



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Elterliches Selbstvertrauen und Emotionsregulation als
Mediatoren im Zusammenhang zwischen psychischer
Belastung der Eltern und frühkindlichen
Regulationsproblemen“

verfasst von / submitted by

Sarah Schuh, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretischer Hintergrund	6
2.1	Frühkindliche Regulationsprobleme	6
2.1.1	Definition und Klassifikation von exzessivem Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen.....	7
2.1.2	Symptomtrias: Probleme der frühkindlichen Verhaltensregulation, dysfunktionale Interaktionsmuster und Überforderungssyndrom seitens der primären Bezugspersonen.....	9
2.2	Psychische Belastung der Eltern	11
2.2.1	Die prä-, peri- und postnatale Periode als Risikofaktoren für die psychische Belastung der Eltern	11
2.2.2	Auswirkungen der psychischen Belastung der Eltern auf die Psychopathologie des Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion	12
2.2.3	Der Zusammenhang von psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen.....	13
2.2.4	Mögliche Wirkmechanismen zwischen psychischer Belastung der Eltern und der Psychopathologie des Kindes.....	14
2.3	Elterliches Selbstvertrauen	14
2.3.1	Definition	15
2.3.2	Der Zusammenhang von elterlichem Selbstvertrauen und elterlicher psychischer Belastung	15
2.3.3	Elterliches Selbstvertrauen in Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsfähigkeiten.....	16
2.4	Elterliche Emotionsregulation.....	17
2.4.1	Strategien der Emotionsregulation	17
2.4.2	Der Zusammenhang von elterlicher Emotionsregulation und elterlicher psychischer Belastung	19
2.4.3	Elterliche Emotionsregulation in Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsfähigkeiten.....	20
3	Zielsetzung der Studie.....	21

4	Fragestellungen und Hypothesen.....	23
5	Methodik	26
5.1	Studiendesign	26
5.2	Stichprobe.....	26
5.2.1	Rekrutierung.....	27
5.2.2	Beschreibung der Stichprobe	28
5.3	Erhebungsinstrumente.....	28
5.3.1	Depression-Angst-Stress-Skala (DASS-21).....	28
5.3.2	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)	29
5.3.3	Lips Maternal Self Confidence Scala (LMSCS)	29
5.3.4	Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)	30
5.4	Statistische Auswertung	31
6	Ergebnisse	33
6.1	Deskriptive Statistik	34
6.2	Psychische Belastung der Eltern und frühkindliche Regulationsprobleme	35
6.3	Mediationsanalysen.....	36
6.3.1	Elterliches Selbstvertrauen als Mediator.....	37
6.3.2	Elterliche Emotionsregulation als Mediator.....	41
7	Diskussion	45
7.1	Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.....	45
7.1.1	Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen	45
7.1.2	Elterliches Selbstvertrauen	48
7.1.3	Elterliche Emotionsregulation.....	50
7.2	Limitationen	52
7.3	Konklusion und Implikationen für die Praxis	54
8	Literaturverzeichnis.....	55
9	Abbildungsverzeichnis	73

10	Tabellenverzeichnis	73
11	Anhang	74

1 Einleitung

Säuglinge, die frühkindliche Regulationsprobleme aufzeigen, insbesondere übermäßig viel schreien, oder Probleme beim Schlafen oder Füttern haben, können Eltern an ihre Grenzen bringen und sind in Folge ein häufiger Vorstellungsgrund in der pädiatrischen Allgemeinpraxis (Papoušek, 2004). Im Allgemeinen müssen Störungen oder Verhaltensprobleme im Säuglings- bzw. Kleinkindalter im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung gesehen werden. Die Bewältigung von frühkindlichen Regulationsproblemen hängt von der Balance zwischen der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings und der intuitiven elterlichen Kompetenzen zur Unterstützung der Regulationsfähigkeit des Säuglings ab (Papoušek, 2004). Die elterlichen Kompetenzen können durch elterliche psychische Belastungen eingeschränkt werden (Benz & Scholtes, 2015). Elterliche psychische Belastungen wurden in bisheriger Forschung mit einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktion (Reck, 2012) in Verbindung gebracht und als Risikofaktor für die Entstehung einer Psychopathologie seitens des Kindes (Goodman et al., 2011) angesehen. Dies legt nahe, wie wesentlich die Erforschung von der elterlichen psychischen Belastung als Risikofaktor für frühkindliche Regulationsprobleme ist und wie bedeutsam frühzeitige Interventionen und präventive Maßnahmen sind. Ziel der vorliegenden Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen zu analysieren und insbesondere zu untersuchen, inwiefern elterliches Selbstvertrauen und elterliche Emotionsregulation in diesen Zusammenhang hineinspielen. Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es, Implikationen für die Praxis abzuleiten, damit Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern besser unterstützt werden können. Zu Beginn der Arbeit erfolgt ein Überblick über den theoretischen Hintergrund. Das Störungsbild der frühkindlichen Regulationsstörungen wird zunächst erläutert. In Folge werden bisherige Forschungsarbeiten, die sich auf den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen beziehen, zusammengefasst. Danach wird auf zwei mögliche Mediatoren, die in diesen Zusammenhang hineinspielen könnten, eingegangen. Das elterliche Selbstvertrauen und die elterliche Emotionsregulation werden näher betrachtet und in Beziehung zur psychischen Belastung der Eltern und zu frühkindlichen Regulationsproblemen gesetzt. Die davon abgeleiteten zentralen Fragestellungen und Hypothesen werden im darauffolgenden Teil erläutert und nach der Darstellung des Studiendesigns und der Stichprobe statistisch überprüft. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert, Limitationen der Studie angeführt und Implikationen für die Praxis aufgezeigt.

2 Theoretischer Hintergrund

Die kindliche Entwicklung ist durch Meilensteine geprägt. Ein wichtiger Meilenstein in der frühen Kindheit ist die Regulationsfähigkeit des Säuglings. Eine erfolgreiche Entwicklung im ersten Lebensjahr hängt von der Fähigkeit des Säuglings ab, sein Verhalten und seinen physiologischen Zustand in Bezug auf unvorhersehbare Umweltanforderungen zu regulieren (Dale et al., 2011). Regulatorische Fähigkeiten entstehen bei den meisten Säuglingen bereits innerhalb der ersten Lebensmonate, dies beinhaltet die Selbstregulation von Körperfunktionen (Schlaf, Nahrung und Ausscheidungen), Emotionen, Handlungsimpulsen (Aktivierung von erwünschtem Verhalten und Hemmung von unerwünschtem Verhalten) und der Aufmerksamkeitskontrolle (Fokussierung, Lenkung und Aufrechterhaltung) (Pauen et al., 2014).

2.1 Frühkindliche Regulationsprobleme

Säuglinge können in ihren regulatorischen Fähigkeiten Probleme aufzeigen und frühkindliche Regulationsstörungen entwickeln. Bei einer frühkindlichen Regulationsstörung ist es dem Säugling nicht möglich, sein Verhalten in regulativen Kontexten, wie beispielsweise in Interaktionen, zu regulieren (Hofacker et al., 2007). Die Probleme äußern sich in Symptomen, welche für Alter und Entwicklung des Säuglings charakteristisch sind. Im ersten Lebensjahr zeigt sich dies vor allem durch exzessives Schreien sowie Schlaf- und Fütterschwierigkeiten bei Trennungen, in der Eltern-Kind-Interaktion und im Spiel (Groß et al., 2013). Zudem können persistierende Unruhe, Dysphorie und Spielunlust, oppositionelles und aggressives Verhalten, exzessives Klammern, exzessives Trotzen, soziale Ängstlichkeit und persistierende Trennungsängste Regulationsschwierigkeiten darstellen (Benz & Scholtes, 2015). Die Häufigkeit von frühkindlichen Regulationsproblemen in den ersten 3 Lebensjahren wird auf etwa 20% geschätzt (Hemmi et al., 2011), wobei diese in den meisten Fällen vorübergehend sind (Schmid et al., 2010). Diese können aber auch mit Dysregulationsproblemen bis in die Kindheit (Winsper & Wolke, 2014) und nachfolgenden kognitiven Verhaltens- und Aufmerksamkeitsproblemen (Hemmi et al., 2011) assoziiert sein, insbesondere wenn Regulationsprobleme über das Alter von 3–4 Monaten hinaus andauern (Schmid et al., 2010). Darüber hinaus erhöhen multiple Regulationsprobleme, d.h. zwei oder drei verschiedene Regulationsprobleme gleichzeitig, die Wahrscheinlichkeit späterer Verhaltensprobleme (Hemmi et al., 2011).

2.1.1 Definition und Klassifikation von exzessivem Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen

Was die Regulationsprobleme im Säuglingsalter betrifft, treten exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen am häufigsten auf (Cierpka, 2015). Der Fokus dieser Studie liegt auf den besagten Regulationsproblemen, weshalb diese im Folgenden näher beschrieben werden. Die Prävalenzrate von exzessivem Schreien in den ersten 3 Monaten liegt zwischen 5 und 19% (Wurmser, 2009). Anhaltendes Weinen über den dritten Monat hinaus wurde in 5.8% der Fälle und über den sechsten Monat hinaus in 2.5% der Fälle berichtet (von Kries et al., 2006). Um den dritten Monat herum verbessern sich die Selbstregulationsfähigkeiten der meisten Säuglinge in einem Entwicklungsschub. Im Laufe der frühen Kindheit kann sich exzessives Schreien zu anderen Symptomen wie Schlafstörungen entwickeln (Wurmser et al., 2004). Die Prävalenzrate von frühen Schlafstörungen in den ersten 2 Lebensjahren liegt zwischen 10 und 30% (Wurmser, 2009). Auch Fütterungsprobleme sind vorübergehende Störungen, die auftreten können. Die Prävalenzrate von leichten bis mittelschweren Fütterungsstörungen in den ersten 2 Lebensjahren wird auf 15–25% und von schweren Störungen auf 3–10% geschätzt (Cierpka, 2016). Frühkindliche Regulationsstörungen treten häufig komorbid auf. In einer Studie von Wurmser & Papoušek (2010) trat in einer klinischen Stichprobe exzessives Schreien lediglich bei 1.9% der Säuglinge isoliert auf. Eine komorbide Schlafstörung wurde bei 96% der Säuglinge unter 3 Monaten und bei 91% der Säuglinge über 3 Monaten diagnostiziert. Schlafstörungen traten lediglich bei 28% und Fütterstörungen bei 8% isoliert auf.

Bezüglich der Klassifikation der frühkindlichen Regulationsstörungen fehlt es an einheitlichen Diagnose-Kriterien. In den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling et al., 2016) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) werden frühkindliche Regulationsstörungen nicht angemessen repräsentiert. Lediglich die Fütterstörung wird nach ICD-10 als F98.2 sowie im DSM-5 als eigenständige Diagnose angeführt. Oftmals wird daher auf die Diagnose einer Anpassungsstörung zurückgegriffen (Papoušek, 2004). Ein Hauptkritikpunkt in Bezug auf die Anwendung der gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 ist der Ausschluss des elterlichen Verhaltens. Das in den Klassifikationssystemen vertretene Grundprinzip der Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen auf die frühe Kindheit zu adaptieren, ist problematisch (Grüters et al., 2007). Die kategorialen Diagnosen sind insbesondere im Kleinkindalter nicht genügend empirisch gesichert. In der frühen Kindheit ist es wichtig, mehrere Faktoren zu identifizieren, die für das Kleinkind ein

Entwicklungsrisiko und ein Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, darstellen (von Gonthard et al., 2015). Eine isolierte Betrachtung des Kindes scheint nicht ausreichend zu sein.

Im englischsprachigen Raum wird auf das Klassifikationssystem Zero-to-Three (2005) für die Diagnostik von Regulationsstörungen in der frühen Kindheit zurückgegriffen. Im Klassifikationssystem Zero-to-Three ist eine Einschätzung auf mehreren Ebenen möglich. Auf der ersten Achse wird die primäre klinische Störung des Kindes und auf der zweiten Achse die Eltern-Kind-Beziehung klassifiziert. Auf der dritten Achse werden medizinische Störungen nach ICD-10 bewertet. Auf der vierten Achse werden psychosoziale Belastungsfaktoren erhoben und auf der letzten Achse wird das emotionale und soziale Funktionsniveau beschrieben. Im deutschsprachigen Raum kann auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (von Gontard et al., 2015) zurückgegriffen werden, die 2007 verfasst und 2015 letztmals aktualisiert wurden. Nach dem deutschsprachigen Konzept wird die Symptomatik des Kindes, die Regulationsschwierigkeiten betreffend, deskriptiv erfasst, wobei davon ausgegangen wird, dass einzelne ätiologische Faktoren einen Teil eines multifaktoriellen Störungskonzeptes darstellen. Die Symptomatik des Kindes ist regelhaft mit einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktion assoziiert. In den Leitlinien machen die Autor:innen demnach auf den Einfluss der Eltern aufmerksam und schlagen eine zusätzliche Erhebung der Psychopathologie der Eltern und der psychosozialen Belastungen vor. Die Diagnose-Kriterien beziehen sich unter anderem auf Klassifikationssysteme wie Zero-to-Three (2005) und RDC-PA (2002). Die Research Diagnostic Criteria - Preschool Age (RDC-PA) beinhalten Modifikationsvorschläge der DSM-IV-Kriterien für Kinder im Alter von 0–5 Jahren.

Persistierendes exzessives Schreien soll nicht vor dem Alter von 3 Monaten diagnostiziert werden. Exzessives Schreien wird häufig anhand der „Dreierregel“ nach Wessel klassifiziert. Diese besagt eine durchschnittliche Schreidauer von mehr als 3 Stunden am Tag an mindestens 3 Tagen in der Woche über mindestens 3 Wochen hinweg (Wessel et al., 1954). Schlafstörungen sind Auffälligkeiten, die sich in den meisten Nächten zeigen und sollen nicht vor einem Alter von 12 Monaten diagnostiziert werden. Bei Säuglingen im ersten Lebensjahr sollten stattdessen Schwierigkeiten der Schlaf-Wachregulation erhoben werden. Es soll zwischen Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden werden (von Gontard et al., 2015). Nach der RDC-PA (2002) kann die Problematik unterschiedlich schwer ausgeprägt sein. Eine leichte Symptomatik tritt einmal pro Woche auf. Eine Auffälligkeit ist gekennzeichnet durch

ein Auftreten von zwei bis vier Mal pro Woche für mehr als ein Monat. Eine Störung ist gekennzeichnet durch ein Auftreten von fünf bis sieben Mal pro Woche über mehr als ein Monat. Was die Fütterstörungen betrifft, soll zwischen Ess- und Fütterschwierigkeiten unterschieden werden. Bei Fütterstörungen erfolgt die Nahrungsaufnahme in einer dyadischen Beziehung, wohingegen bei Essstörungen das Essen unabhängig von der Bezugsperson betrachtet wird. Es werden insgesamt sechs Subtypen von Fütterstörungen nach Zero-to-Three (2005) unterschieden: Regulationsfütterstörung, Fütterstörung der reziproken Interaktion, Frühkindliche Anorexie, Sensorische Nahrungsverweigerung, Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen und Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (Posttraumatische Fütterstörung). Eine Regulations-Fütterstörung liegt vor, wenn die Fütterschwierigkeiten in den ersten Lebensmonaten beginnen und mindestens zwei Wochen lang anhalten. Das Kind zeigt Schwierigkeiten, während des Fütterns einen ausgeglichenen Zustand aufrechtzuerhalten und ist dabei häufig schläfrig oder gestresst. Das Kind nimmt nicht altersentsprechend zu oder verliert an Gewicht. Die Fütterschwierigkeiten lassen sich nicht durch eine körperliche Erkrankung erklären (Chatoor, 2009).

2.1.2 Symptomtrias: Probleme der frühkindlichen Verhaltensregulation, dysfunktionale Interaktionsmuster und Überforderungssyndrom seitens der primären Bezugspersonen

Frühkindliche Regulationsstörungen gehen über die Bewältigung von gängigen Entwicklungskrisen hinaus, indem sie mit einer Vielzahl an Belastungen zusammenhängen. Dadurch können Schwierigkeiten in der kindlichen Selbstregulation sowie in der Eltern-Kind-Interaktion entstehen (Cierpka et al., 2002). Die elterliche Selbstregulation hängt mit der kindlichen Selbstregulation zusammen (Bridgett et al., 2015). Im Mittelpunkt der Diagnose, Beratung und Therapie stehen daher die Symptomtrias aus Problemen der frühkindlichen Verhaltensregulation, dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind in relevanten Situationen und einem Überforderungssyndrom seitens der primären Bezugspersonen (Hofacker et al., 2007; Papoušek, 2004).

Was die Probleme der frühkindlichen Verhaltensregulation betrifft, werden selbstregulatorische Fähigkeiten des Kindes durch natürliche Reorganisations- und Reifungsprozesse und das Temperament des Kindes beeinflusst (Papoušek, 2004). Merkmale des Kindes wie erhöhte Erregbarkeit, hohes Aktivitätsniveau, negative Emotionalität,

mangelnde Anpassungsfähigkeit und eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstberuhigung stehen dabei in Zusammenhang mit Regulationsproblemen (Papoušek et al., 2009). Es ist die Aufgabe der Eltern einzuschätzen, ob selbstregulatorische Fähigkeiten des Kindes ausreichend vorhanden sind oder ob es durch Koregulation unterstützt werden muss (Benz & Scholtes, 2015). Das Kind benötigt eine feinfühlig und intuitive Unterstützung der Eltern, um Erregungszustände erfolgreich regulieren zu können (Kullik & Petermann, 2012). Eltern verfügen über intuitive Kompetenzen, welche Verhaltensdispositionen darstellen, die es ermöglichen, ihr Verhalten an die Bedürfnisse, Befindlichkeiten, Interessen und Interaktionsbereitschaften des Säuglings anzupassen (Papoušek, 2004). In diesem Kontext wurde auch die mütterliche Feinfühligkeit als Fähigkeit, die Signale des Säuglings wahrzunehmen und richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen zu reagieren, zu einem wichtigen Konzept der Bindungsforschung (Ainsworth, 1974). Ein großer Teil der Forschung hat sich daher auf die Identifizierung von Umweltfaktoren, wie die elterliche Erziehung, konzentriert, die Kindern helfen können, ihre Selbstregulierungsfähigkeiten zu verbessern. Mütterliche Feinfühligkeit ermöglicht eine dyadische Koregulation des Verhaltens (Jaekel et al., 2012), wird mit einer positiven Entwicklung in Verbindung gebracht und kann Kinder vor Dysregulation schützen (Breeman et al., 2018). Zu den elterlichen intuitiven Kompetenzen gehören unter anderem die Anwendung der sogenannten Ammensprache, die sich durch eine überdeutliche Darstellung der Botschaft an den Säugling auszeichnet, sowie das Schaffen eines idealen Blickabstandes von 25 cm zwischen Säugling und Elternteil (Scholtes et al., 2012). Die Eltern reagieren auf die Signale des Säuglings und kompensieren dadurch, was dieser noch nicht alleine bewältigen kann (Papoušek, 2004).

Diese intuitiven elterlichen Kompetenzen können allerdings durch physische, psychische und soziale Einflüsse beeinträchtigt werden. Als Risikofaktoren werden elterliche Belastungen wie Verlust- und Gewalterfahrungen, Depression, Substanzmissbrauch, soziale Isolation, Partnerschaftskonflikte, Fehlgeburt, problematischer Schwangerschaftsverlauf sowie pränataler Stress und Ängste beschrieben (Benz & Scholtes, 2015). Die Interaktions- bzw. Regulationsprozesse, die zwischen Eltern und Kind ablaufen, sind sowohl durch die jeweiligen Individuen als auch durch ihre wechselseitige Bezogenheit beeinflusst. Die Eltern-Kind-Interaktion kann je nach Ausprägung der kindlichen und elterlichen Merkmale positiv oder negativ verlaufen. Bei einer gut abgestimmten Interaktion gelingt die Koregulation. Die Eltern reagieren auf die Signale des Kindes und unterstützen es in Bezug auf seine selbstregulativen Fähigkeiten, wodurch wiederum das Selbstvertrauen in die elterlichen intuitiven Kompetenzen gestärkt wird. Bei dysfunktionalen Interaktionsmustern werden die Bedürfnisse des Kindes

fehlinterpretiert und das Kind sendet negative Feedbacksignale, worunter das elterliche Selbstvertrauen leidet. Folglich kann eine negative Interaktionsspirale entstehen. Anhaltende frühkindliche Regulationsprobleme und die wiederholte Erfahrung von Hilflosigkeit und Misserfolg im Umgang mit dem Kind erhöhen ebenso die elterlichen psychischen Belastungen (Papoušek, 2004).

2.2 Psychische Belastung der Eltern

Insbesondere die psychische Belastung der Eltern und die davon beeinflusste Eltern-Kind-Interaktion wirkt sich negativ auf die Entwicklung des Kindes aus (Murray & Cooper, 1997). Im Folgenden wird näher auf die psychische Belastung der Eltern und ihren Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsproblemen eingegangen.

2.2.1 Die prä-, peri- und postnatale Periode als Risikofaktoren für die psychische Belastung der Eltern

Die perinatale Periode scheint die Anfälligkeit einer Frau für psychische Störungen aufgrund von erhöhtem physischen und psychischen Stress sowie hormonellen Veränderungen zu erhöhen (Goodman et al., 2014). Am häufigsten werden Depressionen und Angststörungen beobachtet, mit Prävalenzraten von etwa 18.4% prä- und 19.2% postnatal für Depressionen (Babb et al., 2015) und 25% prä- und 11.1% postnatal für Angst (Dubber et al., 2015). Die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Symptomatik ist nach der Geburt höher als während anderer Lebensabschnitte (Merkitch et al., 2017). Darüber hinaus werden depressive Symptome häufig von Angstsymptomen begleitet. Etwa 50% zeigen gleichzeitige Symptome und das Vorhandensein von Komorbidität kann als Marker für den Schweregrad angesehen werden (Masi et al., 2004). Nicht nur Mütter erleben den Übergang zur Elternschaft häufig als psychisch belastend, sondern auch Väter. In den ersten Lebensjahren eines Kindes, während der Bewältigung neuer Verantwortlichkeiten und wechselnder Rollen in intimen Partnerschaften, besteht für beide Elternteile ein erhöhtes Risiko für Schlafmangel, Stress und andere Probleme, die mit einem erhöhten Depressionsrisiko einhergehen (Singley & Edwards, 2015). Die Prävalenzrate für eine Depression nach der Geburt liegt bei Männern international bei 10% (Veskrna, 2010). Aufgrund des zu beobachtenden Wandels des gesellschaftlichen Rollenverständnisses innerhalb der Familie besteht die Aufgabe des Mannes häufig darin, abgesehen von der eher traditionelleren Rolle der finanziellen Absicherung der Familie, die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen sowie eine unterstützende Kraft für die Partnerin zu sein.

Die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben ist oft sehr fordernd und häufig entsteht eine Überforderung (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Der Vater kann einerseits eine wichtige Rolle spielen, indem er das Kind im Falle einer psychischen Störung seitens der Mutter vor den negativen Auswirkungen abschirmen kann. Andererseits können die negativen Auswirkungen bei zusätzlichem Vorliegen einer psychischen Störung seitens des Vaters verstärkt werden (Ramchandani et al., 2008).

2.2.2 Auswirkungen der psychischen Belastung der Eltern auf die Psychopathologie des Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion

Die Forschung zeigt, dass es nicht nur für die Eltern, sondern auch für das Kind und die Eltern-Kind-Interaktion negative Auswirkungen von psychischen Belastungen gibt. Die mütterliche Depression ist ein Risikofaktor für kognitive, neuropsychologische, emotionale und soziale Entwicklungs- und Verhaltensprobleme sowie für die allgemeine Psychopathologie des Kindes (Goodman et al., 2011). Dies kann sich insbesondere in einer Dysregulation im Schlaf- bzw. Wachverhalten des Kindes widerspiegeln (Tronick & Reck, 2009). Auch die psychische Belastung des Vaters hat eine Auswirkung auf die allgemeine Psychopathologie des Kindes, die Persönlichkeitsentwicklung (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016) und kognitive Entwicklung (Lieberz et al., 2011). Mütterliche postpartale Depressionen werden häufig mit dysfunktionalen Mutter-Kind-Interaktionen in Verbindung gebracht, welche die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes hemmen (Reck, 2012; Salis, 2016) und stehen auch mit unsicherem Bindungsverhalten in Zusammenhang (Riecher-Rössler, 2012). Die Depressivität der Väter wird ebenso mit einer dysfunktionalen Vater-Kind-Interaktion assoziiert, wobei der Vater als passiver Interaktionspartner, der wenig verfügbar ist, fungiert (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Fehlende oder negative Reaktionen des Vaters können zu einer kontaktmeidenden Vater-Kind-Bindung sowie zu Schwierigkeiten des Kindes, seine Emotionen zu regulieren und zu einer niedergeschlagenen Stimmung des Kindes führen (Moretti & Craig, 2013). Mütter mit postpartaler Depression weisen weniger Sensitivität und Reaktionsfähigkeit auf, zeigen weniger positiven und mehr negativen Affekt und verhalten sich häufig passiv oder aufdringlich gegenüber dem Kind (Beck, 1995; Beebe et al., 2007; Field, 2010; Flanagan et al., 2011). Die Fähigkeit, die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren wird dadurch eingeschränkt (Stanley et al., 2004). Ebenso wird eine mütterliche Angststörung mit einer geringeren Mutter-Kind-Bindung assoziiert (Müller et al., 2015; Tietz et al., 2014). Die Mutter-Kind-Interaktion ist häufig kürzer und durch ein erhöhtes Erregungsniveau sowie erhöhte Vokalisierung geprägt, woraus eine

Überstimulation des Kindes resultiert. Das Kind reagiert darauf häufig mit Blickabwendung und Passivität (Feldman, 2007). Durch die fehlende Sicherheit, die sich durch die dysfunktionale Interaktion ergibt, kann ein negativer Stress für das Kind entstehen, welcher sich auf die Regulationsfähigkeit auswirken kann. Das Kind ist vermehrt auf sich selbst gestellt und muss auf andere, möglicherweise uneffektive Strategien zurückgreifen (Kaitz & Maytal, 2005). In Anbetracht des dyadischen Charakters der Eltern-Kind-Interaktion im Kontext der frühen Regulationsprobleme können gestresste Eltern aufgrund von Schlafmangel, Unsicherheit über ihre Erziehung und Frustration mit dem Kind eine suboptimale Eltern-Kind-Beziehung entwickeln (Richter et al., 2019). Im Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Entwicklungsschwierigkeiten kann die Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Interaktion als wesentlicher Einflussfaktor betrachtet werden (Flykt et al., 2010).

2.2.3 Der Zusammenhang von psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen

Insbesondere die frühkindliche Regulationsfähigkeit wird durch die elterliche psychische Belastung beeinflusst. Hinsichtlich einer Kategorisierung der Eltern in psychisch unbelastet oder belastet, beobachteten 60% der psychisch belasteten Mütter und 83% der psychisch belasteten Väter Schwierigkeiten in der kindlichen Regulationsfähigkeit. Die Gruppe der psychisch nicht belasteten Eltern berichtete dies hingegen zu 20% weniger (Mara et al., 2010). Mütter von Kindern mit Regulationsstörungen unterschieden sich in Bezug auf ihre psychische Gesundheit signifikant von Müttern mit Kindern ohne Regulationsstörungen. Sie hatten höhere Depressionswerte und beschrieben eine höhere allgemeine Belastung (Postert et al., 2012). Maternale Depressionen stehen in Zusammenhang mit kindlichen Schlafstörungen (Armitage et al., 2009; Martini et al., 2017), exzessivem Schreien (Field et al., 2007; Radesky et al., 2013) sowie Fütterschwierigkeiten (Brummelte & Galea, 2016; Bryant-Waugh et al., 2010). Ebenso waren mütterliche Angst-Symptome (Richter & Reck, 2013) sowie psychosozialer Stress (Schmid et al., 2010) mit kindlichen Regulationsproblemen assoziiert. Trotz zahlreichen Studien sind die Ursachen und Wirkmechanismen von frühkindlichen Regulationsproblemen bislang nicht eindeutig identifizierbar (Petzoldt et al., 2016).

2.2.4 *Mögliche Wirkmechanismen zwischen psychischer Belastung der Eltern und der Psychopathologie des Kindes*

In dieser Arbeit werden mögliche Wirkmechanismen zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen diskutiert. Das Modell der Wechselwirkung zwischen biologischer Anfälligkeit und Umweltrisiko zeigt auf, dass die elterliche Psychopathologie eines der relevantesten Umweltrisiken für Kinder sein könnte (Burstein et al., 2010). Es werden auch integrative Modelle vorgeschlagen, die sich mit den Mechanismen der intergenerationalen Übertragung von Psychopathologie befassen (Goodman & Gotlib, 1999). Bei Vorliegen einer elterlichen Psychopathologie könnten die Gene eine biologische Anfälligkeit bilden und die Kinder für bestimmte Symptome prädisponieren, wobei auch Umweltrisiken, die sich aus elterlichen Fehlfunktionen ergeben, eine Schlüsselrolle spielen und die psychische Gesundheit der Kinder gefährden können (Rutter et al., 2006; Silberg et al., 2012). Studien haben begonnen, verschiedene elterliche Faktoren als Mediatoren zwischen elterlichen und kindlichen psychopathologischen Symptomen zu untersuchen (Elgar et al., 2007). Es ist wesentlich, mögliche Wirkmechanismen zu identifizieren, um Zusammenhänge besser verstehen und präventive Maßnahmen sowie Interventionen ableiten zu können. Präventive Maßnahmen dienen dazu, psychische Störungen bereits vor ihrer Entstehung zu verhindern, hingegen beziehen sich Interventionen auf Maßnahmen, die den Verlauf einer vorhandenen psychischen Störung verändern. In dieser Studie sollen das elterliche Selbstvertrauen und die elterliche Emotionsregulation als mögliche Mediatoren im Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen untersucht werden. Bei präventiven Maßnahmen und Interventionen könnte an diesen Mediatoren angesetzt werden. Im Folgenden werden diese beiden Konstrukte näher beschrieben.

2.3 Elterliches Selbstvertrauen

Die frühe Eltern-Kind-Beziehung spielt eine entscheidende Rolle für die Entwicklung eines Kindes (Lomanowska et al., 2015). Um Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung zu verstehen und zu erkennen, ist das elterliche Selbstvertrauen zu einem wichtigen Konzept geworden. Das Konzept des elterlichen Selbstvertrauens wird als ein spezieller Aspekt der Selbstwirksamkeitserwartung verstanden (Jones & Prinz, 2005). Der Begriff Selbstwirksamkeitserwartung wurde von Bandura (1997) geprägt und bezieht sich auf die

Überzeugung, auf bestimmte Anforderungen oder Herausforderungen aufgrund eigener Kompetenzen und Fähigkeiten entsprechend bewältigen zu können. In der Literatur werden die Begriffe elterliche Selbstwirksamkeit und elterliches Selbstvertrauen oftmals als Synonyme verwendet (Teti & Gelfand, 1991).

2.3.1 Definition

Das elterliche Selbstvertrauen wird definiert als das Vertrauen der Eltern in ihre eigenen Fähigkeiten, ihr Kind erfolgreich aufzuziehen, mit Aspekten der täglichen Elternschaft umgehen zu können und die Signale ihres Kindes richtig zu interpretieren (Zahr, 1991). Diese Fähigkeiten schaffen eine Umgebung, die die Entwicklung des Kindes positiv beeinflusst (Zietlow et al., 2014). Das elterliche Selbstvertrauen kann durch das Temperament sowie gesundheitliche Probleme des Säuglings beeinflusst werden (Salonen et al., 2009). Was die Geschlechtsunterschiede betrifft, so deuten Studien mit Eltern mit gesunden Säuglingen darauf hin, dass Mütter mehr Vertrauen in ihre elterlichen Fähigkeiten haben als Väter. Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass Mütter oft mehr Möglichkeiten haben, sich in der Säuglingspflege zu engagieren (Hudson & Elek, 2001). Im Sinne eines Feedback-Mechanismus unterstützt ein hohes mütterliches Selbstvertrauen Erfolgserlebnisse, was wiederum das mütterliche Selbstvertrauen aufrechterhält. Die Kehrseite ist, dass bei Müttern mit geringem mütterlichen Selbstvertrauen Probleme bei der Elternschaft erwartet und als Misserfolg interpretiert werden, was wiederum das mütterliche Selbstvertrauen schwächt (Jones & Prinz, 2005). Außerdem konnte in der Review-Studie gezeigt werden, dass sich ein niedriges Selbstvertrauen negativ auf die elterliche Kompetenz und die Eltern-Kind-Interaktion auswirkt (Jones & Prinz, 2005).

2.3.2 Der Zusammenhang von elterlichem Selbstvertrauen und elterlicher psychischer Belastung

Zahlreiche Studien zeigen, dass das mütterliche Selbstvertrauen mit der psychischen Gesundheit der Mütter zusammenhängt. Ein geschwächtes mütterliches Selbstvertrauen hängt mit mütterlicher Bindungsunsicherheit und aktuellen mütterlichen depressiven und Angst-Symptomen zusammen (Zietlow et al., 2014). Studienbefunde konnten zeigen, dass das Selbstvertrauen bei Müttern in den ersten Wochen nach der Geburt anstieg (Zietlow et al., 2014), mit Ausnahme von den Müttern, die an postpartalen depressiven Störungen litten (Logsdon et al., 2009). Der Zusammenhang zwischen postpartaler

Depression und mütterlichem Selbstvertrauen wird folgendermaßen beschrieben: Je stärker die postpartale Depression, desto niedriger ist das mütterliche Selbstvertrauen und je höher das Selbstvertrauen, desto geringer ist das Risiko einer postpartalen Depression (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Reck et al., 2012; Teti & Gelfand, 1991). Reck et al. (2012) untersuchten den Zusammenhang zwischen mütterlichem Selbstvertrauen und Depressionen sowie Angststörungen nach DSM-IV-Kriterien. Mütter mit einer psychischen Störung zeigten im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne psychische Störung ein signifikant niedrigeres Selbstvertrauen. Eine frühere Angststörung hatte die stärksten negativen Auswirkungen auf das mütterliche Selbstvertrauen, gefolgt von einer gegenwärtigen Angststörung, einer gegenwärtigen Depression und einer früheren Depression (Reck et al., 2012). Es ist denkbar, dass ängstliche Mütter dazu neigen, angstausslösende Situationen mit ihrem Kind zu vermeiden, was sie möglicherweise daran hindert, positive Erfahrungen zu machen, die ihr Selbstvertrauen stärken könnten (Jones & Prinz, 2005; Kunseler et al., 2016). Nicht nur psychische Störungsbilder stehen in Zusammenhang mit einem niedrigen Selbstvertrauen, sondern auch eine generelle negative Emotionalität der Mutter hat negative Auswirkungen auf das Kompetenzerleben der Mutter (Grady & Karraker, 2016). Das mütterliche Selbstvertrauen könnte somit eine Schlüsselrolle in der Mutter-Kind-Interaktion spielen. In der Studie von Teti und Gelfand (1991) war das mütterliche Selbstvertrauen signifikant positiv mit der mütterlichen Verhaltenskompetenz assoziiert. Das mütterliche Selbstvertrauen fungierte zudem als Mediator zwischen mütterlicher Kompetenz und Faktoren wie Depression, wahrgenommenen Schwierigkeiten des Kindes und sozialer Unterstützung. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass das elterliche Selbstvertrauen eine entscheidende Rolle bei der Bestimmung des Erziehungsverhaltens und des psychosozialen Risikos des Kindes spielen könnte.

2.3.3 Elterliches Selbstvertrauen in Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsfähigkeiten

Was den Zusammenhang zwischen mütterlichem Selbstvertrauen und Regulationsproblemen bei Säuglingen betrifft, konnte aufgezeigt werden, dass das elterliche Selbstvertrauen durch die Regulationsstörung des Kindes sowie die gestörte Eltern-Kind-Interaktion beeinträchtigt wurde (Ziegler et al., 2004). Mütter exzessiv schreiender Säuglinge fühlten sich im Vergleich zu Müttern, deren Säuglinge nicht exzessiv schreien, weniger kompetent in ihrer Elternrolle (Stifter & Bono, 1998). Eine Studie von Matthies et al. (2017)

deutet entweder auf einen unidirektionalen Trend hin, dass das mütterliche Selbstvertrauen durch frühe regulatorische Probleme beeinträchtigt wird, oder auf einen negativen Feedback-Prozess, bei dem sich die regulatorischen Probleme des Säuglings und das mütterliche Selbstvertrauen gegenseitig verschlechtern. Zudem war in dieser Studie mütterliche Ängstlichkeit stark mit frühkindlichen Regulationsproblemen assoziiert (Matthies et al., 2017). Dies könnte darauf hindeuten, dass erhöhte mütterliche Angstsymptome zu einem geringeren mütterlichen Selbstvertrauen führen, was frühe Regulationsprobleme bei Säuglingen begünstigt. Die drei Konstrukte wurden allerdings nicht miteinander in Beziehung gesetzt und der Fokus der Studie lag ausschließlich auf dem mütterlichen Selbstvertrauen. In der jetzigen Studie soll das Selbstvertrauen sowohl von Müttern als auch Vätern als Mediator zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen betrachtet werden. Es wird angenommen, dass die elterliche psychische Belastung zu einem niedrigen elterlichen Selbstvertrauen führt, was sich wiederum auf die kindliche Regulationsfähigkeit auswirkt.

2.4 Elterliche Emotionsregulation

Ein weiteres wesentliches Konstrukt im Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen könnte die elterliche Emotionsregulation sein. Emotionsregulation beschreibt das Vorgehen eines Individuums, seine Emotionen hinsichtlich Dauer, Intensität, Zeitpunkt und Ausdruck zu beeinflussen (Gross, 1998), um angemessen auf Umwelтанforderungen reagieren zu können (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Dieser Prozess kann sowohl bewusst als auch unbewusst ablaufen (Gross & Thompson, 2007).

2.4.1 Strategien der Emotionsregulation

Individuen setzen Emotionsregulationsstrategien ein, um das Ausmaß und die Art ihres emotionalen Zustandes oder des emotionsauslösenden Ereignisses zu steuern (Gross, 1998). Nach dem Prozessmodell von Gross (1998) lassen sich Emotionsregulationsstrategien hinsichtlich des zeitlichen Auftretens im Entstehungs- und Verarbeitungsprozess unterscheiden. Strategien können im Prozess früh einsetzen, wie beispielsweise das Aufsuchen oder Vermeiden einer bestimmten Situation, die aktive Veränderung einer Situation, das Lenken der Aufmerksamkeit auf positive oder neutrale Aspekte oder die kognitive Veränderung. Strategien, die spät einsetzen, verändern bereits vollständig generierte Emotionen

beispielsweise durch Unterdrückung oder Verstärkung. Individuen unterscheiden sich darin, welche Emotionsregulationsstrategien sie vorwiegend einsetzen (Gross & John, 2003; John & Gross, 2007). Der Einsatz verschiedener Strategien hat jeweils unterschiedliche Konsequenzen zur Folge (Gross & John, 2003). Aufgrund dieser unterschiedlichen Konsequenzen werden Strategien als adaptiv bzw. funktional und maladaptiv bzw. dysfunktional bezeichnet (Loch et al., 2011). Eine funktionale Emotionsregulation ist dadurch gekennzeichnet, dass Emotionsregulationsstrategien flexibel und situationsadäquat ausgewählt werden können, die beabsichtigte Veränderung des emotionalen Zustandes eintritt und eine langfristige Zielerreichung ermöglicht wird (Aldao, 2013; Bonanno & Burton, 2013). Demgegenüber steht eine dysfunktionale Emotionsregulation, bei der Strategien nicht flexibel an die Situation angepasst werden können (Bridges et al., 2004). Eine Emotionsdysregulation hat entweder eine kontinuierliche Verstärkung von negativen Gefühlen oder eine Abschwächung von positiven Gefühlen zur Folge (Marik & Stegemann, 2016).

In den wenigen Forschungsarbeiten, die sich auf die elterliche Emotionsregulation beziehen, wurden weitgehend die zwei verbreiteten elterlichen Emotionsregulationsstrategien Neubewertung und Unterdrückung erforscht (Edwards et al., 2017; Martini et al., 2017). Die Strategie Neubewertung stellt eine adaptive Emotionsregulationsstrategie dar, bei der bestimmte Situationen mental so überarbeitet werden, dass sich ihre emotionale Bedeutung verändert (Loch et al., 2011). Die Strategie Unterdrückung stellt eine maladaptive Emotionsregulationsstrategie dar, bei der der behaviorale Ausdruck emotionalen Erlebens unterdrückt bzw. vermieden wird (Gross & John, 2003). Die Strategie Unterdrückung wird von Eltern in der Interaktion mit ihren Kindern häufig eingesetzt (Le & Impett, 2016). Die Emotionen, die Eltern gegenüber ihrem Kind erleben, können von Freude und Stolz über die Entwicklung und das Wachstum ihres Kindes bis hin zu Frustration und Wut reichen, wenn ihr Kind sich nicht an ausgemachte Verhaltensregeln hält. In solchen Situationen können Eltern Emotionen erleben, die nicht mit den Emotionen übereinstimmen, die sie ihren Kindern gegenüber ausdrücken möchten, und versuchen, den Ausdruck ihrer Emotionen zu regulieren (Le & Impett, 2016). Die gewohnheitsmäßige Verwendung von Unterdrückung durch die Eltern wurde mit ihren abweisenden Reaktionen auf die negativen Emotionen der Kinder (Hughes & Gullone, 2010) und mit einer geringeren Reaktionsfähigkeit gegenüber ihren Kindern während der täglichen Interaktionen in Verbindung gebracht (Le & Impett, 2016).

2.4.2 *Der Zusammenhang von elterlicher Emotionsregulation und elterlicher psychischer Belastung*

Was den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Psychopathologie betrifft, wurden maladaptive Emotionsregulationsstrategien mit einer erhöhten depressiven und ängstlichen Symptomatik und adaptive Emotionsregulationsstrategien mit einer verminderten Symptomatik assoziiert (Aldao et al., 2010; D’Acremont & Van der Linden, 2007). Maternale ängstliche und depressive Symptome traten beim Einsatz der Strategie Neubewertung weniger auf, wohingegen die Symptome beim Einsatz der Strategie Unterdrückung verstärkt wurden (Edwards et al., 2017). Personen, die häufiger die Strategie Unterdrückung einsetzen, erleben vermehrt negative Gefühle und seltener positive Gefühle, wohingegen die Strategie Neubewertung mit dem Erleben weniger negativer Gefühle einhergeht (John & Gross, 2004). Insbesondere die Art des Umgangs mit negativen Ereignissen scheint einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben (Aldao et al., 2010). Es wird angenommen, dass Individuen, die ihre emotionalen Reaktionen auf alltägliche Ereignisse nicht effektiv steuern können, längere und schwerere Phasen von Distress erleben, woraus Depressionen oder Angststörungen resultieren können (Mennin et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Speziell Eltern mit psychopathologischen Symptomen haben möglicherweise größere Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren (Aldao et al., 2010). Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass elterliche Emotionsdysregulation mit psychopathologischen Symptomen bei Kindern in Zusammenhang stehen (Han & Shaffer, 2013). Zudem steht die Psychopathologie der Eltern in Zusammenhang mit psychischen Störungen seitens der Kinder sowie mit einem höheren Risiko einer Emotionsdysregulation (Suveg et al., 2011). Es wurden sowohl Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher maladaptiver Emotionsregulation (Buckholdt et al., 2014; Gunzenhauser et al., 2014) als auch adaptiver Emotionsregulation gefunden (Gunzenhauser et al., 2014). Psychisch erkrankte Eltern erleben häufig ein hohes Maß an negativen Emotionen (Jenkins & Oatley, 1998). Durch die psychische Belastung erfordert es große Anstrengungen, ihre eigenen psychischen Bedürfnisse zu befriedigen (Zahn-Waxler et al., 2002). Das Erleben von erhöhter Belastung sowie erschöpfte psychische und physische Ressourcen könnten dazu führen, dass ihr emotionales System nicht angemessen auf die Anforderungen der Umwelt reagieren kann (Muraven & Baumeister, 2000; Vohs & Heatherton, 2000) und in weiterer Folge eine dysfunktionale Emotionsregulation entstehen kann (Gratz & Roemer, 2004). Eltern stehen allerdings vor der Schwierigkeit, nicht nur ihre eigenen Gefühle zu regulieren, sondern auch ihrem Kind dabei zu helfen, seine Gefühle passend zu regulieren

(Rutherford et al., 2015). Eltern, die über adaptive Strategien zur Regulation von negativen Gefühlen verfügen, werden diese Herausforderung leichter bewältigen als diejenigen, die Probleme in der Bewältigung negativer Gefühle aufzeigen. Folglich könnte eine Emotionsdysregulation der Eltern dazu führen, dass ihr Kind einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, psychopathologische Symptome zu entwickeln, weil es einem risikobehafteten Umfeld ausgesetzt ist, wie beispielsweise dysregulierten affektiven Äußerungen der Eltern oder unwirksamen Erziehungsmethoden (Jenkins & Oatley, 1998; Keenan, 2000).

2.4.3 Elterliche Emotionsregulation in Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsfähigkeiten

Einige Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen maternaler Emotionsregulation und frühkindlichen Regulationsfähigkeiten hin. Auf der einen Seite kann das Risiko für frühkindliche Schlafstörungen beim Einsatz von Neubewertung verringert werden, auf der anderen Seite kann exzessives Schreien durch Unterdrückung ausgelöst werden (Martini et al., 2017). Ein geringer Einsatz von Neubewertung löste beim Kind Traurigkeit, Angst und Unbehagen aus (Edwards et al., 2017). Zusammenfassend gibt es Hinweise darauf, dass maladaptive Emotionsregulationsstrategien mit frühkindlichen Regulationsproblemen und adaptive Emotionsregulationsstrategien hingegen mit Regulationsfähigkeiten in Zusammenhang stehen können (Edwards et al., 2017; Martini et al., 2017). Es wird sowohl ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und maladaptiven Emotionsregulationsstrategien als auch ein Zusammenhang zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien und frühkindlichen Regulationsproblemen aufgezeigt. Die Rolle der maladaptiven Emotionsregulationsstrategien als Mediator zwischen dem Zusammenhang von psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen wurde unseres Wissens noch nicht betrachtet. In einer Studie von Han et al. (2016) wurde der Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Eltern und internalisierenden Verhaltensstörungen bei Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren über elterliche Emotionsdysregulation mediiert. In der aktuellen Studie wird angenommen, dass elterliche Emotionsdysregulation auch im Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen bei Säuglingen im Alter von 3–12 Monaten als Mediator fungieren kann. Es wird davon ausgegangen, je belasteter Eltern sich fühlen, desto eher greifen sie auf die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung zurück, was wiederum zu frühkindlichen Regulationsproblemen führt.

3 Zielsetzung der Studie

Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen zu analysieren und insbesondere zu untersuchen, inwiefern elterliches Selbstvertrauen und elterliche Emotionsregulation in diesen Zusammenhang hineinspielen. Ein zentrales Anliegen der Studie ist das Ableiten von Implikationen für die Praxis, damit Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern besser unterstützt werden können.

Der in der Literatur beschriebene Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen soll in der vorliegenden Studie überprüft werden. Dabei soll die psychische Belastung sowohl als Gesamtkonstrukt als auch differenzierter betrachtet werden, indem Depression, Angst und Stress als eigene Konstrukte erfasst werden. Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate von Depression und Angst, die auf etwa 50% geschätzt wird, haben nur wenige Studien zwischen Angst und Depression unterschieden (Masi et al., 2004). Nach der Theorie von Clark und Watson (1991) gibt es einen gemeinsamen Faktor, der als negative Affektivität oder auch generelle psychische Belastung bezeichnet wird sowie jeweils spezifische Charakteristiken für Depression und Angst. Dies wurde in Studien faktorenanalytisch überprüft, woraus sich aus den Kernsymptomen von Depressionen und Ängsten drei Faktoren identifizieren ließen: Depression, Angst und eine Restgruppe, die als Stress bezeichnet wurde (Lovibond & Lovibond, 1995). Es erscheint sinnvoll, sowohl das Gesamtkonstrukt zu betrachten, um generelle präventive Maßnahmen und Interventionen ableiten zu können, als auch zwischen Depression, Angst und Stress zu unterscheiden, um die Verteilung und Ausprägung von Merkmalen zu identifizieren und spezifische präventive Maßnahmen und Interventionen ableiten zu können. Analog dazu werden frühkindliche Regulationsprobleme sowohl als Gesamtkonstrukt als auch differenzierter betrachtet, indem Schwierigkeiten in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen und Fütterschwierigkeiten als eigene Konstrukte erfasst werden. Da auch frühkindliche Regulationsprobleme häufig komorbid auftreten, wird einerseits das Gesamtkonstrukt erfasst. Andererseits erscheint es auch hier sinnvoll, die einzelnen Konstrukte näher zu betrachten, um spezifischere präventive Maßnahmen und Interventionen ableiten zu können. Schwierigkeiten in den Bereichen Schreien, Quengeln und Schlafen werden auch bei der differenzierten Betrachtung zu einem Konstrukt zusammengefasst. Aus der Literatur geht hervor, dass exzessives Schreien bei lediglich 1.9% der Säuglinge isoliert auftritt und bei 91% der Säuglinge Schlafstörungen komorbid auftreten (Wurmser & Papoušek, 2010). Exzessives Schreien und Schlafstörungen

bei Säuglingen im ersten Lebensjahr konnten in Studien auch aufgrund von faktorenanalytischen Überlegungen zu einem gemeinsamen Faktor zusammengefasst werden, wohingegen eine isolierte Betrachtung von Fütterschwierigkeiten als sinnvoll erachtet wurde (Groß et al., 2013).

Zudem soll die psychische Gesundheit als Kontinuum betrachtet werden, indem klinische sowie subklinische Symptome einbezogen werden. In der oben beschriebenen Studie von Matthies et al. (2017) wird darauf hingewiesen, dass selbst subklinische Symptome das mütterliche Selbstvertrauen verringern können. Zudem sollen die Klassifikation und Stigmatisierung als Störungsbild vermieden werden. Nach dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1997) sollen Menschen nicht als gesund oder krank klassifiziert werden, stattdessen soll eine Bewegung von Menschen auf einem Kontinuum in eine positive oder negative Richtung beschrieben werden. Analog dazu werden auch die frühkindlichen Regulationsprobleme als Kontinuum betrachtet. Aufgrund dessen wird der Ausdruck Regulationsstörungen in der folgenden Untersuchung vermieden und stattdessen der abgeschwächte Begriff Regulationsprobleme verwendet. Was die Forschung rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft betrifft, liegt der Fokus in früherer Forschung deutlich auf der Mutter und der Mutter-Kind-Interaktion. In dieser Studie werden Väter miteinbezogen und als wesentliche Komponente im Familienleben betrachtet. Aus der Literatur ist ersichtlich, dass die psychische Belastung der Väter ebenso einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Kindes haben. Implikationen, die sich aus der Studie ableiten lassen, sollen sich auf Mütter sowie Väter beziehen.

Die genauen zugrunde liegenden Wirkmechanismen regulatorischer Probleme sind bislang ungeklärt (Petzoldt et al., 2016). Ziel der Studie ist es, anhand von Mediationsanalysen die Art des Zusammenhangs zwischen der psychischen Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen zu untersuchen. Es wird angenommen, dass das elterliche Selbstvertrauen und die elterliche Emotionsregulation als Mediatoren wirken. Eine erhöhte psychische Belastung der Eltern führt so die Annahme zu einem niedrigeren elterlichen Selbstvertrauen bzw. zum vermehrten Einsatz von der maladaptiven Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung, was wiederum frühkindliche Regulationsprobleme fördert.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden nun die einzelnen Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt. Diese beruhen auf den im Theorieteil dargelegten empirischen Forschungsergebnissen. In der Literatur wurde ein Zusammenhang zwischen der Psychopathologie der Eltern und der Psychopathologie des Kindes (Goodman et al., 2011), insbesondere frühkindlichen Regulationsstörungen (Brummelte et al., 2016; Martini et al., 2017; Radesky et al., 2013; Richter et al., 2013; Schmid et al., 2011), beschrieben. Der Zusammenhang der Gesamtkonstrukte von elterlicher psychischer Belastung und frühkindlicher Regulationsprobleme als auch die Zusammenhänge der einzelnen Variablen soll überprüft werden, woraus sich folgende Fragestellung und Hypothesen ergeben:

Fragestellung 1: Besteht ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen?

Hypothese 1.1. Elterliche psychische Belastung ist mit frühkindlichen Regulationsproblemen positiv assoziiert.

Hypothese 1.2. Elterliche Depressivität ist mit frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen positiv assoziiert.

Hypothese 1.3. Elterliche Depressivität ist mit Fütterschwierigkeiten positiv assoziiert.

Hypothese 1.4. Elterliche Angst ist mit frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen positiv assoziiert.

Hypothese 1.5. Elterliche Angst ist mit Fütterschwierigkeiten positiv assoziiert.

Hypothese 1.6. Elterlicher Stress ist mit frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen positiv assoziiert.

Hypothese 1.7. Elterlicher Stress ist mit Fütterschwierigkeiten positiv assoziiert.

In einem weiteren Schritt sollen Wirkmechanismen im Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen untersucht werden. In der Literatur wurde ein Zusammenhang zwischen mütterlichem Selbstvertrauen, frühkindlichen Regulationsproblemen und mütterlichem Stress gefunden (Matthies et al.,

2017). Es wurde ein unidirektionaler Trend oder ein negativer Feedback-Prozess vermutet. Das elterliche Selbstvertrauen wurde jedoch nicht als Mediator in Betracht gezogen, worauf der Fokus in dieser Studie liegt. Daraus ergeben sich folgende Fragestellung und Hypothesen:

Fragestellung 2: Mediert das elterliche Selbstvertrauen den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen?

Hypothese 2.1. Der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.2. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Depressivität und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.3. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Depressivität und Fütterschwierigkeiten wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.4. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Ängstlichkeit und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.5. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Ängstlichkeit und Fütterschwierigkeiten wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.6. Der Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

Hypothese 2.7. Der Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und Fütterschwierigkeiten wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert.

In der Literatur wird ein Zusammenhang zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien und erhöhter Psychopathologie beschrieben (Aldao et al., 2010). Außerdem weisen Studien darauf hin, dass mütterliche Emotionsregulationsstrategien mit verminderten Regulationsfähigkeiten des Säuglings einhergehen (Edwards et al., 2017; Martini

et al., 2017). Die genauen Wirkmechanismen sind allerdings unklar. In dieser Studie soll die Emotionsregulationsstrategie als Mediator im Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen betrachtet werden. Daraus ergeben sich folgende Fragestellung und Hypothesen:

Fragestellung 3: Mediert die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen?

Hypothese 3.1. Der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.2. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Depressivität und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.3. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Depressivität und Fütterschwierigkeiten wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.4. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Ängstlichkeit und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.5. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Ängstlichkeit und Fütterschwierigkeiten wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.6. Der Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und regulatorischen Problemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

Hypothese 3.7. Der Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und Fütterschwierigkeiten wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert.

5 Methodik

Ausgehend von den Fragestellungen und den Hypothesen beschreibt dieser Teil der Arbeit die Methodik der Untersuchung. Dies betrifft die Stichprobe, das Studiendesign, die Untersuchungsdurchführung sowie die Erhebungsinstrumente.

5.1 Studiendesign

Es wurde eine querschnittliche Studie mit einem Erhebungszeitpunkt durchgeführt. Die Erhebung erfolgte mittels einer Online-Befragung. Über SoSci Survey (Leiner, 2019) wurde ein Online-Fragebogen erstellt, der den Proband:innen über einen Link zugänglich gemacht wurde. Zunächst wurden die Proband:innen über die Datenschutz-Grundverordnung und die Freiwilligkeit der Studie aufgeklärt. Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass der Fragebogen unter anderem Fragen zu persönlichen Erfahrungen und Empfindungen beinhaltet und es daher keine richtigen oder falschen Antworten gebe. Mittels Selbstbeurteilung sollten die Proband:innen Fragen zu ihrem psychischen Befinden, zu elterlichem Selbstvertrauen sowie ihren Emotionsregulationsstrategien beantworten. Außerdem sollten die Eltern das Verhalten ihres Kindes, insbesondere regulatorische Fähigkeiten, einschätzen. Es wurden ausschließlich validierte, standardisierte Fragebögen verwendet, die im Anschluss noch genauer beschrieben werden. Zudem sollten die Eltern demographische Daten zu ihrer Person und ihrem Kind (siehe Anhang B) angeben und Fragen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, sowie zur Schwangerschaft, Geburt und frühen Elternschaft beantworten. Am Ende der Befragung wurden Anlaufstellen angezeigt, die im Falle einer psychischen Belastung hinsichtlich frühkindlicher Regulationsprobleme kontaktiert werden können.

5.2 Stichprobe

Die Zielpopulation der Studie waren Eltern von Säuglingen im Alter von 3–12 Monaten. Die Studie bezog sich auf den gesamten DACH-Raum, wobei der Fokus der Rekrutierung auf Österreich lag. Es gab keine Ausschlusskriterien. Alle interessierten Mütter sowie Väter von Säuglingen im Alter von 3–12 Monaten konnten an der Untersuchung teilnehmen, unabhängig davon, ob Regulationsprobleme vorhanden waren oder nicht. Im Genaueren wurden sowohl biologische Eltern als auch Adoptiv-, Stief-, und Pflegeeltern miteinbezogen. Es wurden keine Incentives eingesetzt. Die Eltern wurden ausführlich über das Projekt informiert und über den Nutzen ihrer Teilnahme aufgeklärt. Die Datenverarbeitung erfolgte anonymisiert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke. Für die Stichprobenplanung wurden zu allen

angestrebten Hypothesentests A-Priori-Poweranalysen mittels G*Power (Faul et al., 2020) durchgeführt. Diese ergaben bei erwarteter mittlerer Effektstärke ($r = .3$, $f^2 = 0.15$), einem festgelegten Alpha-Niveau von $\alpha = .05$ und einer festgelegten Power ($1 - \beta$) von $= .80$ einen optimalen Stichprobenumfang von insgesamt 84 Personen für eine zweiseitige Korrelation und 85 Personen für eine Mediation mit vier Prädiktoren. Basierend auf dem Maximum dieser berechneten Stichprobenumfänge umfasst die angestrebte Stichprobengröße $N = 85$ Personen, um alle beobachteten Effekte statistisch abzusichern.

5.2.1 Rekrutierung

Im Zuge der Rekrutierung wurden verschiedene Vorgehensweisen eingesetzt, sodass die Zielpopulation der Eltern über drei verschiedene Wege rekrutiert wurde. Erstens wurden Proband:innen über private Kontakte, zweitens dezentral über Internetforen und soziale Medien und drittens zentral über zufällig ausgewählte ärztliche und psychologische Praxen sowie Eltern-Kind-Zentren in Österreich angeworben. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum Ende Juni 2021 bis Ende November 2021. Es wurde ein Studienflyer erstellt (siehe Anhang C). Dieser beinhaltete eine kurze Beschreibung des Forschungsgegenstandes der Studie, eine Beschreibung der Zielgruppe und eine knappe Anleitung zur Teilnahme sowie Hinweise für eine etwaige Kontaktaufnahme. Da der Flyer im Folgenden sowohl online als auch analog verfügbar sein sollte, wurden zwei Versionen erstellt. Die Webversion enthielt einen Hyperlink, der mit einem Klick zum Fragebogen führte. Die Druckversion enthielt einen QR-Code, über den der Fragebogen aufgerufen werden konnte. Diese Gestaltung sollte die Teilnahme so einfach wie möglich machen. Die Webversion wurde gemeinsam mit einem Anschreiben (siehe Anhang D) in diversen Gruppen auf Internetforen und sozialen Medien geteilt, die für die Zielpopulation relevant sein könnten. Parallel dazu wurden zufällig ausgewählte ärztliche und psychologische Praxen sowie Eltern-Kind-Zentren in einem ersten Schritt per E-Mail (siehe Anhang E) kontaktiert. Darin wurde darauf hingewiesen, dass die Praxen das Forschungsprojekt immens vorantreiben können, indem diese ein Plakat bzw. Flyer in ihrer Praxis aufhängen bzw. auflegen. Es wurde angeboten, Plakate und Flyer in die Praxis zu bringen und das Forschungsprojekt bei Interesse in Eltern-Kind-Gruppen vorzustellen. Einige Praxen und Eltern-Kind-Zentren wurden zusätzlich telefonisch kontaktiert. Hierfür wurde ein standardisierter Telefonleitfaden erstellt (siehe Anhang F). Außerdem wurden private Kontakte mittels Schneeballprinzip rekrutiert.

5.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Der Fragebogen wurde insgesamt von 113 Personen bis zur letzten Seite durchgeführt. Ein Fall musste ausgeschlossen werden, da das Einschlusskriterium, das sich auf das Alter des Säuglings zwischen 3 und 12 Monaten bezieht, nicht erfüllt war. Die Gesamtstichprobe bestand nach Ausschluss des Falles aus $N = 112$ Eltern, davon waren 106 (94.6%) Mütter und 6 (5.4%) Väter. Der Altersdurchschnitt der Eltern beträgt 33.0 Jahre ($SD = 4.5$). 86.6% der teilnehmenden Eltern waren aus Österreich, die verbleibenden 13.4% waren aus Deutschland. Der Bildungsstand der Stichprobe setzt sich wie folgt zusammen: 67.0% schlossen ein Hochschulstudium ab, 29.6% ein Gymnasium (Matura, Abitur), 7.1% eine Lehre, 4.5% haben einen anderen Abschluss und 1.8% die mittlere Reife. Das Alter der Säuglinge betrug durchschnittlich 7.6 Monate ($SD = 2.9$). Was die Geschlechterverteilung der Säuglinge betrifft, waren 58 (51.8%) Säuglinge weiblich und 54 (48.2%) männlich. Es nahmen ausschließlich biologische Eltern an der Studie teil. 99.1% der Proband:innen lebten in einer Partnerschaft. Der Fragebogen beinhaltete außerdem Fragen rund um die Schwangerschaft und frühe Elternschaft. 21.4% der Eltern beschrieben Komplikationen und 42.9% psychische Belastungen während der Schwangerschaft. Ebenso beschrieben 21.4% der Eltern Komplikationen bei der Geburt sowie 32.1% psychisch belastende Ereignisse während der Geburt, 4.5% eine Frühgeburt. 20.5% gaben an derzeit nicht zu stillen. 8.9% der Stichprobe wies eine diagnostizierte psychische Störung auf.

5.3 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die Erhebungsinstrumente der Untersuchung im Genaueren beschrieben. Es handelt sich ausschließlich um standardisierte und validierte Fragebögen, die Subskalen beinhalten, die hervorragende bis akzeptable interne Konsistenzen aufzeigen.

5.3.1 Depression-Angst-Stress-Skala (DASS-21)

Die Depression-Angst-Stress-Skala (DASS) wurde von Lovibond und Lovibond (1995) entwickelt und von Nilges und Essau (2015) ins Deutsche übersetzt. Für die Studie wurde die Kurzversion (DASS-21) angewandt, welche als Screening-Verfahren zur Erfassung von psychischer Belastung durch Depressivität, Angst und Stress geeignet ist, sowie zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung. Die Kurzversion (DASS-21) bestand aus insgesamt 21 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala (von 0 „traf gar nicht auf mich zu“ bis 3 „traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit“) beantwortet wurden. Es wurden die Subskalen

Depressivität (z.B. „Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen“), Angst (z.B. „Ich spürte, dass mein Mund trocken war“) und Stress (z.B. „Ich fand es schwierig, mich zu entspannen“) mit jeweils 7 Items sowie der Gesamtscore zur allgemeinen psychischen Belastung mit allen 21 Items erfasst. Zur Auswertung wurden die Antworten mit Werten von 0 bis 3 kodiert und jeweils Mittelwertscores berechnet. Die Studie von Nilges und Essau (2015) berichtete für die Kurzversion hohe bis akzeptable interne Konsistenzen von $\alpha = .88$ für die Depressionsskala, $\alpha = .76$ für die Angstskaala und $\alpha = .86$ für die Stressskaala. Die Studie von Henry & Crawford (2005) zeigte außerdem eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = .93$ für den Gesamtscore allgemeine psychische Belastung auf. Die internen Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen für die separaten drei Skalen sowie für den Gesamtscore der vorliegenden Studie sind in Tabelle 1 dargestellt.

5.3.2 *Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)*

Der Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) wurde von Gross und John (2003) entwickelt und von Abler und Kessler (2009) ins Deutsche übersetzt. Der Fragebogen bestand aus 10 Items, die den Umgang mit positiven und negativen Gefühlen umfassen und auf einer siebenstufigen Likertskala (von 1 „stimmt überhaupt nicht“ über 4 „neutral“ bis 7 „stimmt vollkommen“) zu bewerten sind. Es wurden dabei die Subskalen Neubewertung und Unterdrückung erfasst. Die Subskala Neubewertung inkludierte 6 Items und erfasst eine Emotionsregulationsstrategie, bei der Situationen mental so überarbeitet werden, dass sich ihre emotionale Bedeutung abwandelt (z.B. „Wenn ich weniger negative Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken“). Die Subskala Unterdrückung inkludierte 4 Items und erfasst eine Emotionsregulationsstrategie, bei der der Ausdruck emotionalen Erlebens unterdrückt oder vermieden wird (z.B. „Ich behalte meine Gefühle für mich“). Zur Auswertung wurden einige Items umgepolt, die Antworten mit Werten von 1 bis 7 kodiert und ein Mittelwertscore berechnet. Hohe Werte entsprachen einer hohen Ausprägung der jeweiligen Strategie. Die interne Konsistenz lag in der Studie von Abler und Kessler (2009) für die Subskala Neubewertung bei $\alpha = .74$ und für die Subskala Unterdrückung bei $\alpha = .76$. In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich die Subskala Unterdrückung betrachtet, deren interne Konsistenz, Mittelwert und Standardabweichung in Tabelle 1 zu finden ist.

5.3.3 *Lips Maternal Self Confidence Scala (LMSCS)*

Das elterliche Selbstvertrauen wurde mit der deutschen Version der Lips Maternal Self Confidence Scala (LMSCS) erfasst. Die LMSCS wurde von Bloom und Lips (1988) entwickelt

und von Reck et al. (2012) ins Deutsche übersetzt. Der Fragebogen bestand aus 24 Items, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet wurden (von 1 „Ich stimme stark zu“ bis 6 „Ich stimme stark nicht zu“). Die Items enthielten sowohl negative als auch positive subjektive Kompetenzeinschätzungen (z.B. „Ich fühle mich nervös und unsicher im Umgang mit meinem Kind“). Aus den Einzelitems wurde ein Mittelwertscore berechnet, wobei ein höherer Gesamtscore ein höheres Selbstvertrauen anzeigt. Die Studie von Matthies et al. (2017) beurteilte den LMSCS als einen zuverlässigen Fragebogen zur Beurteilung des mütterlichen Selbstvertrauens, mit einer ausgezeichneten internen Konsistenz von $\alpha = .96$ bei einem zweiten Messzeitpunkt und einer guten internen Konsistenz von $\alpha = .89$ bei einem dritten Messzeitpunkt. Die vorliegende Studie schloss beide Elternteile mit ein. Was das väterliche Selbstvertrauen betrifft, sind uns keine internen Konsistenzen bekannt. Der Fragebogen wurde für Mütter konzipiert, weshalb Formulierungen der Items angepasst werden mussten. Items mussten lediglich dahingehend geändert werden, indem „Mutter“ durch „Vater“ ersetzt wurde. Tabelle 1 zeigt die interne Konsistenz, Mittelwert und Standardabweichung des elterlichen Selbstvertrauens, welches in der vorliegenden Studie auf beide Elternteile bezogen wurde.

5.3.4 Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)

Die frühkindlichen Regulationsprobleme wurden mit dem Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS) erfasst. Der Fragebogen wurde von Groß et al. (2013) entwickelt und bezieht sich auf eine "typische Woche" im Familienalltag. Er kann innerhalb des ersten Jahres angewandt werden. Die Beurteilungskriterien wurden in einer Stichprobe von 704 Säuglingen getestet und mit Tagebuchaufzeichnungen sowie der klinischen Diagnose abgeglichen. Der Fragebogen enthielt 52 Items, die die Häufigkeit und Intensität des Schreiens (nach den Kriterien von Wessel), des Fütterns und des Schlafens bewerten und auf einer vierstufigen Likert-Skala (1 „nie“, 2 „manchmal“, 3 „oft“, 4 „sehr oft“) beantwortet wurden. Es wurden die Subskalen Schreien, Quengeln und Schlafen mit insgesamt 24 Items (z.B. „Wie schläft Ihr Kind tagsüber und am Abend ein?“), Füttern mit 13 Items (z.B. „Wie nehmen Sie Ihr Kind in der Fütterungssituation wahr?“) und Koregulation mit 12 Items (z.B. „Was tun Sie in der Nacht gewöhnlich, wenn Ihr Kind aufgewacht ist?“) erfasst. Die Subskala Koregulation wurde innerhalb dieser Studie nicht vorgegeben, da wir uns aus ökonomischen Gründen auf die alters- und entwicklungsphasentypischen Symptome exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterschwierigkeiten beschränkt haben. Zur Auswertung wurden einige Items umgepolt, die Antworten mit Punkten kodiert und jeweils ein Mittelwertsscore für die beiden Skalen berechnet. Die Studie von Groß et al. (2013) berichtete gute bis akzeptable interne Konsistenzen

von $\alpha = .84$ für Schreien, Quengeln und Schlafen, $\alpha = .75$ für Füttern und $\alpha = .79$ für Koregulation. In Tabelle 1 sind internen Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Füttern in der vorliegenden Studie dargestellt.

5.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS (IBM Corp, 2020). Vor Beginn der Hypothesenprüfung wurde der Datensatz auf fehlende Werte und Ausreißer untersucht. Alle Proband:innen beantworteten mehr als 80% der Items, somit waren diesbezüglich keine Fälle auszuschließen. Ausreißer wurden aus inhaltlichen Gründen im Allgemeinen nicht ausgeschlossen, da für die Fragestellungen wesentliche Informationen durch den Ausschluss verloren gegangen wären. Zudem wurden die Voraussetzungen für die verwendeten Verfahren im Vorhinein geprüft. Bei der Hypothesenprüfung wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ (was einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% entspricht) zugrunde gelegt, wenn dies nicht explizit anders angegeben wird.

Die aufgestellten Hypothesen beziehen sich zunächst auf die Gesamtkonstrukte elterliche psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme und in weiterer Folge auf die einzelnen Variablen. Für das Gesamtkonstrukt elterliche psychische Belastung wurde der Gesamtscore des DASS-21 herangezogen. Für das Gesamtkonstrukt frühkindliche Regulationsprobleme wurde in SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) ein latentes Konstrukt gebildet, welches mittels der Indikatorvariablen Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern gemessen wurde. Der Zusammenhang zwischen den übergeordneten Konstrukten elterliche psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme wurde explorativ mittels Korrelation in SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) untersucht. Um die Konstrukte elterliche psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme differenzierter zu betrachten, wurden ebenso die Variablen Depression, Angst, Stress jeweils mit den beiden Variablen Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern mittels SPSS (IBM Corp, 2020) korreliert. Um einen Einblick bezüglich der Wirkmechanismen innerhalb der Zusammenhänge gewinnen zu können, wurden zudem Mediationsanalysen durchgeführt. Zunächst wurden wiederum die Gesamtkonstrukte elterliche psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme näher betrachtet und in weiterer Folge wurde differenzierter auf die einzelnen Variablen eingegangen. SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) wurde herangezogen, um zu überprüfen, ob elterliches Selbstvertrauen und Unterdrückung unabhängig voneinander als Mediatoren im Zusammenhang zwischen

elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen fungieren. Um die Variablen elterliche psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme differenzierter zu betrachten, wurden zusätzlich einfache Mediationsanalysen mittels SPSS PROCESS (Hayes, 2021) berechnet. Die Mediatoren elterliches Selbstvertrauen und Unterdrückung wurden dabei unabhängig voneinander im Zusammenhang zwischen den Variablen Depression, Angst, Stress und den Variablen frühkindlichen Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Fütterschwierigkeiten betrachtet.

Für die Hypothesentestung wurden die vier Schritte einer Mediationsanalyse, die nach Baron & Kenny (1986) für das Vorliegen einer Mediation erfüllt werden müssen, herangezogen. Diese werden in Abbildung 1 dargestellt und im Anschluss kurz erläutert. Die Zusammenhänge, die innerhalb der vier Schritte auf Signifikanz überprüft werden sollen, werden mittels Regressionsanalysen ermittelt. Im ersten Schritt soll die Signifikanz des totalen Effekts (Pfad c), der sich auf den Zusammenhang zwischen unabhängiger und abhängiger Variable bezieht, überprüft werden (siehe Teilabbildung A). Im zweiten Schritt soll der Zusammenhang zwischen unabhängiger Variable und Mediator auf Signifikanz geprüft werden (Pfad a) und im dritten Schritt der zwischen Mediator und abhängiger Variable (Pfad b). Im vierten Schritt soll die Signifikanz des direkten Effekts (Pfad c'), der sich auf den Zusammenhang zwischen unabhängiger und abhängiger Variable unter Einbezug des Mediators bezieht, überprüft werden. Bei einer vollständigen Mediation verliert der Pfad c' an Signifikanz und der Effekt wird vollständig durch den Mediator erklärt, wohingegen bei einer partiellen Mediation der Pfad c' weiterhin signifikant ist, dies bedeutet, dass lediglich ein Teil des Effekts durch den Mediator erklärt werden kann. Ein Restanteil wird weiterhin durch den direkten Effekt erklärt. Der indirekte Effekt (Pfad ab) beinhaltet das Produkt der Pfade a und b und stellt den eigentlichen Anteil der Mediation dar (Hayes, 2018). Die Signifikanz der indirekten Effekte wurde in den vorliegenden statistischen Analysen mittels Bootstrapping ermittelt. Bootstrapping ist ein nicht parametrisches Verfahren, bei dem eine empirische Stichprobenverteilung über wiederholte Stichprobenziehung aus der vorliegenden Stichprobe geschätzt wird. Das Verfahren liefert Konfidenzintervalle, anhand derer die Signifikanz eines Mediationseffekts beurteilt werden kann. Wenn Null nicht im Konfidenzintervall enthalten ist, liegt ein signifikanter Mediationseffekt vor (Hayes, 2018). In der vorliegenden Studie wurden alle Schritte nach Baron & Kenny (1986) überprüft, allerdings sei darauf hingewiesen, dass in der jüngsten Debatte um Mediationsanalysen postuliert wird, dass lediglich der indirekte Effekt notwendig ist, um von einer Mediation ausgehen zu können. Die Konzentration auf die

Signifikanz zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen kann demnach die Theorieentwicklung und -prüfung beeinträchtigen. Die Aufmerksamkeit sollte daher in der Mediationsanalyse nach den Autor:innen auf die Bewertung der Größe und Signifikanz indirekter Effekte verlagert werden (Rucker et al., 2011; Zhao et al., 2010).

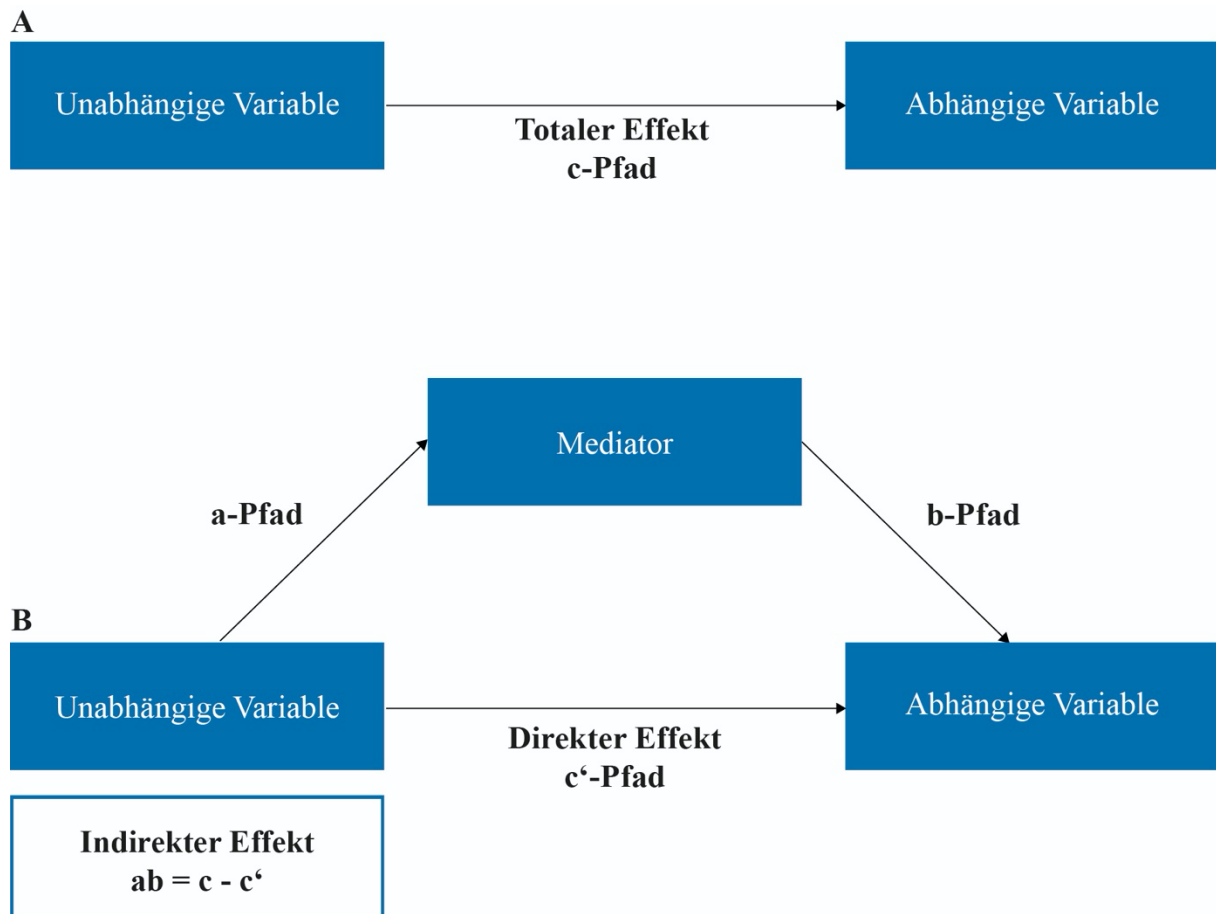


Abbildung 1. Pfadmodelle einer einfachen Mediation. Teilabbildung A zeigt den totalen Effekt zwischen unabhängiger Variable und abhängiger Variable. Teilabbildung B zeigt den Effekt der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable durch den Mediator.

6 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung berichtet. Zunächst erfolgt eine Darstellung der deskriptiven Statistik, bevor anschließend auf die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen eingegangen wird.

6.1 Deskriptive Statistik

Die Skalenmittelwerte, Standardabweichungen und die interne Konsistenz der Skalen werden in Tabelle 1 dargestellt. Die Skalen wiesen in der vorliegenden Studie akzeptable bis ausgezeichnete interne Konsistenzen auf. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die korrelativen Zusammenhänge der in Tabelle 1 angeführten Skalen.

Tabelle 1

Skalenmittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenzen der Skalen

Skala (Itemanzahl)	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbachs α
Depression (7)	112	3.2	3.3	.82
Angst (7)	112	2.4	3.2	.75
Stress (7)	112	7.0	4.7	.87
Gesamtscore Psychische Belastung (21)	112	12.6	9.9	.92
Elterliches Selbstvertrauen (11)	111	54.4	7.8	.88
Unterdrückung (4)	112	12.3	4.9	.70
Schlafen, Quengeln, Schreien (24)	110	42.3	10.9	.90
Füttern (13)	112	17.2	5.3	.86

Anmerkung. *N* variierte innerhalb der Skalen. Fälle, die nicht 80% der Items einer Skala beantworteten, wurden ausgeschlossen.

Tabelle 2

Interkorrelationen aller Variablen

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Depression	–	.63**	.70**	.85**	.13	-.51**	.30**	.33**
2 Angst		–	.64**	.81**	.03	-.39**	.17	.27**
3 Stress			–	.92**	-.02	-.45**	.40**	.32**
4 Gesamtscore Psychische Belastung				–	.04	-.50**	.33**	.35**
5 Unterdrückung					–	-.10	.07	.22*
6 Elterliches Selbstvertrauen						–	-.48**	-.54**
7 Schlafen, Quengeln, Schreien							–	.43**
8 Füttern								–

Anmerkung. *N* = 112 ***p* < .01 (zweiseitig), **p* < .05 (zweiseitig)

6.2 Psychische Belastung der Eltern und frühkindliche Regulationsprobleme

Um die Hypothese 1.1. „*Elterliche psychische Belastung ist mit frühkindlichen Regulationsproblemen positiv assoziiert*“ zu untersuchen, wurde eine zweiseitige Korrelation durchgeführt. Für das Gesamtkonstrukt psychische Belastung wurde der Gesamtscore des DASS-21 herangezogen. Wie in Tabelle 2 dargestellt, korrelierten die Skalen Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern nach Cohen (1988) moderat (zwischen $r = .3$ und $r = .5$). Daher konnte mittels SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) das latente Konstrukt frühkindliche Regulationsprobleme gebildet werden. Es wurden sechs weitere Zusammenhangshypothesen (1.1. – 1.6.) zur differenzierteren Betrachtung aufgestellt, die jeweils mittels zweiseitiger Korrelation in SPSS (IBM Corp, 2020) überprüft wurden. Die Normalverteilungsprüfung der Variablen erfolgte mittels Kolomorov-Smirnov-Tests. Da in keinem Fall eine Normalverteilung gegeben war, wurde auf nicht-parametrische Tests (Spearman-Korrelationen) zur Prüfung der Zusammenhangshypothesen zurückgegriffen. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die korrelativen Zusammenhänge.

Tabelle 3

Spearman-Korrelationen

Variable	Frühkindliche Regulationsprobleme	
Gesamtscore Psychische Belastung	.55**	
	Schreien, Quengeln, Schlafen	Füttern
Depression	.30**	.33**
Angst	.17	.27**
Stress	.40**	.32**

Anmerkung. $N = 112$, ** $p < .01$ (zweiseitig)

Die Ergebnisse waren vorwiegend hypothesenkonform. Es lag nach Cohen (1988) ein hoher ($r > .5$) positiver korrelativer Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen vor ($r(100) = .55$, $p < .001$). Je psychisch belasteter sich Eltern fühlten, desto eher zeigten sich frühkindliche Regulationsprobleme, sowie, je häufiger frühkindliche Regulationsprobleme auftraten, desto eher fühlten sich Eltern psychisch belastet. Bei differenzierter Betrachtung der elterlichen psychischen Belastung, war die elterliche Depressivität nach Cohen (1988) moderat (zwischen $r = .3$ und $r = .5$) und positiv mit

Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen ($r(100) = .30, p = .002$) sowie mit Fütterschwierigkeiten ($r(100) = .33, p < .001$) korreliert. Stress zeigte ebenfalls moderate positive korrelative Zusammenhänge mit Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen ($r(100) = .40, p < .001$) und Fütterschwierigkeiten ($r(100) = .32, p < .001$). Je depressiver und gestresster sich Eltern fühlten, desto eher traten frühkindliche Regulationsprobleme sowohl in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen als auch Füttern auf und vice versa. Angst korrelierte moderat und positiv mit Fütterschwierigkeiten ($r(100) = .27, p = .004$), das bedeutet, je ängstlicher Eltern sich fühlten, desto eher zeigten sich Fütterschwierigkeiten und vice versa. Lediglich die Angst der Eltern und frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln und Schlafen korrelierten nicht signifikant ($r(100) = .17, p = .072$). Eine A-Priori-Poweranalyse mittels G*Power (Faul et al., 2020) ergab für eine zweiseitige Korrelation, bei erwarteter mittlerer Effektstärke von $r = .30$, einem festgelegten Alpha-Niveau von $\alpha = .05$ und einer festgelegten Power ($1 - \beta$) von $= .80$ einen optimalen Stichprobenumfang von insgesamt 84 Personen. Es wurde ebenfalls eine post-hoc Analyse zur Berechnung der tatsächlichen Teststärke bei einer Stichprobengröße von 112 Personen durchgeführt. Diese ergab bei einer mittleren Effektstärke von $r = .30$ eine Power ($1 - \beta$) von $.90$. Dementsprechend beträgt die Wahrscheinlichkeit, in der Population vorhandene Effekte durch die statistischen Testungen zu entdecken 90%.

6.3 Mediationsanalysen

In einem weiteren Schritt wurden Mediationsanalysen durchgeführt, wobei die Konstrukte elterliches Selbstvertrauen und elterliche Emotionsregulation als Mediatoren fungierten. Die Voraussetzungsprüfung ergab, dass alle erforderlichen Voraussetzungen für die Mediationsanalysen, die Linearität des Zusammenhangs, die Homoskedastizität, Unabhängigkeit und Normalverteilung der Residuen sowie keine Multikollinearität, gegeben waren. Diese Voraussetzungen wurden mittels Streudiagrammen, P-P-Plots, Durbin-Watson-Statistiken und VIF-Statistik (variance influence factor) überprüft. Um die zwei statistisch sparsamsten Modelle berechnen zu können, wurden die Mediationsanalysen als Strukturgleichungsmodelle mittels SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) durchgeführt. Dafür wurden die Interkorrelationen (siehe Tabelle 2) aller Variablen näher betrachtet. Aufgrund der hohen Korrelationen zwischen den Variablen Depression, Angst und Stress, wurden diese in der Mediationsanalyse zu dem Konstrukt psychische Belastung zusammengefasst. Dafür wurde der Gesamtscore psychische Belastung als Mittelwertscore des DASS-21 als Prädiktor herangezogen. Da die Skalen Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern moderat korrelierten,

wurde mittels SPSS AMOS (Arbuckle, 2021a) das latente Konstrukt frühkindliche Regulationsprobleme gebildet. Die abhängige Variable stellte somit im Strukturgleichungsmodell die latente Variable frühkindliche Regulationsprobleme dar, die mittels der Indikatorvariablen Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern gemessen wurde. Die beiden Mediatoren korrelierten nicht signifikant und wurden deshalb separat in das Modell eingespeist. Als Maß für den Gesamtmodellfit wurde der Root mean square error of approximation (RMSEA) oder auch Diskrepanz pro Freiheitsgrad herangezogen. Der RMSEA ist relativ stichprobenunabhängig und begünstigt sparsame Modelle. Ein RMSEA-Wert kleiner 0.08 gilt als akzeptabel und kleiner 0.05 als gut.

6.3.1 Elterliches Selbstvertrauen als Mediator

Um die Hypothese 2.1. „*Der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert*“ untersuchen zu können, wurde eine Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit SPSS Amos (Arbuckle, 2021a) durchgeführt. Das Modell wies einen guten Model-Fit auf (RMSEA < 0.05, 90% CI [0.00, 0.17]). Die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Hypothese liegt bei PCLOSE = 78%. Die Ergebnisse der Analyse werden in Abbildung 2 veranschaulicht. Die einzelnen Pfade können folgendermaßen beschrieben werden: Pfad c (totaler Effekt) postulierte, dass die psychische Belastung der Eltern frühkindliche Regulationsprobleme signifikant vorhersagte ($b = 0.37$, $t(108) = 4.39$, $p < .001$). Pfad a besagte, dass die psychische Belastung der Eltern ein niedrigeres elterliches Selbstvertrauen signifikant vorhersagte ($b = -0.69$, $t(108) = -5.42$, $p < .001$). Pfad b zeigte auf, dass frühkindliche Regulationsprobleme wiederum von einem niedrigeren elterlichen Selbstvertrauen vorhergesagt wurden ($b = -0.18$, $t(108) = -3.68$, $p < .001$). Pfad c' (direkter Effekt) besagte, dass der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen unter Berücksichtigung des Mediators elterliches Selbstvertrauen signifikant war ($b = 0.23$, $t(108) = 3.21$, $p < .001$). Um eine Aussage über den Mediationseffekt treffen zu können, muss der indirekte Effekt betrachtet werden. Der indirekte Effekt ab war signifikant ($b = 0.19$, $p = .041$) und das Bootstrapping-Konfidenzintervall enthielt nicht den Wert Null (95% CI [0.07, 0.33]), woraus ersichtlich wird, dass eine Mediation vorlag. Es konnte festgestellt werden, dass der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen partiell durch das elterliche Selbstvertrauen mediiert wird. Das bedeutet, dass ein Teil des Effekts durch den Mediator elterliches Selbstvertrauen erklärt wird und ein Restanteil durch den direkten Effekt von der psychischen

Belastung der Eltern auf frühkindliche Regulationsprobleme. Hypothese 2.1. konnte somit bestätigt werden.

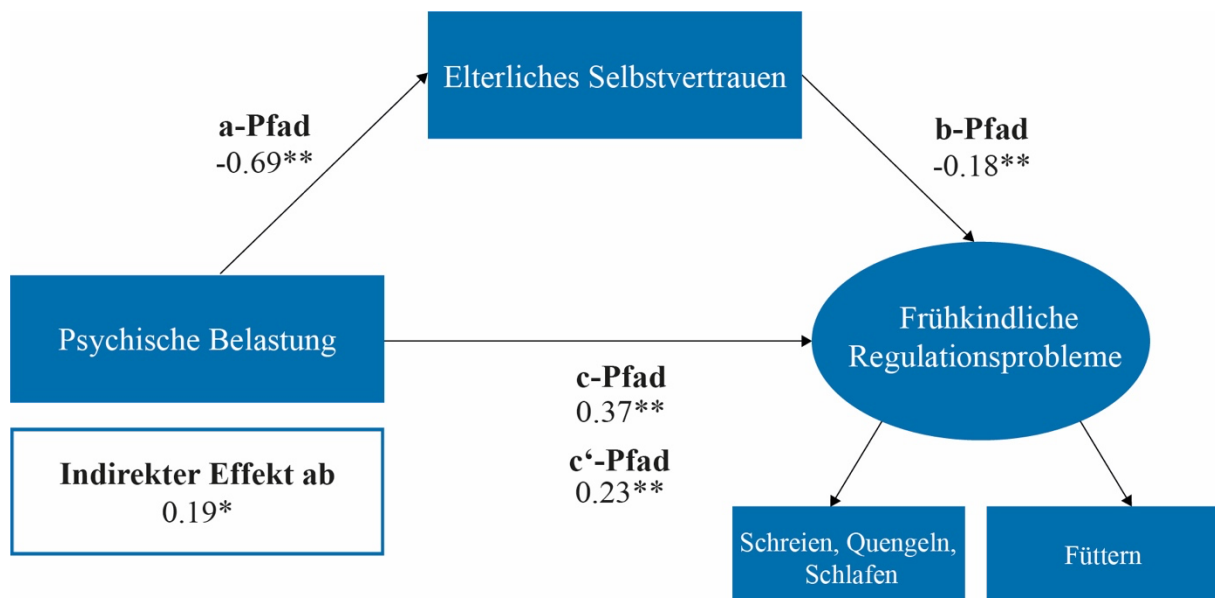


Abbildung 2. Pfadmodelle der Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit elterlichem Selbstvertrauen als Mediator im Zusammenhang von elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen. Unstandardisierte Pfadkoeffizienten werden berichtet (* $p < .05$, ** $p < .01$). Latente Variablen werden gemäß der AMOS-Leitlinien (Arbuckle, 2021b) in Kreisen und messbare Indikatoren in Rechtecken dargestellt.

Um die Effekte differenzierter betrachten zu können, wurden zudem die Hypothesen 2.2.–2.7. getestet, indem einfache Mediationsanalysen durchgeführt wurden. Der Mediator elterliches Selbstvertrauen wurde jeweils innerhalb der Zusammenhänge zwischen den Variablen Depression, Angst und Stress und Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern betrachtet. Die Mediationsanalysen wurden mittels PROCESS von Hayes (2021) durchgeführt, welches anhand von linearen Regressionsanalysen unstandardisierte Pfadkoeffizienten des totalen, direkten und indirekten Effekts berechnet. Zur Ermittlung der Konfidenzintervalle wurde Bootstrapping mit 1000 Iterationen eingesetzt. Effekte wurden als signifikant erachtet, wenn das Konfidenzintervall nicht Null umfasste. Da multiple Tests durchgeführt wurden, wurde eine Bonferroni-Korrektur berechnet, um einer Alpha-Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken. Aufgrund der sechs einfachen Mediationen, die berechnet wurden, wurde ein konservativeres Alpha-Niveau von $\alpha < .0083$ zugrunde gelegt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der einfachen Mediationen. In Anlehnung an die jüngste Debatte

zur Interpretation von Mediationsanalysen wurden in der vorliegenden Studie die indirekten Effekte herangezogen, um Mediationseffekte aufzuzeigen (Rucker et al., 2011; Zhao et al., 2010). Es konnte damit festgestellt werden, dass sowohl der Zusammenhang der elterlichen Depressivität und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen als auch der Zusammenhang zwischen der elterlichen Depressivität und Fütterschwierigkeiten vollständig durch elterliches Selbstvertrauen mediiert wurde. Der Effekt konnte vollständig durch elterliches Selbstvertrauen erklärt werden. Es bestand kein direkter Effekt mehr zwischen elterlicher Depressivität und Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Fütterschwierigkeiten. Der Zusammenhang zwischen elterlicher Angst und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie der Zusammenhang zwischen elterlicher Angst und Fütterschwierigkeiten wurde ebenfalls vollständig durch elterliches Selbstvertrauen mediiert. Was elterlichen Stress betrifft, wurde der Zusammenhang mit Fütterschwierigkeiten vollständig durch elterliches Selbstvertrauen mediiert und der Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen partiell durch elterliches Selbstvertrauen mediiert. Das bedeutet, dass ein Teil des Effekts über das elterliche Selbstvertrauen erklärt wurde, allerdings ein Restanteil durch den direkten Effekt von der elterlichen psychischen Belastung auf frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen begründet wurde.

Tabelle 4

Einfache Mediationen mit elterlichem Selbstvertrauen als Mediator zwischen den Variablen Depression, Angst, Stress und Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Fütterschwierigkeiten

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95 % CI
Hypothese 2.2.							
1	Depression → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.27	0.09	3.04	.003	[0.10, 0.45]
2	Depression → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.63	0.13	-4.68	<.001	[-0.90, -0.36]
3	Elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	-0.23	0.14	-1.67	.097	[-0.51, 0.04]
4	Depression → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.13	0.13	0.97	.333	[-0.13, 0.39]
Indirekter Effekt	Depression → elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	0.15	0.08			[0.04, 0.34]

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95 % CI
Hypothese 2.3.							
1	Depression → Füttern	c	0.36	0.13	2.87	.005	[0.11, 0.61]
2	Depression → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.63	0.13	-4.68	<.001	[-0.90, -0.36]
3	Elterliches Selbstvertrauen → Füttern	b	-0.17	0.06	-2.84	.005	[-0.29, -0.05]
4	Depression → Füttern	c'	0.26	0.13	1.95	.053	[-0.00, 0.51]
Indirekter Effekt	Depression → elterliches Selbstvertrauen → Füttern	ab	0.11	0.04			[0.05, 0.20]
Hypothese 2.4.							
1	Angst → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.21	0.11	1.85	.068	[-0.02, 0.43]
2	Angst → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.61	0.15	-4.09	<.001	[-0.91, -0.32]
3	Elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	-0.25	0.14	-1.80	.075	[-0.53, 0.03]
4	Angst → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.05	0.15	0.36	.716	[-0.53, 0.03]
Indirekter Effekt	Angst → elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	0.16	0.09			[0.04, 0.36]
Hypothese 2.5.							
1	Angst → Füttern	c	0.21	0.12	1.85	.068	[-0.02, 0.44]
2	Angst → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.61	0.15	-4.09	<.001	[-0.91, -0.32]
3	Elterliches Selbstvertrauen → Füttern	b	-0.22	0.08	-2.96	.005	[-0.37, -0.07]
4	Angst → Füttern	c'	0.08	0.12	0.65	.518	[-0.16, 0.32]
Indirekter Effekt	Angst → elterliches Selbstvertrauen → Füttern	ab	0.13	0.06			[0.05, 0.27]
Hypothese 2.6.							
1	Stress → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.31	0.06	4.93	<.001	[0.19, 0.43]
2	Stress → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.43	0.10	-4.36	<.001	[-0.63, -0.23]
3	Elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	-0.18	0.11	-1.57	.120	[-0.40, 0.05]
4	Stress → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.23	0.09	2.70	.0081	[0.06, 0.41]
Indirekter Effekt	Stress → elterliches Selbstvertrauen → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	0.08	0.05			[0.01, 0.22]
Hypothese 2.7.							
1	Stress → Füttern	c	0.25	0.09	2.92	.004	[0.08, 0.42]
2	Stress → elterliches Selbstvertrauen	a	-0.43	0.10	-4.36	<.001	[-0.63, -0.23]

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95 % CI
3	Elterliches Selbstvertrauen → Füttern	b	-0.17	0.06	-3.04	.003	[-0.29, -0.06]
4	Stress → Füttern	c'	0.18	0.09	2.02	.046	[0.00, 0.35]
Indirekter Effekt	Stress → elterliches Selbstvertrauen → Füttern	ab	0.07	0.03			[0.03, 0.15]

Anmerkung. Überprüfung der vier Schritte einer Mediationsanalyse nach Baron & Kenny (1986)

Eine A-Priori-Poweranalyse mittels G*Power (Faul et al., 2020) ergab für eine Mediation mit vier Prädiktoren, bei erwarteter mittlerer Effektstärke von $f^2 = 0.15$, einem festgelegten Alpha-Niveau von $\alpha = .05$ und einer festgelegten Power ($1 - \beta$) von $= .80$ einen optimalen Stichprobenumfang von insgesamt 85 Personen. Es wurde ebenfalls eine post-hoc Analyse mit G*Power (Faul et al., 2020) zur Berechnung der tatsächlichen Teststärke für unsere Stichprobe von 112 Personen durchgeführt. Diese ergab bei einer mittleren Effektstärke von $f^2 = 0.15$ eine Power ($1 - \beta$) von $.91$. Dementsprechend beträgt die Wahrscheinlichkeit, in der Population vorhandene Effekte durch die statistischen Testungen zu entdecken 91%.

6.3.2 Elterliche Emotionsregulation als Mediator

Um die Hypothese 3.1. „Der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediert“ untersuchen zu können, wurde ebenso eine Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit SPSS Amos (Arbuckle, 2021a) durchgeführt. Das Modell wies einen guten Model-Fit auf (RMSEA < 0.05 , 90% CI [0.00, 0.23]). Die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Hypothese lag bei PCLOSE 50%. Die Ergebnisse der Analyse werden in Abbildung 3 zusammenfassend dargestellt. Die einzelnen Pfade können folgendermaßen beschrieben werden: Pfad c (totaler Effekt) postulierte, dass die psychische Belastung der Eltern frühkindliche Regulationsprobleme signifikant vorhersagte ($b = 0.37$, $t(108) = 4.39$, $p < .001$). Pfad a besagte, dass die psychische Belastung der Eltern den vermehrten Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung nicht signifikant vorhersagte ($b = 0.12$, $t(108) = 0.48$, $p = .629$). Pfad b zeigte auf, dass frühkindliche Regulationsprobleme nicht signifikant von dem vermehrten Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung vorhergesagt wurden ($b = 0.05$, $t(108) = 1.89$, $p = .059$). Pfad c' (direkter Effekt) besagte, dass unter Einbezug des Mediators Unterdrückung die psychische Belastung der Eltern nach wie vor frühkindliche Regulationsprobleme signifikant voraussagte ($b = 0.36$, $t(108) = 4.93$, $p < .001$). Der indirekte Pfad *ab* war nicht signifikant ($b =$

0.01, $p = .499$, 95% CI [-0.02, 0.05]). Es lag somit keine Mediation vor. Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen konnte in der vorliegenden Studie nicht näher durch den vermehrten Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung erklärt werden. Hypothese 3.1. musste daher verworfen werden.

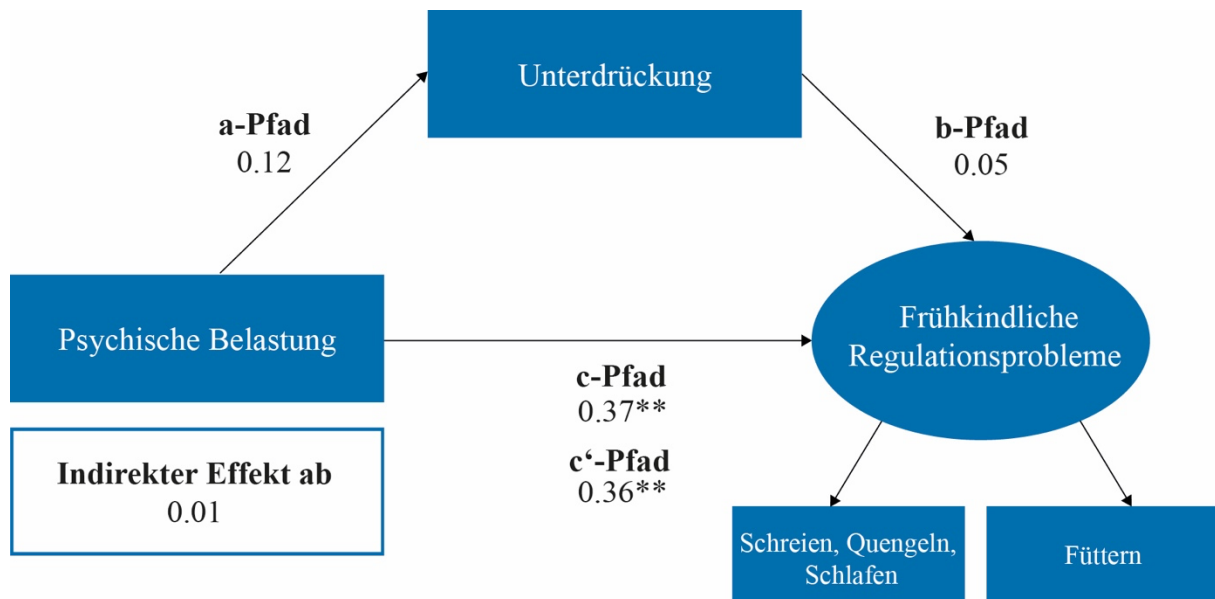


Abbildung 3. Pfadmodelle der Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit Unterdrückung als Mediator im Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen. Unstandardisierte Regressionskoeffizienten werden berichtet (** $p < .01$). Latente Variablen werden gemäß der AMOS-Leitlinien (Arbuckle, 2021b) in Kreisen und messbare Indikatoren in Rechtecken dargestellt.

Um die Gesamtkonstrukte psychische Belastung und frühkindliche Regulationsprobleme differenzierter betrachten zu können, wurden zudem die Hypothesen 2.2.–2.7. getestet. Der Mediator Unterdrückung wurde innerhalb der jeweiligen Zusammenhänge der Variablen Depression, Angst und Stress sowie Schreien, Quengeln, Schlafen und Füttern betrachtet. Die einfache Mediationsanalysen wurden mittels PROCESS von Hayes (2021) durchgeführt. Zur Ermittlung von Konfidenzintervallen wurde Bootstrapping mit 1000 Iterationen eingesetzt. Effekte wurden als signifikant erachtet, wenn das Konfidenzintervall nicht Null einschloss. Da multiple Tests durchgeführt wurden, wurde eine Bonferroni-Korrektur berechnet, um einer Alpha-Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken. Aufgrund der sechs einfachen Mediationen, die berechnet werden, wurde ein konservativeres

Alpha-Niveau von $\alpha < .0083$ zugrunde gelegt. Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der einfachen Mediationen. Auch bei differenzierter Betrachtung der elterlichen Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen zeigten sich keine Mediationseffekte durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung. Es konnten weder im Zusammenhang zwischen Depression und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen noch zwischen Depression und Fütterschwierigkeiten signifikante indirekte Effekte. Im Zusammenhang zwischen Angst und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln sowie Fütterschwierigkeiten fungierte Unterdrückung ebenso nicht signifikant als Mediator. Dasselbe zeigte sich für den Zusammenhang zwischen Stress und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Fütterschwierigkeiten, wobei auch dieser nicht durch Unterdrückung mediiert wurde.

Tabelle 5

Einfache Mediationen mit Unterdrückung als Mediator zwischen den Variablen Depression, Angst, Stress und Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Fütterschwierigkeiten

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95 % CI
Hypothese 3.2.							
1	Depression → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.27	0.09	3.04	.003	[0.10, 0.45]
2	Depression → Unterdrückung	a	0.24	0.25	0.97	.334	[-0.25, 0.73]
3	Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	0.03	0.04	0.84	.404	[-0.04, 0.10]
4	Depression → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.27	0.09	2.90	.005	[0.08, 0.45]
Indirekter Effekt	Depression → Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	0.08	0.02			[-0.02, 0.04]
Hypothese 3.3.							
1	Depression → Füttern	c	0.36	0.13	2.87	.005	[0.11, 0.61]
2	Depression → Unterdrückung	a	0.24	0.25	0.97	.334	[-0.25, 0.73]
3	Unterdrückung → Füttern	b	0.05	0.02	2.10	.023	[0.00, 0.10]
4	Depression → Füttern	c'	0.35	0.13	2.72	.008	[0.10, 0.61]
Indirekter Effekt	Depression → Unterdrückung → Füttern	ab	0.01	0.01			[-0.01, 0.05]
Hypothese 3.4.							
1	Angst → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.21	0.11	1.85	.068	[-0.02, 0.43]
2	Angst → Unterdrückung	a	0.22	0.32	0.70	.487	[-0.41, 0.85]

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95 % CI
3	Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	0.03	0.04	0.94	.351	[-0.04, 0.10]
4	Angst → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.20	0.12	1.74	.085	[-0.03, 0.43]
Indirekter Effekt	Angst → Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	0.01	0.02			[-0.02, 0.05]
Hypothese 3.5.							
1	Angst → Füttern	c	0.21	0.12	1.85	.068	[-0.02, 0.44]
2	Angst → Unterdrückung	a	0.22	0.32	0.70	.487	[-0.41, 0.85]
3	Unterdrückung → Füttern	b	0.06	0.03	2.30	.023	[0.01, 0.11]
4	Angst → Füttern	c'	0.20	0.12	1.74	.084	[-0.03, 0.43]
Indirekter Effekt	Angst → Unterdrückung → Füttern	ab	0.01	0.02			[-0.03, .07]
Hypothese 3.6.							
1	Stress → Schreien, Quengeln, Schlafen	c	0.31	0.06	4.93	<.001	[0.19, 0.43]
2	Stress → Unterdrückung	a	-0.05	0.17	-0.27	.789	[-0.38, 0.29]
3	Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	b	0.04	0.03	1.32	.189	[-0.02, 0.11]
4	Stress → Schreien, Quengeln, Schlafen	c'	0.31	0.06	4.91	<.001	[0.19, 0.44]
Indirekter Effekt	Stress → Unterdrückung → Schreien, Quengeln, Schlafen	ab	-0.00	0.01			[-0.02, 0.03]
Hypothese 3.7.							
1	Stress → Füttern	c	0.25	0.09	2.93	.004	[0.08, 0.42]
2	Stress → Unterdrückung	a	-0.05	0.17	-0.27	.789	[-0.38, 0.29]
3	Unterdrückung → Füttern	b	0.07	0.02	2.83	.006	[0.02, 0.12]
	Stress → Füttern	c'	0.25	0.09	2.97	.004	[0.09, 0.42]
Indirekter Effekt	Stress → Unterdrückung → Füttern	ab	-0.00	0.02			[-0.03, 0.02]

Anmerkung. Überprüfung der vier Schritte einer Mediationsanalyse nach Baron & Kenny (1986)

Eine post-hoc Analyse mit G*Power (Faul et al., 2020) ergab bei einer mittlerer Effektstärke von $f^2 = 0.15$ wiederum eine Power ($1 - \beta$) von .91. Dementsprechend beträgt die Wahrscheinlichkeit einen in der Population vorhandenen Effekt durch die statistische Testung zu entdecken 91%.

7 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des Forschungsprojektes noch einmal zusammengefasst, die Bedeutung der Erkenntnisse erläutert und vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes interpretiert. Darüber hinaus werden Limitationen der Studie aufgezeigt und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschung gegeben. Abschließend werden Implikationen für die Praxis aufgezeigt.

7.1 Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Das primäre Ziel der Forschungsarbeit war es, den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen zu untersuchen und Wirkmechanismen in diesem Zusammenhang aufzuzeigen. Dabei wurden das elterliche Selbstvertrauen und die elterliche Emotionsregulation als Mediatoren betrachtet. Das elterliche Selbstvertrauen mediierte den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen signifikant. Die elterliche Emotionsregulation fungierte hingegen in diesem Kontext nicht als Mediator. Im Folgenden wird differenzierter auf die Ergebnisse eingegangen.

7.1.1 *Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen*

Beinahe alle Hypothesen, die sich auf die Fragestellung 1 „Besteht ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen?“ bezogen, konnten bestätigt werden. Die elterliche psychische Belastung korrelierte positiv mit frühkindlichen Regulationsproblemen (Hypothese 1.1.). Dies bedeutet, je psychisch belasteter sich Eltern fühlen, desto eher treten frühkindliche Regulationsprobleme auf. Da die Richtung des Zusammenhangs korrelativ nicht ablesbar ist, kann dieser auch in die andere Richtung gehen: Je häufiger frühkindliche Regulationsprobleme auftreten, desto eher zeigt sich eine elterliche psychische Belastung. Dies steht im Einklang mit einer früheren Studie, in der 60% der psychisch belasteten Mütter und 83% der psychisch belasteten Väter von frühkindlichen Regulationsproblemen berichteten (Mara et al., 2010). Bei differenzierterer Betrachtung der Gesamtkonstrukte konnte ein positiver, korrelativer Zusammenhang sowohl zwischen der Depressivität der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen (Hypothese 1.2.) als auch der Depressivität der Eltern und

Fütterschwierigkeiten (Hypothese 1.3.) gefunden werden. Folglich heißt dies, je depressiver sich Eltern fühlen, desto eher zeigen sich frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie im Bereich Füttern oder je häufiger frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie im Bereich Füttern auftreten, desto eher zeigen sich depressive Symptome seitens der Eltern. Diese beiden korrelativen Zusammenhänge decken sich mit zahlreichen früheren Forschungsarbeiten, die einen Zusammenhang zwischen Depression und frühkindlichen Regulationsproblemen aufzeigen (Armitage et al., 2009; Brummelte & Galea, 2016; Bryant-Waugh et al., 2010; Field et al., 2007; Martini et al., 2017; Radesky et al., 2013; Postert et al., 2012). Was die Angst der Eltern betrifft, wurde in dieser Forschungsarbeit ein positiver korrelativer Zusammenhang mit Fütterschwierigkeiten aufgezeigt (Hypothese 1.5.). Das bedeutet, je ängstlicher sich Eltern fühlen, desto eher zeigen sich Fütterschwierigkeiten, sowie, je häufiger Fütterschwierigkeiten auftreten, desto eher zeigen sich ängstliche Symptome seitens der Eltern. Dies geht mit früheren Forschungsergebnissen einher, welche einen Zusammenhang zwischen mütterlichen Angststörungen und kindlichen Regulationsproblemen postulierten (Richter & Reck, 2013). Zwischen elterlicher Angst und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen gefunden wurde hingegen kein korrelativer Zusammenhang gefunden (Hypothese 1.4.). Dies widerspricht früheren Forschungsergebnissen. In einer Studie von Matthies et al. (2017) waren mütterliche Angst-Symptome stark mit frühkindlichen Regulationsproblemen assoziiert. Erklärungsansätze werden im nächsten Absatz diskutiert. Was den elterlichen Stress betrifft, wurde ein positiver, korrelativer Zusammenhang mit frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen (Hypothese 1.6.) sowie im Bereich Füttern (Hypothese 1.7.) gefunden. Das bedeutet, je gestresster sich Eltern fühlen, desto eher zeigen sich frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie im Bereich Füttern und andersherum. Auch diese Zusammenhänge bestätigten früherer Forschungsergebnisse (Schmid et al., 2010).

Die psychische Belastung der Eltern dürfte eine entscheidende Rolle im Kontext von frühkindlichen Regulationsproblemen spielen. Die Richtung des Zusammenhangs ist allein durch korrelative Analysen nicht feststellbar. In der vorliegenden Studie wurde angenommen, dass die psychische Belastung der Eltern eine negative Auswirkung auf frühkindliche Regulationsprobleme hat. Diese Annahme wurde in nachfolgenden Mediationsanalysen überprüft. Elterliche Depressivität sagte frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie im Bereich Füttern signifikant voraus. Ähnliche

Ergebnisse zeigten sich bei elterlichem Stress, welcher ebenso frühkindliche Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie im Bereich Füttern signifikant voraussagte. Ausschließlich die elterliche Angst hatte bei differenzierter Betrachtung der Variablen weder in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen noch im Bereich Füttern einen signifikanten Einfluss auf frühkindliche Regulationsprobleme. Frühe Forschungsergebnisse in Bezug auf die Auswirkungen elterlicher Ängste auf frühkindliche Regulationsprobleme sind nicht eindeutig, wobei einige Studien negative Auswirkungen mütterlicher Ängste (Matthies et al., 2017; Richter & Reck, 2013) zeigen, andere finden hingegen keine Auswirkungen. In vielen Studien werden elterliche Angst-Symptome in Kombination mit depressiven Symptomen erhoben. Es soll im Weiteren genauer darauf eingegangen werden. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie wurde in einer Review-Studie Angst als zeitlich vorausgehender Zustand und somit als potenzieller Risikofaktor für exzessives Schreien postuliert (Petzoldt, 2017). Es gibt ebenso Studien, die wie die vorliegende Studie zwar einen Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und exzessivem Schreien, aber nicht zwischen mütterlichen Ängsten und exzessivem Schreien, aufzeigen (Abacı et al., 2013; Yalçın et al. 2010). Eine Studie von Coulthard und Harris (2003) deutet darauf hin, dass die Angst sowie die Depressivität der Mutter keine vorausgehenden Zustände und damit keine Risikofaktoren für das Auftreten von Fütterungsproblemen, sondern nachfolgende Zustände darstellen. In einer Studie von Petzoldt et al. (2016) wurden frühkindliche Schlafprobleme von depressiven Störungen der Mutter und zusätzlich von komorbiden Angststörungen vorhergesagt. Eine alleinige Angststörung führte nicht zu Schlafproblemen bei Säuglingen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Differenzierung von depressiven und Angst-Symptomen durch eine erhebliche Überschneidung körperlicher und emotionaler Symptome erschwert wird (Heron et al., 2004; Wittchen et al., 2001). Daher kann das Ausmaß, in dem die festgestellten Assoziationen spezifisch dem einen oder dem anderen zugeschrieben werden können, begrenzt sein. Zudem könnten in dieser Stichprobe vor allem Eltern, die eine komorbide Angst- und Depressionssymptomatik aufweisen, eher mit einem erhöhten Auftreten von frühkindlichen Regulationsproblemen konfrontiert sein und vice versa. Daher erscheint es auch sinnvoll, ebenso die allgemeine psychische Belastung der Eltern zu betrachten. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die allgemeine psychische Belastung der Eltern frühkindliche Regulationsprobleme signifikant voraussagte. Die psychische Belastung wurde dabei mittels des Gesamtscores aus depressiven, Angst- und Stress-Symptomen gemessen. Eltern mit einer höheren Ausprägung der allgemeinen psychischen Belastung, weisen somit wahrscheinlich auch eine höher ausgeprägte komorbide Symptomatik auf.

7.1.2 Elterliches Selbstvertrauen

Das elterliche Selbstvertrauen wurde als Mediator im beschriebenen Zusammenhang betrachtet. Die Hypothese 2.1. „*Der Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch elterliches Selbstvertrauen mediiert*“ konnte bestätigt werden. Es konnte eine partielle Mediation aufgezeigt werden. Dies bedeutet, dass das elterliche Selbstvertrauen einen Teil des Effekts der psychischen Belastung der Eltern auf frühkindliche Regulationsprobleme begründet und ein Restanteil durch den direkten Effekt von elterlicher psychischer Belastung auf frühkindliche Regulationsprobleme erklärt wird. Bei differenzierter Betrachtung der Variablen konnte eine vollständige Mediation durch das elterliche Selbstvertrauen im Zusammenhang zwischen der Depressivität der Eltern und frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen sowie Füttern gefunden werden. Dies deutet darauf hin, dass das elterliche Selbstvertrauen den Effekt der Depressivität der Eltern auf frühkindliche Regulationsprobleme vollständig erklärt und die Regulationsprobleme auf das niedrige elterliche Selbstvertrauen im Zuge der depressiven elterlichen Symptomatik zurückzuführen sind. Was den Zusammenhang zwischen Angst und Regulationsproblemen betrifft, konnte ebenso sowohl für Regulationsprobleme in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen als auch für Fütterschwierigkeiten eine vollständige Mediation durch elterliches Selbstvertrauen gefunden werden. Das bedeutet, dass das elterliche Selbstvertrauen den Effekt der Angst der Eltern auf frühkindliche Regulationsprobleme vollständig erklärt und die Regulationsprobleme auf das niedrige elterliche Selbstvertrauen im Zuge der elterlichen Angst-Symptomatik zurückzuführen sind. Der Zusammenhang zwischen Stress und Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Quengeln, Schlafen wurde partiell mediiert. Das bedeutet, dass ein Teil des Effekts durch den Mediator elterliches Selbstvertrauen erklärt wird, ein Restanteil aber durch den direkten Effekt zwischen Stress und Schreien, Quengeln, Schlafen. Der Zusammenhang zwischen Stress und Fütterschwierigkeiten wurde hingegen vollständig durch elterliches Selbstvertrauen mediiert, was darauf hindeutet, dass elterliches Selbstvertrauen den Effekt der elterlichen Stress-Symptomatik auf Fütterschwierigkeiten vollständig erklärt.

Die Ergebnisse, die sich auf das elterliche Selbstvertrauen als Mediator beziehen, stehen im Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Matthies et al. (2017), die darauf hindeuten, dass erhöhte mütterliche Angstsymptome zu einem geringeren mütterlichen Selbstvertrauen führen könnten, was frühe Regulationsprobleme bei Säuglingen begünstigt.

Auf inhaltlicher Ebene ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es verschiedene Operationalisierungen hinsichtlich des Konstrukts elterlichen Selbstvertrauens gibt und möglicherweise nicht immer dasselbe Konstrukt erfasst wurde. Jones und Prinz (2005) zeigten auf, dass vorwiegend drei verschiedene Arten von elterlichem Selbstvertrauen erhoben werden. Eine Art der Erhebung umfasst das allgemeine elterliche Selbstvertrauen, dass sich allgemein auf das Ausmaß bezieht, in dem sich ein Elternteil in seiner Elternrolle kompetent fühlt, ohne sich auf spezifische Elternaufgaben oder einen Teil der Elternschaft zu konzentrieren. Die zweite Art der Erhebung umfasst das aufgabenbezogene elterliche Selbstvertrauen (z.B. bezogen auf Lernaufgaben oder Pflege eines kranken Kindes), welches sich auf die Erziehungsbereiche Disziplin, Wärme, Befriedigung instrumenteller Bedürfnisse und Beaufsichtigung bezieht. Bei der dritten Art der Erhebung wird das elterliche Selbstvertrauen noch enger gefasst und bezieht sich auf Erziehungsbereiche wie Disziplin, Lernförderung oder Kommunikation.

Was den Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und elterlichem Selbstvertrauen betrifft, beziehen sich viele Studien auf psychische Störungsbilder, wobei postpartale Depression, Depressionen und Angststörungen mit einem niedrigeren elterlichen Selbstvertrauen assoziiert waren (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Logsdon et al., 2009; Reck et al., 2012; Teti & Gelfand, 1991; Zietlow et al., 2014). In dieser Studie wird die psychische Gesundheit als Kontinuum betrachtet, dabei wurden klinische sowie subklinische Symptome miteinbezogen. In Übereinstimmung mit früheren Forschungsergebnissen unterstützen diese Ergebnisse die Theorie, dass selbst subklinische Symptome das mütterliche Selbstvertrauen verringern können (Grady & Karraker, 2016; Matthies et al., 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die Bewegung der Eltern auf einem Kontinuum in eine negative Richtung bezogen auf die psychische Belastung eine Bewegung in eine negative Richtung bezogen auf das elterliche Selbstvertrauen zur Folge hat und in weiterer Folge auf frühkindliche Regulationsfähigkeiten. Für zukünftige Forschungsarbeiten wäre eine Betrachtung der psychischen Gesundheit als Kontinuum wesentlich, um die Ergebnisse zu untermauern, dass bereits subklinische Symptome der Eltern negative Auswirkungen auf das elterliche Selbstvertrauen sowie in weiterer Folge auf die Entwicklung des Kindes haben könnten. Mehr Forschungsergebnisse in diese Richtung könnten den Bedarf an präventiven Maßnahmen aufzeigen und ausschlaggebend für einen Ausbau des Hilfsangebots für Eltern sein.

Was den Zusammenhang zwischen elterlichem Selbstvertrauen und frühkindlichen Regulationsproblemen betrifft, deuten frühere Forschungsarbeiten entweder auf einen unidirektionalen Trend hin, dass das mütterliche Selbstvertrauen durch frühkindliche Regulationsprobleme beeinträchtigt wird (Matthies et al., 2017; Ziegler et al., 2004) oder auf einen negativen Feedback-Prozess, bei dem sich frühkindliche Regulationsprobleme und mütterliches Selbstvertrauen gegenseitig verschlechtern (Matthies et al., 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten im Widerspruch zu der ersten Überlegung einen Zusammenhang in die entgegengesetzte Richtung. Die frühkindlichen Regulationsprobleme wurden von einem niedrigeren elterlichen Selbstvertrauen vorhergesagt. Ein negativer Feedback-Prozess kann damit aber nicht ausgeschlossen werden. Der Feedback-Mechanismus könnte in zukünftigen Forschungsarbeiten in das Modell miteinbezogen werden, um einen bidirektionalen Zusammenhang zu untersuchen. Bei Eltern mit geringerem elterlichem Selbstvertrauen könnten Probleme bei der Elternschaft erwartet und als Misserfolg interpretiert werden, was wiederum das elterliche Selbstvertrauen schwächt (Jones & Prinz, 2005).

In dieser Studie wurde das elterliche Selbstvertrauen als Schlüsselrolle aufgezeigt. Ein Teil des Effekts der psychischen Belastung der Eltern auf frühkindliche Regulationsprobleme kann durch ein niedriges elterliches Selbstvertrauen erklärt werden. Das elterliche Selbstvertrauen wurde in früherer Forschung des Öfteren als Schlüsselrolle betrachtet. Teti und Gelfand (1991) zeigten auf, dass das elterliche Selbstvertrauen eine Schlüsselrolle bei der Bestimmung des Erziehungsverhaltens und des psychosozialen Risikos des Kindes spielen könnte. Das mütterliche Selbstvertrauen medierte in der Studie den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kompetenz und Faktoren wie Depression, wahrgenommene Schwierigkeiten des Kindes und soziale Unterstützung. Jones und Prinz (2005) sehen das elterliche Selbstvertrauen als Schlüsselrolle für die Passung zwischen Eltern und Kind an. Sie weisen darauf hin, dass das elterliche Selbstvertrauen meist von anderen Variablen oder Umständen abhängt. Es wird davon ausgegangen, dass das elterliche Selbstvertrauen zunächst einen Einfluss auf das elterliche Verhalten und die Passung zwischen Eltern und Kind hat und in weiterer Folge auf frühkindliche Regulationsprobleme.

7.1.3 Elterliche Emotionsregulation

Als weiterer möglicher Mediator wurde in dieser Studie die elterliche Emotionsregulation betrachtet. Die Hypothese 3.1. „*Der Zusammenhang zwischen elterlicher*

psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen wird durch die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung mediiert“ musste allerdings verworfen werden. Die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung scheint innerhalb der aktuellen Stichprobe nicht in den Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen hineinzuspielen.

Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung nicht zwingendermaßen, wie in unserer Studie angenommen, als maladaptive Strategie fungiert. Die Klassifikation von Emotionsregulationsstrategien in adaptiv versus maladaptiv wird in Fachkreisen kritisch diskutiert. Eine adaptive Emotionsbewältigung hängt einigen Autor:innen zufolge von diversen Kontextbedingungen ab (Cole et al., 2004; Egloff et al., 2006; Ehring et al., 2010). Demnach kann nicht generell beurteilt werden, wie angemessen eine Emotionsregulationsstrategie ist (Cole et al., 2004). Auch wenn die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung in bisheriger Forschung eher maladaptiv erscheint, kann sie aus sozial gut gemeinten Gründen erfolgen und sich als positiv für den Kontakt mit Mitmenschen erweisen (Gross et al., 2006). So kann die Strategie möglicherweise bei frühkindlichen Regulationsproblemen dahingehend eingesetzt werden, um eine positive Eltern-Kind-Interaktion aufrechtzuerhalten. Eltern sind für die emotionale Entwicklung der Kinder von grundlegender Bedeutung, und das Bestreben, die Kinder vor den Auswirkungen der elterlichen negativen Emotionen zu schützen, kann dazu führen, dass Eltern in der Interaktion mit ihren Kindern vermehrt die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung einsetzen (Waters et al., 2020). Der gewohnheitsmäßige Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung durch die Eltern wurde einerseits mit abweisenden Reaktionen auf negative Emotionen der Kinder (Hughes & Gullone, 2010) sowie einer geringeren Reaktionsfähigkeit gegenüber ihren Kindern während der täglichen Interaktionen (Le & Impett, 2016) in Verbindung gebracht. Allerdings gibt es auch Forschungsergebnisse, die im Einklang mit der Idee stehen, dass elterliche Unterdrückung nicht immer negative Konsequenzen für Kinder hat. Eine Studie deutete darauf hin, dass die elterliche Unterdrückung von negativen Emotionen ein konstruktiveres elterliches Verhalten während der Disziplinierung bei Kleinkindern fördern könnte. Insbesondere waren Mütter, die angaben, ihre Emotionen zu unterdrücken, wenn sie ihre Kleinkinder disziplinierten, im Vergleich zu Müttern, die ihre Emotionen weniger unterdrückten, weniger überreagiert (Lorber, 2012). Dementsprechend kann es einem Elternteil gelingen, den Ausdruck negativer Emotionen bei disziplinarischen Begegnungen zu unterdrücken und dadurch besser mit dem Fehlverhalten

seines Kindes umzugehen. Unterdrückung scheint in Disziplinierungssituationen im Vergleich zu anderen Kontexten selektiv eingesetzt zu werden und selektiv relevant zu sein. Dies steht im Einklang mit der Theorie und neuen Erkenntnissen, die darauf hindeuten, dass situative Anforderungen die Regulierungsstrategien beeinflussen (Egloff et al., 2006; Ehring et al., 2010). Möglicherweise könnte die Unterdrückung von negativen Emotionen auch im Kontext von frühkindlichen Regulationsproblemen relevant sein, indem Eltern auf die Schwierigkeiten der Regulationsfähigkeiten der Kinder nicht mit negativen Emotionen reagieren, sondern diese unterdrücken, um besser mit dem Verhalten des Kindes umzugehen. Als Resultat könnte eine positive Eltern-Kind-Interaktion aufrechterhalten werden. Dieser Aspekt wäre für zukünftige Forschungsarbeiten interessant.

Eine weitere mögliche Erklärung für den nicht gefundenen Zusammenhang könnte die Schwierigkeit der Erhebung von Emotionsregulationsstrategien mittels Selbstbeurteilungsfragebögen darstellen. Es stellt sich die Frage, ob die Möglichkeit besteht, über persönliche Emotionsregulationsstrategien zu berichten (Robinson & Clore, 2002), wenn Emotionsregulationsprozesse häufig automatisiert und ohne bewusste Wahrnehmung ablaufen (Gross & John, 2003). Das Wissen über eigene Emotionsregulationsprozesse ist eher implizit als explizit vorhanden (Zeidner et al., 2004) und um sich darüber ein Urteil zu machen, wird metakognitives Denken und ein Wissen über unbewusst ablaufende Prozesse vorausgesetzt (Aldao et al., 2010). Der ERQ erfasst lediglich die Neigung zur Anwendung der Emotionsregulationsstrategien Unterdrückung oder Neubewertung, sofern diese bewusst ist. Die Beantwortung der Items könnte eine Herausforderung für die Proband:innen darstellen. In Folge könnten die Antworten verzerrt sein. Außerdem kann nicht darauf geschlossen werden, wie gut diese Emotionsregulationsstrategien angewandt werden.

7.2 Limitationen

Eine auf die Stichprobe bezogene Limitation stellt die Anzahl der Väter, die an der Studie teilnahmen, dar. Väter waren in der Stichprobe nicht repräsentativ vertreten. Daher ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gruppe der Väter fragwürdig. Es ist wesentlich, die Väter in zukünftige Forschung rund um Themen wie Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft mehr mit einzubeziehen und als wesentliche Komponente im Familienleben zu betrachten. Studienergebnisse zeigen, dass auch die väterliche psychische Belastung eine Auswirkung auf die Psychopathologie des Kindes hat und mit einer dysfunktionalen Vater-Kind-Interaktion assoziiert ist (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Die Rekrutierung der

Proband:innen unserer Studie erfolgte durch Plakate und Flyer, die in Eltern-Kind-Zentren sowie ärztlichen und psychologischen Praxen aufgelegt wurden sowie über soziale Medien. Möglicherweise werden dadurch vorwiegend Mütter erreicht, da diese während des ersten Lebensjahrs häufig die Hauptversorgung des Kindes übernehmen. Besuche in Praxen oder Eltern-Kind-Zentren sowie der Austausch auf sozialen Medien wird eventuell trotz der wandelnden Vaterrolle eher von Müttern praktiziert. Daraus könnte auch resultieren, dass Mütter sich eher angesprochen fühlen und eher an der Studie teilnehmen als Väter. Rekrutierungsbemühungen in zukünftigen Forschungsarbeiten sollten gezielt Vater-Kind-Gruppen oder Gruppen in sozialen Medien, die sich ausschließlich auf Väter beziehen, miteinschließen, um eine bessere Erreichbarkeit der Väter zu erzielen. Ein weiterer Punkt, der sich auf die Stichprobe bezieht, ist die Überrepräsentation von Eltern in hohen Bildungsschichten. 67% der Proband:innen absolvierten ein Hochschulstudium. Die Ergebnisse der Studie können daher nicht auf alle Bildungsschichten übertragen werden.

Da es sich bei dieser Studie um ein querschnittliches Forschungsdesign handelt, dürfen keine kausalen Schlüsse gezogen werden. Die zeitliche Vorgeordnetheit ist nicht gegeben und auf die Richtung der Zusammenhänge kann nicht eindeutig geschlossen werden. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten Längsschnittstudien mit verschiedenen Messzeitpunkten in Betracht ziehen. Ein Messzeitpunkt vor der Geburt des Säuglings wäre dahingehend interessant, zu erheben, welche Erwartungen die Eltern mitbringen, und um pränatale psychische Belastungen zu eruieren. Die Erhebung der Daten erfolgte in der vorliegenden Studie mittels standardisierter Selbstbeurteilungsfragebögen. Es gibt Studienergebnisse, die aufzeigen, dass depressive Symptome die Wahrnehmung von frühkindlichen Regulationsfähigkeiten beeinflussen und daraus verzerrte Antworten resultieren könnten (Golik et al., 2013). Demgegenüber werden in einer Studie von Popp et al. (2016) mütterliche Einschätzungen der kindlichen Regulationsfähigkeit als reliabel und valide gesehen. Zukünftige Forschungsarbeiten könnten objektivere Messungen, wie Verhaltensbeobachtungen oder Tagebuchstudien, miteinbeziehen. Zudem könnte die Covid-19-Pandemie die Ergebnisse der Studie einschränken, da die Daten während der Pandemie erhoben wurden. Aktuelle Studien deuten auf einen Anstieg der depressiven und ängstlichen Symptomatik durch die Pandemie in der Allgemeinbevölkerung hin (Kaiser et al., 2020). Die Covid-19-Pandemie könnte ausschlaggebend für eine höhere Einschätzung der psychischen Belastung sein.

Ein weiterer Punkt, der sich auf die statistischen Analysen bezieht, ist die hohe Fehleranfälligkeit, die sich durch die große Anzahl an statistischen Tests ergibt. Es besteht ein

erhöhtes Risiko, dass signifikante Ergebnisse vorliegen, obwohl in Wirklichkeit keine Effekte vorliegen. Es wurde mittels einer Bonferroni-Korrektur einer Alpha-Fehler-Kumulierung entgegengesteuert. Das Gesamtrisiko für den Fehler 1. Art beträgt dadurch nur insgesamt 5% und signifikante Ergebnisse sind nicht mehr so häufig auf Zufallseinflüsse zurückzuführen. Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass Drittvariablen die Zusammenhänge beeinflusst haben. In dieser Studie wurden zwar verschiedene mögliche weitere Prädiktoren, wie Komplikationen innerhalb der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie Fehlgeburt, erhoben, allerdings im Zuge dieser Arbeit nicht in die statistischen Analysen miteinbezogen. Als Risikofaktoren für frühkindliche Regulationsprobleme werden zudem elterliche Belastungen wie Verlust- und Gewalterfahrungen, Substanzmissbrauch, soziale Isolation, Partnerschaftskonflikte sowie pränataler Stress und Ängste beschrieben (Benz & Scholtes, 2015). Diese sollten in zukünftigen Forschungsarbeiten zu frühkindlichen Regulationsproblemen mitberücksichtigt werden.

7.3 Konklusion und Implikationen für die Praxis

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vorliegende Studie gezeigt hat, dass das elterliche Selbstvertrauen eine wichtige Rolle als Mediator im Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen spielt. Insbesondere zeigte sich, dass die psychische Belastung der Eltern in signifikantem Maße ein niedrigeres elterliches Selbstvertrauen voraussagte, was wiederum zu mehr regulativen Problemen bei ihren Säuglingen führte. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass eine Notwendigkeit besteht, Eltern in ihrem elterlichen Selbstvertrauen zu fördern. Eine Erhöhung des elterlichen Selbstvertrauens könnte zu einer Verringerung der psychopathologischen Symptome des Säuglings hinsichtlich der Regulationsfähigkeit führen. Als Konsequenz sollte in der Eltern-Kind-Beratung und in therapeutischen Einrichtungen das elterliche Selbstvertrauen erhoben, gestärkt und Eltern in ihrem Glauben an ihre intuitiven elterlichen Kompetenzen bestärkt werden. Es ist wichtig, mehr psychoedukative Programme, die speziell auf das Selbstvertrauen der Eltern abzielen, sowohl im kommunalen als auch im klinischen Umfeld zu etablieren. Eine Aufklärung über kindliche Entwicklungsschritte kann verunsicherten Eltern bereits helfen. Künftige Präventions- und Interventionsprogramme sollten den frühkindlichen Regulationsproblemen besondere Aufmerksamkeit schenken, insbesondere in Familien mit Eltern, die Probleme bezüglich ihrer psychischen Gesundheit aufzeigen.

8 Literaturverzeichnis

- Abacı, F. B., Gökçe, S., Tuygun, N., Karacan, C. D., & Öner, Ö. (2013). Psychosocial status and quality of life in mothers of infants with colic. *The Turkish journal of pediatrics*, 55(4), 391–395.
- Abler, B. & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire - Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144–152. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.3.144>
- Ainsworth, M. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.) (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S.414–421). Klett-Cotta.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag.
- Arbuckle, J. L. (2021a). *Amos (27.0) [Software]*. IBM SPSS.
- Arbuckle, J. L. (2021b). *Amos 27.0 user's guide*. IBM SPSS.
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J. & Marcus, S. (2009). Early developmental changes in sleep in infants: The impact of maternal depression. *Sleep*, 32(5), 693–696. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.693>
- Babb, J. A., Deligiannidis, K. M., Murgatroyd, C. A., & Nephew, B. C. (2015). Peripartum depression and anxiety as an integrative cross domain target for psychiatric preventative

- measures. *Behavioural Brain Research*, 276, 32–44.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.03.039>.
- Beck, C. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction. *Nursing Research*, 44(5), 298–305. <https://doi.org/10.1097/00006199-199509000-00007>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., Kaminer, T., Feldstein, S. & Andrews, H. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self- and interactive contingencies. *Developmental Psychology*, 43(6), 1360–1376. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1360>
- Benz, M., & Scholtes, K. (2015). Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise. In M. Cierpka (Hrsg.), *Regulationsstörungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern* (S. 1-14). Springer.
- Bloom, K., & Lips, H. M. (1988, April). *New scale of maternal selfconfidence* [Konferenzbeitrag]. International Conference on Infant Studies, Washington, DC.
- Bonanno, G. A. & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Breeman, L. D., Jaekel, J., Baumann, N., Bartmann, P., Bäuml, J. G., Avram, M., Sorg, C. & Wolke, D. (2018). Infant regulatory problems, parenting quality and childhood attention problems. *Early Human Development*, 124, 11–16.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.07.009>
- Bridges, L. J., Denham, S. A. & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340–345.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x>
- Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S. & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological Bulletin*, 141(3), 602–654. <https://doi.org/10.1037/a0038662>

- Brummelte, S. & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, NA. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R. & Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 324–332. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9768-4>
- Burstein, M., Ginsburg, G. S. & Tein, J. Y. (2010). Erratum to: Parental anxiety and child symptomatology: An examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(7), 895. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9455-5>
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 542-559). Guilford Press.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Zero to Three Press.
- Cierpka, M. (2015). *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern*. Springer.
- Cierpka, M. (2016). *Regulatory disorders in infants*. Springer.
- Cierpka, M., Loetz, S., Cierpka, A. (2002). Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. In M., Wirsching, P., Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie*. (S. 553-564). Springer.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.3.316>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Ethodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Coulthard, H. & Harris, G. (2003). Early food refusal: The role of maternal mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 335–345. <https://doi.org/10.1080/02646830310001622097>
- d’Acremont, M. & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Dale, L. P., O’Hara, E. A., Keen, J. & Porges, S. W. (2011). Infant regulatory disorders: temperamental, physiological, and behavioral features. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(3), 216–224. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3181e32c4f>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2016). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6. Aufl.). Hogrefe.
- Dubber, S., Reck, C., Muller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 187–195. <http://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Edwards, E. S., Holzman, J. B., Burt, N. M., Rutherford, H. J., Mayes, L. C. & Bridgett, D. J. (2017). Maternal emotion regulation strategies, internalizing problems and infant negative affect. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 48, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.12.001>
- Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L. R. & Schwerdtfeger, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: Associations with negative affect, anxiety

- expression, memory, and physiological responding. *Emotion*, 6(3), 356–366. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.356>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563–572. <https://doi.org/10.1037/a0019010>
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943–955. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2020). *G*Power* (3.1.9.6) [Software]. <http://gpower.hhu.de/>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 329–354. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.002>
- Flanagan, T. J., White, H. & Carter, B. G. (2011). Differential impairments in emotion face recognition in postpartum and nonpostpartum depressed women. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 314–318. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.021>
- Flykt, M., Kanninen, K., Sinkkonen, J. & Punamäki, R. L. (2010). Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19(5), 530–550. <https://doi.org/10.1002/icd.679>

- Golik, T., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M., Sivan, Y. & Tauman, R. (2013). Maternal cognitions and depression in childhood behavioral insomnia and feeding disturbances. *Sleep Medicine*, 14(3), 261–265. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.025>
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., & Freeman, M. (2014). Calm pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387. <http://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Grady, J. S. & Karraker, K. (2016). Mother and child temperament as interacting correlates of parenting sense of competence in toddlerhood. *Infant and Child Development*, 26(4), e1997. <https://doi.org/10.1002/icd.1997>
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson & J. N. Hughes (Hrsg.), *Emotion regulation in couples and families:*

- Pathways to dysfunction and health* (S. 13–35). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11468-001>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3-24). Guilford Press.
- Groß, S., Reck, C., Thiel-Bonney, C. & Manfred Cierpka, M. (2013). Empirische Grundlagen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(5), 327–347.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.5.327>
- Grüters, A., Kuntze, L., Lehmkuhl, U., Lenz, K., Seither, C., Titze, K., Wiefel, A., Winter, M. & Witte, B. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0–5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(1), 59–81. <https://doi.org/10.13109/prkk.2007.56.1.59>
- Gunzenhauser, C., Fäsche, A., Friedlmeier, W. & von Suchodoletz, A. (2014). Face it or hide it: parental socialization of reappraisal and response suppression. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00992>
- Han, Z. R. & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(5), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0353-7>
- Han, Z. R., Lei, X., Qian, J., Li, P., Wang, H. & Zhang, X. (2016). Parent and child psychopathological symptoms: the mediating role of parental emotion dysregulation. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(3), 161–168.
<https://doi.org/10.1111/camh.12169>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2. Aufl.) The Guilford Press.
- Hayes, A.F. (2021). *Process* (4.0) [Software]. IBM SPSS.

- Hemmi, M. H., Wolke, D. & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>
- Henry, J. D. & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505x29657>
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Hofacker, N. v., Lehmkuhl, U., Resch, A., Papoušek, M., Barth, R., Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3 Jahre). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. Aufl., S. 357-392). Deutscher Ärzte Verlag.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(1), 31–43. <https://doi.org/10.1080/014608601300035580>
- Hughes, E. K. & Gullone, E. (2010). Reciprocal relationships between parent and adolescent internalizing symptoms. *Journal of Family Psychology*, 24(2), 115–124. <https://doi.org/10.1037/a0018788>
- IBM Corp (2020). *IBM SPSS Statistics for Mac* (27.0) [Software].
- Jaekel, J., Wolke, D. & Chernova, J. (2012). Mother and child behaviour in very preterm and term dyads at 6 and 8 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(8), 716–723. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04323.x>

- Jenkins, J. M., & Oatley, K. (1998). The development of emotion schemas in children: Processes that underlie psychopathology. In W. F. Flack & J. D. Laird (Hrsg.), *Emotions in psychopathology: Theory and research* (S. 45–56). Oxford University Press.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 351-372). Guilford Press.
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kaiser, T., Lück, I., Feldmann, M., Hamm, A. & Brakemeier, E. L. (2020). Fostering compliance with social distancing by interactive feedback in the context of the COVID-19 pandemic: Evidence from the CorDis study. *Journal of Medical Internet Research*. [Online-Publikation] <https://doi.org/10.2196/preprints.24847>
- Kaitz, M. & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570–597. <https://doi.org/10.1002/imhj.20069>
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 418–434. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.418>
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Hogrefe Verlag.
- Kunseler, F. C., Oosterman, M., de Moor, M. H. M., Verhage, M. L. & Schuengel, C. (2016). Weakened resilience in parenting self-efficacy in pregnant women who were abused in childhood: An experimental test. *Plos One*, 11(2), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141801>

- Le, B. M. & Impett, E. A. (2016). The costs of suppressing negative emotions and amplifying positive emotions during parental caregiving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(3), 323–336. <https://doi.org/10.1177/0146167216629122>
- Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey* (3.1.06) [Software]. <https://www.soscisurvey.de>
- Lieberz, K., Franz, M., & Schepank, H. (2011). Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf - Die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(7), 295. <https://doi.org/10.4414/sanp.2011.02308>
- Loch, N., Hiller, W. & Withhöft, M. (2011). Der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 94–106. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000079>
- Logsdon, M. C., Wisner, K. & Hanusa, B. H. (2009). Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *Journal of Women's Health*, 18(1), 85–90. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0635>
- Lomanowska, A., Boivin, M., Hertzman, C. & Fleming, A. (2015). Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience*, 342, 120–139. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.029>
- Lorber, M. F. (2012). The role of maternal emotion regulation in overreactive and lax discipline. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 642–647. <https://doi.org/10.1037/a0029109>
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Mara, L., Kribs, A., Roth, B., (2010). Untersuchung über den Zusammenhang von elterlicher Traumatisierung und Depressivität nach einer Frühgeburt und der Entwicklung von kindlichen Regulationsstörungen, *Klinische Pädiatrie*, 222. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1261380>
- Marik, M. & Stegemann, T. (2016). Introducing a new model of emotion dysregulation with implications for everyday use of music and music therapy. *Musicae Scientiae*, 20(1), 53–67. <https://doi.org/10.1177/1029864915622055>
- Marinovic, M. & Seiffge-Krenke, I. (2016). Depressive Väter. *Psychotherapeut*, 61(6), 499–506. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0132-1>
- Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E. & Wittchen, H. U. (2017). Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Human Development*, 115, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.08.005>
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N. & Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 752–760. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000121065.29744.d3>
- Matthies, L. M., Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Plewniok, K., Feller, S., Sohn, C., Wallwiener, M. & Reck, C. (2017). Maternal self-confidence during the first four months postpartum and its association with anxiety and early infant regulatory problems. *Infant Behavior and Development*, 49, 228–237. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.011>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284–302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>

- Merkitch, K. G., Jonas, K. G. & O'Hara, M. W. (2017). Modeling trait depression amplifies the effect of childbearing on postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 223, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.017>
- Moretti, M. M. & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.015>
- Müller, M., Zietlow, A. L., Tronick, E. & Reck, C. (2015). What dyadic reparation is meant to do: An association with infant cortisol reactivity. *Psychopathology*, 48(6), 386–399. <https://doi.org/10.1159/000439225>
- Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247–259. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.247>
- Murray, L. & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253–260. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004564>
- Nilges, P. & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Der Schmerz*, 29(6), 649–657. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0019-z>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Papoušek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 77-110). Huber Verlag.
- Papoušek, M. (2005). Regulatory disorders in early childhood. Family physician counseling for crying, sleeping and feeding disorders. *MMW Fortschr Med*, 147, 32-38.
- Papoušek, M., Scholtes, K., Rothenburg, S., von Hofacker, N. & Cierpka, M. (2009). Ein- und Durchschlafstörungen in den ersten beiden Lebensjahren. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(5), 483–492. <https://doi.org/10.1007/s00112-009-2003-0>

- Pauen, S., Frey, B., & Ganser, L. (2014). Entwicklungspsychologie in den ersten Lebensjahren. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (S. 22-38). Springer.
- Petzoldt, J. (2017). Systematic review on maternal depression versus anxiety in relation to excessive infant crying: it is all about the timing. *Archives of Women's Mental Health*, 21(1), 15–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0771-4>
- Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Einsle, F. & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 231–245. <https://doi.org/10.1111/cch.12292>
- Popp, L., Fuths, S., Seehagen, S., Bolten, M., Gross-Hemmi, M., Wolke, D. & Schneider, S. (2016). Inter-rater reliability and acceptance of the structured diagnostic interview for regulatory problems in infancy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0107-6>
- Postert, C., Averbek-Holocher, M., Achtergarde, S., Müller, J. M. & Furniss, T. (2012). Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 173–186. <https://doi.org/10.1002/imhj.20338>
- Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A., Lengua, L. J. & Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), e1857–e1864. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3316>
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Reck, C. (2012). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0–3* (S. 302-309). Springer.

- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J. & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35(2), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.005>
- Richter, D., Krämer, M. D., Tang, N. K. Y., Montgomery-Downs, H. E. & Lemola, S. (2019). Long-term effects of pregnancy and childbirth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers. *Sleep*, 42(4), 1–10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz015>
- Richter, N. & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 498–506. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.04.007>
- Riecher-Rössler, A. (2012). Depressionen in der Postpartalzeit. In A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 52-60). Karger Verlag.
- Robinson, M. D. & Clore, G. L. (2002). Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin*, 128(6), 934–960. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.934>
- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L. & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and personality psychology compass*, 5(6), 359–371. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x>
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K. & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- Rutter, M., Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 226–261. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01557.x>
- Salis, B. (2016). *Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst* (2. Aufl.). Mabuse.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H. & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2324–2336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x>

- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99(2), 286–290. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01572.x>
- Scholtes, K., Benz, M., Demant, H. (2012). Schlafstörungen im Kindesalter. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 199-218). Springer.
- Silberg, J. L., Maes, H. & Eaves, L. J. (2012). Unraveling the effect of genes and environment in the transmission of parental antisocial behavior to children's conduct disturbance, depression and hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 668–677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02494.x>
- Singley, D. B. & Edwards, L. M. (2015). Men's perinatal mental health in the transition to fatherhood. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(5), 309–316. <https://doi.org/10.1037/pro0000032>
- Stanley, C., Murray, L. & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother–infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Development and Psychopathology*, 16(1), 1–18. <https://doi.org/10.1017/s0954579404044384>
- Stifter, C. A. & Bono, M. A. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother--infant attachment. *Child: Care, Health and Development*, 24(5), 339–351. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00088.x>
- Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D. & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 507–520. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0223-8>
- Task Force on Research Diagnostic Criteria (2003). Research Diagnostic Criteria for Infants and Preschool Children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1504–1512. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00018>

- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918–929. <https://doi.org/10.2307/1131143>
- Tietz, A., Zietlow, A. L. & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433–442. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714>
- Veskrna, L. (2010). Peripartum depression – does it occur in fathers and does it matter? *Journal of Men's Health*, 7(4), 420–430. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.10.004>
- Vohs, K. D. & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: A resource-depletion approach. *Psychological Science*, 11(3), 249–254. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00250>
- von Gontard, A., Möhler, E., Bindt, C., Borg-Laufs, M., Freiburger, E. & Hermann, J. (2015, 26. September). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter*. AWMF online. <https://silo.tips/download/awmf-register-nr-028-041-klasse-s2k-2>
- von Kries, R., Kalies, H. & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(5), 508–511. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.5.508>
- Waters, S. F., Karnilowicz, H. R., West, T. V. & Mendes, W. B. (2020). Keep it to yourself? Parent emotion suppression influences physiological linkage and interaction behavior. *Journal of Family Psychology*, 34(7), 784–793. <https://doi.org/10.1037/fam0000664>
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421–435.
- Winsper, C. & Wolke, D. (2014). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 831–843. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9813-1>

- Wittchen, H. U., Schuster, P. & Lieb, R. (2001). Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder: clinical curiosity or pathophysiological need? *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16(S1), 21–30. <https://doi.org/10.1002/hup.267>
- Wurmser, H. (2009). Schrei-, Schlaf- und Fütterstörung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(6), 574–579. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1895-4>
- Wurmser, H., Papoušek, M. (2010). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 49–76). Hans Huber Verlag.
- Wurmser, H., Papoušek, M. & von Hofacker N. (2004). Langzeitrisiken persistierenden exzessiven Säuglingsschreiens. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 311–338). Hans Huber Verlag.
- Yalçın, S. S., Örün, E., Mutlu, B., Madendağ, Y., Sinici, N., Dursun, A., Ozkara, H. A., Ustünyurt, Z., Kutluk, E. & Yurdakök, K. (2010). Why are they having infant colic? A nested case-control study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(6), 584–596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2010.01150.x>
- Zahn-Waxler, C., Duggal, S., & Gruber, R. (2002). Parental psychopathology. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting* (S. 295–327). Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother–infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing & Health*, 14(4), 279–286. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140406>
- Zeidner, M., Roberts, R. D. & Matthews, G. (2004). The emotional intelligence bandwagon: Too fast to live, too young to die? *Psychological Inquiry*, 15(3), 239–248. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_04
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition* (DC: 0–3R). Zero to Three Press.

- Zhao, X., Lynch, J. G. & Chen, Q. (2010). Reconsidering baron and kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206. <https://doi.org/10.1086/651257>
- Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., Papousek M. (2004). Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 111-143). Huber Verlag.
- Zietlow, A. L., Schlüter, M. K., Nonnenmacher, N., Müller, M. & Reck, C. (2014). Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: The role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 1873–1880. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1431-1>

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Pfadmodelle einer einfachen Mediation.....	33
Abbildung 2. Pfadmodelle der Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit elterlichem Selbstvertrauen als Mediator	38
Abbildung 3. Pfadmodelle der Mediationsanalyse als lineares Strukturgleichungsmodell mit Unterdrückung als Mediator.....	42

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Skalenmittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenzen der Skalen.	34
Tabelle 2: Interkorrelation aller Variablen.....	34
Tabelle 3: Spearman-Korrelationen	35
Tabelle 4: Einfache Mediationen mit elterlichem Selbstvertrauen	39
Tabelle 5: Einfache Mediationen mit Unterdrückung.....	43

11 Anhang

Anhang A

Zusammenfassung

Die Regulationsfähigkeit des Säuglings stellt einen wichtigen Meilenstein in der frühen Kindheit dar. Als Risikofaktoren für frühkindliche Regulationsprobleme werden mehrere Variablen diskutiert. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Zusammenhang zwischen der elterlichen psychischen Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen aufzuklären und zu untersuchen, inwiefern das elterliche Selbstvertrauen und die elterliche Emotionsregulation in diesen Zusammenhang hineinspielen. Dazu wurden 112 Eltern von Säuglingen im Alter von 3 bis 12 Monaten rekrutiert. Die querschnittliche Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Selbstbeurteilungsfragebögen: psychische Belastung (DASS-21), elterliches Selbstvertrauen (MSCS), elterliche Emotionsregulation (ERQ) und frühkindliche Regulationsprobleme (SFS). Als Resultat zeigte sich, dass das elterliche Selbstvertrauen den Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und frühkindlichen Regulationsproblemen signifikant mediierte. Die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung fungiert hingegen nicht als Mediator in diesem Zusammenhang. Diese Studie hebt die Relevanz der Implementierung der Erfassung und Stärkung des elterlichen Selbstvertrauens in präventiven Therapieansätzen hervor. Das elterliche Selbstvertrauen könnte eine Schlüsselrolle spielen und letztlich zu einer gelungen Eltern-Kind-Interaktion beitragen.

Schlüsselwörter: Frühkindliche Regulationsprobleme, elterliches Selbstvertrauen, elterliche Emotionsregulation, elterliche psychische Belastung

Abstract

The infant's ability to regulate represents an important milestone in early childhood. Several variables are discussed as risk factors for early childhood regulatory problems. The aim of the present study was to elucidate the association of parental psychological distress and early childhood regulatory problems and to examine the extent to which parental self-confidence and parental emotion regulation are important for this relationship. For this purpose, 112 parents of infants aged 3 to 12 months were recruited. Cross-sectional data collection was conducted using standardized self-report questionnaires: psychological distress (DASS-21), parental self-confidence (MSCS), parental emotion regulation (ERQ) and early childhood regulation problems (SFS). As a result, parental self-confidence was found to significantly mediate the association of parental psychological distress and early childhood regulation problems. In contrast, the emotion regulation strategy suppression does not act as a mediator in this context. This study highlights the relevance of implementing the assessment and enhancement of parental self-confidence in preventive therapy approaches. Parental self-confidence could play a key role and ultimately contribute to successful parent-child interactions.

Keywords: early regulatory problems, parental self-efficacy, parental emotion regulation, parental psychological distress

Anhang B

Soci-Survey Fragebogen – Demographische Daten

Sehr geehrte Teilnehmer:innen,

vielen Dank für Ihr Interesse an der wissenschaftlichen Studie zum Thema „elterliches Wohlbefinden & kindliches Verhalten“. Diese Online-Erhebung wird im Rahmen eines Forschungsprojektes des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) durchgeführt.

ZUM FORSCHUNGSPROJEKT

Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen elterlichem Wohlbefinden und frühkindlichen Regulationsproblemen (Schreien, Schlafen, Füttern) zu untersuchen. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Es ist uns ein zentrales Anliegen, Implikationen für die Praxis abzuleiten, damit Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern besser unterstützt werden können.

ZUM FRAGEBOGEN

Der Fragebogen richtet sich an alle Mütter und/oder Väter von Säuglingen im Alter von 3-12 Monaten, egal ob Probleme vorhanden sind oder nicht. Der Fragebogen beinhaltet unter anderem Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen und Empfindungen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden. Die Durchführung dauert in etwa 20 Minuten.

VERTRAULICHKEIT DER DATEN

Die vorliegende Studie unterliegt den aktuellen Bestimmungen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Alle Daten werden vertraulich behandelt und anonym erhoben sowie ausgewertet, d.h. ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich. Nur die an dem Forschungsprojekt mitwirkenden Personen besitzen Zugang zu diesen Daten und unterliegen der Schweigepflicht.

FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig, Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen ohne, dass Sie dadurch Nachteile erfahren. Mit einem Klick auf die untenstehende Einverständniserklärung bestätigen Sie Ihre Freiwilligkeit der Teilnahme und dass Sie die Richtlinien zur Vertraulichkeit gelesen haben.

KONTAKT

Sollten Sie im Zusammenhang mit dieser Studie noch weitere Fragen haben, dürfen Sie sich jederzeit an uns unter folgender E-Mail-Adresse wenden: elternschaft.kpkj@univie.ac.at.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp (Projektleitung)

Univ.-Ass. Dr. Slava Dantchev (Studienleitung)

Sarah Schuh, BSc (Projektassistentin)

Ich bin einverstanden und möchte bei der Studie teilnehmen. Nein Ja

Bitte auswählen

Ich bin Mutter oder Erziehungsberechtigte eines Säuglings im Alter von 3-12 Monaten.

Ich bin Vater oder Erziehungsberechtigter eines Säuglings im Alter von 3-12 Monaten.

Ich bin kein Elternteil oder Erziehungsberechtigte:r eines Säuglings im Alter von 3-12 Monaten.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind?

Biologische Mutter

Stiefmutter

Adoptivmutter

Pflegemutter

In einem anderen Verhältnis, nämlich: _____

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind?

Biologischer Vater

Stiefvater

Adoptivvater

Pflegevater

In einem anderen Verhältnis, nämlich: _____

Zunächst bitten wir Sie um einige demographische Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Kind. Die Fragen bezüglich Ihres Kindes beziehen sich immer auf den Säugling im Alter von 3-12 Monaten.

Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

Wie alt ist Ihr Kind?

_____ Monate

Was ist das Geschlecht Ihres Kindes?

Männlich

Weiblich

Divers

In welchem Land leben Sie?

Österreich

Deutschland

Schweiz

Anderes Land, nämlich: _____

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

Kein Schulabschluss

Pflichtschulabschluss

Mittlere Reife

Abgeschlossene Lehre

Gymnasium (Matura, Abitur)

Hochschulstudium

Anderer Abschluss, nämlich: _____

Welche Kategorie beschreibt Ihre aktuelle Lebenssituation?

in Ausbildung

erwerbstätig in Vollzeit

erwerbstätig in Teilzeit

erwerbstätig in Kurzarbeit

arbeitslos / arbeitssuchend

pensioniert / berentet

Sonstiges: _____

Sind Sie in einer Partnerschaft? Nein Ja

Wenn ja, wie glücklich würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

Sehr unglücklich

Unglücklich

Eher unglücklich

Eher glücklich

Glücklich

Sehr glücklich

Sind Sie alleinerziehend? Nein Ja

Es folgen nun Fragen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Wenn Ihnen die offenen Fragen zu persönlich erscheinen, ist keine genauere Antwort erforderlich.

Haben oder hatten Sie irgendwelche körperlichen Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche körperlichen Erkrankungen? _____

Leiden Sie aktuell unter einer psychischen Störung? Nein Ja

Ist bei Ihnen eine psychische Störung diagnostiziert worden? Nein Ja

Falls ja, welche Diagnose? _____

Wann wurde diese festgestellt? _____

Hatte oder hat Ihr Kind eine körperliche Erkrankung? Nein Ja

Wenn ja, welche körperlicher Erkrankung? _____

Es folgen Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und frühen Elternschaft.

Wenn Ihnen die offenen Fragen zu persönlich erscheinen, ist keine genauere Antwort erforderlich.

War die Schwangerschaft geplant? Nein Ja

Sind Sie während der Schwangerschaft psychisch belastenden Ereignissen ausgesetzt gewesen? Nein ja

Wenn ja, welche psychisch belastenden Ereignisse? _____

Sind in der Schwangerschaft Komplikationen aufgetreten? Nein Ja

Wenn ja, welche Schwangerschaftskomplikationen? _____

Ist Ihr Kind zu früh zur Welt gekommen (vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche)? Nein Ja

Sind während der Geburt Komplikationen aufgetreten? Nein Ja

Wenn ja, welche Geburtskomplikationen? _____

Waren Sie nach der Geburt psychisch belastenden Ereignissen ausgesetzt? Nein Ja

Wenn ja, welchen psychisch belastenden Ereignissen? _____

Stillen Sie Ihr Kind? Nein Ja **Falls Sie nicht stillen, haben Sie jemals gestillt?** Nein Ja

Anhang C

Studienflyer



universität
wien



**Teilnehmende für
Online-Studie gesucht:**
Mütter und/oder Väter
von Säuglingen im Alter
von 3-12 Monaten

elterliches Wohlbefinden
&
kindliches Verhalten

Hier geht
es zur
Online-Umfrage

Dauer:
circa
20 Minuten



https://www.soscsurvey.de/elternschaft_kpkj_2021/

ZUM FORSCHUNGSPROJEKT

Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen elterlichem Wohlbefinden und frühkindlichen Regulationsproblemen (Schreien, Schlafen, Füttern) zu untersuchen. Die Online-Umfrage richtet sich an alle Mütter und/oder Väter von Säuglingen im Alter von 3-12 Monaten, egal ob Probleme vorhanden sind oder nicht. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Es ist uns ein zentrales Anliegen, Implikationen für die Praxis abzuleiten, damit Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern besser unterstützt werden können.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an das Forschungsteam wenden.
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters
Fakultät für Psychologie, Universität Wien

E-Mail: elternschaft.kpkj@univie.ac.at

Anhang D

Anschreiben Foren und Gruppen

Liebe Eltern,

im Rahmen des Forschungsprojektes „elterliches Wohlbefinden & kindliches Verhalten“ werden Mütter und/oder Väter von Säuglingen im Alter von 3-12 Monaten für eine 20-minütige Online-Umfrage gesucht.

Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen elterlichem Wohlbefinden und frühkindlichen Regulationsproblemen (Schreien, Schlafen, Füttern) zu untersuchen. Mit Hilfe der Ergebnisse sollen Eltern von Säuglingen und Kleinkindern in Zukunft besser unterstützt werden.

Auf dem Studienflyer finden sich noch einmal die wesentlichen Informationen zusammengefasst sowie Link bzw. QR-Code für den Zugang zum Online-Fragebogen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung, Sarah Schuh, i.V. für die Arbeitsgruppe *Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters* an der Fakultät für Psychologie, Universität Wien

Anhang E

E-Mail Anschreiben für ärztliche und psychologische Praxen sowie Eltern-Kind-Zentren

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Forschungsprojektes „elterliches Wohlbefinden & kindliches Verhalten“ des *Arbeitsbereiches Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters* (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) benötigen wir dringend die Unterstützung von ärztlichen und psychologischen Praxen bzw. Eltern-Kind-Zentren.

Zum Forschungsprojekt

Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen elterlichem Wohlbefinden und frühkindlichen Regulationsproblemen (Schreien, Schlafen, Füttern) zu untersuchen. Die Studie richtet sich an Mütter und/oder Väter von Säuglingen im Alter von 3-12 Monaten. Es ist uns ein zentrales Anliegen, Implikationen für die Praxis abzuleiten, damit Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern besser unterstützt werden können.

Wie können Sie helfen?

Da wir für ein aussagekräftiges Ergebnis eine große Stichprobe an teilnehmenden Eltern benötigen, würden Sie unser Forschungsprojekt immens vorantreiben, wenn Sie ein Plakat bzw. Flyer (siehe Anhang) in Ihrer Praxis oder im Eltern-Kind-Zentrum aufhängen bzw. auflegen könnten.

Bei Interesse stellen wir gerne das Forschungsprojekt persönlich in Eltern-Kind-Gruppen vor.

Wir würden uns freuen, wenn wir Plakate und/oder Flyer bei Ihnen vorbeibringen können.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung,
Sarah Schuh

i.V. für die Arbeitsgruppe *Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters* an der Fakultät für Psychologie, Universität Wien

Anhang F

Leitfaden zur telefonischen Rekrutierung

1. **Vorstellen:** Name, Student:in an der Universität Wien
2. **Grund des Anrufs:** Wir suchen nach Teilnehmer:innen für das Forschungsprojekts „elterliches Wohlbefinden & kindliches Verhalten“ und brauchen dafür dringend die Unterstützung von verschiedenen Praxen und Eltern-Kind-Zentren.
3. **Fuß in die Tür:** Haben Sie einen Moment Zeit, damit ich Ihnen das Projekt vorstellen kann? Es dauert maximal 5 Minuten und Sie würden sehr helfen ein wichtiges Forschungsprojekt voranzutreiben.
4. **Worum es geht:**
 1. Es handelt sich um eine Untersuchung des Arbeitsbereichs *Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters* der Universität Wien zum Thema „elterliches Wohlbefinden & kindliches Verhalten“.
 2. Ziel der Studie ist es, Wirkmechanismen zwischen elterlichem Wohlbefinden und frühkindlichen Regulationsproblemen (Schreien, Schlafen, Füttern) zu untersuchen. Wir möchten Implikationen für die Praxis ableiten, um Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bestmöglich unterstützen zu können.
5. **Was können Sie für uns tun:**

Im Rahmen dieser Studie werden Mütter und/oder Väter von Säuglingen im Alter von 3-12 Monaten für eine Online-Umfrage (ca. 20 min) gesucht.

Wir würden Ihnen gerne ein Plakat in die Praxis vorbeibringen, auf dem wesentliche Informationen der Studie zusammengefasst sind und über welches die Teilnahme am Online-Fragebogen möglich ist.

Sie würden unser Forschungsprojekt immens voranbringen, wenn Sie

 1. ein Plakat in Ihrer Praxis aufhängen könnten.
 2. Bei Interesse stellen wir gerne das Forschungsprojekt persönlich in Eltern-Kind-Gruppen vor.
6. **Auf Rückfragen warten**
7. **Bedanken und verabschieden**