

SCHUTZ- UND RISIKO- FAKTOREN IN DER FRÜHEN KINDHEIT

0 BIS 4 JAHRE



1 **EINLEITUNG**

2 **EBENE FAMILIÄRES UMFELD**

3 **EBENE ERWEITERTES UMFELD**

4 **EBENE ELTERN**

5 **EBENE ELTERN-KIND-INTERAKTION**

6 **EBENE KIND**

7 **PRAXISNAHE INSTRUMENTE**

8 **FORSCHUNGLITERATUR**



1 EINLEITUNG

Die vorliegende Zusammenstellung ist ein ergänzender Bestandteil zum Dokument «Grundlagen Frühe Kindheit»¹. Diese Übersicht von Hinweisen auf das Befinden von Eltern und Kind sowie von Risiko- und Schutzfaktoren einer positiven Entwicklung von Kindern bietet einen Überblick über wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse zu diesen drei Bereichen. Sie soll als Hilfestellung für Fachpersonen aus unterschiedlichen Einrichtungen und Organisationen dienen (auch als Teil der «Einschätzungshilfe zur Früherkennung») und wurde in einem umfangreichen Konsultationsprozess mit diesen Fachpersonen erstellt. Sie ist Teil des Gesamtpakets «heb! – hinschauen. einschätzen. begleiten.» (www.heb.sg.ch) von Grundlagen und Instrumenten zur Früherkennung von ungünstigen Entwicklungen und Kindeswohlgefährdung für Fachpersonen im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen, Eltern, Erziehungsberechtigten und Bezugspersonen.

Verschiedene Risiko- oder Schutzfaktoren können durch Hilfestellungen und Angebote von Fachpersonen beeinflusst werden. Andere Faktoren, wie z.B. eine Lernbehinderung, sind (weitgehend) unveränderbar. Nichtsdestotrotz ist es für Fachpersonen entscheidend, Risiken oder auch Schutzprozesse zu kennen, die mit unveränderbaren Faktoren verknüpft sind – etwa um bei einer Lernbehinderung eines Kindes besonders wachsam für eine mögliche Überforderung der Eltern zu sein. Ähnliches trifft auf ein leicht reizbares oder teilnahmsloses Temperament zu. Mit den Ausführungen zu Temperament als überdauernder Verhaltensstil wird dabei kein Verschulden des Kindes verknüpft – genauso wie bei den anderen Faktoren auf Ebene des Kindes.

Zudem bilden Risiko- und Schutzfaktoren keine Kausalitäten, also Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ab; sie zeigen viel mehr wahrscheinliche, wissenschaftlich gestützte Zusammenhänge auf. Diese sind jedoch im Einzelfall nicht zwingend. Die Reihenfolge der Faktoren sagt nichts über ihre Bedeutung aus.

Leider sind Schutzfaktoren noch nicht im selben Ausmass erforscht wie Risikofaktoren, weshalb sie hier etwas knapper ausfallen. Jedoch hat auch nicht jeder Risikofaktor einen Gegenpol als Schutzfaktor: So sind z.B. Suchtverhalten von Eltern und eine geringe soziale Unterstützung der Familie ausführlich als Risiko für Kindeswohlgefährdung belegt. Im Gegensatz zu ausgeprägter sozialer Unterstützung verringert jedoch ein angemessener Umgang mit Alkohol nicht die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung. Schliesslich sind Hinweise auf das Befinden, Risiko- und Schutzfaktoren zumeist altersabhängig. Um den Zweck einer Übersicht zu erfüllen, kann diese Zusammenstellung zwar da und dort für unterschiedliche Altersgruppen in der frühen Kindheit differenzieren, sie kann jedoch keine detaillierte Darstellung aller Hinweise und Faktoren für alle Altersgruppen in der frühen Kindheit bieten. Auch die Wichtigkeit oder Dringlichkeit muss je nach Situation und Alter des Kindes individuell berücksichtigt werden.

Die Schutz- und Risikofaktoren sind einerseits aus den Ankerbeispielen des Berner und Luzerner Abklärungsinstrumente zum Kinderschutz sowie den weiteren beigezogenen praxisnahen Instrumenten (siehe Kapitel 7) zusammengetragen. Darüber hinaus wurden sie in der entsprechenden Forschungsliteratur geprüft, wo nötig ergänzt und erweitert: Eine Auswahl an Forschungsliteratur zum Thema ist in einem weiteren Abschnitt ergänzt (siehe Kapitel 8). Querverweise in eckigen Klammern zur Forschungsliteratur ergeben sich aus der Nummer der jeweiligen Referenz. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden für die praxisnahen Instrumente nur vereinzelt Querverweise gesetzt, wird doch eine Mehrzahl der Schutz- und Risikofaktoren in fast allen hier genannten praxisnahen Instrumenten erwähnt. Diese Zusammenstellung ist

-  **mit Quellenangaben** und
-  **ohne Quellenangaben** verfügbar.

¹ In den Grundlagen Frühe Kindheit finden sich für Fachpersonen im Kontakt mit Säuglingen und Kleinkindern, ihren Eltern und Bezugspersonen Hinweise zur Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, Schutz- und Risikofaktoren in der frühen Kindheit sowie Möglichkeiten und Herausforderungen in der Arbeit der Fachpersonen. Ausgewählte Schutz- und Risikofaktoren werden ausführlicher als in der vorliegenden Zusammenstellung besprochen.

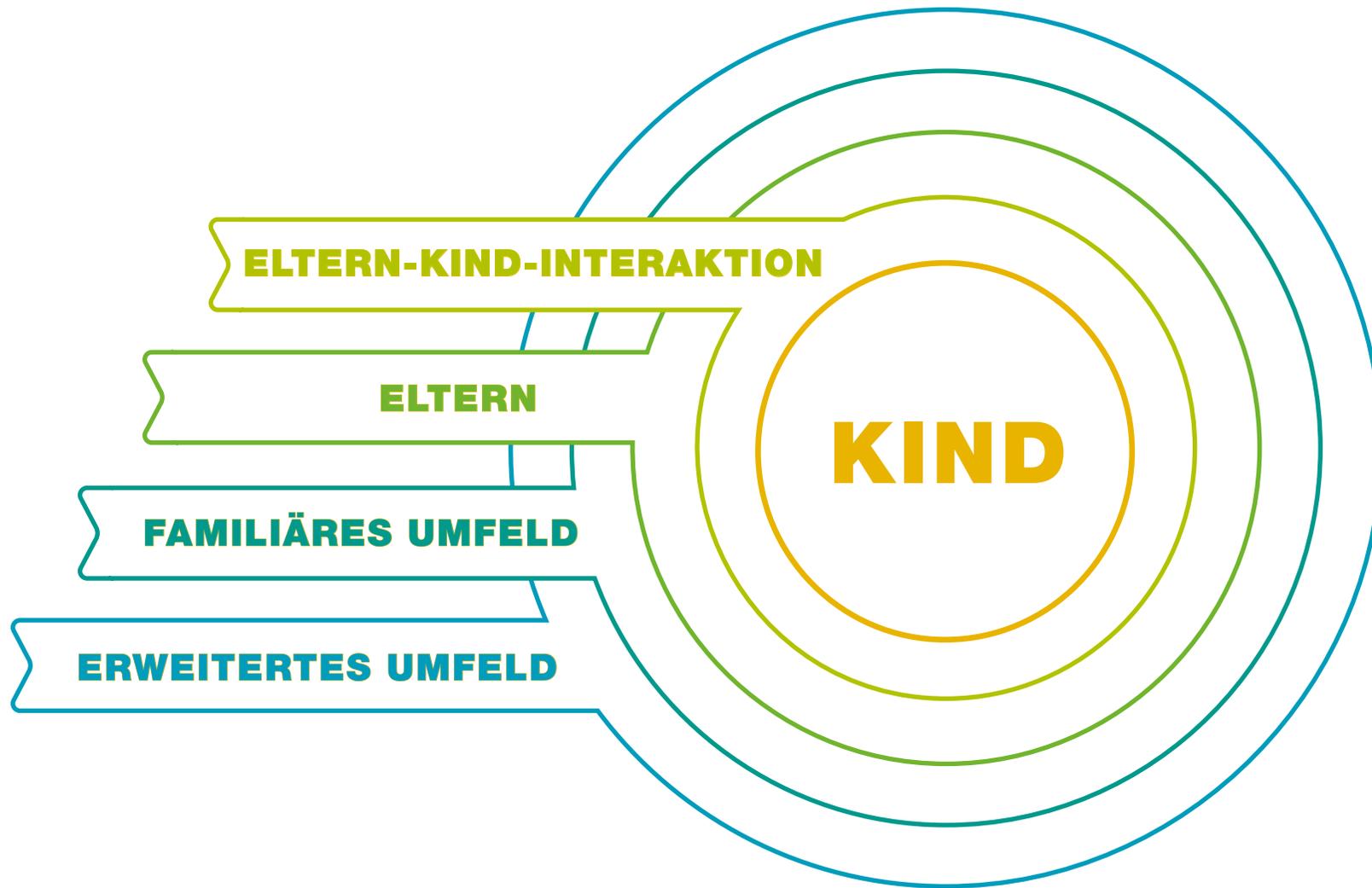


Abbildung 1: Ebenen der Schutz- und Risikofaktoren.

2 EBENE FAMILIÄRES UMFELD

EBENE FAMILIÄRES UMFELD

SCHUTZFAKTOREN

Ausgeprägte soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung umfasst sowohl materielle als auch praktische Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten oder emotionalen Beistand über den Austausch in Gesprächen. Sie hat sich als besonders bedeutsamer Schutzfaktor erwiesen. [29, 35, 73]

Soziale/kulturelle Eingebundenheit

Die Familie und ihre Mitglieder sind in ein System von geteilten Werten und Normen eingebunden, wodurch sie Zugehörigkeit, Orientierung und Stabilität erleben. Die Eingebundenheit kann sich auf eine ethnische Gruppe, eine religiöse Orientierung oder andere Wertesysteme wie Jugendkulturen beziehen. [72]

RISIKOFAKTOREN

Mangelnde soziale Unterstützung

Bei geringer sozialer Unterstützung fehlt die Möglichkeit, durch materielle und praktische Unterstützung Entlastung sowie durch gemeinsame Aktivitäten Zugehörigkeit zu erfahren und es fehlt der emotionale Beistand über den Austausch in Gesprächen. [35, 72, 73]

Verlust des sozialen/kulturellen Netzes

Individuen sind oft in verschiedene Bezugsgruppen eingebunden, welche die Herkunft, die religiöse Orientierung oder andere Wertesysteme betreffen können. Der Verlust eines sozialen/kulturellen Netzes ist einerseits eng verknüpft mit geringerer sozialer Unterstützung, geht jedoch durch den Verlust der Eingebundenheit in ein geteiltes Wertesystem auch mit einem Verlust an Identität, Orientierung und Zugehörigkeit einher. [29, 72, 73]

Schwierige Familiensituation

Teenager-Eltern oder auch sehr alte Eltern, alleinerziehende Elternteile und Familien mit vielen Kindern, psychisch belasteten, körperlich kranken Geschwistern oder ausserfamiliär platzierten Kindern sind stärker herausgefordert. [12, 45, 48]

EBENE FAMILIÄRES UMFELD	SCHUTZFAKTOREN	RISIKOFAKTOREN
		<p>Schwierige finanzielle Situation Sie gefährdet die Entwicklung in vielerlei Hinsicht, z.B. durch fehlende Möglichkeiten intellektueller, sportlicher oder musischer Förderung, durch beengte Wohnverhältnisse oder ungesunde Ernährung. [26, 36, 56]</p> <p>Schwierige berufliche Situation Eine hohe berufliche Belastung, Angst um Arbeitsplatzverlust, ein tatsächlicher Arbeitsverlust oder eine erfolglose Stellensuche können sich durch die Belastung eines Elternteils und ihre Folgen indirekt negativ auf die Kinder auswirken. [26, 27, 45]</p> <p>Schicksalsschläge im nahen familiären Umfeld z.B. Suizid oder Verlust eines Familienmitglieds, Fluchterfahrung. [8, 67]</p> <p>Delinquenz und Kriminalität einer Bezugsperson kann z.B. durch eine Haftstrafe der Eltern zur Belastung von Kindern werden. In der frühen Kindheit wird diese Belastung vorwiegend indirekt vermittelt, da eine Haftstrafe meist zu einer psychischen Belastung für die nicht-inhaftierte(n) Bezugsperson(en) des Kindes wird und oft auch eine finanzielle Belastung der Familie mit sich bringt. Kleinkinder delinquenter Eltern erfahren mitunter auch Stigmatisierung durch das nähere und weitere Umfeld. [12]</p>

3

EBENE ERWEITERTES UMFELD

EBENE ERWEITERTES UMFELD

SCHUTZFAKTOREN

Kinderfreundliche Familienpolitik

Eine gut ausgebaute und günstige familienergänzende Betreuung und breit aufgestellte Präventionsangebote sind vorhanden. Passende Beratungs- und Unterstützungsangebote sind niederschwellig zugänglich, einfach erreichbar und ihre Finanzierung ist gesichert. [32, 67, 76]

Gesellschaftliche Normalisierung von herausfordernden Situationen, Erkrankungen und Krisen

Gesellschaftliche Veränderungen führen dazu, dass Situationen, wie z.B. das Aufziehen eines Kindes durch einen alleinstehenden/alleinerziehenden Elternteil (früher oft auch «uneheliches Kind»), vor einigen Jahrzehnten noch geächtet, heute weitgehend nicht mehr als problematisch wahrgenommen werden. Dadurch kann die Belastung für Betroffene verringert werden, oder im Beispiel des allein Aufziehens eines Kindes auch ganz verschwinden. Studien belegen darüber hinaus, dass ein gesetzliches Gewaltverbot in der Erziehung zur Verringerung von Körperstrafen beitragen kann. [22, 32]

RISIKOFAKTOREN

Problematische gesellschaftliche Normen

Trotz gesellschaftlicher Veränderungen sind gewisse herausfordernde Situationen, wie z.B. psychische Erkrankungen, weiterhin zumindest teilweise tabuisiert, was die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten erschweren kann.

Auch sind in gewissen Gruppen der Gesellschaft mitunter problematische Normen weiterhin vorhanden, etwa ideologisch oder kulturell (sozioökonomisch, regional oder andere kulturelle Einflüsse) unterschiedliche Vorstellungen zu Körperstrafen. Neben einer stark autoritär geprägten Einstellung zur Erziehung, haben sich für die Entwicklung von Kindern auch ausgeprägte «Laissez-faire-Haltungen» als problematisch erwiesen. Hier lohnt es sich für Fachpersonen zu prüfen, ob die Eltern Bereitschaft zeigen, ihre Einstellungen anzupassen. [18, 22]

4 EBENE ELTERN

EBENE ELTERN

Hinweise auf einen guten Allgemeinzustand

Hinweise auf ein gutes Befinden decken sich in mehreren Bereichen im Leben Erwachsener. Sie ergeben oft ein Bild von über weite Strecken ausgeglichenen Emotionen, durchschnittlich bis gut ausgeprägtem körperlichem Gesundheitszustand und aktivem Austausch in einem sozialen Netz. [13, 62]

SCHUTZFAKTOREN

Hohe Problemlösefertigkeiten und ein konstruktiver Umgang mit Stress der Eltern

Unter diesen Voraussetzungen schaffen es Eltern, praktische und angemessene Lösungen bei Problemen zu finden ohne emotional zu überborden (z.B. heftiges Weinen, starke Aggressivität). Bei konstruktivem Umgang mit Stress erkennen die Personen auch selbst, wann fachliche Unterstützung angebracht ist und holen sich diese. [53, 58]

Allgemeine Hinweise auf Belastungen

Mögliche Hinweise auf Stress und Belastungen sind vielfältig und können den psychischen, körperlichen und sozialen Bereich betreffen. Zum ersten gehören emotionale Signale wie übermäßige Ängste oder depressive Verstimmung, aber auch nachlassende Leistungsfähigkeit im Beruf. Körperlich sind Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, starke Müdigkeit, übermäßige körperliche Verspannungen oder Kopfschmerzen zu nennen. Auch Über- oder Untergewicht kann auf Belastungen hinweisen. Auf sozialer Ebene können u.a. Desinteresse an Austausch mit Freundinnen und Freunden sowie Konflikte auf der Paarebene dazukommen. [2, 8, 72]

RISIKOFAKTOREN

Geringe Problemlösefertigkeiten

Emotionale Instabilität, Passivität, sehr ängstliches oder aggressives Verhalten oder auch ein sehr rigider, auf Leistung und striktes Einhalten strenger Normen ausgerichteter Erziehungsstil können auf geringe Problemlösefertigkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit Stresssituationen hinweisen. Die geringen Problemlösefertigkeiten können sowohl am Beginn psychischer Schwierigkeiten stehen, aber auch Hinweise dafür sein. Auch die Verwendung von Suchtmitteln kann ein Hinweis auf ungünstigen Umgang mit Stress sein. [13, 18, 63]

SCHUTZFAKTOREN

Elterliche Feinfühligkeit und sichere Bindung

Elterliche Feinfühligkeit ist neben dem Vorhandensein wenigstens einer verlässlich verfügbaren Bezugsperson ein entscheidender Pfeiler für die Entwicklung einer sicheren Bindung, die Trost und Beruhigung in schwierigen Situationen bietet. Feinfühligkeit zeichnet sich u.a. aus durch die Fähigkeit, Signale und Bedürfnisse des Kindes rechtzeitig und angemessen wahrzunehmen. Ärgerlich-feindseliges oder emotional flaches Verhalten wird weitgehend vermieden.

Feinfühligkeit kann durch Trainings gefördert werden.²
[38, 58, 64]

RISIKOFAKTOREN

Psychische Erkrankung eines Elternteils oder Traumatisierung

Unbehandelte, akute psychische Erkrankungen beeinträchtigen einen Elternteil ausgeprägt und in der Regel zeitlich anhaltend im Fühlen, Denken oder Verhalten. Zudem schränken sie ihn in der Freiheit der Lebensgestaltung erheblich ein oder erzeugen einen ausgeprägten Leidensdruck – beim betroffenen Elternteil selbst, bei der Lebenspartnerin oder beim Lebenspartner sowie beim Kind. Solche Eltern sind oft selbst sehr beansprucht und nicht verlässlich verfügbar.

Traumatische Erfahrungen wie z.B. der plötzliche Tod einer nahestehenden Person, schwere Unfälle, Flucht oder Folter stellen meist eine schwere Belastung für die Betroffenen dar und können zu psychischen Erkrankungen, z.B. Posttraumatischen Belastungsstörungen führen.

² z.B. Programm SAFE® von K.H. Brisch (<https://www.khbrisch.de/safe>).

SCHUTZFAKTOREN

RISIKOFAKTOREN

Sofern psychisch erkrankte Eltern nicht bereits in Behandlung sind, kann es entscheidend sein, sie an entsprechende Angebote zu verweisen. Die Thematisierung des Elternseins in der Therapie mit psychisch Erkrankten kann das Risiko für das Kind entscheidend verringern. [46, 60, 80]

Suchtverhalten eines Elternteils

Auch Suchtverhalten schränkt Eltern in ihrer Verfügbarkeit für ihre Kinder ein, macht sie emotional taub oder verstärkt aggressiv. Darüber hinaus führt die Sucht oft zu finanziellen Schwierigkeiten. Die Suchtmittelabhängigkeit kann illegale Substanzen (u. a. Heroin, Kokain, Cannabis) oder legale Wirkstoffe wie Alkohol, Nikotin oder ärztlich verordnete Medikamente betreffen. Sie kann aber auch, wie bei der Online-/Medien-/Smartphone- oder Glücksspielsucht, stoffungebunden sein.

Bei Suchterkrankungen kann es entscheidend sein, Eltern auf die vielfältigen Unterstützungs- und Behandlungsangebote zu verweisen, sofern sie nicht bereits entsprechend betreut sind. [19, 21, 77]

Chronische körperliche Krankheit oder Behinderung eines Elternteils

Unter diesen Voraussetzungen sind manche Eltern in ihren Erziehungsfähigkeiten und ihrer Verfügbarkeit eingeschränkt. Oft ist auch der gesunde Elternteil in die Betreuung der Partnerin oder des Partners stark eingebunden und dadurch weniger für das

	SCHUTZFAKTOREN	RISIKOFAKTOREN
EBENE ELTERN		<p>Kind verfügbar. Zwar sind z.B. Geh- oder Sprachbehinderungen offensichtlich, viele chronische Krankheiten oder Behinderungen sind für Fachpersonen im Kontakt mit Familien jedoch nicht durch äussere Hinweise ersichtlich.</p> <p>Neben (medizinischer) Betreuung für den betroffenen Elternteil können auch entlastende Angebote für den gesunden Elternteil eine wichtige Stütze sein. [13, 30, 63]</p>
		<p>Eigene Misshandlungserfahrungen der Eltern in ihrer Kindheit</p> <p>Durch eigene Misshandlungserfahrungen in der Kindheit oder eine Traumatisierung durch Gewalt (z.B. auf der Flucht) erfahren und lernen Eltern oft bereits früh unangemessene Verhaltensweisen in Stresssituationen. Weil dadurch auch oft Kompetenzen fehlen, angemessen mit Stresssituationen umzugehen, werden Gewalterfahrungen wiederholt an die nächste Generation weitergegeben. Hinweise auf eigene Misshandlungserfahrungen der Eltern oder eine Traumatisierung durch Gewalt in ihrer Kindheit sind unspezifisch. Bei vertrauensvollen Beziehungen zu Fachpersonen teilen Betroffene mitunter die Erfahrungen. [31, 61, 79]</p>

SCHUTZFAKTOREN

Stabile und enge Paarbeziehung

Eine stabile und harmonische Paarbeziehung, die auf gegenseitigem Vertrauen beruht, gibt den Bezugspersonen des Kindes Halt und kann als sichere Basis den Kindern weitergegeben werden. Sie kann sich etwa in regelmässiger, herzlicher Zuneigung zwischen den Bezugspersonen ausdrücken. [3]

RISIKOFAKTOREN

Scheidung und Trennung

Besonders lange Trennungsphasen mit hoher Eskalation und ausgeprägter psychischer und/oder physischer Partnerschaftsgewalt können zu hoher Belastung der Kinder führen. [3, 8, 10]

Partnerschaftsgewalt unter Erwachsenen

Bei Gewalt in der Elternbeziehung bzw. zwischen Erwachsenen in der aktuellen oder ehemaligen Paarbeziehung sind Kinder durch die Wahrnehmung der Gewalt ähnlich wie bei psychischer Misshandlung belastet. Zudem kommt es bei vorhandener Partnerschaftsgewalt oft auch zu Gewaltanwendung an Kindern. Die Hinweise bei Kindern sind jedoch unspezifisch und können ängstlich-zurückgezogenes, aber auch lautes, aggressives Verhalten umfassen. [47, 48, 55]

5

EBENE ELTERN-KIND-INTERAKTION

EBENE ELTERN-KIND-INTERAKTION

SCHUTZFAKTOREN

Konstanz in der Betreuung

Säuglinge und Kleinkinder sind noch nicht im selben Umfang wie ältere Kinder und Erwachsene offen für neue Eindrücke. Entsprechend ist für sie eine hohe Konstanz in der Betreuung ein wichtiger Schutzfaktor. Sie zeichnet sich durch mehrere der folgenden Eigenschaften aus, etwa durch wenige Wechsel zwischen Betreuungspersonen, Orten und Räumlichkeiten und wenige ungeplante, plötzliche Änderungen in der Betreuung. Es können aber durchaus auch schon kleine Kinder in gut geplanten und umgesetzten Settings mit mehr als einer oder zwei verschiedenen Betreuungspersonen betreut werden. [20, 28, 67]

RISIKOFAKTOREN

Ungeplante oder unerwünschte Schwangerschaft

Unter dieser Voraussetzung fällt es den Eltern oft schwerer, angemessen auf die Bedürfnisse des Säuglings³ oder Kleinkindes zu reagieren. Hinweise können z.B. Gleichgültigkeit oder emotional abweisendes Verhalten gegenüber dem Kind sein. Hinweise ergeben sich allenfalls im Gespräch. [8, 23, 30]

Mangelnde Konstanz in der Betreuung

Eine mangelnde Konstanz in der Betreuung zeichnet sich allgemein aus durch mehrere, häufig wechselnde Betreuungssituationen und -personen, durch unvorhersehbare Dauer der Betreuungssituation, häufige Wechsel in Orten und Räumlichkeiten sowie ungeplante und kurzfristig eingerichtete Wechsel. Für eine mangelnde Konstanz in der Betreuung müssen wenigstens zwei dieser Merkmale gegeben sein. Zwar steigt die Toleranz für Wechsel in der Betreuung **mit zunehmendem Alter des Kindes**, die entsprechende Literatur weist jedoch bisher nicht auf altersabhängige Schwellenwerte für zu häufige Wechsel hin.

Mangelnde Konstanz in der Betreuung birgt ein Risiko für die weitere Entwicklung des Kindes, das die Verlässlichkeit der Betreuungspersonen nie richtig einschätzen kann. [20, 28, 67]

³ Mit dem Begriff «Säugling» sind in diesem Dokument Neugeborene und Säuglinge im ersten Lebensjahr gemeint.

SCHUTZFAKTOREN

Ermöglichen individueller und entwicklungsgerechter Erfahrungen

Die Eltern geben dem **Säugling** ausführlich Zuwendung und körperliche Nähe. Gleichzeitig ermöglichen Sie ihm Gegenstände und seine nähere Umgebung zu erkunden. **In der weiteren frühen Kindheit** nehmen wertschätzende Rückmeldungen, das Fördern der Persönlichkeit, das Ermöglichen entwicklungsgerechter Erfahrungen und ausreichend soziale Kontakte vermehrt Bedeutung ein (Ermöglichen von Selbstwirksamkeitserfahrungen). Neben einem ermunternden und lobenden Verhalten bieten die Eltern durch klare Regeln auch einen verlässlichen Rahmen. [38, 58, 64]

Gesundheitsfürsorge

Die Eltern ermöglichen dem Kind eine gesunde Entwicklung durch ausreichend Schlaf und Bewegung sowie eine gesunde Ernährung. Die Kinder sind entsprechend oft lebendig und aufgeweckt. Allerdings sind diese Hinweise auf eine gute Gesundheitsfürsorge auch unspezifisch, d.h. können auch anders, z.B. in einer für Kleinkinder abwechslungsreichen Umwelt begründet sein. [12, 29]

RISIKOFAKTOREN

Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung

Diese Risiken können die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung durch Gewalteinwirkung von Bezugspersonen erhöhen – durch aktives Handeln bei sexuellem Missbrauch, bei körperlicher und psychischer Misshandlung oder durch Unterlassungen bei der Vernachlässigung. Diese Gewalterfahrungen sind wiederum ihrerseits bedeutsame mögliche Auslöser ungünstiger Entwicklungen.

Hinweise auf psychische Misshandlung wie Beschimpfungen und deutliche negative Bezeichnungen des Kindes ergeben sich in der frühen Kindheit allgemein oft nur aus direkter Beobachtung der Handlungen. Bei körperlicher Gewalt hingegen gibt es **allgemein und altersabhängig** typische Verletzungsmuster, die kaum durch Unfälle entstehen können. Für die frühe Kindheit weist eine Beurteilung nach der TEN-4-Regel (aus den englischen Begriffen Torso, Ear und Neck ergibt sich die eingängige Abkürzung TEN) mit grosser Sicherheit auf körperliche Misshandlung: Sie besagt, dass **bei Kindern unter vier Monaten**, die sich nicht selbstständig fortbewegen, jegliches Hämatom (blauer Fleck) verdächtig ist. **Bei Kindern unter vier Jahren** sind Hämatome im Brust- und Rückenbereich, an den Ohren und am Hals besonders verdächtig.

Über die gesamte Spanne der frühen Kindheit finden sich Hinweise auf Vernachlässigung allgemein in nicht witterungsbeständiger Kleidung, im fehlenden Ermöglichen eines Tag-Nacht-Rhythmus (z.B. wiederholte Aktivitäten nachts ausser Haus)

SCHUTZFAKTOREN

RISIKOFAKTOREN

oder in der Verweigerung oder Schwierigkeiten in der Annahme von Vorsorgeuntersuchungen, Abklärungen, Beratungen und Therapien. Ausserdem sollten gefährliche Gegenstände, Medikamente, Zigaretten oder Alkohol ausserhalb der Reichweite des Kindes sein. Ein spezifischer Hinweis für die Vernachlässigung von Hygiene **in den ersten beiden Lebensjahren** sind entzündete Rötungen oder getrockneter Kot im Windelbereich. Später sollten Eltern z.B. für wenigstens tägliches Händewaschen und Zähneputzen besorgt sein. [34, 42, 51]

Achtung: Überbehütung ist auch eine Form von Vernachlässigung durch Einschränkung einer altersgemässen Entwicklung. Entsprechend muss z.B. eine starke Einschränkung des selbstständigen Erkundens von Gegenständen **im ersten Lebensjahr** oder ein übermässiges Verhindern sozialer Kontakte zu gleichaltrigen Kindern **ab spätestens zwei Jahren** ebenfalls als Hinweis beachtet werden. [71]

6 EBENE KIND

EBENE KIND

Hinweise auf einen guten Allgemeinzustand

Kleinkinder sind in gutem Allgemeinzustand aufmerksam, orientiert, aktiv, am Spiel und am sozialen Austausch mit Erwachsenen und anderen Kindern interessiert. Für **Säuglinge** kann auch ein regelmässiges Trinkverhalten und eine gesunde Gewichtszunahme ein wichtiger Hinweis auf einen guten Allgemeinzustand sein.

Ein Gedeihen innerhalb der Wachstumsnormen von Grösse und Gewicht ist für alle Altersstufen ein wichtiger Hinweis auf eine gesunde Entwicklung. [22, 29, 81]

SCHUTZFAKTOREN

Robuste körperliche Gesundheit

Das Kind wird selten krank, zeigt bei Krankheit oft nur wenig ausgeprägte Symptome und wird rasch wieder gesund. [33, 78, 81]

Allgemeine Hinweise auf Belastungen

Bei Kleinkindern können sich Belastungen allgemein in apathischem, zurückgezogenem Verhalten, mangelnder Freude am Erkunden (Exploration) und Spiel sowie sozialer Interaktion zeigen.

Unregelmässiges, wenig ausgeprägtes Trinken mit zu wenig Gewichtszunahme kann für Säuglinge ein wichtiger Hinweis auf Belastungen sein.

Über- oder Untergewicht sowie eine Grössenentwicklung ausserhalb der familiären und altersüblichen Normen sind in allen Alterstufen Warnsignale. [8, 10, 51]

RISIKOFAKTOREN

Chronische Krankheit oder Behinderung

Kinder können genetisch, aufgrund einer Schädigung vor oder während der Geburt oder bei extremer Frühgeburt mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung in ihr Leben starten oder eine solche in den ersten Lebensjahren bekommen. Meist haben sie dadurch bereits vielfältige Einschränkungen in altersüblichen Aktivitäten. Oft sind Behinderungen und Diagnosen chronischer Krankheiten schon bekannt, manchmal kann aber auch erst eine stark verzögerte Entwicklung Hinweise geben. [50, 52, 75]

SCHUTZFAKTOREN

Intellektuelle Fähigkeiten

Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Intelligenz und verringerter Gefährdung, da es intelligenten Kindern besser gelingt, in schwierigen Situationen positive Bewältigungsstrategien zu finden. Während dieses Merkmal für **Säuglinge** kaum eingeschätzt werden kann, zeigt es sich beim **Kleinkind** möglicherweise darin, dass es ihm besser gelingt, sich selbst zu trösten. [3, 33, 53]

Positives Temperament

Mit dem Temperament werden über den Lebenslauf hinweg relativ stabile Verhaltensstile in den Bereichen Affekt, Aktivierung und Aufmerksamkeit beschrieben, die sich bereits bei Säuglingen zeigen. Einige Kinder sind im Temperament ausgeglichener und anpassungsfähiger, reagieren rasch und zuverlässig auf positive Reize und werden durch negative Reize weniger schnell irritiert. Der Schweizer Entwicklungspädiater Jenni fasst dies als «positives Temperament» zusammen.⁴ Kinder mit positivem Temperament lächeln **bereits als Säuglinge** häufiger von sich aus, reagieren mit Interesse und Zuwendung auf Neues und können rasch beruhigt werden. In ihrer Nahrungsaufnahme, ihren Schlaf- und Wachrhythmen sind Säuglinge mit positivem Temperament regelmässig. Während sich Interesse und Zuwendung bei Säuglingen durch Blickkontakt oder Ausstrecken der Ärmchen äussert, kommt bei **Kleinkindern** ein vermehrt aktives Zugehen auf das Gegenüber hinzu.

RISIKOFAKTOREN

Psychische und soziale Auffälligkeiten des Kindes

Kinder mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten stellen höhere Ansprüche an die Betreuung. Psychische und soziale Auffälligkeiten sind **altersabhängig**. Bei **Säuglingen** äussern sich psychische Schwierigkeiten besonders durch Regulationsstörungen (z.B. Schlaf- und Essstörungen). **Ab zwei Jahren** treten Bindungsstörungen und emotionale Störungen in den Vordergrund. Eingeschränkte Sprach- und Intelligenzentwicklung oder ein distanzloses Verhalten können Hinweise für eine vorhandene Gefährdung sein. [8, 53, 69]

Leicht reizbares/teilnahmsloses Temperament

Einige Kinder werden rascher durch negative Reize irritiert, reagieren teilnahmsloser auf positive Reize oder sind in ihrem Schlaf-Wach-Rhythmus unausgeglichener. Diese Temperamentsstile sind in Längsschnittstudien mit weniger günstiger Entwicklung verbunden.

Säuglinge, die in ihrem Temperament leicht reizbar, schnell irritiert und weniger rasch zu beruhigen sind, werden auch weniger rasch und bereitwillig mit positiven Signalen von Eltern und Bezugspersonen bestätigt. Bei **Kleinkindern** können auch fehlende soziale Interaktion und Teilnahmslosigkeit als Merkmale hinzutreten.

Fachpersonen können Eltern für diese Verhaltensmuster sensibilisieren, um ihnen bewusst entgegenzuwirken. [53, 69]

⁴ Der von Jenni und Ritter [51] genutzte Begriff deckt sich mit den Ausführungen zu Temperament mit anderen Begriffen in den entwicklungspsychologischen Lehrbüchern (z.B. [38]).

EBENE KIND	SCHUTZFAKTOREN	RISIKOFAKTOREN
	<p>Durch ihr positives Temperament lösen diese «pflegeleichten» Kinder bei ihrem Gegenüber meist rasch und zuverlässig positive Gefühle aus. [3, 62, 81]</p>	

St.Gallen, Januar 2022

Amt für Soziales | Amt für Gesundheitsvorsorge

7 PRAXISNAHE INSTRUMENTE

1. Burgener Woeffray A. (2014). Entwicklungsgefährdung früh erkennen. FegK 0 bis 6: Ein Verfahren zur Früherkennung entwicklungsgefährdeter Kinder bis 6 Jahre und zur Ermittlung ihres Unterstützungsbedarfs. Bern: Edition SZH.
2. Hölling, H. & Schlack, R. (2008): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Gesundheitswesen 2008, S. 154–163.
3. Jenni, O. (2019). Verletzlich und trotzdem stark: Über Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung. Paediatrica. Verfügbar unter <https://www.paediatricschweiz.ch/verletzlich-und-trotzdem-stark-ueber-risiko-und-schutzfaktoren-der-kindlichen-entwicklung/>
4. Kantonales Jugendamt (2020). Früherkennung von Kindeswohlgefährdung im Frühbereich (0 bis 5 Jahre). Bern: Autor. Verfügbar unter https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/umfassender_kindesschutz/frueherkennung_von-kindeswohlgefaehrdung/frueherkennung-im-fruehbereich--0-5-jahre-.assetref/dam/documents/JGKw/KJA/de/jugendamt/KJA_FE_Brosch%C3%BCre-Fr%C3%BCherkennung_de.pdf
5. Kanton Thurgau (2019). Guter Start ins Kinderleben. Frauenfeld: Autor. Verfügbar unter https://guter-start-ins-kinderleben.tg.ch/public/upload/assets/76284/ktperspektive_brosch_GSIL_2019_web.pdf
6. Kinderschutzzentrum St.Gallen 2021. Instrument zur Gefährdungseinschätzung von Kindern und Jugendlichen. St.Gallen: Autor. [abgelöst durch Einschätzungshilfe zur Früherkennung im Rahmen des Gesamtpaktes «heb! – hinschauen. einschätzen. begleiten.» (www.heb.sg.ch)]
7. Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009). Kindeswohlgefährdung: Erkennen und Helfen. Berlin: Autor. Verfügbar unter https://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohlgefaehrdung_Auf11b.pdf
8. Kindler, H. & Künster, A.K. (2013): Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. Datenreport Frühe Hilfen, S. 8–13. Berlin: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
9. Hauri, A., Jud, A., Lätsch, D., & Rosch, D. (2021). Abklärungen im Kinderschutz: Das Berner und Luzerner Abklärungsinstrument in der Praxis. Bern: Stämpfli.
10. Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, S. 246–262.
11. Laucht, M., Schmidt, M.H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (1), S. 5–19.
12. Petermann, U. & Petermann, F. (2013): Risiken in Familien. Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie, 11 (1), S. 1–4.
13. Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 871–878.
14. Zeppelin-Familien startklar GmbH (2015). Kurz-Screening. Zürich: Autor. Verfügbar unter https://zeppelin-familien.ch/sites/default/files/kurzscreening_20151222_bst_0.pdf.

8 FORSCHUNGLITERATUR

15. Affi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle M., Taillieu, T., Cheung, K. & Sareen J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Cmaj*, 186(9), E324–E339.
16. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2018). Kurzfassung der Leitlinie «Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik» (Kinderschutzleitlinie). Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>.
17. Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, S. 131–145.
18. Barber, B. & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In B. Barber (Ed), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (pp. 15–52). Washington DC: American Psychological Association.
19. Barnard, M. & McKeganey N. (2003). The Impact of Parental Problem Drug Use on Children: What is the Problem and What can be Done to Help? *Addiction*, 99(5), S. 552–570.
20. Barnas, M. V. & Cummings, E. M. (1994). Caregiver stability and toddlers' attachment-related behavior towards caregivers in day care. *Infant Behaviour and Development*, 17(2), S. 141–147.
21. Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W. & Freyberger, H. J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie*, 3, S. 137–145.
22. Bender, D & Lösel, F (2005). Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (S. 317–346). Göttingen: Hogrefe.
23. Black, D. A., Heyman, R. E. & Smith Slep, A. M. (2001a). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2–3), S. 121–188.
24. Black, D. A., Heyman, R. E. & Smith Slep, A. M. (2001b). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2–3), S. 203–229.
25. Black, D. A., Smith Slep, A. M. & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2–3), S. 189–201.
26. Bolger, K. E., Patterson, C. J., Thompson, W. W. & Kupersmidt, J. B. (1995). Psychosocial Adjustment among Children Experiencing Persistent and Intermittent Family Economic Hardship. *Child Development*, 66(4), S. 1'107–1'129.
27. Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, S. 371–99.
28. Bratsch-Hines, M. E., Mokrova, I., Vernon-Feagans, L. & The Family Life Project Key Investigators (2015). Child care instability from 6 to 32 months and the social adjustment of children in prekindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 30, S. 106–116.
29. Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2008). Die Sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. Weinheim: Beltz Verlag.
30. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), S. 1'065–1'078.
31. Buisman, R. S., Pittner, K., Tollenaar, M. S., Lindenberg, J., van den Berg, L. J., Compier-de Block, L. H., ... & van IJzendoorn, M. H. (2020). Intergenerational transmission of child maltreatment using a multi-informant multi-generation family design. *PloS One*, 15(3), e0225839.

32. Bussmann, K.-D. (2004). Evaluating the subtle impact of a ban on corporal punishment of children in Germany. *Child Abuse Review*, 13.
33. Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), S. 402–412.
34. Clemens, V., Plener, P. L., Kavemann, B., Brähler, E., Strauss, B. & Fegert, J. M. (2019). Häusliche Gewalt: Ein wichtiger Risikofaktor für Kindesmisshandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67(2), S. 92–99.
35. Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 73–94). Den Haag: Martinus Nijhoff.
36. Davis, E. E., Carlin, C. S., Krafft, C. & Tout, K. (2014). Time for a change? Predictors of child care changes by low-income families. *Journal of Children and Poverty*, 20(1), S. 21–45.
37. Drake, B. & Pandey, S. (1996). Understanding the Relationship between Neighborhood Poverty and Specific Types of Child Maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), S. 1'003–1'018.
38. Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., et al. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39, S. 3–19.
39. Elsner, B., & Pauen, S. (2018). Vorgeburtliche Entwicklung und früheste Kindheit (0 bis 2 Jahre). In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 163–190). Weinheim: Beltz.
40. English, D. J., Marshall, D. B., Brummel, S., & Orme, M. (1999). Characteristics of repeated referrals to Child Protective Services in Washington State. *Child Maltreatment*, 4(4), S. 297–307.
41. English, D. J. & the LONGSCAN Investigators (1997). Modified Maltreatment Classification System (MMCS). Retrieved from https://www.ndacan.acf.hhs.gov/datasets/pdfs_user_guides/Dataset107UsersGuideCodebook.pdf
42. Fegert, J., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J. & Liebhardt, H. (Hrsg.). (2014). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin: Springer Medizin.
43. Fluke, J. D., Yuan, Y. Y., & Edwards, M. (1999). Recurrence of maltreatment: an application of the National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Abuse & Neglect*, 23(7), S. 633–650.
44. Forrester, D. (2007). Patterns of re-referral to social services: A study of 400 closed cases. *Child & Family Social Work*, 12, S. 11–21.
45. Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M. & Lambie, A. (1998). Unemployment Rates, Single Parent Density, and Indices of Child Poverty: Their Relationship to Different Categories of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), S. 79–90.
46. 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), S. 458–470.
47. Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H. & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, S. 734–741.

48. Heyman, RE & Smith Slep, AM (2001). Risk factors for family violence: introduction to the special series. *Aggression and Violent Behavior* 6(2–3): S. 115–119.
49. Hildyard, K. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), S. 679–695.
50. Horner-Johnson, W. & Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), S. 57–71.
51. Jaffee, S. R. & Maikovich-Fong A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), S. 184–200.
52. Jaudes, P. K., & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), S. 671–681.
53. Jenni, O. & Ritter, S. (2019). Verletzlich und trotzdem stark: Über Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung. *Paediatrica*, 30, S. 15–19.
54. Kendall-Tackett, K., Lyon, T., Taliaferro, G. & Little L. (2005). Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), S. 147–160.
55. Kindler, H. (2002). Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis. München: Deutsches Jugendinstitut.
56. Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Stewart, P. W., Ruina, E., Holt, K., Lowman, B. & Jung, J. W. (1995). Risk of Child Abuse or Neglect in a Cohort of Low-Income Children. *Child Abuse & Neglect* 19(9): S. 1'115–1'130.
57. Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
58. Leerkes E. M., Blankson, A. N. & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Development*, 80(3), S. 762–775.
59. Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), S. 561–575.
60. Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R. & Bronfman E. (2002). Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. In S. H. Goodman & I. H. Gotlib (eds.), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 89– 100). Washington, DC: American Psychological Association.
61. Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. P., Ly, A., Rash, C., ... & Alink, L. R. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), S. 23–51.
62. Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A., Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Development*, 80, S. 562–580.

63. McConnell, D., Feldman, M., Aunos, M. & Prasad N. (2011). Child maltreatment investigations involving parents with cognitive impairments in Canada. *Child Maltreatment*, 16(1), S. 21–30.
64. McElwain, N. L. & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20(2), S. 247–255.
65. Petermann, F. & Szagun, G. (2011). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159(5), S. 671–678.
66. Pierce, M. C., Kaczor, K., Aldridge, S., O’Flynn, J. & Lorenz, D.J. (2010). Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*, 125, S. 67–74.
67. Ritchie, S. & Howes, C. (2003). Program practices, caregiver stability, and child–caregiver relationships. *Applied Developmental Psychology*, 24, S. 497–516.
68. Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*.
69. Schumacher, J. A., Smith Slep, A. M. & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2–3), S. 231–254.
70. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. & Li, S. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
71. Segrin, C., Wosidlo, A., Givertz, M. & Montgomery, N. (2013). Parent and child traits associated with overparenting. *Journal of Social and Clinical Psychology*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(6), S. 569–595.
72. Sidebotham, P., Heron, J. & Golding, J. (2002). Child Maltreatment in the «Children of the Nineties»: Deprivation, Class, and Social Networks in a UK Sample. *Child Abuse & Neglect*, 26, S. 1’243–1’259.
73. Sperry, D. M. & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), S. 415–425.
74. Steinberg, L. D., Catalano, R. & Dooley, D. (1981). Economic Antecedents of Child Abuse and Neglect. *Child Development*, 52(3), S. 975–985.
75. Sullivan, P. M. & Knutson J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), S. 1’257–1’260.
76. Tran, H., Weinraub, M. & National Library of Medicine (2006). Child care effects in context: quality, stability, and multiplicity in non-maternal child-care arrangements during the first 15 months of life. *Developmental Psychology*, 42(3), S. 566–582.
77. Wells, K. (2009). Substance Abuse and Child Maltreatment. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), S. 345–361.
78. Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
79. Widom, C. S., Czaja S. J. & DuMont, K. A. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science*, 347(6229), S. 1’480–1’485. doi:10.1126/science.1259917.
80. Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers’ parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010, 30(2), S. 167–180.
81. Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, S. 192–206.