichen Theory of Mind mal mütterliche Kontrolle in Abhängigkeit mit emotionalen Symptomen fiel hingegen entgegen den Erwartungen nicht signifikant aus.

Die formulierte Hypothese (Hypothese 4, siehe Kapitel 3.1) kann für die Interaktion Feinfühligkeit mal Theory of Mind angenommen werden, obgleich der Zusammenhang zwischen Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen nicht in die angenommene Richtung verläuft. Für die Interaktion der mütterlichen Kontrolle mal kindliche Theory of Mind wird die Hypothese abgelehnt.

Die signifikante Interaktion von mütterlicher Feinfühligkeit mal kindliche Theory of Mind in Abhängigkeit mit emotionalen Symptomen ist konsistent mit den Resultaten der Studien von Hughes und Ensor (2006; 2007; siehe Kapitel 2.6.6). Gute kindliche Theory of Mind Fähigkeiten können auch in der vorliegenden Arbeit als moderierender Faktor in einer ungünstigen Mutter- Kind Interaktion interpretiert werden, welche im Rahmen dieser Arbeit ein sehr hohes Mass an mütterlicher Feinfühligkeit darstellt.

Die kindliche Theory of Mind scheint dabei nicht nur zwischen rauem Erziehungsverhalten (harsh parenting) und externalisierenden Symptomen, wie dies bei Hughes und Ensor beschrieben wurde, sondern auch zwischen einer ungünstigen Form von sehr hoher mütterlicher Feinfühligkeit und internalisierenden Störungen zu moderieren.

### 5.3 Fazit und Beantwortung der Fragestellung

Insgesamt zeigten die durchgeführten Analysen (bivariate Korrelationen, Varianzanalysen und Pfadanalyse) konsistente Ergebnisse: In Bezug auf die Fragestellung kann gesagt werden, dass die Mutter- Kind Beziehung, die kindliche Theory of Mind und kindliche emotionale Symptome zusammenspielten, auch wenn sie nicht alle direkt miteinander korrelierten und die Zusammenhänge sich auch nicht durchwegs in der angenommenen Richtung präsentierten. So korrelierte die mütterliche Feinfühligkeit entgegen der Erwartung positiv mit emotionalen Symptomen, mütterliche Kontrolle hingegen wies keinen signifikanten Zusammenhang mit emotionalen Symptomen auf. Die kindliche Theory of Mind wies in dieser Arbeit nicht den angenommenen Zusammenhang mit emotionalen Symptomen und mit mütterlicher Feinfühligkeit auf, korrelierte jedoch in den bivariaten Korrelationen negativ mit der mütterlichen Kontrolle. Weiter ergab sich eine signifikante Interaktion von kindlicher Theory of Mind mal mütterliche Feinfühligkeit, gute Theory of Mind Fähigkeiten moderierten den Zusammenhang zwischen sehr hoher mütterlicher Feinfühligkeit und kindlichen emotionalen Symptomen und schwächten diesen ab. Keine der ins Modell eingefügten Kontrollvariablen (Geschlecht des Kindes, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund) zeigte einen signifikanten Einfluss auf emotionale Symptome oder auf eine der anderen unabhängigen Variablen.

Neu an diesen Forschungsergebnissen ist, dass gute kindliche Theory of Mind Fähigkeiten nicht nur den Zusammenhang von ungünstigem, rauem Erziehungsverhalten und externalisierenden Symptomen, wie dies von Hughes und Ensor (2006; 2007) beschrieben wurde, sondern auch den Zusammenhang zwischen sehr hoher mütterlicher Feinfühligkeit und internalisierenden Symptomen zu moderieren scheinen. Das Wissen um diese moderierende Wirkung der kindlichen Theory of Mind auf ein ungünstiges familiäres Umfeld bietet der klinisch, psychologischen Praxis praktische Implikationen: Gute Theory of Mind Fähigkeiten können als kindlichen Resilienzfaktor betrachtet werden, welchen zu fördern es sich lohnen dürfte. Kinder, welche in einem risikoreichen Umfeld aufwachsen, könnten somit schon früh in ihren sozialkognitiven Fähigkeiten gefördert und somit für ihre weitere Entwicklung gestärkt werden. Die kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten könnten beispielsweise mit den ‚social storys‘ nach Grey (2010), welche ursprünglich für Kinder aus dem autistischen Spektrum konzipiert wurden, gezielt gefördert werden. Eine solche ‚Story‘ beschreibt eine soziale Situation in Form einer kurzen Geschichte mit dem Ziel, dem Kind deren Regeln, den Ablauf sowie die Anforderungen an das eigene Verhalten verständlich zu machen. Es werden Verhaltenszusammenhänge sowie soziale Hinweise beschrieben und Möglichkeiten aufgezeigt, wie man sich dabei verhalten könnte (Schirmer, 2006). Ein Review über verschiedene Studien,

bei welchen die kindliche Theory of Mind gefördert wurde, sowie Implikationen für ein effektives Theory of Mind Training liefert die Arbeit von Kloo und Perner (2008).

Es sollte hingegen beachtet werden, dass auch Kinder mit einer internalisierenden Symptomatik eine ungünstige Mutter- Kind Interaktion hervorrufen können. Dies wäre im Rahmen dieser Arbeit ein zu hohes Mass an mütterlicher Feinfühligkeit, welches mit einem sich überinvolvierenden und stark lenkenden Erziehungsverhalten der Mutter einhergeht. In der Erziehungsberatung mit solchen Müttern und Vätern könnte dieses Wissen genutzt werden, indem den Eltern die beschriebenen Zusammenhänge und die Auswirkungen ihres Verhaltens auf ihr Kind aufgezeigt würden. Dies könnte dazu führen, dass gemeinsam mit den Eltern Wege gefunden werden, wie diese ihrem Kind, trotz dessen Ängste und negativem Affekt, Raum lassen könnten, um im Alltag vermehrt selber Problemlösungen zu finden und dadurch Erfolgserlebnisse sowie Selbstwirksamkeit erfährt.

Kritik am Vorgehen dieser Arbeit kann in der Vermischung von depressiver Symptomatik und Angstsymptomatik geäussert werden, wodurch für diese beiden Syndrome keine getrennten Aussagen gemacht werden können. Da Depressionen und Angststörungen im Kindesalter jedoch sehr häufig komorbid auftreten, scheint ein Instrument, dass dieser Komorbidität gerecht wird, durchaus gerechtfertigt. Um getrennte Aussagen zu Angst- und depressiven Symptomen im Kindesalter im Zusammenhang mit der Mutter- Kind Beziehung und der kindlichen Theory of Mind machen zu können, könnte man zusätzlich Erhebungsinstrumente ins Forschungsdesign einfügen, welche diese beiden Störungsbilder einzeln messen. Diese Resultate liessen sich somit untereinander vergleichen und mit bestehenden Forschungsarbeiten besser in Beziehung setzen, da die meisten Studien entweder angst- oder depressive Symptome gemessen haben.

Um die Vergleichbarkeit dieser Arbeit mit anderen Studien weiter zu verbessern, hätten zusätzlich zu den interpretativen Theory of Mind Aufgaben auch klassische false- belief Aufgaben präsentiert werden können. Dies vor allem deshalb, weil ein Grossteil der Studien die Theory of Mind Fähigkeiten mit solchen Aufgaben erfasst hat.

Weiter kritisch zu erwähnen ist der Fokus auf die Mütter und die Vernachlässigung der Väter. Dies wird dem Alltag der Kinder nicht vollständig gerecht, da die meisten Kinder viel Zeit mit ihren Vätern oder zumindest mit anderen männlichen Hauptbezugspersonen verbringen dürften. Das Fokussieren auf Mütter hat in dieser Arbeit den pragmatischen Grund, dass sich bei der Studie kaum Väter beteiligten.

Eine weiterführende Fragestellung im beforschten Themengebiet könnte die Frage nach dem Zusammenhang kindlicher, depressiver Symptome mit kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten sein. Da es bisher in diesem Bereich keine Studie mit einer aussagekräftigen, genügend grossen Stichprobe gibt, existiert hier eine Lücke in der klinischen, pädi-

atrischen Forschungsliteratur. Eine solche Studie wäre auch deshalb relevant, weil im Erwachsenenalter ein solcher Zusammenhang nachgewiesen wurde und somit auch im Kindesalter existieren könnte. Falls ein solcher Zusammenhang bestehen würde, könnte in der Behandlung von depressiven Kindern deren Theory of Mind Fähigkeiten gezielt trainiert werden.

Ebenfalls wäre die weitere Erforschung der kindlichen Theory of Mind als moderierende Instanz in einem ungünstigen familiären Umfeld klinisch relevant. Insbesondere würde die Frage interessieren, wie und ob die kindliche Theory of Mind auch bei anderen Formen ungünstiger familiärer Umstände, wie zum Beispiel bei psychischen Erkrankungen der Eltern, oder auch bei einschneidenden Lebensereignissen wie Katastrophen oder dem Tod einer liebevollen Bezugsperson, moderiert. Falls dies zutreffen würde, wäre eine Förderung der kindlichen Theory of Mind bei solchen Kindern ebenfalls angezeigt.

Ein weiterführendes Forschungsgebiet könnten die interkulturellen Unterschiede zwischen amerikanischen und schweizerischen, respektive europäischen Kindern hinsichtlich deren Theory of Mind Entwicklung sein. Dadurch könnte man diese Unterschiede besser verstehen und die Theory of Mind Aufgaben in zukünftigen Forschungen dementsprechend anpassen.

Weiter könnte die vorliegende Arbeit mit Vätern durchgeführt werden, um allfällige Unterschiede zu den Müttern ausmachen zu können. So wäre es interessant zu erfahren, ob die Väter die Kinder bezüglich deren emotionalen Symptome anders als die Mütter einschätzen würden und ob der Zusammenhang zwischen sehr hoher Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen bei den Vätern auch auftreten würde.

Ein Längsschnittdesign könnte ebenfalls aufschlussreiche Ergebnisse liefern. So könnte untersucht werden, wie sich die Theory of Mind in der kindlichen Entwicklung weiterhin entwickelt und in welchem Alter die meisten schweizerischen Kinder über eine interpretative Theory of Mind verfügen. Ebenfalls könnte untersucht werden, inwiefern die Theory of Mind Fähigkeiten bei Kindern mit einer ungünstigen Mutter- Kind Interaktionen, zum jetzigen Zeitpunkt ein Prädiktor für oder ein Resilienzfaktor gegen die Entwicklung psychopathologischer Symptome im Jugendalter sein könnten. Somit würde der Ansatz der Studie von Hughes und Ensor (2007) auf das Jugendalter ausgeweitet.

## 6 Abstract

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage nach dem Einfluss der mütterlichen Feinfühligkeit und Kontrolle sowie den kindlichen Theory of Mind Fähigkeiten auf kindliche emotionale Symptome. Diese Zusammenhänge wurden in der bisherigen Forschung nur selten thematisiert.

Die Stichprobe bestand aus 97 neunjährigen Kindern und deren Hauptbezugsperson (hauptsächlich Mütter). Die Theory of Mind Fähigkeiten wurden mit interpretativen Theory of Mind Aufgaben, die mütterliche Feinfühligkeit und Kontrolle mittels einer Interaktionsaufgabe mit der Mutter und dem Kind erhoben. Die emotionalen Symptome wurden mittels einer Skala des Strengths and Difficulties Questionnaires (Goodman, 1997) erfasst.

Die Ergebnisse wiesen einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Feinfühligkeit und emotionalen Symptomen, sowie einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Kontrolle und Theory of Mind auf. Weiter moderierten gute kindliche Theory of Mind Fähigkeiten den positiven Zusammenhang zwischen einer ungünstigen Mutter-Kind Beziehung und kindlichen emotionalen Symptomen und schwächten diesen ab.

Die Ergebnisse werden hinsichtlich bestehender Forschung aus den untersuchten Themengebieten interpretiert. Weiter werden Implikationen für die klinische Praxis diskutiert.

## 7 Literaturverzeichnis

- Assion, H. J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In H. J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit*, (S. 133- 144). Heidelberg: Springer.
- Banerjee, R. (2000). The development of an understanding of modesty. *British journal of developmental psychology*, 18, 499-517.
- Banerjee, R. & Henderson, L. (2001). Social-cognitive factors in childhood social anxiety: A Preliminary Investigation. *Social Development*, 10, 558- 572.
- Baron- Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a « Theory of Mind »? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron- Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The “Reading the mind in the Eyes” test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high- functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beckwith, L., Cohen, S. E. & C. E. Hamilton. (1999). Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representation at early adulthood. *Developmental Psychology* 35, 693-700.
- Bernstein, G. A., Warren, S. L., Massie, E. D. & Thuras, P. D. (1999). Family Dimensions in Anxious- Depressed School Refusers. *Journal of Anxiety disorders*, 13, 513-528.
- Blatter, J. & Schneider, S. (2007). Prävention von Angststörungen. In W. Von Suchodeltz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen*, (S.115-132). Göttingen: Hogrefe.
- Blum- Maurice & Zenz (2009). Familienarmut und Kindesvernachlässigung – ein Kreislauf von Ohnmacht und enttäuschter Hoffnung. *Psychotherapie Forum*, 17, 58-65.
- Bora, E., Vahip, S., Gonul, A. S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M. & Eryavuz, A. (2005). Evidence for Theory of Mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112. 110-116.

- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, Theory of Mind, and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133. 135-147.
- Bruning, N., Konrad, K. & Herpertz- Dahlmann, B. (2005). Bedeutung und Ergebnisse der Theory of Mind Forschung für den Autismus und andere psychische Erkrankungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 77-88.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Büilent, K. (2007). *Grundlegendokument „Migration und Gesundheit“*. Neuchâtel: Swiss Forum for migration and population studies (sfm).University of Neuchâtel.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007). *Strategie Migration und Gesundheit, (PHASE II: 2008-2013)* [On-line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2010). *Die Ausländische Bevölkerung in der Schweiz* [On-line]. Available: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos/la\\_population\\_etrangere/intro.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos/la_population_etrangere/intro.html)
- Burgess, K., Rubin, K.H., Cheah, C., & Nelson, L. (2001). Socially withdrawn children: Parenting and parent-child relationships. In R. Crozier & L. E. Alden (Eds.). *The self, shyness and social anxiety: A handbook of concepts, research, and interventions*, (pp. 137-158). New York: Wiley.
- Cahill, K. R., K. Deater-Deckard, A. Pike & C. Hughes. (2007). Theory of Mind, Self-worth and the mother child relationship. *Social Development*, 16. 45- 56.
- Carpendale, J. I. & Chandler, M. J. (1996). On the distinction between false belief understanding and subscribing to an interpretative Theory of Mind. *Child development*, 67, 1686-1706.
- Carpendale, J. I. & Lewis, CH. (2004). Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 79-96.
- Crettaz, E., Jankowski, T., Priester, T., Ruch, T. & Schweizer, L. (2009). *Sozialhilfe- und Armutsstatistik im Vergleich. Konzepte und Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- De Wolff, M. S. & Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A Meta-Analysis on parental antecedence of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

- Dietz, J., Birmaher, B., Williamson, D. E., Silk, J. S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Ehmann, M. & Ryan, N. D. (2008). Mother- Child Interactions in Depressed Children and Children at High Risk and Low Risk for Future Depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 574-582.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Doody, G. A., Götz, M., Johnstone, E. C., Frith, C. D. & Cunningham Owens, D. G., (1998). Theory of Mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28, 397-405.
- Dumas, J. E., Serketich, W. J. & LaFreniere, P. J. (1995). Balance of Power: A Transactional Analyses of Control in Mother- Child Dyads involving socially competent, aggressive and anxious children. *Journal of abnormal psychology*, 104, 104-113.
- Dykieriek, P., Schramm, E. & Berger, M. (2007). Bedeutung der Theory of Mind für die Psychotherapie der Depression. In H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, (S.269-278). Heidelberg: Springer.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996). Use and development of the Rutter Parents' and Teachers' Scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 6, 63-78.
- Essau, C.A. (2002). *Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Essau, C. A. (2004). The Association between Family Factors and Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 365-372.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263- 279.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (2008). Spezifische Phobien. In F. Petermann. *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, (S.327-342). Göttingen: Hogreve.
- Felder, W. & Herzka, H. S. (2001). *Kinderpsychopathologie*. Basel: Schwabe & Co. AG. Verlag.
- Feng, X., Shaw, D. S., Skuban, E. M. & Lane, T. (2007). Emotional Exchange in Mother-child dyads: Stability, Mutual Influence, and associations with maternal depression and child problem behaviour. *Journal of Family Psychology*, 21, 714-725.

- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Fröhlich- Gildhoff, K. & Hartung, J. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freud, S. (1996). *Gesammelte Werke*. Frankfurt: S. Fischer Verlag.
- Frith, C. & Corcoran, R. (1996). Exploring 'Theory of Mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 251-530.
- Godmann, R. (1997). Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 40 (11), 1337-1345.
- Groen, G. & Petermann, F. (2008). Depressive Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, (S.427- 444). Göttingen: Hogrefe.
- Grey, C. (2010). *The new social story book*. Arlington: Future Horizons.
- Hautzinger, M. & Petermann, F. (2003). Depression im Kindes- und Jugendalter- Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 127-132.
- Hofer, A. (2008). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Theory of Mind und ihre Bedeutung für psychiatrische Erkrankung. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 4, 121- 125.
- Hughes, C. & Ensor, R. (2006). Behavioral problems in two-years-olds: Links with individual differences in Theory of Mind, executive function and negative parenting. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47, 488-497.
- Hughes, C. & Ensor, R. (2007). Positive and protective: Effects of early Theory of Mind on problem behaviors in at- risk preschoolers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48, 1025-1032.
- Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K. & Kanba, S. (2004). Deficiency of Theory of Mind in patients with remitted mood disorder. *Journal of affective disorders*, 82, 403-409.
- Jacobs Center, (o. J.). *Manual zur Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel*. Zürich: (o.V.).
- Jacobs Center, (o.J.). *Manual zur Erfassung der Theory of Mind*. Zürich: (o.V.).

- Jansen, I., Krabbendam, L., Jolles, J. & Van Os, J. (2003). Alterations in Theory of Mind in patients with schizophrenia and non psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 110-117.
- Johnson, H., Inderbitzen- Nolan, H. M. & Schapman, A. M. (2005). A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth: A focus on perceived family environment. *Anxiety disorders*, 19, 423-442.
- Kern, J. (2007). *Die kindliche Theory of Mind*. Berlin: Verlag Dr. Müller.
- Kerns, L. L. & A. B. Lieberman. (1997). *Hilfen für depressive Kinder. Ein Ratgeber*. Bern: Huber.
- Kerr, N., Dunbar, R. I. & Bentall, R. P. (2003). Theory of Mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders*, 73, 253-259.
- Klicpera, Ch. & Gasteiger- Klicpera, B. G. (2006). *Emotionale und verhaltensbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kloo, D. & Perner, J. (2008). Training theory of mind and executive control: A tool for improving school achievement? *Mind, Brain and Education*, 2, 122- 127.
- Lalonde, Ch. E. & Chandler, M. J. (2002). Children's understanding of interpretation. *New ideas in psychology*, 20, 163-198.
- Lampert, T., Schenk, L., Stolzenberg, H. (2002). Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheiten im Kinder- und Jugendsurvey. *Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 48-52.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. & Sack, W.H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- Mackowiak, K. (2007). *Ängstlichkeit, Angstbewältigung und Fähigkeiten einer Theory of Mind im Vorschul- und Grundschulalter*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Gupta, M. D., Fradley, E. & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of Theory of Mind understanding. *Child Development*, 73, 1715-1726.
- Mellor, D. (2004). Furthering the Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability with Younger Child Respondents. *Psychological Assessment* 16, 396-401.
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

- Muris, P. Meesters, C. & van den Berg, S. (2003). Internalizing and Externalizing Problems as Correlates of Self-Reported Attachment Style and Perceived Parental Rearing in Normal Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 171–183.
- Pears, K. C. & Moses, L. J. (2003). Demographics, parenting, and theory of mind in preschool children. *Social Development*, 12, 1 – 20.
- Perner, J. & Wimmer, H. (1985). John thinks that Mary thinks that. Attribution of second order beliefs by 5- to 10 year old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39 (17), 437-471.
- Petermann, U. & Essau, C. A. (2008). Spezifische Phobien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, (S. 327- 342).
- Petermann, U. & Suhr- Dachs, L. (2008). Soziale Phobie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, (S. 360- 375).
- Peterson, C., Slaughter, V. (2003). Opening windows into the mind: mothers' preferences for mental state explanations and children's Theory of Mind. *Cognitive Development*, 18, 399–429.
- Premark, D. & Woodruff, G. (1978). Does chimpanzee have a Theory of Mind? *Behavioral science* 1, 515-526.
- Ravens- Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Rentrop, M. (2007). Theory of Mind und Borderline- Persönlichkeitsstörung. In H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, (S. 255-264). Heidelberg: Springer.
- Remschmidt, H. (2008). Kinder und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme.
- Resch, F. (1999). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz.
- Rommel, A., Weilandt, C., Eckert, J. (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung, Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
- Rossmann, P. (2008). Depressive Störungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 291-301). Stuttgart: Thieme.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). Transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 937-957.

- Rubin, K.H., Burgess, K. B. & Coplan, R. J. (2002). Social withdrawal and shyness. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds). *Blackwell Handbook of childhood social development*, (pp. 329-352). Oxford: Blackwell publishing company.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J. & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review in Psychology*, 60, 141-171.
- Ruffman, T., Perner, J. & Parkin, L. (1999). How parenting style affects false belief understanding. *Social development*, 8, 395-411.
- Sarimski, K. (2008). Frühförderung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, (S. 661-675). Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Schenkel, L. S., Marlow-Connor, M., Moss, M., Sweeney, J. A. & Pavuluri, M. N. (2008). Theory of Mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 38, 791-800.
- Schneewind, K. (2002). Familienentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, (S. 105-127). Weinheim: Beltz.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Psychotherapeut*, 51. 99–106.
- Schirmer, B. (2006). *Elternleitfaden Autismus*. Stuttgart: Trias.
- Spangler, G. (1999). Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In W. Friedlmeier & M. Holodynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R. & Christopher, J. (1993). Cognitive, Behavioral and Family Factors in the Differentiation of Depressive and Anxiety Disorders During Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 878-886.
- Steinhausen, H. Ch. (2004). *Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Steinhausen, H. Ch. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Fischer.
- Steinhausen, H. Ch., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.

- Strauss, C. C. (1994). Overanxious disorder. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 187-206). New York: Plenum Press.
- Sullivan, K., Zaitchik, D. & Tager-Flusberg, H. (1994). Preschoolers can attribute second order beliefs. *Developmental Psychology*, 30, 395-402.
- Symons, D. K. & Clark, S. E. (2000). A longitudinal study of mother-child relationship and Theory of Mind in the preschool period. *Social Development*, 9, 3-23.
- Vinden, P.G. (2001). Parenting attitudes and children's understanding of mind: A comparison of Korean American and Anglo-American families. *Cognitive Development*, 16, 793-809.
- Waller, G., Süss, D. & Bircher, M. (2007). *Die Markenpersönlichkeit als psychologischer Faktor der Markenwirkung. Überprüfung des Markenpersönlichkeitsinventars nach MÄDER mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse. Forschungsbericht zur Projektphase Juni bis Dezember 2006.* [On-line]. Available: [http://www.hapzh.ch/download/Forschungsbericht\\_MPFM\\_2007.pdf](http://www.hapzh.ch/download/Forschungsbericht_MPFM_2007.pdf)
- Walper, S. (2002). Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod. In R. Oerter & L. Montada. *Entwicklungspsychologie*, (S. 818-832). Weinheim: Beltz.
- Wellman, H. M., Cross, D. & Watson, J. (2001). Meta analysis of theory- of- mind development: The truth about false belief. *Child Development*, 72. 655-684.
- Wimmer, H. & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Wolke, D., Rios, P. & Unzer, A. (1995): *Amicies. Erfassung der Mutter-Kind Interaktion mit der Zaubertafel.* Bayerische Entwicklungsstudie II.

**Internetadressen:**

www.COCON.unizh.ch (Stand am 04.01.2010)

## 8 Anhang

### 8.1 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abb. 1</b>	Zeitplan der COCON- Studie	39
<b>Abb. 2</b>	Forschungsdesign	43
<b>Abb. 3</b>	Auszug aus dem Elternfragebogen der COCON- Studie	45
<b>Abb. 4</b>	Die Zaubertafel	46
<b>Abb. 5</b>	Version A: Schiff und Hexe	50
<b>Abb. 6</b>	Version B: Elefant und Orange	50
<b>Abb. 7</b>	Mütterliche Feinfühligkeit und emotionale Symptome	57
<b>Abb. 8</b>	Interaktion Theory of Mind mal Feinfühligkeit	58
<b>Abb. 9</b>	Pfadanalyse	60
<b>Abb. 10</b>	Häufigkeitsverteilung der emotionalen Symptome	90
<b>Abb. 11</b>	Häufigkeitsverteilung der mütterlichen Feinfühligkeit	90
<b>Abb. 12</b>	Häufigkeitsverteilung der mütterlichen Kontrolle	91
<b>Abb. 13</b>	Häufigkeitsverteilung der kindlichen Theory of Mind	91
<b>Abb. 14</b>	QQ- Diagramm der Residuen für emotionale Symptome	92
<b>Abb. 15</b>	QQ- Diagramm der Residuen für Theory of Mind (GLM)	92
<b>Abb. 16</b>	Mütterliche Kontrolle und Theory of Mind	93
<b>Abb. 17</b>	QQ- Diagramm der Residuen für Theory of Mind (Pfadanalyse)	93
<b>Tab. 1</b>	SDQ: Items der Subskala emotionale Probleme	44
<b>Tab. 2</b>	Interrater- Reliabilität der Theory of Mind	52
<b>Tab. 3</b>	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen	55
<b>Tab. 4</b>	Korrelationen zwischen den Variablen	56
<b>Tab. 5</b>	Resultate der GLM Analyse; abhängige Variable e. S.	57
<b>Tab. 6</b>	Fehlende Fälle	84

## 8.2 Fehlende Fälle

**Tab. 6) Fehlende Fälle**

Variable	Gültige	Fehlende	Grund
Theory of Mind	139	7	6: Test wurde nicht durchgeführt, weil nur eine Sitzung möglich war 1: Sonstiger fehlender Wert
Mütterliche verbale Kontrolle (Zaubertafel)	127	19	4: Fremdsprache 15: Wollten nicht gefilmt werden
Mütterliche nonverbale Kontrolle (Zaubertafel)	131	15	15: Wollten nicht gefilmt werden
Mütterliche Feinfühligkeit (Zaubertafel)	128	18	3: Fremdsprache 15: Wollten nicht gefilmt werden
Emotionale Symptome (Elternfragebogen)	127	19	Fremdsprache, fehlender Rücklauf
Sozioökonomischer Status (CAPI)	139	7	Verweigert
Migrationshintergrund (CAPI)	139	7	Verweigert
Kinder: Alter, Geschlecht (CAPI)	143	3	Sitzung abgesagt, technische Probleme, ausgewandert
HBP: Alter, Geschlecht (CAPI)	139	7	Verweigert

HBP: Hauptbezugsperson; CAPI: Computergestütztes Interview

### 8.3 Erfassung der Mutter- Kind Beziehungsqualität

#### Allgemeine Bestimmungen

##### *Dauer*

Von der Stoppuhr im Video den Anfangszeitpunkt und den Endzeitpunkt ablesen.

Anfangszeitpunkt = Erster Kommentar der Mutter / des Kindes zum Spiel nach der Instruktion oder erste Bewegung des Knopfes nach der Instruktion.

Endzeitpunkt = Mutter und Kind signalisieren, dass Zeichnung fertig ist (beide müssen damit einverstanden sein) plus 15 Sekunden. Wenn das Kind noch weiterzeichnen will, aber die Mutter nicht, so wird weiter gestoppt, bis das Kind die Zeichnung beendet hat. Wichtig: Nach diesem Beenden der Zeichnung werden immer zusätzlich 15 Sekunden gestoppt, in denen weitere Bemerkungen der Mutter oder des Kindes zur Zeichnung kodiert werden. Der Endzeitpunkt liegt also nach diesen 15 Sekunden.

##### *Neuanfänge*

Mutter oder Kind entscheiden, dass ihnen das Ergebnis nicht gefällt, und schütteln die Zaubertafel, um nochmals zu beginnen. Diese Neuanfänge werden für Mutter und Kind separat gezählt (dabei ist ausschlaggebend, wer entscheidet, dass ein Neuanfang gemacht wird - unabhängig davon, wer nachher schüttelt). Wenn Mutter oder Kind nach dem Neuanfang etwas zeichnen und dann nochmals schütteln, gilt dies als erneuter (zweiter) Neuanfang.

##### *Knopfübernahme*

Es soll kodiert werden, wer wie oft den Knopf des anderen übernimmt (Mutter übernimmt Knopf des Kindes oder umgekehrt).

Eine Knopfübernahme liegt vor, wenn der Knopf des anderen berührt (oder im Spezialfall auf ihn hindeutet („Halt.“)) wird.

##### *Grenzfälle*

1. Manchmal berührt Mutter (oder Kind) den Knopf des anderen mehrmals kurz hintereinander. Dies wird nur als separate Knopfübernahmen kodiert, wenn der eigene Knopf in der Zwischenzeit wieder angefasst wurde (wenn nicht, werden diese mehrmaligen kurzen Übernahmen nur als eine Knopfübernahme kodiert).

2. Mutter fasst zur gleichen Zeit ihren Knopf und den des Kindes an, sie lässt den Knopf des Kindes dann los und fasst ihn wieder an = erneute Knopfübernahme (s. oben).

3. Wenn nach einem Neuanfang mit beiden Knöpfen zum Ausgangspunkt zurückgedreht wird = eine Knopfübernahme.

4. Wird der Knopf mit dem Finger berührt, aber nicht gedreht, so ist dies eine Knopfübernahme. Wenn jedoch z.B. die Mutter mit dem Finger auf den Knopf hindeutet bzw. den Knopf berührt und gleichzeitig sagt: „du bist dran!“ oder „komm dreh!“ oder so ähnlich, dann ist dies keine Knopfübernahme – sofern das Kind noch nicht dreht.

5. Wenn das Kind dreht, und die Mutter auf den Knopf hindeutet oder ihn berührt und sagt: „Halt!“, dann ist dies eine Knopfübernahme.

6. Hand auf Knopf des anderen ruhen lassen = Knopfübernahme (der andere kann nicht drehen).

7. Hand um den Knopf des anderen liegen lassen ohne Intention zu drehen (keine Drehbewegung, kein Abhalten des anderen – dieser hat noch freien Zugang zu seinem Knopf) = keine Knopfübernahme.

8. Wenn z.B. Kind die Tafel nimmt um zu schütteln und beide Knöpfe behält, aber nicht dreht. = Knopfübernahme

### **Mütterliche positive Lenkung (in Prozent)**

Positive Form der Kontrolle. Die Mutter leitet das Kind bei der Aufgabe an, bezieht es aber in die Aufgabenplanung mit ein. Das Kind kann mitentscheiden und wird nach seinen Vorschlägen gefragt. Die Mutter versucht gezielt, die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Aufgabe zu lenken.

*Typische Beispiele für positive Lenkung sind:*

- Fragen: „Was sollen wir jetzt machen?“ Das Kind wird nach seiner Meinung gefragt, bevor die Mutter etwas entscheidet bzw. fordert die Mutter das Kind auf, selber eine Entscheidung zu treffen. Die Mutter versucht also, mit dem Kind gemeinsam eine Lösung zu finden.

- Erklärungen: „Weißt du, wir müssen jetzt da hoch, damit wir dann das Dach machen können.“ Die Mutter begründet also eigene Entscheidungen dem Kind gegenüber. Sie will die Aufgabe nicht nur für sich machen, sondern fordert das Kind zum Mitdenken auf.

- Miteinbezug des Kindes in die Aufgabenplanung: „Siehst du, wir machen jetzt das so, damit wir dann das Dach machen können. Was meinst du?“

„Lueg“: Viele Mütter benutzen Ausdrücke wie „lueg“, „schau“, „siehst du“. Die Kodierung dieses Wortes hängt vom Satz ab, welcher folgt (Direktivität, positive Lenkung

oder anderes). Bsp. „Lueg, jetzt machen wir zuerst das Dach so, und dann machen wir das Fenster.“, = positive Lenkung

Berechnung:

1.) Alle nicht-direktiven Aussagen der Mutter auswählen, welche positive Lenkung beinhalten.

2.) Dauer dieser Aussagen abschätzen. Dies wird so gemacht, indem der Rater in einer dem Probanden gerechten Sprechweise die Aussagen nachspricht und dabei die Dauer, die für das Nachsprechen benötigt wird, misst.

3.) Dauer der positiven Lenkung berechnen:

Mütterliche Vokalisationshäufigkeit (Zeit) minus positive Lenkung (Zeit)

4.) Prozentuale positive Lenkung berechnen:

Resultat 3) geteilt an Vokalisationshäufigkeit (gestoppte Zeit)

Die Bewertung bezieht sich also auf den relativen Anteil der positiven Lenkung am gesamten Sprechen der Mutter während der Aufgabe.

- 1= **Sehr hohe positive Lenkung:** Mutter benutzt sehr oft positive Lenkung, d.h. 50% der Zeit oder mehr.
- 2= **Hohe positive Lenkung:** Mutter setzt bis 50% der Zeit (20-49%) positive Lenkung ein.
- 3= **Mittlere positive Lenkung:** Mutter benutzt 10-20% der Zeit positive Lenkung.
- 4= **Geringe positive Lenkung:** Mutter setzt unter 10% der Zeit positive Lenkung ein.
- 5= **Keine positive Lenkung:** Mutter benutzt nie positive Lenkung.

*Unterscheidung von Direktivität (verbaler Kontrolle) und positiver Lenkung*

Fragen („Wohin möchtest du jetzt gehen?“) werden nie als direktiv gewertet, sondern gehören zur positiven Lenkung. In manchen Fällen gibt die Mutter aber selbst auf eine Frage Antwort („Sollen wir raufgehen? Wir gehen nach oben.“), wobei diese Antwort wieder als direktiv gewertet wird.

Erklärungen über den Spielverlauf („Weißt du, wir müssen nach oben, weil/damit und dann etc.“) sind ebenfalls keine direktiven Aussagen, sondern positive Lenkung, da die Mutter das Kind in die Planung der Aufgabe einbezieht.

„Lueg“: Viele Mütter benutzen Ausdrücke wie „lueg“, „schau“, „siehst du“. Die Kodierung dieses Wortes hängt vom Satz ab, welcher folgt (Direktivität, positive Lenkung oder anderes). Bsp. „Lueg, jetzt musst du rauf.“, = direktiv

- Die Bewertung bezieht sich auf den relativen Anteil des gesamten Sprechens der Mutter während der Aufgabe (wenn die Mutter also nur zweimal etwas sagt, dies aber direktiv ist, wird sie mit einer 1 bewertet).
- Es soll nur Verhalten (und nicht Intentionen) beurteilt werden.

### **Mütterliches Lob (Anzahl)**

Die Mutter lobt das Kind für dessen Verhalten („super!“).

„Gut“ im Sinne von „stopp!“, oder „halt!“ stellt kein Lob dar. Wenn es die Mutter aber betont sagt g-u-ä-t, dann ist es ein Lob.

- 1= Sehr oft: Mutter lobt das Kind sehr häufig (mehr als 6mal).
- 2= Die Mutter lobt das Kind oft (5-6mal).
- 3= Mittel: Die Mutter lobt das Kind hin und wieder (3-4mal).
- 4= Die Mutter lobt das Kind selten (1-2mal).
- 5= Nie: Die Mutter lobt das Kind nie.

## 8.4 Erfassung der kindlichen Theory of Mind

### Wichtige Hinweise

#### *Fehler*

Alles, was das Kind in seiner Beschreibung des Bildes oder die Versuchsleiterin in ihrer Beschreibung des Bildes (Elefant und Orange, Hexe und Schiff) verwendet haben, bzw. Elemente davon (wie z.B. der Hut der Hexe).

#### *Bewertung von Synonymen*

1. Antwort (Ziggy): „Zacken“

2. Antwort (Iggy): „Spitzen“

→ Wenn Kind zwei verschiedene Antworten gibt, welche jedoch Synonyme sind, werden diese trotzdem als verschieden gewertet (und die Antwort daher als interpretativ).

Aber: Alle Synonyme, welche sich auf Elemente des Bildes beziehen (Hut → Kappe, Hütli, Mütze bzw. Orange → Mandarinli) gelten als Fehler.

Die Antworten „Orangensaft“ und „Wasser“ müssen aus dem Kontext heraus interpretiert werden. Apfel o.ä. gilt nicht als Synonym von Orange.

#### *Unterschiedlichkeit der Aussagen*

Ziggy: „Ein Berg“

Iggy: „Ein schräger Berg“

→ Diese werden als zwei unterschiedliche Antworten (und daher als interpretativ) gewertet.

- „Nichts“

Wenn das Kind sagt, Iggy oder Ziggy sähen nichts, wird dies als „weiss nicht“ gewertet.

#### *Reality Error und Contamination Error*

Reality Error: „Elefant und Orange“ oder „Hexe und Schiff“ oder das was das Kind gesehen hat (z.B. „Elefant und Wasser“). Dies gilt auch, wenn das Kind Synonyme verwendet.

Contamination Error: „Rüssel und Orange“, „Elefant“, „Orange“

Achtung: Wenn Kind sagt, es sehe ein Schiff auf dem Bild (dann sagt VL: Schiff und Hexe) und dann sagt es, Ziggy sehe ein Schiff. → trotzdem Contamination Error (nicht Reality)

Wenn Kind beim 2. Bild sagt: „Elefant und Orange“, nachdem ihm bereits das 1. Bild dargeboten wurde, gilt dies nicht als Fehler.

## 8.5 Häufigkeitsverteilung der unabhängigen Variablen

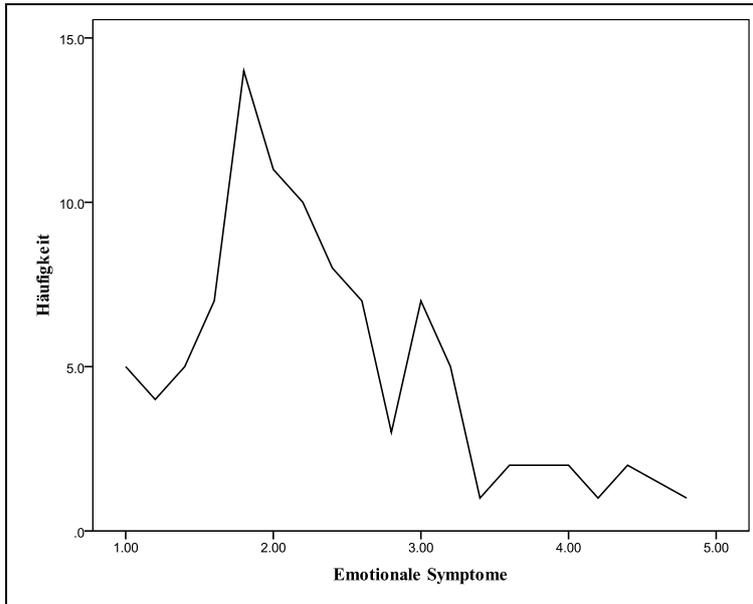


Abb. 10) Häufigkeitsverteilung der emotionalen Symptome

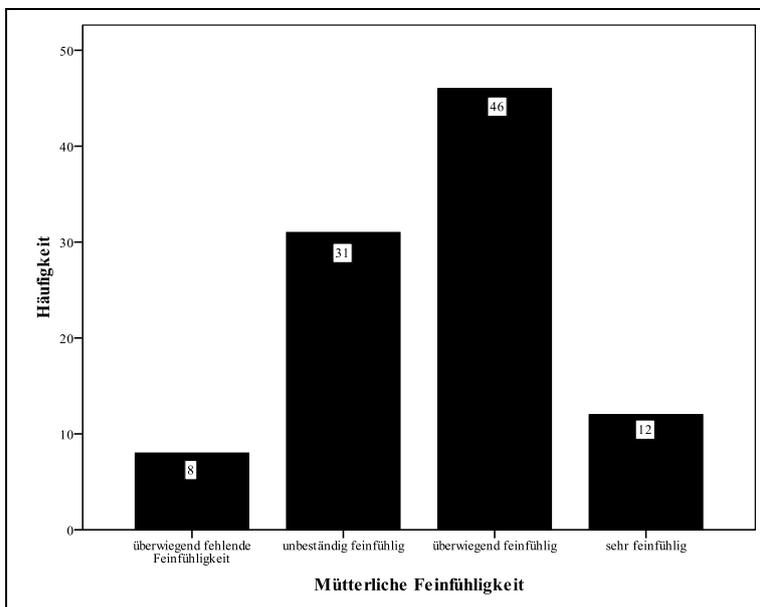


Abb. 11) Häufigkeitsverteilung der mütterlichen Feinfühligkeit

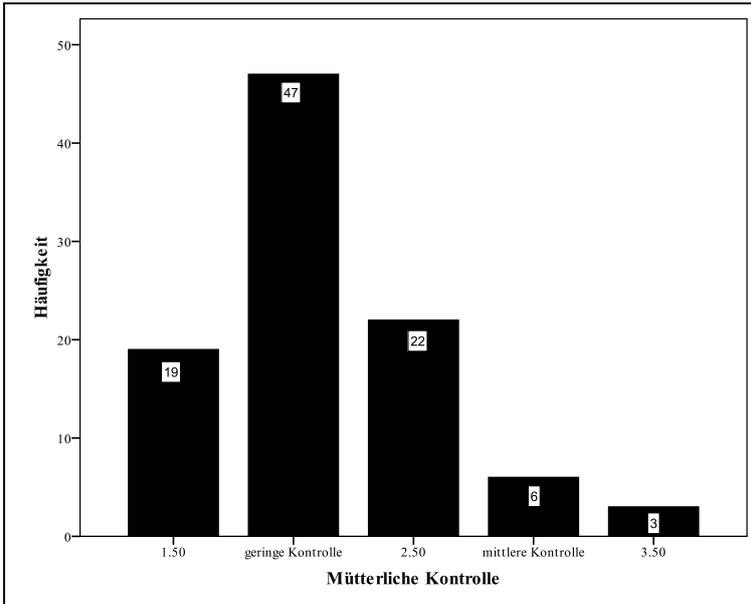


Abb. 12) Häufigkeitsverteilung der mütterlichen Kontrolle

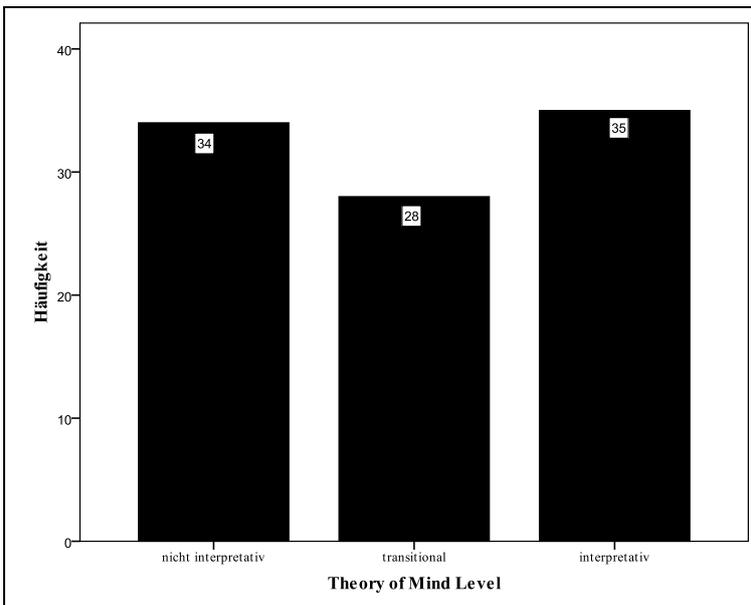


Abb.13) Häufigkeitsverteilung der kindlichen Theory of Mind

## 8.6 Prüfung auf Normalverteilung für das GLM (emotionale Symptome)

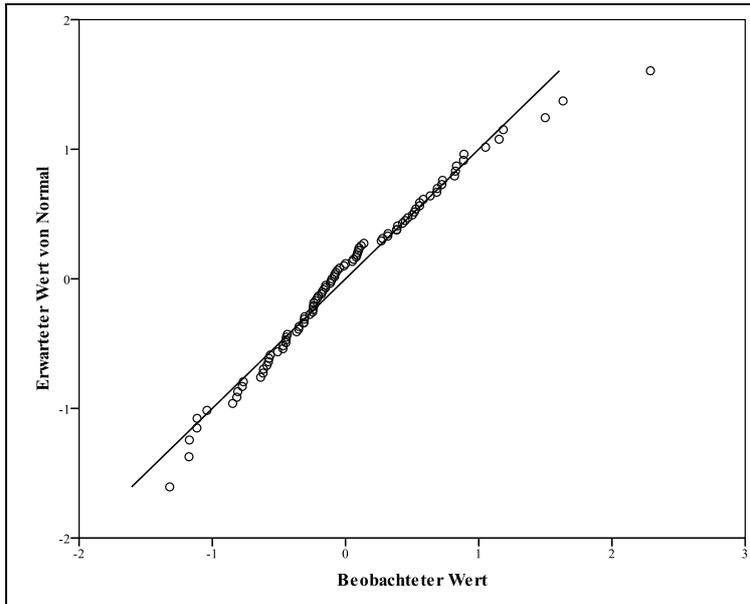


Abb. 14) QQ- Diagramm der Residuen für emotionale Symptome

## 8.7 Prüfung auf Normalverteilung für das GLM (Theory of Mind)

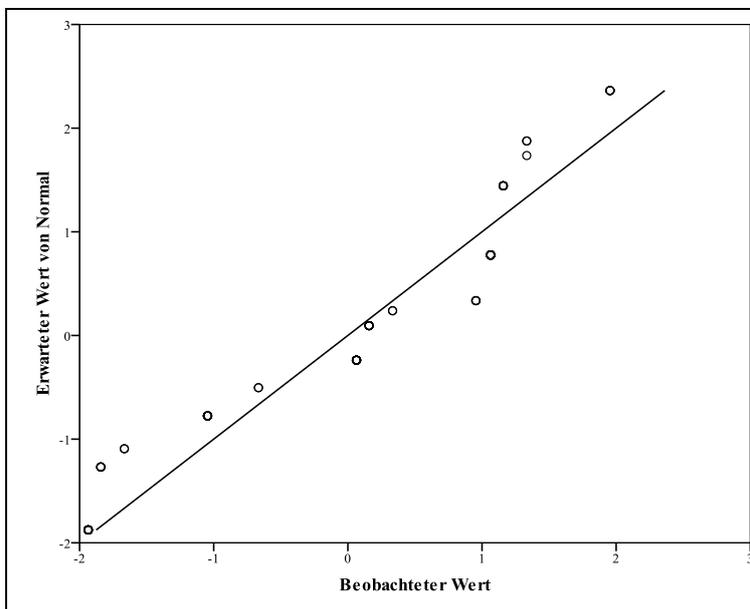


Abb. 15) QQ- Diagramm der Residuen für Theory of Mind (GLM)

## 8.8 Mütterliche Kontrolle und Theory of Mind

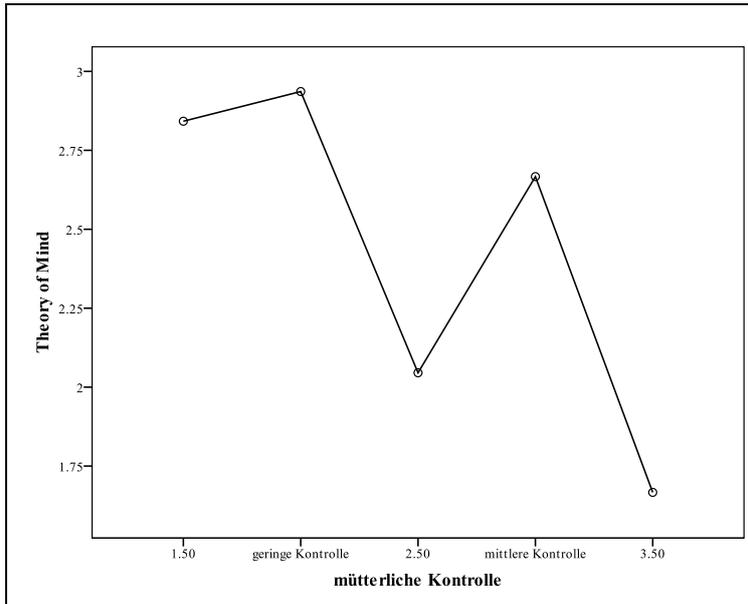


Abb. 16) Mütterliche Kontrolle und Theory of Mind

## 8.9 Prüfung auf Normalverteilung für die Pfadanalyse (Theory of Mind)

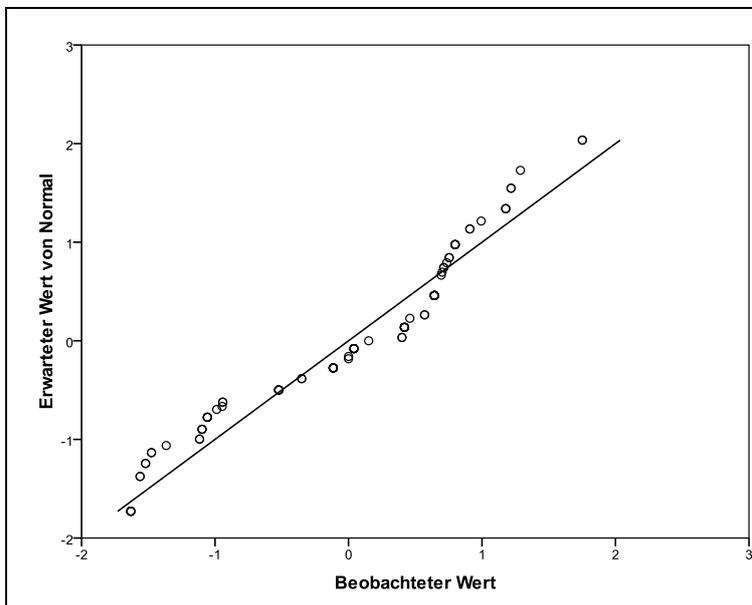


Abb. 17) QQ- Diagramm der Residuen für Theory of Mind (Pfadanalyse)

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: