

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Beziehungen im Kindesalter und ihre Auswirkungen auf das Wohlbefinden im
Vergleich zwischen Deutschland und Polen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Caroline Anna Reifenscheid
aus Zweibrücken

Mainz, 2022

Tag der Promotion:

06.12.2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Literaturrecherche	7
2.1 Beschwerden / Wohlbefinden	7
2.2 Bindungstheorie	14
2.3 Beziehungen	16
2.3.1 Liebe der Eltern / Eltern-Kind-Beziehung	16
2.3.2 Vertrauen in Freund:innen	20
2.3.3 Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group	25
2.4 Psychische Krankheit der Eltern	29
2.5 Chronische Krankheit der Eltern	33
2.6 Sozioökonomischer Status	37
2.7 Hypothesen	43
3 Material und Methoden	44
3.1 Durchführung der Datenerhebung	44
3.2 Stichprobenbeschreibung	45
3.3 Instrumente	46
3.3.1 Symptomcheckliste SCL	46
3.3.2 Inventory of Parent and Peer Attachment IPPA	47
3.3.3 Kindheitsfragebogen KFB	47
3.3.4 Chronische / psychische Krankheit der Eltern	49
4 Statistische Auswertung	51
5 Ergebnisse	53
5.1 Residuen	57
5.2 Beschwerden	59
5.2.1 Väterliche Liebe	60
5.2.2 Vertrauen in Freunde	61
5.2.3 Chronisch kranke Mutter * mütterliche Liebe	62
5.2.4 Chronisch kranke Mutter * Land	63
5.2.5 Chronisch kranker Vater * Land	64
5.2.6 Alter	65

5.2.7 Geschlecht	66
5.3 Mütterliche Liebe	67
5.3.1 Chronisch kranker Vater	68
5.3.2 Psychisch kranke Mutter	69
5.3.3 Psychisch kranker Vater	70
5.3.4 Sozioökonomischer Status	71
5.3.5 Alter	72
5.4 Väterliche Liebe	73
5.4.1 Psychisch kranke Mutter	74
5.4.2 Psychisch kranker Vater	75
5.4.3 Sozioökonomischer Status	76
5.4.4 Land	77
5.5 Vertrauen in Freunde	78
5.6 Chronisch kranke Mutter	79
5.7 Chronisch kranker Vater	80
5.6 Psychisch kranke Mutter	81
5.6.1 Sozioökonomischer Status	82
5.6.2 Geschlecht	83
5.7 Psychisch kranker Vater	84
6 Diskussion	85
6.1 Beschwerden	85
6.2 Rolle der Eltern und Freundschaften	86
6.3 Sozioökonomischer Status	88
6.4 Chronische Erkrankung der Eltern	89
6.5 Psychische Erkrankung der Eltern	91
6.6 Unterschiede Deutschland / Polen	94
7 Stärken und Limitationen	96
8 Schlussfolgerungen	97
9 Zusammenfassung	99
10 Literaturverzeichnis	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung	45
Tabelle 2: Chronische und psychische Erkrankungen.....	49
Tabelle 3: Variablenbeschreibung	50
Tabelle 4: Residuen in Block 2	58
Tabelle 5: Residuen in Block 3	58
Tabelle 7: Lineare Regression Beschwerden	59
Tabelle 8: Lineare Regression Mütterliche Liebe	67
Tabelle 9: Lineare Regression Väterliche Liebe	73
Tabelle 10: Lineare Regression Vertrauen in Freunde	78
Tabelle 11: Logistische Regression chronisch kranke Mutter	79
Tabelle 12: Logistische Regression chronisch kranker Vater	80
Tabelle 13: Logistische Regression psychisch kranke Mutter	81
Tabelle 14: Logistische Regression psychisch kranker Vater	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhänge Wohlbefinden.....	54
Abbildung 2: Zusammenhänge Mütterliche Liebe	54
Abbildung 3: Zusammenhänge Väterliche Liebe	55
Abbildung 4: Zusammenhänge Vertrauen in Freunde	55
Abbildung 5: Zusammenhänge chronisch kranke Eltern	56
Abbildung 6: Zusammenhänge psychisch kranke Mutter	56
Abbildung 7: Residuen.....	57
Abbildung 8: Beschwerden: Väterliche Liebe	60
Abbildung 9: Beschwerden: Vertrauen in Freunde	61
Abbildung 10: Beschwerden: Chronisch kranke Mutter * Mütterliche Liebe	62
Abbildung 11: Beschwerden: Chronisch kranke Mutter * Land	63
Abbildung 12: Beschwerden: Chronisch kranker Vater * Land.....	64
Abbildung 13: Beschwerden: Alter.....	65
Abbildung 14: Beschwerden: Geschlecht.....	66
Abbildung 15: Mütterliche Liebe: Chronisch kranker Vater.....	68
Abbildung 16: Mütterliche Liebe: Psychisch kranke Mutter	69
Abbildung 17: Mütterliche Liebe: Psychisch kranker Vater.....	70
Abbildung 18: Mütterliche Liebe: Sozioökonomischer Status.....	71
Abbildung 19: Mütterliche Liebe: Alter * Alter	72
Abbildung 20: Väterliche Liebe: Psychisch kranke Mutter.....	74
Abbildung 21: Väterliche Liebe: Psychisch kranker Vater	75
Abbildung 22: Väterliche Liebe: Sozioökonomischer Status	76
Abbildung 23: Väterliche Liebe: Herkunftsland.....	77
Abbildung 24: Vertrauen in Freunde: Sozioökonomischer Status	78
Abbildung 25: Chronisch kranke Mutter: Sozioökonomischer Status	79
Abbildung 26: Chronisch kranker Vater: Sozioökonomischer Status	80
Abbildung 27: Psychisch kranke Mutter: Sozioökonomischer Status	82
Abbildung 28: Psychisch kranke Mutter: Geschlecht.....	83

1 Einleitung

Welche Beziehungen sind für junge Erwachsene und ihre Gesundheit wichtig? Sind Eltern oder Freundschaften wichtiger? In der Literatur findet man zahlreiche Ansätze und Meinungen. Die meisten Autor:innen betonten, wie wichtig eine gute Beziehung zu den Eltern, besonders zur Mutter für das Wohlbefinden der Jugendlichen ist (1-4). Andere sahen in den guten Beziehungen zur Peer Group und in Freundschaften einen wichtigen Faktor für das Selbstwertgefühl und Wohlbefinden im jungen Erwachsenenalter (5-8). Zusätzlich hatte der sozioökonomische Status auch heutzutage noch einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (9-12) und spielte eine zentrale Rolle für das Wohlbefinden.

Bei einer geschätzten 12-Monats-Prävalenz von 27,7% für psychische Erkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland (13) liegt es nahe, dass auch Eltern von Kindern und Jugendlichen zum Teil an einer solchen leiden. In der Literatur finden sich Belege, dass sich die psychischen Erkrankungen der Eltern negativ auf die psychische Gesundheit der jungen Erwachsenen auswirkten (14-17). Ähnliche Ergebnisse gab es auch in Studien zu chronischen somatischen Erkrankungen der Eltern (18, 19). Jedoch zeigten bei Weitem nicht alle Kinder von erkrankten Eltern psychische Auffälligkeiten. Hierfür machte man eine Vielzahl von Copingmechanismen und Einflussfaktoren verantwortlich. Das Zurechtkommen mit der Situation war einerseits von Charakter und Selbstvertrauen der Person abhängig (20, 21) und wurde andererseits durch gute Beziehungen zu Eltern und Freundschaften beeinflusst (22, 23).

Der sozioökonomische Status (im Folgenden SES), die Krankheit der Eltern und die verschiedenen Beziehungen in der Kindheit wurden in der aktuellen Literatur häufig kontrovers im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die psychosomatische Gesundheit von jungen Erwachsenen diskutiert, jedoch fand bis jetzt das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren weniger Beachtung als die Faktoren selbst. Im Gegensatz zu anderen Studien zu Kindheitsbelastungen, die sich oftmals mit Vernachlässigung und Misshandlungen beschäftigten, soll diese Studie einen Einblick in universalere Beziehungsaspekte der Kindheit und Jugend gewähren. Dabei sollen neben linearen Effekten auch Interaktionen und indirekte Zusammenhänge untersucht werden.

Die Daten werden mit Hilfe eines Fragebogens erhoben, der auf verschiedenen Instrumenten basiert. Zur Auswertung werden lineare und logistische Regressionen genutzt. Die Fragen zu Beziehungen, sozialer Situation und Erkrankungen der Eltern beziehen sich auf die Kindheit, während Fragen zu psychischen, somatischen oder psychosomatischen Beschwerden auf das aktuelle Wohlbefinden der Befragten schließen lassen. Das besondere Augenmerk liegt auf Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da ihre Kindheit nicht lange zurückliegt und sie sich

somit besser an diese erinnern. Außerdem leiden bereits viele junge Menschen unter psychosomatischen Beschwerden und fühlen sich im Alltag durch diese beeinträchtigt. Deshalb ist es wichtig zu untersuchen, ob und inwiefern diese durch die Erfahrungen aus der Kindheit beeinflusst werden.

Ob sich die Belastungsfaktoren in der Kindheit sowie die zwischenmenschlichen Beziehungen in den beiden Nachbarländern Polen und Deutschland unterscheiden, stellt ebenfalls eine wichtige Fragestellung dieser Arbeit dar. Da beide Länder zentral in Europa liegen und politische sowie soziokulturelle Beziehungen zueinander pflegen, ist es interessant zu wissen, inwiefern sich der Alltag von jungen Menschen im Hinblick auf ihr Wohlbefinden unterscheidet und ob Herkunft und Erziehung hierfür eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse dieser Studie mit einer großen Stichprobe aus zwei Ländern führen zu einem besseren Verständnis von zwischenmenschlichen Beziehungen und anderen Einflussfaktoren, die sich auf ihr Wohlbefinden auswirken. Dadurch können in Zukunft Ansatzpunkte für unterstützende Maßnahmen und Hilfen sowie die interkulturelle Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Polen verbessert werden.

In der vorliegenden Arbeit wird eine geschlechtsneutrale Sprache verwendet. Hierfür wird unter anderem der Doppelpunkt (:) genutzt, da dieser das barrierefreie Lesen ermöglicht. Aufgrund von Verwechslungen mit den Darstellungen von Interaktionen oder der Signifikanz, wird auf den sogenannten Genderstern (*) verzichtet. Da diese Anpassung in den validierten Fragebögen jedoch nicht vorgesehen ist, wird im Zusammenhang mit Methoden und Ergebnissen weiterhin das generische Maskulinum genutzt.

2 Literaturrecherche

In den folgenden Abschnitten wird der aktuelle Stand der Literatur anhand von exemplarischen Studien, Reviews und Metaanalysen vorgestellt sowie diskutiert. Auf Basis der Wirkmechanismen werden sechs Hypothesen entwickelt.

2.1 Beschwerden / Wohlbefinden

Je besser die Menschen ihre Gesundheit einschätzten, desto besser war ihr Wohlbefinden. Dies belegten Ngamaba et al. (24) in einer Metaanalyse aus dem Jahre 2017 anhand von 29 Studien. Die Beobachtungen trafen sowohl für Menschen der Gesamtbevölkerung als auch für chronisch kranke Personen zu. In Entwicklungsländern waren die Effekte größer, was die Autor:innen damit begründeten, dass in Armut lebende Menschen eine gute Gesundheit als etwas Besonderes ansahen und sie mehr schätzten. Zudem war der Zusammenhang stärker, wenn das Wohlbefinden anhand des Begriffes der „Lebenszufriedenheit“¹ statt durch „Glück“² ermittelt wurde. Während „Glück“ eher Emotionen und Gefühle einschloss, werden durch „Lebenszufriedenheit“ häufig auch kognitive Bewertungen der Situation ausgedrückt (siehe Diener et al. (25)).

Chida et al. (26) belegten in einem metaanalytischen Review auch den umgekehrten Effekt. Menschen mit gutem subjektivem Wohlbefinden lebten länger als Menschen, die ihr Wohlbefinden schlechter einschätzten. Dies galt sowohl in Populationen mit gesunden als auch bei erkrankten Personen. Auch Diener und Chan (27) kamen in einem Review zu diesen Ergebnissen. Zusätzlich beobachteten sie eine Verbesserung der Lebenserwartung bei Erkrankten, wenn diese ein gutes Wohlbefinden angaben. Auch in der Auswertung der prospektiven Augsburger MONICA Studie (28) beschrieben die Autor:innen eine Reduktion des Mortalitätsrisikos um 38 % durch eine höhere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den Menschen, die unzufrieden mit ihrem Leben waren. Besonders Männer profitierten davon. Die ausschlaggebenden Faktoren für eine gute Lebenszufriedenheit waren ein guter subjektiver Gesundheitsstatus, eine gute soziale Unterstützung, ein guter SES und die Abwesenheit von Somatisierungen und psychischen Beschwerden.

Die bisher genannten Studien belegten vor allem eine Verbesserung subjektiver Parameter, während Howell et al. (29) in einer Metaanalyse, in die 150 Studien eingeschlossen wurden,

¹ engl. „ life satisfaction “

² engl. „ happiness “

positive Auswirkungen des Wohlbefindens auf objektivierbare Parameter der Gesundheit der teilnehmenden Personen beschrieben. So wurden beispielsweise höhere Anstiege von IgA-Antikörpern bei Personen beobachtet, die ihr Wohlbefinden gut bewerteten. Der Effekt des Wohlbefindens auf die Immunantwort der Personen war stark signifikant, die Auswirkungen auf eine verbesserte kardiovaskuläre Funktion jedoch nicht. Besonders stark verbesserte sich durch positives Wohlbefinden die kurzfristige Gesundheit der Personen, doch auch der langfristige Gesundheitszustand und die Symptomkontrolle besserten sich. Zudem führte ein gutes Wohlbefinden zur weniger Stress und einer schnelleren Erholung. Die höchsten Effektgrößen fanden die Autor:innen in experimentellen Studien.

Kushlev et al. (30) konnten in einer aktuellen kontrolliert randomisierten Studie, die über drei Monate an 155 Erwachsenen durchgeführt wurde, zeigen, dass sie durch die Anwendung einer positiven psychologischen Intervention eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens erreichten. Der positive Affekt und die Lebenszufriedenheit verbesserten sich bei der Stichprobe über die Zeit im Gegensatz zur Kontrollgruppe, während der negative Affekt der Proband:innen abnahm. Zudem nahm die Zahl der Tage, an denen sich die Proband:innen krank oder durch ihre Gesundheit eingeschränkt fühlten, ab. Die bessere Stimmung und das bessere Wohlbefinden verbesserten die erlebte Gesundheit.

Im Gegensatz zu den genannten Studien beschrieben Liu et al. (31) in einer 2016 erschienenen Veröffentlichung, dass die Zufriedenheit³ von mittelalten Frauen keinen direkten Einfluss auf ihre Lebenserwartung hatte. An der Studie nahmen über 700 000 Frauen im Alter von 55-63 Jahren teil, die im Rahmen der Brustkrebsvorsorge rekrutiert wurden. Sie wurden alle 3-5 Jahre zu ihrem Lebensstil, ihren Vorerkrankungen und ihrer subjektiven Gesundheit befragt. Zudem gaben sie an, wie häufig sie sich glücklich fühlten. Die wichtigsten Prädiktoren für eine hohe Zufriedenheit waren das steigende Alter, ein niedrigerer Bildungsabschluss, eine anstrengende physische Aktivität, Nichtraucher, das Leben mit einem Partner und die Teilnahme an religiösen oder anderen Gruppenaktivitäten. Die wichtigsten Prädiktoren für Traurigkeit⁴ waren Behandlungen von Depressionen und Angststörungen und eine schlechte oder mittelmäßige Gesundheit, die bereits vor Befragung bestanden. Bei der Adjustierung der Daten und dem Ausschluss von Confoundern, kamen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass die Zufriedenheit/Traurigkeit der mittelalten Frauen keinen direkten Effekt auf ihre Lebenserwartung hatte. Erkrankungen der Frauen führten laut den Autor:innen häufig zu Unzufriedenheit⁵ und gleichzeitig zu einer geringeren Lebenserwartung, weshalb sie häufig miteinander in Verbindung gebracht wurden. Es bestand in der Studie jedoch kein kausaler Zusammenhang.

³ engl. „happiness“

⁴ engl. „unhappiness“

⁵ engl. „unhappiness“

Da Beschwerden verschiedene Auswirkungen haben können, ist es wichtig zu wissen, woraus diese resultieren und wodurch das Wohlbefinden beeinflusst wird. Engel (32) belegte bereits im Jahre 1958, dass negative Kindheitserfahrungen, sowohl physischer als auch emotionaler Art, im Erwachsenenalter das Auftreten von chronischen Schmerzen begünstigten. Auch aktuelle Studien bestätigten, dass vor allem Vernachlässigung und Missbrauch, aber auch andere Traumata zu Problemen der Schmerzverarbeitung führten (33, 34). Kascakova et al. (34) beschrieben in einer aktuellen tschechischen Studie neben chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter ebenfalls das Auftreten von Angststörungen und Anpassungsschwierigkeiten. Personen, die unter diesen Problemen litten, hatten ein höheres Risiko in der Kindheit emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung erlebt zu haben.

Reuchlein et al. (35) zeigten dagegen in einer Studie mit über 1000 Proband:innen aus Polen und Deutschland, dass (chronische) Kopfschmerzen im Erwachsenenalter keine typische Folge von Kindheitsbelastungen waren, sondern vereinzelt auftraten. Aus 19 untersuchten potenziellen Belastungsfaktoren aus den Bereichen der „negativen persönlichen Erfahrungen“, „familiäre Belastungen“ und „Störungen der Eltern“ waren drei prädiktiv für das Auftreten von Kopfschmerzen. Diese waren emotionale sowie körperliche Vernachlässigung und die chronische Erkrankung des Vaters. Letztere sagte jedoch nur Kopfschmerzen bei der Tochter hervor, während eine psychische Erkrankung der Mutter eher zu Kopfschmerzen bei ihrem Sohn führte. Die Vernachlässigung begünstigte bei beiden Geschlechtern das Auftreten von Kopfschmerzen stark. Unterschiede zwischen der polnischen und der deutschen Population zeigten sich nicht. Auch im generellen Auftreten von Rückenschmerzen unterschieden sich die Prävalenzen in Deutschland und Polen über alle Altersgruppen hinweg nicht, wobei Frauen jedoch häufiger Schmerzen angaben als Männer (36).

Hagen et al. (37) befragten im Rahmen von drei Studien 50952 Personen aus 14 Ländern (u.a. Deutschland und Polen), die mindestens einmal in ihrem Leben muskuloskelettale Schmerzen erlebt hatten, wie diese ihr tägliches Leben und Wohlbefinden beeinflussten. Im Durchschnitt berichteten 50% der Befragten von einer Beeinträchtigung durch die Schmerzen. Von diesen wiederum klagten im Durchschnitt 59% über eine verringerte Lebensqualität, 51% über eine starke Schmerzintensität, lange Dauer oder ein häufiges Auftreten des Schmerzes und 40% über emotionale Probleme wie Angst, weniger Zufriedenheit und ein geringeres Selbstwertgefühl. In Polen betrug der prozentuale Anteil der Menschen, die sich im täglichen Leben beeinträchtigt fühlten 56%, während es in Deutschland 47% waren. Auch in dieser Studie stellten die Autor:innen heraus, dass Frauen stärker durch ihre Schmerzen beeinträchtigt waren als Männer. Einschränkungen durch die Schmerzen nahmen mit steigendem Alter zu und ab einem Alter von 65 Jahren wieder ab.

Åslund et al. (38) zeigten in einer Querschnittsstudie anhand von 7757 schwedischen Jugendlichen im Alter von 13-18 Jahren, dass sowohl ein generell schwaches soziales Vertrauen als auch ein niedriges soziales Kapital der Nachbarschaft mit mehr muskuloskelettalen Schmerzen, depressiven und psychosomatischen Symptomen bei Jugendlichen assoziiert waren. Zum sozialen Kapital der Nachbarschaft zählte in dieser Studie beispielsweise, wie sicher sich die Person dort fühlte, ob es gegenseitige Hilfe gab und ob Vertrauen zwischen den Menschen herrschte. Ein hoher objektiver SES war mit einem hohen subjektiven SES, einem höheren sozialen Kapital der Nachbarschaft und einem höheren sozialen Vertrauen assoziiert. Mädchen zeigten generell häufiger depressive und psychosomatische Symptome sowie Schmerzen, während Jungen ein höheres generelles soziales Vertrauen und ein höheres soziales Kapital in der Nachbarschaft angaben. Die Autor:innen sahen Gründe dafür unter anderem in der aufmerksameren Beobachtung der eigenen Gesundheit bei Mädchen.

Tabak und Mazur (39) untersuchten in einer polnischen Studie, die im Jahre 2016 veröffentlicht wurde, subjektive Gesundheitsbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter und die damit zusammenhängenden Faktoren. Die ausgewerteten Daten stammen aus der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), von denen Daten von über 5000 Schüler:innen im Alter von 10,5-16,5 Jahre ausgewertet wurden. Die subjektiven Gesundheitsbeschwerden wurden anhand des SCL-Fragebogens erfragt. Zudem sollten die Jugendlichen angeben, wie sehr sie unter Schulstress litten, wie gut ihre Noten waren und wie sie die Kommunikation und Unterstützung innerhalb ihrer Familie empfanden. Ein Drittel der Teilnehmenden litt unter starkem Schulstress. Stresserfahrungen nahmen mit steigendem Alter zu, wobei sich bei Mädchen mehr Stress beobachten ließ als bei Jungen. Jugendliche mit besseren Schulleistungen hatten weniger schulassozierten Stress als Jugendliche mit schlechteren Schulleistungen. Je besser die Schüler:innen in der Schule waren, desto häufiger wirkten sich die Beziehungen zur Familie auf die Gesundheit aus. Bei sehr guten Schüler:innen war eine gute Beziehung zur Familie der wichtigste protektive Faktor gegen Gesundheitsbeschwerden, bei schlechteren Schüler:innen hingegen wirkte die Unterstützung durch Mitschüler:innen und Lehrkräfte protektiv gegen die Entstehung von Stress. Gute Schüler:innen, die in Familien mit schlechter Unterstützung und schlechter Kommunikation aufwuchsen, wiesen in Episoden mit starkem Schulstress einen Anstieg von Gesundheitsbeschwerden auf. Auch De Looze et al. (40) kamen in einer aktuellen niederländischen Querschnittsstudie mit großer Stichprobe (n=21901) zu ähnlichen Ergebnissen. Die Autor:innen sahen in einer sich verbessernden Kommunikation mit den Eltern und in einem guten Verhältnis zur Peer Group einen protektiven Faktor, der Kinder und Jugendliche bei steigendem Schulstress vor einer Verschlechterung des Wohlbefindens schützte. Zudem bezeichneten sie den ansteigenden Schulstress als wichtiges Kriterium für

die generelle Verschlechterung des Wohlbefindens bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren.

In einer spanischen Mehrebenenanalyse (41) wurden 2812 Schüler:innen im Alter von 12-18 Jahren zu ihrem Wohlbefinden und zu den Einflussfaktoren befragt. Eine gute Peer-Bindung korrelierte mit einem besseren Wohlbefinden und gleichzeitig mit einem positiven Affekt. Mit steigendem Alter gaben die Jugendlichen ein geringeres Wohlbefinden an. Hierbei war der Effekt bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kam auch eine in Belgien durchgeführte Studie (42). Balluerka et al. (41) belegten eine Assoziation der emotionalen Intelligenz der Klasse mit einer psychologischen Anpassung und einem besseren Wohlbefinden der Teilnehmenden.

Karreman und Vingerhoets (43) belegten in einer Studie, dass die vier Bindungstypen bei Erwachsenen unterschiedliche Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden hatten und dass auch Menschen mit unsicheren Bindungen ein gutes Wohlbefinden haben konnten. Es handelte sich dabei teilweise um direkte Effekte und teilweise um indirekte Effekte, die durch die Emotionsregulation oder Resilienz der Person beeinflusst wurden. Ein sicherer Bindungsstil führte zu einem besseren Wohlbefinden, sowohl direkt als auch indirekt über ein hohes Niveau an Neubewertung von emotionalen Situationen und besonders stark über eine gute Resilienz der Person. Bei unsicheren Bindungen führten sowohl ein abweisender als auch ein ängstlicher Bindungsstil über eine erhöhte Resilienz und die Fähigkeit zur guten emotionalen Neubewertung zu einem besseren Wohlbefinden. Dieses erklärten die Autor:innen unter anderem durch das entstandene negative Bild von anderen, welches es den betroffenen Personen einfacher machte mit Stressoren umzugehen. Ein besorgter / klammernder Bindungsstil war mit einer schlechten Resilienz, einer schlechten Fähigkeit zur Neubewertung emotionaler Situationen und einem dadurch schlechten Wohlbefinden assoziiert.

Li et al. (44) belegten an 512 10-17-jährigen Jugendlichen, dass sich soziale Unterstützung beispielsweise durch die Eltern, die Peer Group oder durch Lehrkräfte positiv auf das subjektive Wohlbefinden der Jugendlichen auswirkte. Für Mädchen zeigte sich sowohl ein direkter als auch ein indirekter Zusammenhang, für Jungen hingegen die Auswirkungen vor allem von ihrer kognitiven Beurteilung⁶ einer Situation und ihrem prosozialem Verhalten. Zudem schrieben die Autor:innen, dass sich Mädchen im Gegensatz zu Jungen häufiger prosozial verhielten.

Für Kinder und Jugendliche hatte es positive Auswirkungen auf ihr Glück⁷ und ihre Lebenszufriedenheit, wenn Eltern ihre Stärken erkannten. Dies zeigten Cherry et al. (45) in einer aktuellen Studie, in der sie Jugendliche und ihre Eltern befragten. Die Jugendlichen

⁶ engl. „cognitive reappraisal“

⁷ engl. „happiness“

gaben mehr eigene Stärken an, je besser sie von ihren Eltern eingeschätzt wurden. Dies führte indirekt zur Verbesserung des Wohlbefindens der Jugendlichen.

Silva et al. (46) untersuchten in einer aktuellen Studie, wie sich tägliche Konflikte zwischen Eltern und Teenagern auf das Wohlbefinden und die Stimmung beider auswirkten. Dazu wurden jeweils die Jugendlichen und eines ihrer Elternteile (97% davon waren Mütter) über sieben Tage täglich befragt. Die Autor:innen belegten, dass ein Konflikt zwischen beiden das Wohlbefinden von Eltern und Jugendlichen am selben Tag verringerte, was in dieser Studie anhand von schlechterer Laune und einem geringeren Selbstwertgefühl bestimmt wurde. Tägliche Schwankungen der emotionalen Wärme der Eltern, die sich unter anderem im mehr oder weniger liebevollen Umgang äußerten, wirkten sich im Gegensatz dazu nicht auf das Selbstwertgefühl oder die Laune aus. Schätzten die Jugendlichen jedoch die Beziehung zu den Eltern als generell warm ein, führte dies zu einer Abmilderung der negativen Auswirkungen von Streit auf ihr Wohlbefinden. Eine liebevolle Beziehung der Jugendlichen zu ihren Eltern / zur Mutter schützte also vor den negativen Auswirkungen von Konflikten.

Elsharnouby et al. (47) untersuchten in einer personenzentrierten Studie bei 1097 türkischen Jugendlichen ihre Offenheit und die Geheimhaltung von Dingen vor Eltern und Freund:innen. Geheimhaltung führte generell zu Angstsymptomen und somit zu schlechterem Wohlbefinden, während Jugendliche, die sich öffneten, eine höhere Lebenszufriedenheit hatten und von besseren Problemlösungsstrategien profitierten. Am wichtigsten für die Jugendlichen war ein gutes Verhältnis zur Mutter. Wenn die Jugendlichen gegenüber dem Vater verschlossener waren, waren die Auswirkungen auf das Wohlbefinden weniger stark.

Aus der Auswertung der Literatur ergeben sich die folgenden angenommenen Wirkmechanismen: Bis auf wenige Ausnahmen (31) findet man deutliche Belege dafür, dass ein gutes Wohlbefinden die Gesundheit verbessert und die Lebenserwartung der Menschen erhöht (26-30). Das Wohlbefinden und das Ausmaß der Beschwerden wurden unterschiedlich definiert. Es fehlen jedoch Studien, die gleichermaßen psychische, somatische und psychosomatische Beschwerden untersuchten.

Die meisten Studien belegten, dass mehrere Faktoren das Wohlbefinden beeinflussten, beispielsweise der SES, die schulische Situation und im Besonderen die Freundschaften und Beziehungen zu den Eltern. Auch das Geschlecht stellte einen wichtigen Einflussfaktor dar. Häufig beschränkten sich die Autor:innen auf lineare Zusammenhänge und einige ausgewählte Aspekte. Dies führte dazu, dass die verschiedenen Studien nur teilweise verglichen werden können und dass indirekte Effekte und Interaktionen unerkannt blieben. Aufgrund der Datenlage ist davon auszugehen, dass es sich bei Auswirkungen auf das Wohlbefinden um verschiedene Arten von Effekten handelt. Auch die Altersgruppe der jungen

Erwachsenen spielte in der Literatur eine weniger zentrale Rolle als Kinder im Schulalter oder ältere Erwachsene.

2.2 Bindungstheorie

Eine wichtige Grundlage für die Untersuchung von Beziehungen bildet die Bindungstheorie, die von John Bowlby entwickelt wurde (48, 49). Laut dieser Theorie werden bereits in der frühen Kindheit lebensandauernde Dispositionen zur Ausbildung von verschiedenen Bindungsqualitäten erworben. Das Konzept der Monotropie, ein Teil der Theorie, besagt, dass ein Säugling eine angeborene Fähigkeit besitzt, sich vor allem an eine einzige Person zu binden, die zu der wichtigsten Bindungsperson wird. Vor allem die Bindung zur Mutter spielte eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Selbstvertrauen und Vertrauen gegenüber anderen. Laut Bowlby hatte es negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes, wenn diese Bindung nicht zustande kam oder zerstört wurde. Eine „Deprivation“ führte zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeiten eine Bindung aufzubauen (1). Folgen waren unter anderem die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten wie Depressionen, Lernminderungen und aggressivem Verhalten. Zudem kam es zur Ausbildung von Affektarmut und Gefühlslosigkeit. Besonders wichtig war eine Aufrechterhaltung der engen Bindung in den ersten beiden Lebensjahren. Die vulnerable Phase der Kinder erstreckte sich jedoch bis zum 5. Lebensjahr. Rutter (50, 51) kritisierte Bowlby's Modell als zu vereinfacht und forderte eine Unterscheidung zwischen Bindungen, die nie gebildet werden konnten und Bindungen, die, beispielsweise durch den Verlust der Mutter, zerstört wurden. Zudem beschrieb er, dass nicht nur die Bindung zur Mutter zählte, sondern auch Bindungserfahrungen zum Vater, Geschwistern und zur Peer Group. Auch Schaeffer und Emerson (52) beschrieben frühe Bindungen zu mehreren Personen. Werner (2) beobachtete in ihrer longitudinalen Studie eine besondere Rolle von verschiedenen Erwachsenen für die Anpassung und Resilienzbildung von Kindern aus hochriskanten Verhältnissen. Zudem beschrieb sie eine bessere Ausbildung von Coping-Strategien bei Mädchen, deren Mütter im Kindesalter arbeiteten und somit nicht immer verfügbar waren, als bei welchen, deren Mütter nicht arbeiteten. Lamb et al. (53) betonten ebenfalls die Wichtigkeit des väterlichen Einflusses auf die Kinder, wobei besonders die Liebe und Warmherzigkeit im Mittelpunkt standen, nicht der Unterschied zur Mutter.

Ein wichtiger Bestandteil der Bindungstheorie ist die Ausbildung eines sogenannten Internalen Arbeitsmodells (inner working model (IWM)), das in der frühen Kindheit durch die Eltern-Kind-Beziehung geprägt und durch die Verfügbarkeit der Bindungsperson beeinflusst wird (54, 55). Das Modell bildete laut der Autor:innen die Grundlage für die Wahrnehmung des Umfeldes einer Person, anderer Menschen, aber auch für die Selbstwahrnehmung und die Ausbildung von Bindungen zu anderen Menschen. Diese entstanden auf Basis der Bindung zur Mutter und orientierten sich an der Qualität dieser. Im Laufe des Lebens wird das Modell komplexer und kann beeinflusst werden, persistiert aber ein Leben lang und prägt unter anderem das Verhalten der Person (56). Das interne Arbeitsmodell wird häufig als Ansatz für Therapien

und Interventionen genutzt, wie beispielsweise Kobak et al. darstellten (57). Für die Anpassung an Kindergarten und Schule und das Verhalten in Situationen, in denen die Eltern nicht anwesend waren, war die Bindung zu Mutter und Vater besonders wichtig (58). Je besser die Bindung und je zuverlässiger die Beziehungsperson war, desto seltener entwickelten die Kinder Angst, desto besser kamen sie mit neuen Erfahrungen zurecht und desto besser konnten sie Frustration tolerieren (58). Buist et al. (59) beschrieben eine Veränderung der Beziehung zu den Eltern im Laufe der Jugend und eine Abnahme der Stärke der Bindung zu ihnen, während die Bindung zu den Geschwistern sich verstärkte.

Dykas et al. (60) zeigten, dass die internalisierten Eigenschaften der Kinder sich in ihren Beziehungen zur Peer Group widerspiegelten. Unsichere Jugendliche wurden von Gleichaltrigen häufiger als schüchtern wahrgenommen und waren häufiger Opfer des aggressiven Verhaltens der Mitschüler:innen als sichere Kinder und Jugendliche. Dies unterstützte Bowlby's Hypothese (61), dass sichere Personen positivere Beziehungen hatten. George et al. entwickelten das Adult Attachment Interview (62), ein standardisiertes halbstrukturiertes Interview, in dem die Befragten ihre Bindungserfahrungen aus der heutigen Sicht schildern. Das Gespräch, in dem es sowohl Anteile mit konkreten Fragen als auch freie Redeanteile gibt, wird auf Video aufgezeichnet. Die Auswertung berücksichtigt die Antworten zum Verhältnis zu den Bindungspersonen, zu Erfahrungen wie Trennung, Kummer und Zurückweisung, vor allem aber die Art und Weise der Beschreibungen und des Verhaltens der Person (63).

Laut Parker (64) führte eine affektlose Kontrolle („affectionless control“) durch die Eltern zu mehr Depressionen bei ihren Kindern, vor allem im Erwachsenenalter. Diese Art der Bindung ist durch ein hohes Maß an Kontrolle und durch wenig Liebe und Zuneigung gekennzeichnet und wurde durch Parker mit dem „Parental Bonding Instrument“ bestimmt, einem Fragebogen, der die subjektive Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung aus der Kindersicht erfasst. Anhand dieses Fragebogens belegten auch Shibata et al. (65), dass die Personen, die wenig Fürsorge durch die Eltern und gleichzeitig ein hohes Maß an Kontrolle erfuhren, im Erwachsenenalter das höchste Risiko für die Entwicklung von chronischen Schmerzen hatten und häufiger als andere eine psychosomatische Behandlung benötigten.

Zimmermann (63) beschrieb in der Auswertung der Bielefelder Längsschnittstudie, dass Jugendliche mit einer sicheren Elternbindung über ein gutes Freundschaftsnetz verfügten, ihnen Vertrauen in Freund:innen wichtig war und dass sie sich unter diesen wohlfühlten. Das bedeutet, dass die Beziehung zu Freund:innen ebenfalls einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden leistete und dass die Freundschaften von der Elternbindung abhängig waren.

In der Literatur zeigte sich durchgehend, dass zwischenmenschliche Bindungen einen substanziellen Anteil an der Entwicklung und am Wohlbefinden aller Personen hatten. Eine

besondere Rolle wurde der Beziehung zur Mutter zugeschrieben. Auch die Bindungen zu Vater und Freundschaften waren wichtig, hatten jedoch nicht den gleichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden wie die Bindung zur Mutter.

2.3 Beziehungen

Die zwischenmenschlichen Beziehungen von jungen Erwachsenen wurden in der Literatur vielfach diskutiert, wobei die Schwerpunkte auf verschiedenen Aspekten lagen. Im Folgenden soll vor allem die Literatur Beachtung finden, die die Qualitäten der Bindungen sowie deren Auswirkungen untersucht. Um einen geordneten Einblick in die Fülle der Literatur zu bekommen, werden die Beziehungen zu Eltern und Freund:innen zuerst getrennt betrachtet. Anschließend erfolgt die Diskussion der Literatur, die sich mit beiden Beziehungen gleichermaßen beschäftigt.

2.3.1 Liebe der Eltern / Eltern-Kind-Beziehung

Ein Beispiel dafür, was Jugendliche unter Liebe der Eltern verstehen, wurde in einer länderübergreifenden Studie von McNeely & Barber (66) deutlich. Sie befragten Schüler:innen im Alter von 14 -17 Jahren aus zwölf Ländern der ganzen Welt. Unter anderem wurden Ihnen offene Fragen gestellt, in deren Antworten sie Beispiele angeben sollten, die zeigten, dass ihre Eltern sie lieben. In allen Ländern waren für die Jugendlichen emotionale und kameradschaftliche Unterstützung wichtig, beispielsweise durch Zuneigung der Eltern, physikalische Nähe, Gespräche und die Zeit, die die Eltern mit ihnen verbringen. Zudem führten Lob, finanzielle Unterstützung, moralische Leitung durch die Eltern und die Gewährung von Freiheiten zu dem Gefühl, geliebt zu werden. In weniger privilegierten Gesellschaften und Regionen waren der Zugang zu guter Bildung vor allem für Schüler:innen ein Zeichen von Liebe durch die Eltern. Insgesamt war für Mädchen die emotionale Unterstützung durch die Eltern wichtiger als für Jungen, für Jungen hingegen die finanzielle Unterstützung durch die Eltern.

In einer aktuellen Querschnittsstudie von Weitkamp & Seiffge-Krenke (67) wurden Schüler:innen im Alter von 14-16 Jahren aus Universitätsstädten in acht Ländern (Deutschland, Polen, Frankreich, Griechenland, Türkei, Argentinien, Peru, Pakistan) befragt. Es wurden Unterschiede in der Kindererziehung und im Verhältnis zu den Eltern in den verschiedenen Ländern und die daraus folgenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit erfasst. Trotz der unterschiedlichen Kulturen ähnelten sich die meisten

Beobachtungen. Für die Mehrzahl der Teilnehmenden war die Rolle des Vaters sehr wichtig. Die Ergebnisse zeigten, dass die Entstehung von internalisierenden und externalisierenden Problemen durch eine gute Bildung der Mutter, eine starke Kontrolle durch die Eltern und durch eine ängstliche Mutter begünstigt wurde. Eine gute väterliche Unterstützung ging mit weniger internalisierenden Problemen einher, eine gute Unterstützung durch die Mutter mit weniger externalisierenden Problemen. Insgesamt zeigten die Ergebnisse in Deutschland und Polen ein hohes Maß an psychologischer Kontrolle durch die Eltern, während die elterliche Unterstützung der Jugendlichen in beiden Ländern eher als niedrig eingestuft wurde. Als Gründe dafür nannten die Autor:innen unter anderem die soziokulturellen Wertevorstellungen in Deutschland und Polen, die in beiden Ländern als individualistisch angesehen wurden. Kontrolle galt laut den Autor:innen in diesen Kulturen als invasiv und störend und werde demnach vermehrt durch die Jugendlichen angegeben. Die Ähnlichkeit der Daten in den unterschiedlichen Ländern in dieser Studie könnte auf der Tatsache beruhen, dass ausschließlich Schüler:innen in Universitätsstädten und aus Familien mit insgesamt hohem SES befragt wurden, wodurch sich ihre Sichtweisen möglicherweise angleichen.

In einer 2019 veröffentlichten spanischen Studie untersuchten Mónaco et al. (3) die Auswirkungen von verschiedenen Qualitäten der Eltern-Kind-Bindung auf das Wohlbefinden von Jugendlichen (12-15 Jahre) und den Einfluss, den die emotionale Entwicklung hierauf hatte. Das Wohlbefinden wurde in dieser Studie durch Angaben von somatischen Beschwerden, Affekt, Stress und Lebenszufriedenheit der Jugendlichen bestimmt. Alle drei Dimensionen der Eltern-Kind-Bindungen (Vertrauen, Kommunikation, Entfremdung) zeigten einen signifikanten direkten Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Jugendlichen und gleichzeitig eine indirekte Wirkung über die emotionale Kompetenz der Jugendlichen. Das Wohlbefinden der Jugendlichen war umso besser, je besser die Bindung zu ihren Eltern war. Dieser Effekt war in den meisten Fällen abhängig von der emotionalen Entwicklung der Jugendlichen. Eine Ausnahme zeigte sich bei den somatischen Beschwerden. Diese waren vor allem abhängig von der emotionalen Funktionalität der Jugendlichen. War diese gut, zeigten die Befragten weniger somatische Beschwerden, auch wenn die Bindung zur Mutter schlecht war. Die Auswirkungen einer schlechten Bindung zur Mutter konnten durch eine gute emotionale Kompetenz gemildert werden. In der Studie gab es kaum Alterseffekte, in der jüngeren Gruppe waren jedoch die Emotionen und die emotionale Funktionalität wichtiger für das Wohlbefinden der Jugendlichen als die Eltern-Bindung, während sich die Effekte in der älteren Gruppe einander angleichen. In der Auswirkung der Bindung der Jugendlichen zu ihren Eltern auf das Wohlbefinden gab es keine Geschlechtsunterschiede, jedoch wirkte sich bei Mädchen die emotionale Kompetenz auf die Assoziation zwischen Bindung und Wohlbefinden stärker aus als bei Jungen. Die Bindung zum Vater hatte bei den Mädchen einen direkten Einfluss auf ihren positiven Affekt, bei den Jungen wurde kein Effekt festgestellt.

Werner (2) kam in der longitudinalen Kauai-Studie zu dem Ergebnis, dass gute Beziehungen zu den Eltern als protektive Faktoren für Kinder aus hochriskanten Verhältnissen wirkten. Besonders Mädchen profitierten von einer guten und liebevollen Beziehung zur Mutter in Kindheit und Jugend und zeigten im Erwachsenenalter ein ausgeprägtes Wohlbefinden, eine gute Anpassung und gute zwischenmenschliche Beziehungen. Zudem war den Jugendlichen das Gefühl von Sicherheit in der Familie sehr wichtig.

Keizer et al. (68) veröffentlichten 2019 eine longitudinale Studie, die an einer Gruppe von über 500 niederländischen Jugendlichen im Alter von 11-16 Jahren in einem Zeitraum von drei Jahren durchgeführt wurde. Es wurden die Auswirkungen von Veränderungen in den Bindungen zu Mutter und Vater untersucht, die Beziehung der Eltern zueinander und quantitative Veränderungen in der Beziehung zur Peer Group im Hinblick auf das Selbstwertgefühl der Jugendlichen. Eine Verbesserung der Bindung zur Mutter über die Zeit führte sowohl für Jungen als auch für Mädchen zu einer Steigerung ihres Selbstwertgefühls. Eine Verbesserung der Bindung zum Vater führte hingegen nur bei Mädchen zu einer signifikanten Steigerung ihres Selbstwertgefühls. Wenn die Beziehung der Eltern zueinander aus der Sicht der Jugendlichen schlechter wurde, sank das Selbstwertgefühl sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen. Die Autor:innen merkten an, dass es in den Niederlanden üblich war, dass Frauen in Teilzeit arbeiteten und sich um die Erziehung der Kinder kümmerten, während Männer mehr arbeiteten und weniger in die Erziehung involviert waren. Die Veränderungen in der Anzahl von engen Freundschaften hatten keine Auswirkung auf das Selbstwertgefühl (quantitative Bestimmung). Bei Mädchen stieg das Selbstwertgefühl, wenn sie in einer romantischen Beziehung mit einer Person waren, bei Jungen hatte dies keinen signifikanten Effekt.

Babore et al. (69) beschrieben wiederum in einer Studie, dass das Selbstwertgefühl in der frühen Jugend der wichtigste Prädiktor für das Auftreten von Depressionen war, dicht gefolgt von der Beziehung zu den Eltern, vor allem zur Mutter. Je höher das Selbstwertgefühl war und je besser die Jugendlichen die emotionale Verfügbarkeit der Eltern spürten, desto geringer war ihr Risiko, depressive Symptome zu entwickeln.

In einer 2018 veröffentlichten Studie befragten Filus et al. (70) 745 18-20-jährige Jugendliche in Städten in Griechenland, Norwegen, Polen und der Schweiz. Die Autor:innen untersuchten Zusammenhänge zwischen den Eltern-Kind-Beziehungen und dem Wohlbefinden der Jugendlichen, sowie die verschiedenen Einflüsse auf die Individualisierung der Jugendlichen und ihre Abhängigkeit von den Eltern. Insgesamt fielen in den Ländern mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede auf. Die Beziehung zu den Eltern wurde anhand ihrer Reaktivität⁸, ihrer Strenge in der Erziehung und anhand der Gewährung von Autonomie beurteilt. Das Wohlbefinden der Jugendlichen war in allen Ländern besser, wenn die

⁸ engl. „responsiveness“, *Liebe* = Teilaspekt

Beziehung zur Mutter durch ihre hohe Reaktivität geprägt war. Diese hatte jedoch eine engere Verbundenheit und eine höhere Abhängigkeit des Jugendlichen von der Mutter auf psychologischer oder funktioneller Ebene zur Folge, was wiederum zur Abnahme des Wohlbefindens führte. Zu einem besseren Wohlbefinden führten eine Gewährleistung von Autonomie durch die Mutter über einen direkten Effekt sowie eine niedrigere Abhängigkeit über einen indirekten Effekt. In der Beziehung zum Vater hatte die Gewährung von Autonomie ebenfalls ein besseres Wohlbefinden zur Folge. Die gute Reaktivität der Väter war nur in Norwegen und Griechenland direkt für eine Verbesserung des Wohlbefindens verantwortlich. In allen Ländern trat jedoch ein indirekter Effekt über eine finanzielle Unterstützung durch den Vater auf, wodurch die Jugendlichen von einem guten Wohlbefinden berichteten.

Delvecchio et al. (71) untersuchten in einer aktuellen Querschnittsstudie polnische Jugendliche im Hinblick auf die Bindung zu ihren Eltern und verglichen die Ergebnisse mit denen von Jugendlichen aus China und Italien. Für die polnische Gruppe traten keine Geschlechtsunterschiede in der Bindung zu den Eltern auf, während die Mutter jedoch die vorrangige Bezugsperson darstellte. Insgesamt waren die Bindungen der Jugendlichen zu ihren Eltern in Polen besser als im kollektivistischen China und schlechter als im individualistischen Italien. Die Autor:innen betonten, dass Polen vermehrt durch Individualismus geprägt war und dass sich die Gesellschaft veränderte. Trotzdem stand für einen Großteil der polnischen Bevölkerung die Familie besonders im Mittelpunkt, was auch durch Siemienska (72) beschrieben wurde.

Aus der Literatur lassen sich folgende Annahmen und Wirkmechanismen ableiten. Für eine gute Eltern-Kind-Bindung waren vor allem emotionale Zuwendung, Liebe und Vertrauen der Eltern für die Kinder wichtig. Auch eine gute finanzielle Situation beeinflusste die Bindung zu den Eltern positiv, wobei dies im Besonderen für die Liebe zum Vater galt. Insgesamt führten gute Beziehungen zu einem besseren Wohlbefinden, zu einem besseren Selbstbewusstsein und zu einer selteneren Entwicklung von Problemverhalten bei Jugendlichen. Sowohl die Rolle der Mutter als auch die des Vaters waren für die jungen Menschen wichtig, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

2.3.2 Vertrauen in Freund:innen ⁹

In einem meta-analytischen Review untersuchten Gorrese & Ruggieri (73) anhand von insgesamt 65 Studien verschiedene Einflüsse auf die Peer-Bindung der Befragten. Es bestand eine Korrelation zwischen der Bindung zu den Eltern und der Bindung zur Peer Group im Allgemeinen, ebenso zwischen den einzelnen Dimensionen Vertrauen, Kommunikation und Entfremdung. Jugendliche mit einer sicheren Eltern-Bindung gaben meistens eine ebenfalls sichere Peer-Bindung an, wobei die Bindung zur Mutter einen größeren Einfluss hatte als die Bindung zum Vater. Moderatoren für diese Effekte waren die Sprache, das Land und die Zahl der Items, wobei kurze Skalen einen größeren Effekt zeigten. Zudem untersuchten die Autor:innen die Beziehungen zwischen der Peer-Bindung und des Geschlechts der Jugendlichen und beobachteten, dass Mädchen insgesamt sicherere Peer-Bindungen hatten als Jungen. In den Dimensionen Vertrauen und Kommunikation wiesen Mädchen signifikant bessere Werte auf als Jungen. Die Autor:innen beschrieben, dass die Effekte durch das Jahr der Datenerhebung, durch das Land und durch die Zahl der Items moderiert wurden. Zudem ermittelten Studien, die den IPPA-Fragebogen (siehe Armsden et al. (74)) benutzten, höhere Geschlechtsunterschiede als andere. In der dritten Fragestellung der Metaanalyse untersuchten die Autor:innen die Zusammenhänge zwischen der Peer-Bindung und dem Alter der Teilnehmenden, wobei sich jedoch kein signifikanter Effekt ergab. Die Autor:innen begründeten dies unter anderem mit dem kleinen Altersintervall. Moderiert wurden die Effekte durch das Land der Datenerhebung und durch die Geschlechtszusammensetzung der Studien.

In einer 2020 publizierten spanischen Querschnittsstudie von Schoeps et al. (7) untersuchten die Autor:innen die Bindung von 800 Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren an ihre Peer Group und die damit verbundenen Effekte auf ihre soziale und emotionale Verfassung sowie auf ihr Verhalten. Vertrauen in die Peer Group und eine gute Kommunikation führten zu weniger Problemen im Verhalten¹⁰ und auf emotionaler Ebene. Gleichzeitig begünstigten sie ein prosoziales Verhalten. Zudem berichteten die Jugendlichen, die eine gute Bindung zu ihrer Peer Group hatten, seltener von Angstsymptomen, depressiven oder emotionalen Symptomen. Im Gegensatz dazu führte die Entfremdung von der Peer Group, unter anderem das Gefühl von Distanz und Nichtdazugehören, zu mehr Angst, Traurigkeit, Aggression und Sorge bei den Jugendlichen, also zu einem schlechteren Wohlbefinden. Des Weiteren beeinflusste die Empathie der Befragten als Mediator den Zusammenhang zwischen der Peer-

⁹ Es wird sowohl der deutsche Begriff „Freund:innen“ / „Freunde“ benutzt als auch der englische Begriff „Peer Group“, für den es keine adäquate deutsche Übersetzung gibt.

¹⁰ engl. „conduct problem“. Im Deutschen ist die eindeutige Abgrenzung zu „problem behaviour“, das im Text mit „Problemverhalten“ übersetzt wird, nicht möglich.

Bindung und der emotionalen Verfassung der Jugendlichen. In dieser Studie zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

Gorrese (75) untersuchte in einer Metaanalyse die Auswirkungen der Peer-Bindung auf das Auftreten von Angstsymptomen, Depressionen und internalisierenden Problemen bei Jugendlichen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine sichere Peer-Bindung zu weniger Angst bei Jugendlichen führte, vor allem zu weniger sozialer Angst außerdem zu seltenerem Auftreten von internalisierendem Problemverhalten. In diesem Zusammenhang gab es keine Effekte von Alter, Geschlecht oder Ethnie der Jugendlichen. Zudem wurde der umgekehrte Effekt beschrieben, bei dem die soziale Angst der Jugendlichen dazu führen konnte, dass ihr eigenes problematisches Verhalten negative Auswirkungen auf die Beziehung zur Peer Group hatte. Die Autorin belegte außerdem, dass eine bessere Bindung zur Peer Group zu weniger Depressionen bei den Jugendlichen führte, wohingegen eine unsichere Peer-Bindung das Risiko für das Auftreten von Depressionen erhöhte, vor allem für Mädchen. Mit steigendem Alter der Jugendlichen war das Auftreten von Depressionen immer weniger vom Vertrauen in die Peer Group abhängig, gleichzeitig wurde die Kommunikationsqualität wichtiger für die Jugendlichen. Außerdem beeinflussten die soziale Unterstützung und das Selbstwertgefühl der Jugendlichen das Auftreten von Depressionen.

In einer longitudinalen Studie, die 2019 publiziert wurde, untersuchten Narr et al. (8) ebenfalls die unterschiedlichen Einflüsse auf die seelische Gesundheit von Jugendlichen durch enge Freundschaften und durch das Vorhandensein einer breiten Peer Group. Es wurden 169 Jugendliche im Alter von 15, 16 und 25 Jahren befragt, außerdem der beste Freund oder die beste Freundin. Eine Freundschaft wurde in dieser Studie als stabil angesehen, wenn sie durch eine gute Bindungsqualität gekennzeichnet war, sowie über mehrere Jahre die gleichen guten Freund:innen genannt wurden. Die Kurz- und Langzeitauswirkungen bezogen sich auf das Selbstwertgefühl, das Auftreten einer Depression und von sozialer Angst bei den Befragten. Im kurzen Zeitraum zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr stieg durch enge Freundschaften das Selbstwertgefühl und das Gefühl der sozialen Akzeptanz der Jugendlichen. Durch enge und hochqualitative Freundschaften kam es nach 10 Jahren zu weniger depressiven Symptomen und einem höheren Selbstwertgefühl. Das Auftreten von sozialer Angst war bei jungen Erwachsenen mit stabilen und engen Beziehungen im Vergleich zur Jugendzeit erniedrigt. Der gegenteilige Effekt zeigte sich bei jungen Erwachsenen, die in der Jugend beliebt waren. Bei ihnen traten häufiger Symptome von sozialer Angst auf. Waren die Freundschaften in ihrer Jugend jedoch stark und unterstützend, litten die jungen Erwachsenen seltener an internalisierenden Symptomen.

In einer chinesischen longitudinalen Studie befragten Yang et al. (6) über einen Zeitraum von vier Jahren jährlich insgesamt 2179 Kinder und Jugendliche im Alter von 11-16 Jahren zu ihren Freundschaften und zu depressiven Symptomen. 1928 davon nahmen an allen vier

Befragungen teil, während der Rest an einer bis drei Befragungen teilnahm. Der Status in der Peer Group, der hier durch Akzeptanz und Zurückweisung ermittelt wurde, war mit dem Auftreten von depressiven Symptomen assoziiert. Während ein schlechterer Peer Status zu mehr depressiven Symptomen führte und wichtig für die psychologische Entwicklung der Kinder war, machten es depressive Symptome umgekehrt schwieriger einen guten Stand in der Peer Group zu erlangen, da sie zu Beziehungsschwierigkeiten führten. Häufige Konflikte mit Freund:innen führten an allen untersuchten Zeitpunkten zu vermehrt auftretenden depressiven Symptomen bei den Befragten, jedoch nicht umgekehrt. Unterstützung durch Freund:innen führte erst in der mittleren Jugend, das heißt circa ab dem 15. oder 16. Lebensjahr zu einer Verringerung von depressiven Symptomen, gleichzeitig zur Stärkung der Freundschaften mit steigendem Alter. Umgekehrt erschwerten es depressive Symptome in der mittleren Jugend den Jugendlichen Unterstützung durch Freund:innen zu erhalten. Bei jüngeren Kindern konnten diese Effekte nicht beobachtet werden. Durch ihr longitudinales Design konnten in dieser Studie die kausalen Zusammenhänge erfasst werden und es wurden reziproke Effekte zwischen Freundschaftsbeziehungen und Depressionen deutlich. Da die Proband:innen jedoch nur die Beziehung zu einem Freund / einer Freundin angaben und dies aus ihrer eigenen Sicht geschah, waren die Angaben der Kinder nicht generalisierbar.

Miething et al. (76) beschrieben in einer 2020 erschienenen prospektiven Kohortenstudie, dass der Peer-Status in der Kindheit das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter beeinflusste. Besonders bei weiblichen Teilnehmenden führte ein schlechter Peer-Status zu einem erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Autor:innen beschrieben einen schlechten Peer-Status in der Jugend als Stressor, der über eine lange Zeit zu somatischen und psychischen Erkrankungen führte.

Tomé et al. (77) beobachteten in einer portugiesischen Studie die Auswirkungen der Beziehung zur Peer Group auf das Verhalten der Jugendlichen. Hierzu wurden die Daten von im Durchschnitt 14-jährigen 4788 Schüler:innen aus einer europäischen Studie zum Gesundheitsverhalten bei Kindern im Schulalter (HBSC) ausgewertet. Die Autor:innen belegten, dass die Peer Group die Jugendlichen vor allem durch Risikoverhalten und protektives Verhalten beeinflusste. Das Verhalten der Peer Group wurde sowohl im negativen als auch im positiven Sinne adaptiert. Eine gute Kommunikation mit befreundeten Personen und eine geringe Anzahl von Freund:innen mit Risikoverhalten waren protektive Faktoren gegen gewaltsames Verhalten. Dies führte wiederum zu einem besseren Wohlbefinden und einer besseren Gesundheit der Jugendlichen, während eine negative Beeinflussung durch die Peer Group mit einem Risikoverhalten der Jugendlichen einherging. Die Beziehung zu den Eltern hatte im Hinblick auf das Verhalten der Jugendlichen einen geringeren Einfluss als die Peer Group. Eine gute Beziehung zu den Eltern führte jedoch zu besserer Gesundheit und zu besserem Wohlbefinden der Jugendlichen.

Almquist (78) beschrieb in einer schwedischen Studie einen Anstieg des Erkrankungsrisikos im Erwachsenenalter, wenn die Person in der Kindheit einen schlechten Peer-Status hatte. Das bedeutete in dieser Studie, dass sie wenige Freund:innen hatte und im Vergleich zu Klassenkamerad:innen einen schlechteren Stand in der Klasse. Das allgemeine Erkrankungsrisiko erhöhte sich, gleichzeitig stiegen auch die Raten für einzelne Erkrankungen wie psychische Erkrankungen und Suizide, metabolische Erkrankungen wie Diabetes mellitus und zugleich das Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Vor allem stieg die Inzidenz von Krankheiten, die mit dem Lifestyle der Personen assoziiert waren. Die Ergebnisse konnten in dieser Studie nicht auf den SES der Personen zurückgeführt werden. Die Autorin vermutete einen wichtigen moderierenden Effekt des Status in der Peer Group auf den Zusammenhang zwischen dem SES und der Mortalität einer Person.

In einer 2020 veröffentlichten longitudinalen Studie untersuchten Busching und Krahe (79) die Effekte von Klassenkamerad:innen auf das prosoziale Verhalten von Jugendlichen. Es nahmen deutschlandweit insgesamt 16863 Schüler:innen aus 1308 Klassen von 252 weiterführenden Schulen an beiden Befragungen teil. Im Durchschnitt waren sie bei der ersten Befragung 14 Jahre alt, die zweite wurde ungefähr zwei Jahre später durchgeführt. Die Schüler:innen wurden zu beiden Zeitpunkten zu ihrem prosozialem Verhalten sowie zu ihrer Fähigkeit Empathie zu zeigen befragt. Jugendliche, die eine prosoziale Klasse besuchten, waren bei der zweiten Befragung selbst prosozialer eingestellt als bei der ersten Befragung. Dieser Effekt war besonders stark, wenn ihr Verhalten vorher nicht prosozial war. Jedoch veränderten prosoziale, einzelne Jugendliche durch den Besuch einer nicht prosozialen Klasse ihr Verhalten nicht zum Negativen. In der vorliegenden Studie bezogen sich die Auswirkungen des Verhaltens sowohl auf das gleiche als auch auf das andere Geschlecht, wobei der Einfluss des gleichen Geschlechts auf das prosoziale Verhalten größer war als auf das andere. Durch die große Stichprobe und die Adjustierung nach der Schulform kann diese Studie als repräsentativ angesehen werden. Da Schüler:innen im deutschen Schulsystem normalerweise zufällig auf Klassen verteilt werden, war es unwahrscheinlich, dass die Effekte auf Freundschaften zwischen allen Klassenkamerad:innen zurückgeführt werden konnten.

In einem Review beschrieben Rose et al. (80) ebenfalls Geschlechtsunterschiede in den Beziehungen zur Peer Group. Mädchen interagierten häufiger prosozial, waren aber auch anfälliger für Stress in der Beziehung. Ihre Freundschaften waren emotionaler und sie drückten ihre Gefühle häufiger aus als Jungen. Letztere betonten häufiger die eigene Dominanz und Hierarchien waren ihnen wichtiger als den Mädchen. Jungen interagierten weniger prosozial und hatten in der Peer Group häufiger mit physischen und verbalen Auseinandersetzungen zu tun.

In einer 2017 in Rheinland-Pfalz bei über 2400 12-17-Jährigen durchgeführten Studie (81) untersuchten die Autor:innen den Einfluss der Peer Group auf die Internetnutzung der

Jugendlichen. Es wurden drei Kategorien der Internetnutzung unterschieden: Die funktionale Nutzung des Internets, die Nutzung von sozialen Netzwerken und Computerspiele / Sex. Die beiden zuletzt genannten wurden in dieser Studie als problematische Internetnutzung angesehen. Sowohl für Mädchen als auch für Jungen bestanden Zusammenhänge zwischen dem Verhältnis zur Peer Group und der Internetnutzung durch die Jugendlichen. Die Nutzung von sozialen Netzwerken und die funktionale Nutzung gingen mit einer guten Bindung zur Peer Group einher. Je besser sich die Jugendlichen durch ihre Peer Group unterstützt fühlten, desto eher sank das Risiko für eine problematische Internetnutzung. Wurde die Bindung hingegen als unsicher beschrieben, stieg das Risiko für den Konsum von Sexangeboten und Spielen. Da es sich jedoch nicht um eine longitudinale Studie handelt, konnte nicht ausgeschlossen werden, dass ein schlechteres Verhältnis zur Peer Group die Konsequenz aus der problematischen Internetnutzung war. Die Autor:innen schlugen zur Intervention bei problematischer Internetnutzung eher Versuche zur Verbesserung des Verhältnisses zu Freund:innen als eine Restriktion der Internetnutzung vor, da eine gute Peer-Bindung in dieser Studie einen protektiven Faktor darstellte.

Mundt et al. (82) veröffentlichten 2014 eine Studie, in der sie die Abhängigkeit der QALY (quality-adjusted life year) vom Peer-Status der Jugendlichen untersuchten. Die Daten stammen aus der „US National Longitudinal Study of Adolescent Health“. Es wurden hierbei die Welle 1 mit Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren und Welle 3 mit jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 berücksichtigt. Die Stichprobe war repräsentativ für die amerikanische Bevölkerung und wurde im Vorfeld für die ethnische Zugehörigkeit, die Benotungen, die Bildung der Eltern und für das Einkommen der Nachbarschaft, woraus sich der SES ergab, adjustiert. Die QALY geben eine Bewertung des Lebensjahres in der Relation zur Gesundheit wieder. Es wurde hier der Wert über fünf Jahre ermittelt sowie die Kosten für die Gesundheitsversorgung der Personen. Diese ergab sich aus dem Vorhandensein von chronischen Erkrankungen, stattgehabten oder laufenden Therapien, Medikationen, Hospitalisierungen und anderen Faktoren. Der Peer Status wurde anhand der Anzahl der Nennungen von Freund:innen in einer Liste durch andere Jugendliche ermittelt. Je häufiger eine Person durch eine andere als Freund:in bezeichnet wurde, desto höher waren die Werte für die QALY und desto niedriger die Kosten für die Gesundheitsversorgung der Person. Das heißt, dass die Gesundheit sich verbesserte, wenn der Peer Status stieg. Die besten Werte erzielten Jugendliche, die von über 6 Personen als Freund:innen benannt wurden. Jedoch ist zu bedenken, dass in dieser Studie nur die Anzahl eine Rolle spielte, nicht aber die Qualität der Beziehung zur Peer Group und zu Freund:innen.

Es ergibt sich aus der Literatur die eindeutige Tendenz, dass gute freundschaftliche Beziehungen die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen positiv beeinflussen. Studien, die Faktoren untersuchten, die eine Freundschaftsbeziehung beeinflussten und die

gleichzeitig die Auswirkungen der Freundschaft diskutierten, sind in der Literatur kaum repräsentiert. Zudem fiel auf, dass die Qualität der Freundschaften sich deutlich positiver auf die psychische Gesundheit auswirkte als die Anzahl der angegebenen Freund:innen.

2.3.3 Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group

In einer südkoreanischen Querschnittsstudie beschrieben Lee et al. (83) die Auswirkungen der Bindungstypen zur Peer Group und zu den Eltern auf das Verhalten der Jugendlichen. Die Stichprobe setzte sich aus Jugendlichen zusammen, die im Durchschnitt 13 Jahre alt waren und die sowohl aus der Stadt als auch aus ländlichen Regionen kamen. Eine Minderheit der Teilnehmenden kam aus Familien mit niedrigem SES oder hatte Eltern, die eine niedrige Bildung aufwiesen. Die Autor:innen stellten unter anderem Geschlechtsunterschiede fest: es gaben mehr Mädchen als Jungen eine sichere Peer-Bindung an, während mehr Jungen vermeidende Peer-Bindungen angaben. Gleichzeitig litten mehr Mädchen als Jungen an internalisierenden Problemen. Die Bindungen zu den Eltern und zur Peer Group korrelierten. Jugendliche mit einer sicheren Peer-Bindung hatten gleichzeitig auch eine gute Bindung zu den Eltern, während Jugendliche, deren Bindung zur Peer Group unsicher war, eine schlechtere Bindung zu den Eltern hatten. Außerdem zeigten die Autor:innen, dass eine ängstliche und vermeidende Bindung zur Peer Group häufiger zu internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten bei den Jugendlichen führte und gleichzeitig mit einer schlechteren Bindung zu den Eltern korrelierte. Eine sichere vermeidende Peer-Bindung führte in dieser Studie nur zu internalisierenden, nicht aber zu externalisierenden Problemverhalten. Eine ängstliche Bindung zur Peer Group führte auch dann zu internalisierenden Problemverhalten, wenn gleichzeitig eine sichere Bindung zu den Eltern bestand. Dies ließ die Autor:innen vermuten, dass die Peer-Bindung einen größeren Einfluss auf die Problementstehung hatte als die Bindung zu den Eltern. In der Studie wirkte die Bindung zum Vater als „Puffer“ für die auftretenden Probleme, indem sie die Beziehung zwischen der vermeidenden Peer-Bindung und dem externalisierenden Verhalten der Jugendlichen moderierte. In der koreanischen Gesellschaft, in der die Väter viel arbeiteten, spielte laut der Autor:innen eine gute Bindung zum Vater eine besonders wichtige Rolle. Für Jugendliche, die vermeidendes Verhalten zeigten, war die Unterstützung der ganzen Familie besonders wichtig. Insgesamt gaben in der Studie jedoch nur wenige Teilnehmende Verhaltensauffälligkeiten an, was möglicherweise daran lag, dass es sich um einen Selbstreport handelte. Zudem entsprach laut den Autor:innen in der koreanischen Kultur vermeidendes Verhalten dem Verhalten fleißiger Schüler:innen, weshalb die Verhaltensprobleme eventuell nicht als solche erkannt oder als störend empfunden wurden.

Laible et al. (5) befragten Jugendliche zu ihrer Bindung zu ihren Eltern, ihrer Peer Group, zum Auftreten von Angst, Depression, Aggression sowie zu ihrer Schulleistung. Die Teilnehmenden wurden in vier Gruppen eingeteilt, die sich je nach Qualität der Bindungen ergaben. Jugendliche, die sowohl eine gute Peer-Bindung als auch eine gute Eltern-Bindung angaben, hatten weniger Depressionen, waren verständnisvoller und hatten ein geringeres Aggressionsniveau. Sie waren vorwiegend weiblich. Die Jugendlichen, die die Bindungen zu beiden als schlecht bewerteten, hatten die schlechtesten Outcomes. Teilnehmende, die eine gute Peer-Bindung, jedoch gleichzeitig eine schlechte Bindung zu den Eltern angaben, hatten bessere Outcomes als die Gruppe mit den umgekehrten Bindungsqualitäten. Sie litten vor allem seltener unter Depressionen, zeigten seltener aggressives Verhalten und waren gleichzeitig verständnisvoller. Die Autor:innen beschrieben eine hierarchische Organisation der Bindungen, wobei die Bindung zur Peer Group für die Anpassung¹¹ der Jugendlichen in den hier untersuchten Kategorien wichtiger war als die Bindung zu den Eltern. Da es sich jedoch um eine Querschnittsstudie handelte, war nicht auszuschließen, dass eine gute Anpassung der Jugendlichen zu guten Bindungen führte oder der umgekehrte Effekt eintrat.

Holt et al. (84) untersuchten in zwei aktuellen longitudinalen Studien an 156 amerikanischen College-Studierenden inwiefern die Entwicklung der Bindung zu den Eltern und zur Peer Group Auswirkungen auf folgende Bereiche hatte: Die Akademische Anpassung¹¹ der Jugendlichen, ihre soziale Anpassung und Funktionalität, ihre persönliche und emotionale Anpassung (z.B. Stress, somatische Symptome, Depressive Symptome, Störungen in Schlaf- & Essverhalten), die soziale Kompetenz der Jugendlichen und das Holen von Hilfe bei Problemen im akademischen Bereich. Die erste Befragung fand im ersten Collegejahr statt, die zweite im vierten Jahr. Anhand der Entwicklung der Bindungsqualitäten wurden die Jugendlichen in vier Gruppen eingeteilt: *stabil sicher*, *stabil unsicher*, *stärker werdend* und *schwächer werdend*. Insgesamt gaben über 70% der Teilnehmenden an, sichere Bindungen zu haben. War die Bindung zur Peer Group an beiden Zeitpunkten der Befragung sicher, verfügten die Jugendlichen über eine Steigerung der sozialen Kompetenz, waren weniger einsam und nahmen eher Hilfe von anderen an. Wurde die Peer-Bindung innerhalb der drei Jahre besser, verbesserten sich die Jugendlichen in ihrer sozialen Anpassung und ihrer sozialen Kompetenz. Wenn die Bindung sich mit der Zeit verschlechterte und unsicherer wurde, traten gehäuft Depressionen auf.

Ähnlich verhielt es sich mit der Bindung zu den Eltern. War diese an beiden Zeitpunkten sicher, verbesserte sich auch die soziale Kompetenz. Wenn die Bindung an beiden Zeitpunkten unsicher war oder schwächer wurde, verschlechterte sich die akademische Anpassung der Studierenden. Zudem nahmen die Jugendlichen signifikant weniger Hilfe in Anspruch als die, die eine stabile und / oder gute Bindung zu den Eltern angaben. Die Autor:innen begründeten

¹¹ engl. „adjustment“

dies damit, dass stabile Bindungen zu den Eltern zu einem stabilen sozialen Netzwerk führten und somit mehr Hilfe durch dieses in Anspruch genommen wurde. Die Inanspruchnahme von Hilfe und die Einsamkeit der Jugendlichen nahmen über die Zeit ab. Betrachtet wurden außerdem die Qualität und die Entwicklung der Bindung zur Mutter. Insgesamt fühlten sich die Jugendlichen weniger einsam, wenn die Bindung sicher war oder über die Zeit sicherer wurde. War die Bindung schlecht, nahm auch die emotionale Funktionalität / Anpassung ab, war die Bindung gut, nahm die Funktionalität zu. Wurde die Bindung der Befragten zur Mutter besser, steigerte sich die akademische Leistung. Wurde die Bindung unsicherer, zeigten mehr Jugendliche eine Depression. Die separat untersuchte Bindung zum Vater zeigte in der vorliegenden Studie hingegen keine Effekte auf Depression und Einsamkeit.

Eine Querschnittsstudie aus einer chinesischen Großstadt wurde 2018 von He et al. (85) veröffentlicht. Die Autor:innen teilten 941 durchschnittlich 16 Jahre alte Jugendliche in vier Gruppen ein, je nach Qualität der Bindungen zu Eltern und zur Peer Group. Die Gruppe, die sowohl zu ihren Eltern als auch zu ihrer Peer Group eine sichere Bindung hatte, zeigte die besten Werte für psychologische Eigenschaften und Lebenszufriedenheit, die beste Resilienz und am wenigsten psychologisches Leid. Dazu zählten in dieser Studie Angst, Stress und Depression. Die Jugendlichen, die sowohl zu Eltern als auch zu Peers unsicher gebunden waren, zeigten die gegenteiligen Auswirkungen. Die Werte für Lebenszufriedenheit und für psychologische Eigenschaften waren die schlechtesten, das psychologische Leid war am höchsten im Vergleich zu allen anderen Gruppen. Die Personen, die eine sichere Elternbindung und eine unsichere Peer-Bindung hatten, zeigten weniger Depressionen, Angst und Stress als die Personen der Gruppe, in der die Bindung zu den Eltern unsicher und die Bindung zur Peer-Group sicher waren. Jedoch zeigten sie schlechtere Werte für Resilienz und Optimismus. Durch die Bildung von Ressourcen, die im Alltag halfen Depressionen, Stress und Angst zu vermeiden, war die Bindung zu den Eltern wichtig für die Autonomie der Jugendlichen, während die Bindung zu ihrer Peer Group die Jugendlichen eher in ihrem Optimismus und ihrer Resilienz unterstützte. Die Bindungen ergänzten sich gegenseitig. Zudem zeigten Mädchen in der Studie insgesamt eine bessere Bindung zu den Peers, Jungen waren vulnerabler für eine unsichere Peer-Bindung. Für das Alter gab es keine prädiktiven Effekte.

In einer englischen Querschnittsstudie (86) untersuchten die Autor:innen die Auswirkungen der Qualität der Bindungen zu Eltern und Peer Group sowie der Verbundenheit zur Schule¹² auf die seelische Gesundheit der Jugendlichen. Diese wurden im Alter von 11-16 Jahren befragt. Eine sichere Elternbindung war ein prädiktiver Faktor für weniger Verhaltensprobleme

¹² engl. „school connectedness“ = das Gefühl der Schüler:innen, dass Erwachsene und Peers in der Schule sich um ihr Lernen und um sie als Personen kümmern 87.Prevention CfDca. School Connectedness: Strategies for Increasing Protective Factors Among Youth. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2009.

und für weniger emotionale Schwierigkeiten. Die Peer-Bindung und die Verbundenheit zur Schule waren prädiktive Faktoren für ein prosoziales Verhalten der Jugendlichen und gleichzeitig Mediatoren des indirekten Einflusses, den die Eltern auf das prosoziale Verhalten der Jugendlichen hatten.

Tamm et al. (88) führten eine Querschnittsstudie in Deutschland, Estland und Russland durch, die 2018 veröffentlicht wurde. Sie untersuchten Zusammenhänge zwischen den Beziehungen zu den Eltern, der gefühlten Akzeptanz in der Peer Group, der Herkunft und der Wertevorstellung der Jugendlichen. Es wurden 795 Jugendliche im Alter von 15 Jahren befragt. Eine gute Beziehung zu den Eltern definierten die Autor:innen vor allem durch ein hohes Maß an Bewunderung und Vertrautheit mit den Eltern und durch wenige Konflikte, wobei die Beziehung zu beiden Elternteilen separat erfragt wurde. Es zeigte sich in dieser Studie, dass die eher individualistischen Wertvorstellungen in Deutschland und Estland mit einer positiven Akzeptanz durch die Peer Group einhergingen, während im eher kollektivistisch geprägten Russland die Wertvorstellungen mit einer guten Beziehung zu den Eltern verbunden waren. Sowohl in Deutschland als auch in Russland führte eine Bewunderung durch beide Elternteile zu einer besseren Peer-Akzeptanz. Dies erklärten die Autor:innen durch ein besseres Selbstwertgefühl und ein höheres Maß an Vertrauen. Für Estland galt, dass sich die gefühlte Peer-Akzeptanz verschlechterte, wenn die Jugendlichen mehr Konflikte mit ihren Eltern hatten. Außerdem war die Beziehung zum Vater für eine gute Akzeptanz innerhalb der Peer Group wichtiger als die Beziehung zur Mutter.

Persike und Seiffge-Krenke (89) befragten knapp 5000 Jugendliche aus 18 Ländern zu ihrem Umgang mit Stress in Beziehungen mit ihren Eltern und ihrer Peer Group. Die Länder wurden in folgende fünf Gruppen eingeteilt: „Westen“ (unter anderem Deutschland), „Osten“ (unter anderem Polen), „Südeuropa“, „südliche Schwellenländer“ und „Asien“. Insgesamt war für die Jugendlichen Stress in der Beziehung zu den Eltern relevanter als der in der Beziehung zur Peer Group. Bei den befragten Jugendlichen war unabhängig von ihren Herkunftsländern das aktive oder internale Coping dem Rückzug überlegen. Den Stress mit ihren Eltern bewältigten die Befragten meist weniger aktiv als den Stress mit ihrer Peer Group. In den Gruppen von Deutschland und Polen hatten die Jugendlichen ein insgesamt niedriges Stresslevel in den Beziehungen zu Eltern und zur Peer Group. In Polen war das Stresslevel jedoch etwas höher als in Deutschland, vor allem für Peer-Beziehungen. Das aktive Coping bei Stress mit der Peer Group ergab für Deutschland und Polen ähnliche Werte, für den Stress in der Beziehung zu den Eltern war in Polen das Coping weniger aktiv. Zudem zeigten in Deutschland mehr Jugendliche eine aktive Art und Weise des Copings. In Polen wurde der Rückzug als Strategie seltener beobachtet als in Deutschland. Die Geschlechtsunterschiede waren in dieser Studie geringer als die Unterschiede zwischen den Ländern. Insgesamt empfanden Mädchen mehr

Stress, zeigten aber auch mehr aktive Coping-Strategien. Die Jungen wählten eher den Rückzug als Strategie.

Hardt et al. (90) belegten zudem, dass Menschen in Polen ihre Kindheit, Jugend und auch die zwischenmenschlichen Beziehungen positiver bewerteten als eine deutsche Vergleichsgruppe, wobei jedoch auch eine Idealisierung mitverantwortlich gemacht wurde.

Eine hierarchische Bewertung der Wichtigkeit von Bindungen zu Eltern und Peers im Hinblick auf die psychische Gesundheit lässt sich anhand der Literatur nicht eindeutig festlegen. Die Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group ergänzten sich gegenseitig mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Dennoch zeigten die Autor:innen, dass die Jugendlichen, die sichere Bindungen zu ihren Freund:innen und zu ihren Eltern hatten, deutlich weniger psychische Auffälligkeiten zeigten als Jugendliche, die zu beiden Gruppen schlechte Bindungen hatten. Häufig wurden als Zielgrößen psychische Aspekte wie Resilienz, Optimismus oder Depression gewählt. Es wurden kaum Auswirkungen auf das explizit somatische und psychosomatische Wohlbefinden untersucht.

Die Literatur lässt die Vermutung zu, dass in Polen die Beziehung zu den Eltern wichtiger für die psychische Gesundheit ist als die Bindung zur Peer Group, während es sich in Deutschland eher umgekehrt verhält. Da jedoch nur wenige Autor:innen diese beiden Länder direkt miteinander verglichen, konnte dies nicht konkret nachgewiesen werden.

2.4 Psychische Krankheit der Eltern

Die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern auf das Verhalten und Wohlbefinden ihrer Kinder wurden in zahlreichen Studien untersucht (siehe unten). In dieser Arbeit soll vor allem die Literatur zu häufigen psychischen Störungen mit den Wirkmechanismen und Einflüssen auf Kinder Beachtung finden. Hierzu zählen beispielsweise Depressionen, Angst-, Zwangs- und Verhaltensstörungen.

Rutter et al. (14) beschrieben 1984 ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen. Am häufigsten traten Störungen bei Kindern auf, deren Eltern unter einer Persönlichkeitsstörung litten und bei temperamentvollen Jungen, die sich laut der Autor:innen als besonders vulnerabel herausstellten.

Auch Werner (2) belegte in ihrer longitudinalen Kauai-Studie, dass Psychopathologien und Alkoholmissbrauch der Eltern als Risikofaktor für Anpassungsstörungen der Kinder im Erwachsenenalter galten und zu Lebensunzufriedenheit führten. Auch in dieser Studie wurde

beobachtet, dass vor allem Jungen aus hochriskanten Verhältnissen unter den Folgen einer Krankheit der Eltern litten und Schwierigkeiten hatten, gute zwischenmenschliche Beziehungen auszubilden. Männer gaben zudem häufiger Substanzmissbrauch und Alkoholkonsum an.

Kinder, deren Eltern an einer Depression litten, hatten, verglichen mit der Kontrollgruppe, ein dreifach erhöhtes Risiko eine Angststörung, Depression oder eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, was durch Weissmann et al. in einer longitudinalen Studie belegt wurde (91). Kim-Cohen et al. (92) bewiesen in einer Studie, dass das Risiko für Kindesmissbrauch und häusliche Gewalt stieg, wenn die Mutter neben einer Depression zusätzlich unter einer antisozialen Störung litt. Die Autor:innen zeigten dies im Vergleich zu Müttern, die nur unter depressiven Symptomen litten. Stalujanis et al. (93) beschrieben außerdem, dass Jugendliche, bei denen selbst keine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, häufiger psychosoziale Dienste in Anspruch nahmen, wenn die Mutter eine psychische Erkrankung hatte, als wenn sie nicht erkrankt war.

McLaughlin et al. (15) belegten in einer epidemiologischen Studie basierend auf Daten der WHO von 51507 Personen aus 16 Ländern, dass eine psychische Erkrankung der Eltern die Prävalenz der Kinder ebenfalls an einer psychischen Störung zu erkranken erhöhte. Untersucht wurde in dieser Studie der Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung der Eltern und ihrer Kinder. Schwerwiegendere und gleichzeitig seltenere Störungen wie psychotische Störungen waren ausgenommen. Die Studie wies nach, dass jede der untersuchten psychischen Störungen jegliche Störung aus den vier Untergruppen *affektive Störung, Angststörung, Verhaltensstörung, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit* bei den Nachkommen begünstigte. Eine ähnliche oder gleiche Störung trat dabei häufiger auf, wobei neben den im Folgenden diskutierten Umweltfaktoren, auch genetische Faktoren eine Rolle spielten. Dies wurde beispielsweise durch Kendler et al. (94), Hettema et al. (95) in einer Metaanalyse oder durch Mather et al. (96) in einer schwedischen Zwillingsstudie aus 2016 belegt und muss für alle Studien dieses Kapitels bedacht werden.

Wenn beide Elternteile betroffen waren oder wenn ein Elternteil an mehreren psychischen Störungen litt, stieg die Wahrscheinlichkeit für die Kinder ebenfalls eine Störung zu entwickeln. Das höchste attributable Risiko von 11-19% hatten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (15). In Ländern mit höherem sozioökonomischem Status beeinflusste eine psychische Erkrankung der Eltern die Störungen der Kinder deutlicher als in Ländern mit niedrigerem SES. Biederman et al. (97) beobachteten in einer kontrollierten Studie, dass einige psychische Erkrankungen, wie Trennungsangst oder soziale Phobie der Eltern zur gleichen Auffälligkeit bei ihren Kindern führten, während andere Erkrankungen unterschiedliche Diagnosen bei den Kindern zur Folge hatten. Zum Beispiel hatten Kinder mit Agoraphobien oder Zwangsstörungen häufiger Eltern mit Panikstörungen.

Es zeigt sich jedoch in der Literatur auch, dass nicht nur die psychische Erkrankung der Eltern eine Auswirkung auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder hat, sondern dass diese von zahlreichen weiteren Faktoren neben der elterlichen Gesundheit abhängig ist. In der Stichprobe der vierten Welle der deutschlandweiten *BELLA*-Kohortenstudie (2016) (*Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten*) (22) gab es eine Unterstichprobe der Befragten mit 1113 Kindern und Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren, die ein psychisch belastetes Elternteil mit hatten. Die Autor:innen kamen zu dem Ergebnis, dass die psychische Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern aus Familien, in denen die Eltern an einer psychischen Belastung litten, durch weitere Faktoren zusätzlich zu der psychischen Belastung der Eltern beeinflusst wurden. Dazu zählten beispielsweise die soziale Kompetenz des Kindes und dessen Freundschaften, das Verhältnis zu Lehrkräften und Mitschüler:innen, die Unterstützung und das Klima in der Familie, aber auch Eigenschaften der Jugendlichen selbst wie Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus. Die Verhältnisse in der Schule waren in besonderem Maße wichtig für die Jugendlichen.

Pargas et al. (23) verglichen Kinder von depressiven und nicht-depressiven Müttern. Sie stellten in einer Studie eine gute Eltern-Kind-Beziehung als protektiven Faktor für die psychische Gesundheit der Kinder dar, der vor allem bei Jüngeren wichtig war. Mit steigendem Alter wurden andere nichtfamiliäre und Umweltfaktoren wichtiger, zudem ein höherer IQ und eine abnehmende psychologische Kontrolle durch die Mutter. Die Jugendlichen, auf die einer oder mehrere dieser drei Aspekte zutrafen, litten weniger an Depressionen oder anderen psychischen Auffälligkeiten und zeigten eine bessere Funktionalität im privaten als auch im akademischen Bereich, waren also resilient. Die Teilnehmenden wurden jeweils im Alter von 15 und 20 Jahren befragt. Faktoren, die sowohl bei der Fall- als auch bei der Kontrollgruppe zu einem besseren Outcome führten, nannten die Autor:innen Ressourcen. Im Vordergrund standen dabei ein hohes Selbstwertgefühl und gute Kontakte zur Peer-Group. Auch Rutter (98) zeigte, dass Kinder psychisch kranker Eltern weniger Auffälligkeiten aufwiesen, wenn sie gute Beziehungen zueinander hatten.

Ähnliche Ergebnisse präsentierten Lewandowski et al. (20) in einer longitudinalen Studie. Ein „unkomplizierter Charakter“ und ein hohes Maß an Selbstvertrauen hatten einen guten Einfluss auf die Funktionalität der Jugendlichen und führten zur Abwesenheit von psychischen Erkrankungen. Faktoren, die sich sowohl für Jugendliche mit psychisch kranken Eltern als auch in der Kontrollgruppe als protektiv erwiesen, waren ein niedriges Maß an übermäßigem Schutz durch die Eltern, ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl und ein höherer IQ. Chang et al. (99) zeigten in einer longitudinalen Studie, dass eine gute Beziehung zum Vater die negativen Auswirkungen einer mütterlichen Depression auf das Verhalten der Kinder abmildern konnte. In einigen Fällen zeigten die betroffenen Kinder genauso wenige Auffälligkeiten wie Kinder mit nicht-depressiven Müttern.

Xerxa et al. (100) beschrieben in einer Studie, dass die psychologischen Probleme der Kinder unabhängig vom Geschlecht des von einer psychischen Erkrankung betroffenen Elternteils waren. Auch Kamis (101) zeigte, dass Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung unabhängig von deren Geschlecht mehr unter psychologischem Stress litten als solche ohne psychisch erkrankte Eltern.

Aus Sicht der psychisch kranken Eltern, sank die durch sie wahrgenommene Lebensqualität der Kinder durch die Erkrankung und subjektive Beeinträchtigung der Eltern. Der Effekt wurde verstärkt, wenn die Kinder selbst psychische Auffälligkeiten zeigten. In einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (102) wurden Freundschaften umso wichtiger für die Jugendlichen, desto schwerer die Krankheit der Eltern war, desto länger sie andauerte und desto mehr die Familie belastet war. Es galt jedoch zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine objektive Beurteilung der Kinder handelte, sondern um die Einschätzung durch eine psychisch erkrankte Person.

Aufgrund des deutlich erhöhten Risikos für Kinder von psychisch erkrankten Eltern selbst psychische Auffälligkeiten zu zeigen, plädierten Kettemann et al. (103) in einer aktuellen Studie für eine intensivierete Prävention und engmaschige Betreuung der Betroffenen. Auch in Polen zeigten Trainingsprogramme für Betroffene gute Wirkung (16).

Anhand der diskutierten Literatur lassen sich verschiedene Wirkmechanismen herausstellen, die den Einfluss einer psychischen Erkrankung der Eltern auf ihre Kinder zeigten. Der erbliche Anteil von psychischen Erkrankungen gilt als sicher, auch wenn er in der Literatur als unterschiedlich ausschlaggebend und wichtig eingestuft wurde. Zweitens schienen die Eltern eine verminderte Fähigkeit zu haben, auf ihre Kinder einzugehen, was zu Einbußen des Wohlbefindens bei den Kindern führte. Das Umfeld der Kinder und Jugendlichen stellte einen weiteren wichtigen Einflussfaktor dar. Fühlten sie sich durch ihre Eltern und Freund:innen unterstützt, war ihre Gesundheit besser. Der letzte Wirkmechanismus ließ sich am ehesten beeinflussen, sodass er von besonderer Bedeutung für die Forschung ist.

2.5 Chronische Krankheit der Eltern

In der Literatur wird seit vielen Jahren eine somatische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für psychische Probleme ihrer Kinder diskutiert (18, 104). Zudem wurden Coping-Strategien als wichtig erachtet, um mit der besonderen Situation umzugehen (105). Die verschiedenen Ansätze, die beschreiben, wie eine chronische Erkrankung der Eltern das Wohlbefinden und Verhalten ihrer Kinder beeinflusst, werden im Folgenden anhand der aktuellen Studienlage besprochen. Es sollen vor allem somatische Krankheiten Beachtung finden, in Abgrenzung zu den bereits diskutierten psychischen Erkrankungen.

In einer 2020 veröffentlichten Studie stützten Merikukka et al. (17) sich auf die Datenbasis der Kohorte aller im Jahre 1987 in Finnland geborenen Personen, die über 25 Jahre nachverfolgt wurden. Aus dieser Kohorte wurden 58551 Personen in diese Studie eingeschlossen, mit der Fragestellung, ob bei ihnen im Alter zwischen 9-25 Jahren eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde und ob die Eltern an einer Erkrankung litten. Die Diagnosen stammten aus finnischen Nationalregistern. Die Autor:innen belegten in der Studie, dass somatische Erkrankungen genauso wie psychiatrische Erkrankungen der Eltern Risikofaktoren für psychische Probleme bei den Kindern darstellten. Besonders betroffen waren Kinder, bei deren Eltern mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorlagen. Effekte traten nicht nur bei Kindern auf, deren Eltern an direkt lebensbedrohlichen Erkrankungen litten, sondern auch bei häufigeren Krankheiten, beispielsweise Diabetes mellitus. Durch die objektive Datenerhebung, die unabhängig von den Wahrnehmungen der Teilnehmenden war, und durch eine große Stichprobe, erwies sich diese Studie als besonders aussagekräftig.

In einer Metaanalyse schilderten Sieh et al. (106) anhand von 19 eingeschlossenen Studien, dass Kinder von chronisch kranken Eltern signifikant häufiger mit internalisierendem Problemverhalten auffielen als Kinder mit Eltern ohne chronische Erkrankung. Dazu zählten zum Beispiel Depressionen oder psychosomatische Erkrankungen. Zudem zeigten mehr Kinder mit erkrankten Eltern ein externalisierendes und totales Problemverhalten. Ein junges Alter der Kinder als auch der erkrankten Eltern und eine längere Dauer der Krankheit beeinflussten das Auftreten von psychischen Störungen und führten zu problematischem Verhalten. Die Autor:innen beschrieben außerdem ein höheres Risiko für Problemverhalten bei Kindern alleinerziehender Eltern und ein geringeres Risiko bei Eltern mit einer Krebserkrankung.

Die gleiche niederländische Gruppe führte 2013 eine eigene Studie durch, in der sie das Aufwachsen der Kinder mit chronisch kranken Eltern als Risiko für Probleme in verschiedenen Bereichen bewertete (19). In dieser Studie litt der betroffene Elternteil seit über sechs Monaten an einer Krankheit, Krebserkrankungen wurden ausgeschlossen. Die Stichprobe bestand aus 161 Jugendlichen aus 101 Familien, bei denen ein Elternteil chronisch krank war, die

Kontrollgruppe bestand aus 112 Jugendlichen aus 68 Familien mit gesunden Eltern. Die Jugendlichen waren in beiden Gruppen 10-20 Jahre alt. Während sich bei der aktiven Problemlösung, der Coping-Mechanismen sowie der Bindung zu den Eltern keine Unterschiede zur Kontrollgruppe ergaben, schnitt die Stichprobe in folgenden Gebieten schlechter ab. Die Jugendlichen mit einem chronisch kranken Elternteil wiesen schlechtere Noten beim Schulabschluss auf, zeigten häufiger ängstliches und / oder depressives Verhalten, berichteten von mehr Stress und investierten mehr Zeit in die Pflege und Unterstützung der Eltern, woraus im Alltag häufig Einsamkeit resultierte. Zudem litt in der Stichprobe ein höherer Anteil an Jugendlichen an somatischen Beschwerden.

Die Effekte von Geschlecht und Alter auf das Auftreten von vor allem internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch kranken Eltern, beschrieben Barkmann et al. in einer Studie (107) anhand von Daten von 1950 Teilnehmenden des „Hamburg Health Survey“ (2001). Hier wurden zufällig Familien angeschrieben, in denen ein Elternteil einen Fragebogen zu demografischen Daten, Bildung, Beruf und Gesundheit ausfüllen musste. Es wurden 1950 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen, deren Kinder im Alter von 4-18 Jahren waren. Die Prävalenz für ein chronisch krankes Elternteil lag in dieser Studie bei 4,1%. Aus Sicht der Eltern zeigten Mädchen in jugendlichem Alter (11-18 Jahre alt) mehr Verhaltensauffälligkeiten als jüngere Mädchen (4-11 Jahre alt). Bei den Jungen zeigte sich der umgekehrte Effekt. Wenn das gleichgeschlechtliche Elternteil von einer Krankheit betroffen war, litten Jungen im Vergleich zu Mädchen mehr. Das heißt, dass Jungen, deren Väter an einer körperlichen Krankheit litten, mehr psychische Auffälligkeiten zeigten als Mädchen, deren Mütter an einer körperlichen Krankheit litten. Diese Effekte wurden bei Kindern, deren Eltern nicht erkrankt waren, nicht beobachtet, was dafür spricht, dass sie abhängig von einer Erkrankung der Eltern waren. Die Einschränkungen dieser Studie bestanden jedoch unter anderem darin, dass die Kinder durch ihre teilweise kranken Eltern eingeschätzt wurden, was zu Verzerrungen führen konnte. Zudem schätzten nicht alle Eltern ihre Erkrankung als chronische Erkrankung ein, auch wenn sie von einer betroffen waren.

Möller et al. (108) befragten im Rahmen einer longitudinalen multizentrischen Studie 402 Elternteile und 324 Kinder und Jugendliche im Alter von 11-21 Jahren aus 235 Familien, von denen ein Elternteil in einer von fünf teilnehmenden deutschen Unikliniken aufgrund einer Krebserkrankung behandelt wurde. In dieser Studie zeigte sich eine höhere Prävalenz für emotionale Probleme und für Probleme im Verhalten bei Jugendlichen mit krebserkrankten Eltern als bei jenen mit gesunden Eltern. Als Hauptprädiktor für die auftretenden Probleme der Jugendlichen nannten die Autor:innen eine familiäre Dysfunktion. Gleichzeitig traten keine signifikanten krankheitsbezogenen Faktoren auf.

Ähnliche Ergebnisse beschrieben Visser et al. (109) in einer Querschnittsstudie, in der beide Elternteile zu der Funktionalität ihrer Kinder im Alter von 4-18 Jahren befragt wurden. Eine der

beiden Personen litt an einer Krebserkrankung. Krankheitsbezogene Variablen wie die Dauer seit der Diagnosestellung hatten ebenso wie Alter, Geschlecht, Bildung der kranken Eltern keinen Effekt auf die Funktionalität der Kinder. Wie auch in der zuvor diskutierten Studie, wurde in dieser die Familiensituation als einer der wichtigsten Prädiktoren für das Auftreten von problematischem Verhalten im Grundschulalter der Kinder beschrieben. In der Jugend hingegen zeigten sich keine Effekte dieser Art mehr. Körperliche Einschränkungen der Eltern führten im Grundschulalter bei Mädchen zu externalisierendem Problemverhalten, bei Jungen zeigte sich kein problematisches Verhalten. Jugendliche reagierten auf die körperlichen Probleme der Eltern eher mit internalisierendem und totalem Problemverhalten, genauso wie auch auf psychische Probleme der Eltern. Ob es sich bei dem erkrankten Elternteil um Mutter oder Vater handelte, wurde in dieser Studie nicht unterschieden, allerdings war die Mehrzahl der erkrankten Personen in dieser Studie weiblich.

Im Gegensatz zu den negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder, die in den bisher genannten Studien betont wurden, stehen die Ergebnisse der 2016 von Moberg et al. (110) publizierte Studie. Die Daten der Studie stammten aus dänischen Multiple Sklerose-Registern und dem Zivilregistrierungssystem, weshalb sie unabhängig von Erinnerungen und Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden waren. Es wurde der Zusammenhang zwischen einer Erkrankung an Multipler Sklerose (MS) bei einem der Elternteile und der schulischen Leistung ihrer Kinder untersucht. In die Studie eingeschlossen waren 4177 Kinder von an MS erkrankten Eltern und 33416 Kinder in der Referenzgruppe. Die Kinder mit erkrankten Eltern wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen leichten Vorteil bei den Schul- und Abschlussnoten in der Grundschule auf und gleiche Ergebnisse bei Noten an weiterführenden Schulen. In der Studie fiel außerdem auf, dass ein größerer Anteil der betroffenen Kinder einen Beruf im Gesundheitssystem erlernte als in der Kontrollgruppe. Rutter (18, 98) zeigte, dass betroffene Kinder schnell lernten, auf andere Menschen einzugehen und deren Schwächen zu akzeptieren. Es ist möglich, dass diese Eigenschaft dazu beiträgt, dass die Kinder einen sozialen Beruf erlernen. In einer britischen Studie von Bogosian et al. (111) wurden Elternteile, die an Multipler Sklerose litten, zu ihrer psychischen Verfassung und zur Schwere ihrer Erkrankung befragt, sowie ihre Kinder zu deren psychischer Situation. Die Ergebnisse zeigten, dass Stress und Kummer bei den erkrankten Elternteilen psychologische Störungen bei den Kindern verursachten, wohingegen positive Kommentare den Kindern gegenüber zu weniger internalisierendem oder externalisierendem Problemverhalten führten. Es gab auch in dieser Studie keinen Effekt der Beeinflussung der Verfassung der Kinder durch die Schwere oder die Länge der Erkrankung.

In einer 2017 veröffentlichten amerikanischen Studie untersuchten Pillemer et al. (112) den Einfluss von Schmerzsyndromen der Mütter auf ihre erwachsenen Kinder. Die Autor:innen kamen zu dem Ergebnis, dass die chronischen Schmerzen der Mutter keinen direkten Einfluss

auf die Mutter-Kind-Beziehung hatten. Untersucht wurden außerdem die emotionale Nähe zwischen Mutter und Kind, die signifikant durch die Gesundheit des Kindes und durch häufigen Kontakt zwischen beiden positiv beeinflusst wurde. Die Spannungen zwischen Mutter und Kind wurden durch Ehe und Gesundheit des Kindes beeinflusst. Zudem waren sie abhängig davon, ob die beiden im gleichen Haushalt lebten und ob das Kind die Pflege der Mutter übernahm. Coping-Strategien, die zu einem besseren Zurechtkommen mit der Situation führten und somit zu besserem Wohlbefinden, können verschiedener Natur sein (113). Steck et al. (114) analysierten in einer Studie die Coping-Strategien und das Zurechtkommen der ganzen Familie mit der somatischen Erkrankung eines Elternteils. Dafür befragten sie sowohl beide Elternteile als auch die Kinder. Es zeigte sich, dass Kinder besser mit der somatischen Krankheit eines Elternteils umgehen konnten, je älter sie waren. Eine wichtige Rolle für ein gutes Zurechtkommen spielte ebenso, wie die Betroffenen selbst und ihre Partner mit der Situation zurechtkamen sowie die Schwere der Erkrankung. Je schwerer diese war, desto besser kamen die Betroffenen damit zurecht. Die Kinder verkrafteten beispielsweise eine Krebserkrankung der Eltern besser als eine MS-Erkrankung. Schlechter kamen die Kinder und Jugendlichen mit Somatisierungsstörungen und mit Depressionen der Eltern zurecht, wenn diese gleichzeitig mit der somatischen Erkrankung vorlagen.

Krattenmacher et al. (21) zeigten in einer multizentrischen deutschen Studie, dass die seelische Gesundheit von Jugendlichen mit krebserkrankten Eltern abhängig von der Coping-Strategie war. Die insgesamt eingeschlossenen 214 Jugendlichen kamen aus 167 Familien, von denen ein Elternteil onkologisch behandelt wurde. Die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden wurden mit Hilfe von Fragebögen erhoben, die von Eltern und Kindern beantwortet wurden. In der Stichprobe litten ein Drittel der Kinder mit krebserkrankten Eltern an psychischen Auffälligkeiten. Als häufige und effektive Coping-Strategie stellten sich unter anderem eine aktive Problemlösung und die Suche nach sozialer Unterstützung heraus. Die Autor:innen belegten außerdem, dass die Eltern die psychische Verfassung ihrer Kinder besser einschätzten als die Kinder selbst.

Im Falle einer chronischen Erkrankung der Eltern lassen sich aus der Literatur verschiedene Wirkmechanismen zusammenfassen, die das Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen beeinflussten. Ein wichtiger Faktor war beispielsweise die verringerte Zeit, die Eltern hatten, sich um ihre Kinder zu kümmern, wenn sie oder ihr Partner an einer chronischen Erkrankung litten. Zweitens litten die betroffenen Personen neben der somatischen Erkrankung häufig an einer psychischen Erkrankung, sodass sich die Wirkmechanismen nicht voneinander trennen ließen. Es wurde vielfach nachgewiesen, dass die Beschwerden der Kinder nicht von Dauer und Schwere der Erkrankung abhängig waren, sondern von anderen Faktoren, wie der Beziehung zu den Eltern.

Die Belastung der Kinder durch eine Erkrankung der Eltern zeigte sich beispielsweise durch Problemverhalten, schulische Probleme und durch psychische Probleme bei den Kindern. Dennoch gab es auch deutliche Hinweise darauf, dass Kinder mit einer somatischen Erkrankung gut zurechtkamen, lernten auf bestimmte Bedürfnisse einzugehen und dadurch ein gutes Wohlbefinden erlangten. Viele Studien zu dem Thema untersuchten die Auswirkungen einer bestimmten Erkrankung, sodass nicht alle Ergebnisse miteinander verglichen werden können. Häufig wurden Kinder und Jugendliche in die Studien eingeschlossen, wobei eine Altersgruppe der jungen Erwachsenen vernachlässigt wurde. Zudem wurden in der Literatur meist lediglich lineare Effekte untersucht.

2.6 Sozioökonomischer Status

In der Literatur wurde ein niedriger SES immer wieder mit einem erhöhten Risiko für somatische und psychische Erkrankungen in Verbindung gebracht. Aktuelle Metaanalysen belegten beispielsweise ein erhöhtes Mortalitätsrisiko nach Schlaganfällen (12) oder eine erhöhte Entzündungsaktivität (115) bei einem niedrigen SES. Adams et al. (116) untersuchten in ihrer Metaanalyse den Zusammenhang zwischen dem SES und einer gastrointestinalen Infektion in entwickelten Ländern. Die Autor:innen beschrieben ein erhöhtes Risiko für gastrointestinale Infektionen bei benachteiligten Kindern im Vergleich zu einer Gruppe von Kindern mit einem höheren SES, jedoch kein erhöhtes Risiko bei Erwachsenen. Ombrello et al. (117) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass Personen mit hohem Bildungsniveau über eine signifikant bessere kardiorespiratorische Fitness verfügten als Personen mit schlechter Bildung und Mohammed et al. (118) belegten ein erhöhtes Risiko für Übergewicht bei Personen, die in einer ärmeren Nachbarschaft leben.

In einem im Jahre 2019 erschienenen Buch der OECD (119) beschrieben die Autor:innen verschiedene Gründe für die Ungleichheiten in Gesundheit der Menschen und die Folgen, die daraus resultierten. Es wurden Daten aus 30 europäischen Ländern, Kanada und den USA ausgewertet. Einen Schwerpunkt stellten die Ungleichheit in der Gesundheit der Menschen dar, die durch Unterschiede in der Bildung verursacht wurden. Menschen mit einer schlechten Ausbildung zeigten häufiger Verhaltensweisen und Merkmale, die mit einem höheren Erkrankungsrisiko verbunden waren. Beispielsweise waren in allen Ländern die Frauen mit der schlechtesten Bildung am häufigsten übergewichtig, Männer mit einer schlechteren Bildung rauchten häufiger als solche, die gut gebildet waren. Zudem wurden von der Ausbildung abhängige Unterschiede in der Lebenserwartung deutlich. Im Durchschnitt lebte eine gut gebildete Person 6 Jahre länger als eine schlecht gebildete. In Polen betrug die Differenz sogar 9 Jahre. Mit einer sich verschlechternden Bildung stieg in allen Ländern das

Risiko, seinen Gesundheitsstatus als schlecht anzusehen. Die Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen im Alltag und das Risiko einer Multimorbidität waren ebenso höher. Je stärker sich die beste und die schlechteste Bildung sowie das höchste und das geringste Einkommen in einem Land unterschieden, desto größer waren die Unterschiede in der Gesundheit der Menschen.

Auch Pickett und Wilkinson (120) belegten in ihrem 2015 erschienen Review, dass Ungleichheiten im Einkommen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen signifikant beeinflussten. In Ländern, in denen die Einkommensunterschiede geringer waren, waren die Menschen gesünder. Sie litten beispielsweise seltener unter Depressionen und unter somatischen Erkrankungen wie die der Atemwege oder des Herz-Kreislauf-Systems. Mit einer Angleichung der Gehälter würden sich laut den Autor:innen zudem die soziale Distanz und das Klassendenken verringern, was wiederum zu einer besseren Gesundheit führen würde.

Ergebnisse aus der deutschen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ wurden 2013 von Lampert et al. (121) veröffentlicht. Darin mussten die Befragten, die zwischen 18 und 79 Jahren alt waren, ihren Gesundheitsstatus selbst einschätzen, zudem wurden sie zu depressiven Symptomen, Adipositas, Diabetes mellitus und zu ihrer sportlichen Aktivität befragt. Der SES wurde durch einen Index gebildet, der unter anderem Bildung, Einkommen und Beruf berücksichtigt. Für alle Altersgruppen galt, dass die Gesundheit umso schlechter wurde, je niedriger der SES einer Person war. Die größten Effekte waren jedoch im jungen und im mittleren Lebensalter zu beobachten. Zudem waren sie bei Frauen deutlicher ausgeprägt als bei Männern. Beispielweise zeigten 16% der Frauen mit niedrigem SES depressive Symptome, während es unter den Frauen mit mittlerem SES 9,9% waren und bei Frauen mit hohem SES 5,6%. Der eigene Gesundheitszustand wurde von den Teilnehmenden der Gruppe mit niedrigem SES 5,2-mal häufiger als schlecht eingeschätzt als in der Gruppe mit hohem SES. Ebenso war das Adipositas-Risiko um den Faktor 4,0 erhöht, wenn die Person einen niedrigen SES hatte.

In einer 2018 erschienenen Studie untersuchten Coley et al. (122) anhand einer Stichprobe von 13179 Jugendlichen, die für ihr durchschnittliches Alter von 16 Jahren für die amerikanische Gesellschaft repräsentativ waren, die Auswirkungen der ökonomischen Situation der Jugendlichen auf ihre seelische Gesundheit und auf ihr Gesundheitsverhalten. Vor allem Jugendliche an den Rändern des Spektrums des ökonomischen Status hatten ein erhöhtes Risiko eine schlechtere seelische Gesundheit und ein schlechteres Gesundheitsverhalten zu entwickeln. Personen, die eine arme Schule besuchten, zeigten deutlich häufiger Angstsymptome und depressive Symptomatik als der Durchschnitt. Für Jungen wurde zusätzlich ein erhöhtes Auftreten von Gewalt beobachtet. Das Einkommen von Familie und Nachbarschaft wirkte sich in dieser Studie weniger stark auf das Verhalten der

Jugendlichen aus als die finanzielle Situation der Schule. Im Vergleich zu anderen Studien betonten die Autor:innen den Einfluss des schulischen Umfeldes der Kinder, der wichtiger war als die finanzielle Situation in der Familie und der Nachbarschaft. Zudem machten die Autor:innen auf Risiken aufmerksam, die bei beiden Extremen der ökonomischen Situation auftraten, nicht nur bei Jugendlichen mit niedrigem SES.

In den oben genannten Studien wurde lediglich der objektive SES von Jugendlichen und Erwachsenen als Grundlage für die Erforschung der Auswirkungen genutzt. Jedoch untersuchten viele Studien die Auswirkungen des subjektiven SES, teilweise statt des objektiven SES oder zusätzlich dazu. Der subjektive SES war unter anderem vom Einkommen der Menschen, jedoch ebenso von den Strukturen in Bildung und Beruf in den jeweiligen Ländern sowie vom Wohlstand und der sozialen Gerechtigkeit (123) abhängig. Lindemann et al. (123) zeigten, dass arme Menschen ihren sozialen Stand in der Gesellschaft schlechter einschätzten, wenn sie in einem Land mit hoher sozialer Ungleichheit lebten, als wenn sie in einem Land lebten, in dem die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten geringer waren. Evans et al. (124) belegten, dass die Menschen ihren sozialen Stand grob in der Mitte der Gesellschaft, in der sie lebten, einordneten. Alter und Geschlecht, sowie der Wohlstand der Allgemeinheit hatten einen wichtigen Einfluss. Personen mit besserer Bildung schätzten sich insgesamt besser als den Durchschnitt ein, Personen mit schlechterer Bildung sahen sich eher unterhalb des Durchschnitts angesiedelt. Der subjektive SES wurde häufig durch die von Adler et al. (125) entwickelte „MacArthur Scale of Subjective Social Status“ ermittelt. Bei dieser Methode wird den Proband:innen eine Leiter mit zehn Stufen gezeigt, auf der sie ihren sozialen Status im Vergleich zu der Gesellschaft allgemein oder zu einer bestimmten Gruppe einschätzen sollen.

Navarro-Carrillo et al. (11) nutzten in einer 2020 veröffentlichten Studie ebenfalls die genannte Skala und zusätzlich drei unabhängige Leitern, anhand derer sich die 368 Teilnehmenden im Alter von 18-90 Jahren in den Bereichen Einkommen, Bildung und Beruf im Vergleich zu anderen einschätzen sollten. Zudem wurden die Auswirkungen auf verschiedene Aspekte des psychischen Wohlbefindens der Proband:innen untersucht. Dazu verwendeten die Autor:innen die sechs Dimensionen der Ryff-Skala (126) (*Selbstakzeptanz, persönliches Wachstum, positive Beziehungen zu Anderen, Autonomie, Umweltbeherrschung und Sinn im Leben*) und ein Item zum allgemeinen Wohlbefinden, die gemeinsam das psychologische Wohlbefinden widerspiegeln sollten. Die subjektiven Einschätzungen sagten in dieser Studie besser das Wohlbefinden der Personen hervor als die objektiven Schätzungen des SES und als die MacArthur SSS Scale dies taten. Stieg eine Person in der Einschätzung ihrer Bildung auf der Leiter, verbesserte sich ihr Wohlbefinden in vier der sechs Dimensionen. Dies galt ebenso für die Einschätzung des Berufs. Die subjektive Einschätzung des Einkommens war in dieser Studie kein Prädiktor für das Wohlbefinden der Personen. Ein objektiv höheres Bildungsniveau

sagte in dieser Studie höhere Werte für positive Beziehungen hervor, ein objektiv höheres Einkommen führte zu mehr Autonomie der Proband:innen.

Der Einfluss des subjektiven SES auf die Gesundheit der Menschen ist von vielen Autor:innen belegt (127, 128) und auch Quon et al. (129) untersuchten in einer Metaanalyse anhand von 44 eingeschlossenen Studien die Zusammenhänge zwischen dem subjektiven SES und der Gesundheit von Jugendlichen. Die Erhebung des subjektiven SES erfolgte anhand von Leitern, Likert-Skalen oder durch die Angabe von finanziellen Einschränkungen. Die Erfassung der Gesundheit beruhte auf der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit, der seelischen Gesundheit, der physischen Gesundheit und auf dem Gesundheitsverhalten. Ein hoher subjektiver SES war mit guter seelischer Gesundheit und einer guten selbst eingeschätzten Gesundheit assoziiert. Zudem wirkte er sich positiv auf die physische Gesundheit der Jugendlichen aus, wobei sich vor allem generalisierte Symptome wie Kopfschmerzen verbesserten. Es konnte keine Auswirkung im Hinblick auf biologische Marker beobachtet werden. Die Folgen auf das Gesundheitsverhalten waren gering. Die Auswirkungen des subjektiven SES auf die Gesundheit der Jugendlichen wurden nicht durch den objektiven SES beeinflusst. Das zeigte, dass für sie vor allem ihr Status im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe zählte und dass sie ihren Status oft nicht sehr unterschiedlich zu dem objektiven Status einschätzten.

Bøe et al. (130) untersuchten in einer 2019 erschienenen Studie die Zusammenhänge zwischen dem Einkommen der Eltern, der gefühlten ökonomischen Situation der Familie und dem Einfluss auf die seelische Gesundheit von norwegischen Jugendlichen. Sie waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 16 und 19 Jahren alt. Die Daten stammten aus der „youth@Harland“-Studie, die in der als repräsentativ für die norwegische Bevölkerung geltende Region Harland in Norwegen durchgeführt wurde. Zusätzlich wurden Daten zum Haushaltseinkommen aus dem nationalen Steuerregister entnommen. Die Jugendlichen, die das geringste Haushaltseinkommen hatten, gaben eine schlechtere seelische Gesundheit an als diejenigen, die in einem Haushalt mit höherem Einkommen lebten. Ein schlechter SES stellte einen wichtigen Prädiktor für Probleme der seelischen Gesundheit dar. Nur bei den geringsten Einkommen spielte die empfundene ökonomische Situation keine Rolle, da Jugendliche aus diesen Haushalten immer das höchste Risiko für eine schlechtere Gesundheit hatten. Bei höheren Haushaltseinkommen war die psychische Verfassung zusätzlich zum Einkommen auch von der subjektiven Einschätzung beeinflusst. Dies könnte laut den Autor:innen durch das Gefühl von relativer Deprivation bedingt sein, was sich mit Ergebnissen aus einer großen japanischen Studie von Kondo et al. (131) deckte. Die Autor:innen zeigten, dass unabhängig vom absoluten Einkommen einer Person die relative Deprivation die Gesundheit der Teilnehmenden beeinflusste. Wurde eine Person zum Beispiel schlechter

bezahlt als die Referenz, wurde es wahrscheinlicher, dass sie einen weniger guten Gesundheitsstatus hatte.

Präg et al. (132) führten eine Studie in 29 Ländern durch, in der sie den Einfluss vom subjektiven SES auf die selbstbewertete Gesundheit und auf das psychologische Wohlbefinden untersuchten. In allen diesen Ländern, unter denen auch Polen und Deutschland waren, zeigten sich positive Zusammenhänge, deren Stärke jedoch in den verschiedenen Ländern variierte. Auch als die Variablen für den subjektiven SES objektiviert wurden, führten sie zu einer besseren Einschätzung der Gesundheit und einem besseren Wohlbefinden der Teilnehmenden.

Je reicher ein Land war, desto mehr profitierten die Proband:innen von einem höheren subjektiven SES im Hinblick auf die wahrgenommene Gesundheit. Für das psychologische Wohlbefinden galt dies nicht. Gründe hierfür könnten sein, dass die Personen in ärmeren Ländern erst Bedürfnisse wie Nahrung und Unterkunft befriedigen müssen, bevor sie sich um ihre Gesundheit kümmern.

Auch Weinberg et al. (133) untersuchten in ihrer Querschnittsstudie Zusammenhänge zwischen dem SES von Jugendlichen und ihrer seelischen Gesundheit. Die Ergebnisse zeigten, dass Jugendliche mit einem höheren SES eine höhere Lebenszufriedenheit und weniger seelische Probleme aufwiesen als Jugendliche mit einem niedrigen SES. Zudem konnte ein guter subjektiver SES der Jugendlichen die negativen Effekte eines niedrigen SES der Eltern abmildern. Ein niedriger SES war bei den Befragten häufig mit mehr emotionalen und internalisierenden Problemen verbunden, während eine niedrige Bildung eher zu externalisierenden Problemen wie *conduct problems* und zu Problemen mit der Peer Group führte. Allerdings galt für beide Effekte, dass sie auch umgekehrt zustande kommen konnten. Zum Beispiel nahmen Jugendliche mit depressiven Symptomen ihre Situation pessimistischer wahr oder es fiel Jugendlichen mit externalisierenden Problemen schwer, sich in der Schule zu konzentrieren, wodurch sie schlechtere Noten erhielten.

In einer aktuellen chinesischen Studie untersuchten Li et al. (134) die Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und den Beziehungen von Jugendlichen zu ihren Eltern, ihrer Peer Group und zu den Lehrkräften. Es nahmen 6902 Schüler:innen im Alter von 13-18 Jahren teil. Zur Ermittlung des objektiven SES wurden Bildung und Beruf der Eltern erfragt, der subjektive SES wurde durch eine Leiterskala angegeben. Insgesamt hatten Jugendliche mit einem niedrigeren SES schlechtere soziale Beziehungen als solche mit einem höheren SES. Relativ gesehen war der subjektive SES in dieser Studie ein höherer Prädiktor für die Beziehung zur Peer Group als der objektive SES. Dieser sagte besser die Eltern-Kind-Beziehung und die Beziehung zur Lehrkraft hervor. Besonders wichtig waren hier das Bildungsniveau der Mutter und des Vaters. Das Einkommen der Eltern wurde in dieser Studie nicht erfragt, da dies in China als vertraulich gilt.

Auch wenn in der Literatur unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden, belegten zahlreiche Autor:innen den wichtigen Einfluss des SES auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen. Ein niedriger SES begünstigte generell das Auftreten von Erkrankungen, somit auch Erkrankungen bei den Eltern der Befragten. In einem bereits diskutierten Wirkmechanismus beeinflussten diese wiederum Wohlbefinden und Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diese Gruppe wurde in der Literatur immer wieder betrachtet, jedoch wurden häufig nur einzelne direkte Auswirkungen des SES auf sie diskutiert. Um einen umfassenderen Eindruck der Auswirkungen des SES auf die jungen Erwachsenen, ihre Beziehungen und ihr Wohlbefinden zu bekommen, müssen direkte und indirekte Effekte ausgewertet werden.

2.7 Hypothesen

- 1) Das Auftreten von Beschwerden bei Jugendlichen wird von den Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group prädiziert.
- 2) Laut der Bindungstheorie ist die Rolle der Mutter eine besondere im Hinblick auf die Beziehungen und das Wohlbefinden der Jugendlichen. Jedoch gewinnt die Beziehung zu den Peers in der Jugend an Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit werden beide Positionen geprüft.
- 3) Der SES beeinflusst die Beziehungen der Jugendlichen und deren Auftreten von Beschwerden.
- 4) Die Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Jugendlichen durch eine chronische Erkrankung der Eltern sind abhängig von den zwischenmenschlichen Beziehungen der Jugendlichen und vom sozioökonomischen Status, weshalb Interaktionen erwartet werden.
- 5) Eine psychische Erkrankung der Eltern beeinflusst die psychische Verfassung der Jugendlichen mehr als eine chronische körperliche Erkrankung. Dies resultiert aus genetischen Faktoren und einer hohen Belastung im Umgang mit diesen Erkrankungen.
- 6) In Deutschland ist eine gute Beziehung zur Peer Group wichtiger als in Polen, wo die Familie einen besonders hohen Stellenwert hat.

3 Material und Methoden

3.1 Durchführung der Datenerhebung

Im Rahmen der aktuellen Studie wurden 14- bis 24-Jährige anhand eines Online-Fragebogens befragt. Die Rekrutierung fand vor allem an Schulen und in Kursen an Universitäten in Mainz und Warschau von 2018 bis 2019 statt. Ungefähr ein Drittel der rekrutierten Personen nahm an der Befragung teil. Der Link zum Fragebogen wurde auf den Homepages der jeweiligen Universitäten aufgeführt.

Der Fragebogen besteht aus 41 Frageblöcken, denen eine Information und eine Einverständniserklärung vorausgehen. Viele der Fragen werden nach dem Single-Choice-Prinzip beantwortet, bei einigen ist eine manuelle Eingabe in ein Antwortfeld möglich.

Die Fragen wurden von Muttersprachlern in die Sprachen Deutsch, Polnisch und Englisch übersetzt, rückübersetzt und diskutiert, um gleiche Auswertungen und eine Zusammenarbeit mit den Universitäten in Warschau, Polen und Nottingham, England zu ermöglichen.

Die Umfrage wurde freiwillig und anonym durchgeführt. Am Ende des Fragebogens konnte auf eine offene Frage hin Kritik geäußert werden. Diese bestand hier vor allem darin, dass viele Teilnehmende die Bearbeitungszeit von 20 – 30 Minuten als zu lang empfanden. Einige Teilnehmende führten die Befragung nicht bis zum Ende durch. Dadurch ergeben sich fehlende Werte, die durch multiple Imputationen ersetzt wurden. Das Verfahren wird im Teil "statistische Auswertung" beschrieben, der Anteil fehlender Werte in der Variablenbeschreibung genannt.

Zu beachten gilt, dass es sich um eine retrospektive Studie handelt. Es besteht das Risiko, dass die Antworten durch eine momentane Stimmungslage beeinflusst worden sind und so nicht das tatsächliche allgemeine Befinden abgebildet wird. Des Weiteren sind sich die meisten der Proband:innen bei Teilnahme in einem Alter, in dem sie ihre Kindheit und die Beziehung zu Eltern und Freundschaften neu bewerten, wodurch die Ergebnisse dementsprechend moduliert werden können.

Im Ergebnisteil wurden die Seitenumbrüche so gesetzt, dass sich Graphen und Tabellen leserlich darstellen.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

	Polen	Deutschland	Testgröße	p
Gesamt, n	109	406		
<i>Geschlecht</i>				
Weiblich (%)	78.90	67.33		
Männlich (%)	21.10	32.67	$\chi^2 = 5.45$.020
Alter, MW (SD)	17.93 (2.34)	23.15 (6.04)	t = - 8.84	
<i>Schulabschluss (%)</i>				
Ohne	11.00	3.29		
Sonderschule	2.00	0.00		
Haupt-/ Volkssch.	1.00	5.57		
Realschule	51.00	18.73		
(Fach)Abitur	32.00	66.84		
Studium	3.00	5.57	$\chi^2 = 71.40$.001
<i>Finanz. Situation</i>				
Schlecht (%)	25.84	26.53		
Gut (%)	74.16	73.47	$\chi^2 = 0.02$.894

Die untersuchte Stichprobe besteht aus 515 Teilnehmenden, von denen 109 aus Polen und 406 aus Deutschland stammen.

Das Geschlecht wird in dieser Studie wie in zahlreichen früheren Studien als binäres Konstrukt angesehen, weshalb Effekte nur für zwei Geschlechter angegeben werden können. In der polnischen Gruppe gibt es überwiegend weibliche Teilnehmerinnen und das Durchschnittsalter beträgt ungefähr 18 Jahre. In der deutschen Gruppe bilden die weiblichen Teilnehmerinnen einen geringeren Teil, der jedoch immer noch zwei Drittel der Befragten darstellt. Mit 23 Jahren sind die Deutschen im Durchschnitt älter.

Die Schulabschlüsse sind in Polen und Deutschland aufgrund von verschiedenen Systemen nur bedingt vergleichbar. In der polnischen Gruppe finden sich mehr Teilnehmende ohne Schulabschluss als in der deutschen, ebenso hat knapp die Hälfte einen Abschluss an einer Realschule. In der deutschen Gruppe haben im Gegensatz dazu zwei Drittel der Teilnehmende ein Abitur oder Fachabitur. In beiden Ländern verfügen nur sehr wenige der Personen über

ein abgeschlossenes Universitäts-/ oder Fachhochschulstudium. Die Auswahlmöglichkeit „Sonstige“ wird hier nicht in die Auswertung einbezogen.

Die finanzielle Situation ist in den Stichproben der beiden Länder so gut wie identisch. Die genauen Werte sind in Tabelle 1 aufgelistet.

3.3 Instrumente

3.3.1 Symptomcheckliste SCL

Das Wohlbefinden der Teilnehmende wird mithilfe von Items aus dem SCL-27-plus-Fragebogen abgefragt. Der Fragebogen ist eine häufig verwendete Kurzform des SCL-90-R-Fragebogens und eine Weiterentwicklung des SCL-27-Fragebogens. Er wurde von Hardt (135) validiert, von Kuncewicz et al. (136) auch für Polen. Die Symptomcheckliste 27 plus setzt sich aus fünf Subskalen zusammen: Depressive Symptome, Vegetative Symptome, Agoraphobie Symptome, Symptome der Sozialen Phobie, Schmerz.

Für jede Skala gibt es mehrere Items, die abgefragt werden. Die Beschwerden, für die die Häufigkeiten (nie – selten – manchmal – oft – sehr oft) kodiert werden können, sind beispielsweise „Kopfschmerzen“, „Furcht auf freien Plätzen“, „Unsicherheit, wenn andere mich anschauen“, „Rückenschmerzen“.

Die Skala zu den Depressiven Symptomen wird in dieser Arbeit aus zwei Gründen nicht berücksichtigt: Erstens fragen die Items zur Depression nur Symptome in einem Zeitraum von zwei Wochen ab. Im Gegensatz dazu sind die anderen Items stabiler und weniger fluktuierend. Außerdem beschäftigte sich die Autorin einer Parallelarbeit genauer mit den Symptomen der Depression (137), weshalb hier der Schwerpunkt auf das Wohlbefinden gelegt werden soll.

Die interne Konsistenz der erfragten Skalen des Fragebogens ist mit einem Cronbachs $\alpha = .90$ für die Stichprobe aus Deutschland und $\alpha = .89$ für die polnische Gruppe sehr hoch.

3.3.2 Inventory of Parent and Peer Attachment IPPA

Die Anwendung des IPPA-Fragebogens wurde von Greenberg et al. (74) etabliert. Er wurde seitdem mehrfach verwendet, unter anderem von Reiner et al. (81) in Deutschland und von Grajewski et al. (138) und Farnicka (139) in Polen. Es liegt eine schriftliche Erlaubnis für die Verwendung des Fragebogens in dieser Studie vor.

Er ist für Jugendliche entworfen und bildet sowohl die affektive als auch die kognitive Beziehung der Befragten zu Eltern und Freunden ab. Für beide sind vier Skalen angesetzt, jede mit mehreren Items.

Im verwendeten Fragebogen wird nur die Bindung zu Freunden in allen vier Skalen erfragt, da der Kindheitsfragebogen die Beziehung zu den Eltern bereits gut abbildet. In dieser Arbeit soll nur auf die Skala „Trust“ eingegangen werden, da diese sich gut mit der Skala „Liebe“ des KFB vergleichen lässt.

Sie besteht aus zehn Items, beispielsweise „Meine Freunde verstehen mich“ oder „Ich vertraue meinen Freunden“.

Cronbachs α ist mit $\alpha = .93$ für die polnische Gruppe und $\alpha = .94$ für die deutsche ein Indikator für eine exzellente interne Konsistenz.

3.3.3 Kindheitsfragebogen KFB

Der Kindheitsfragebogen ist auf der Basis des Adult Attachment Interview (62) entstanden um in einer prospektiven Studie von Engfer (140) die punitiven Eltern-Kind-Beziehungen vorherzusagen. Hardt et al. (141) verwendeten sowohl die ursprüngliche Form des KFB mit 22 Skalen, als auch die Kurzform, die aus 11 Skalen mit je 5 Items besteht, um die Kindheitsbeziehungen zu den Eltern zu beschreiben. Diese wurde durch Hardt et al. 2011 kreuzvalidiert (142) und sowohl für den Gebrauch in Polen als auch in Deutschland getestet (143). Es entfiel die Skala „Strafe“, da sie „Kontrolle“ zu sehr ähnelte.

Die Skalen, die verwendet werden, sind somit „Liebe“, „Kontrolle“, „Ehrgeiz“ und „Rollenumkehr“, außerdem eine Likert-codierte Skala zur finanziellen Situation der Eltern.

In dieser Arbeit werden die elterliche Liebe sowie der Sozioökonomische Status ausgewertet, da diese beiden in einer Parallelarbeit (137) hochsignifikant waren.

3.3.3.1 Liebe

Es werden sowohl die Liebe der Mutter als auch die des Vaters mit den folgenden Fragen ermittelt:

„Mein / e Vater / Mutter war immer für mich da, wenn ich ihn / sie brauchte.“

„Ich fühlte mich meinem / r Vater als Kind sehr nahe.“

„Bei meinem / r Vater / Mutter fühlte ich mich geborgen.“

„Mein / e Vater / Mutter hatte sehr viel Verständnis für mich.“

„Mein / e Vater / Mutter war sehr liebevoll zu mir.“

Für die Items zur Liebe der Mutter ist die interne Konsistenz in Deutschland mit einem Cronbachs $\alpha = .93$ exzellent, in Polen mit $\alpha = .86$ auch sehr gut. Die interne Konsistenz der Items zur väterlichen Liebe ist in beiden Ländern exzellent mit einem $\alpha = .92$ in Deutschland und $\alpha = .93$ in Polen.

3.3.3.2 Sozioökonomischer Status

Zum sozioökonomischen Status einer Person gehören verschiedene Aspekte, die gemeinsam ihren Stand in der Gesellschaft definieren. Gewöhnlich werden Faktoren wie Bildung, Einkommen und Beruf abgefragt und für die Beschreibung genutzt. Hier soll jedoch aus mehreren Gründen nicht auf das Einkommen eingegangen werden. Unter anderem setzt die Zielgruppe des Fragebogens sich aus Schüler:innen und Studierenden zusammen, deren Einkommen meist von dem der Eltern abhängig ist. Außerdem ist die Zielgruppe und somit die Mehrheit der Teilnehmenden des Fragebogens zu jung, um bereits einem festen Beruf nachzugehen.

Deshalb wird der Sozioökonomische Status durch eine Likert-codierte Skala aus vier Items ermittelt, die aus dem Kindheitsfragebogen stammen:

„Ich stamme aus einer Familie mit hohem sozialem Ansehen.“

„In meiner Familie war das Geld recht knapp.“

„In meiner Kindheit haben wir sehr beengt gewohnt.“

„Ich stamme aus einer wohlhabenden Familie.“

Die interne Konsistenz dieser Skala ist mit einem Cronbachs $\alpha = .83$ für Polen und $\alpha = .79$ für Deutschland sehr gut.

3.3.4 Chronische / psychische Krankheit der Eltern

Da chronische und psychische Erkrankungen als Risikofaktor für eine Erkrankung der Kinder gelten (14, 18, 104), wurden diese in dieser Studie ebenfalls erfragt. Ob die Eltern während der Kindheit der Teilnehmende an Krankheiten litten, wird mit insgesamt vier Items erfragt. Zu beiden Elternteilen gibt es jeweils eine Frage, ob eine chronische oder psychische Erkrankung der Eltern in den ersten 14 Lebensjahren vorlag. Diese kann mit ja oder nein beantwortet werden.

Chronische Erkrankungen der Mutter kommen in der deutschen Stichprobe fast doppelt so häufig wie in der polnischen vor, wobei chronische Erkrankungen des Vaters in beiden Ländern ungefähr ähnlich häufig sind. Die psychischen Erkrankungen der Väter sind in Deutschland etwas häufiger, kommen in beiden Ländern aber nur halb so oft vor wie psychische Erkrankungen der Mutter.

Diese betreffen in Deutschland mehr als ein Fünftel der Mütter der Befragten.

Mit p-Werten $> .05$ ist keines der Items im Ländervergleich signifikant. Auch die χ^2 – Werte deuten auf eine zufällige Verteilung im Vergleich von Deutschland und Polen hin. Genaue Werte sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Chronische und psychische Erkrankungen

	Polen (%)	Deutschland (%)	χ^2	p
M. chr. krank	5.43	10.76	2.39	.122
V. chr. krank	10.87	11.81	0.06	.800
M. psy. krank	15.38	22.11	2.02	.155
V. psy. krank	7.69	10.88	0.81	.367

Tabelle 3: Variablenbeschreibung

Block	Variable	Beschreibung	Mögl. Werte	Min	Max	Durch MI ersetzt [%]
1	SCL	Beschwerden	0-100	0	9	1.36
2	LIM	Mütterliche Liebe	0-100	0	9	8.74
2	LIV	Väterliche Liebe	0-100	0	9	13.98
2	VEF	Vertrauen in Freunde	0-100	0	9	18.25
3	MCK	Chronisch kranke Mutter	0,1	0	1	8.16
3	VCK	Chronisch kranker Vater	0,1	0	1	8.16
3	MPK	Psychisch kranke Mutter	0,1	0	1	6.80
3	VPK	Psychisch kranker Vater	0,1	0	1	7.38
4	LAN	Land	0,1	0	1	0
4	ALT	Alter	> 13	14	54	0.19
4	GES	Geschlecht	0,1	0	1	0.38
4	SES	Sozioökonomischer Status	0-100	0	9	13.20

4 Statistische Auswertung

Zur Auswertung wurden für kontinuierliche Zielgrößen lineare und für binäre Zielgrößen logistische Regressionen verwendet. Die Berechnungen wurden als geordnete Sequenzen von Regressionen auf der Basis eines durch Cox und Wermuth (144) entwickelten Verfahrens mit Hilfe der Software „STATA 16“ durchgeführt.

Das Wohlbefinden bzw. das Nicht-Vorhandensein psychischer und körperlicher Beschwerden ist dabei die primäre Zielgröße (siehe die linke Box in Abb. 1). Die berichtete Liebe der Mutter und des Vaters, sowie das Vertrauen in Freunde stellen die drei direkten Einflussgrößen dar. Chronische und psychische Erkrankungen der jeweiligen Elternteile sind intermediäre Einflussgrößen. Dabei werden in die Regressionen alle Variablen eingeschlossen, die in Abb. 1 rechts von der jeweiligen Zielgröße stehen. Alter und Geschlecht der Teilnehmenden, sowie der Sozioökonomische Status und das Land (Polen, Deutschland) sind reine Einflussgrößen, hier gibt es keine erklärenden Variablen. Die Variablen in den beiden mittleren Boxen sind einerseits Ziel-, andererseits Einflussgrößen. Geordnete Sequenzen von Regressionen erlauben damit, Mediatoren zu testen.

Die Selektion der Effekte erfolgt rückwärts. Es werden immer alle 2-fach Interaktionen und im Fall von kontinuierlichen Variablen quadratische Effekte getestet. Zuerst wurden alle nicht signifikanten Interaktionen ausgeschlossen, dann die nicht signifikanten Quadrate, dann die Haupteffekte. Sofern Interaktionen oder Quadrate signifikant sind, werden die zugrundeliegenden Haupteffekte in das Modell aufgenommen, auch wenn diese für sich allein nicht signifikant sind.

Zur Prüfung der Signifikanzen von Interaktionen und Quadraten wird zusätzlich ein F-Test angewendet. Hiermit wird geprüft, ob der Term insgesamt signifikant ist, bei einer Interaktion mit drei Zählerfreiheitsgraden, bei einem quadratischen Effekt mit zweien.

Bei 0-1 kodierten Variablen wird der Haupteffekt für eine bessere Vergleichbarkeit mit 100 multipliziert. Bei quadratischen Effekten wird dies ebenfalls für den quadratischen Term angewendet.

Das Signifikanzniveau wird auf $\alpha = 0.05$ festgelegt, das Konfidenzniveau beträgt entsprechend 0.95. Das heißt, dass das Konfidenzintervall zu 95% den wahren Wert einschließt. Wenn die p-Werte einen Wert von $> 5\%$ erreichen, werden diese nicht interpretiert.

Der nicht standardisierte Regressionskoeffizient β gibt bei linearen Regressionen die Steigung der Geraden an. Er kann sowohl positive als auch negative Werte annehmen, was entweder für einen positiven oder negativen Zusammenhang spricht. Wenn $\beta = 0$, besteht kein linearer Zusammenhang zwischen einer Variablen und der jeweiligen Zielgröße.

Die jeweiligen Regressionskoeffizienten, sowie Standardfehler, t- und p-Werte werden in Tabellen aufgelistet. Falls Interaktionen oder Quadrate signifikant sind, werden die

zugrundeliegenden Haupteffekte nicht mehr separat berichtet. Die ausgeschlossenen Variablen werden nicht näher beschrieben.

In den Auswertungen zeigen sich einige fehlende Daten, vor allem in den letzten Teilen des Fragebogens. Um diese Missing Data auszugleichen, wird ein Verfahren der Multiplen Imputation verwendet, der sogenannte "Multiple Imputation by Chained Equations" (MICE) Algorithmus (Van Buuren (145)) mit Predictive Mean Matching (PMM). Beim MICE Verfahren werden die fehlenden Werte durch Regressionen ersetzt, PMM bedeutet, dass ein fehlender Wert durch einen beobachteten ersetzt wird, der von einem möglichst ähnlichen Fall stammt. In der vorliegenden Arbeit werden die drei ähnlichsten Fälle ausgewählt, und per Zufall der jeweilige Wert imputiert. Auf diese Weise werden 100 Datensätze generiert, in jedem die Regressionen durchgeführt und die Statistiken mittels Rubin's Rules (146) kombiniert.

Der Algorithmus wurde in Simulationsstudien von Hardt et al. (147, 148) beschrieben und erwies sich sowohl bei kontinuierlichen als auch bei binären Zielgrößen als vergleichsweise präzise und robust. Durch die multiple Imputation gibt es keine fehlenden Werte in der vorliegenden Auswertung.

Da aufgrund der Anwendung von multipler Imputation keine Werte für R^2 ermittelt werden können, und der Stichprobenumfang für alle Analysen gleich ist, werden in der Arbeit die t-Werte hilfsweise als Basis für die Effektstärke verwendet. Es gelten absolute Werte $|t| > 4$ als groß, Werte < 4 und > 3 als mittel, Werte < 3 als klein und Werte $< 1,96$ als nicht relevant.

5 Ergebnisse

Die folgenden Abbildungen zeigen durch Pfeile bzw. gestrichelte Linien die sich ergebenden signifikanten Beziehungen.

In der ersten Box befindet sich die Zielvariable „Beschwerden“ (SCL). Die direkten Effekte „Mütterliche und Väterliche Liebe“, sowie „Vertrauen in Freunde“ stehen in der zweiten Box. Die intermediären Effekte „Chronisch kranke / r Mutter / Vater“ und „Psychisch kranke/r Mutter/Vater“ befinden sich in der dritten Box, während die ausschließlichen Einflussvariablen „Land“, „Geschlecht“, „Alter“, „Sozioökonomischer Status“ in der letzten Box stehen. Zur besseren Übersicht sind sie nicht übereinandergelegt, sondern werden einzeln betrachtet. Die Kreise (eng. „circle“) stehen für kontinuierliche Variablen („continuous“), während die Punkte („dot“) binäre Variablen („discrete“) darstellen (144). Ein Pfeil steht für eine signifikante Beziehung zwischen Variablen in verschiedenen Boxen, die Pfeilrichtung geht immer von rechts nach links. Innerhalb einer Box werden die Korrelationen der Residuen durch gestrichelte Linien dargestellt.

In diesen Abbildungen werden Haupteffekte, Interaktionen und quadratische Effekte als Übersicht gezeigt. Im Folgenden wird auf jeden Effekt im Einzelnen eingegangen und es wird ersichtlich, um welche Art von Effekt es sich handelt.

In den jeweiligen Abbildungen werden die kontinuierlichen Effekte durch Werte von 0-100 dargestellt, wobei 0 beispielsweise für wenig Liebe oder einen niedrigen Sozioökonomischen Status steht und 100 für dementsprechend sehr viel Liebe oder einen hohen Sozioökonomischen Status.

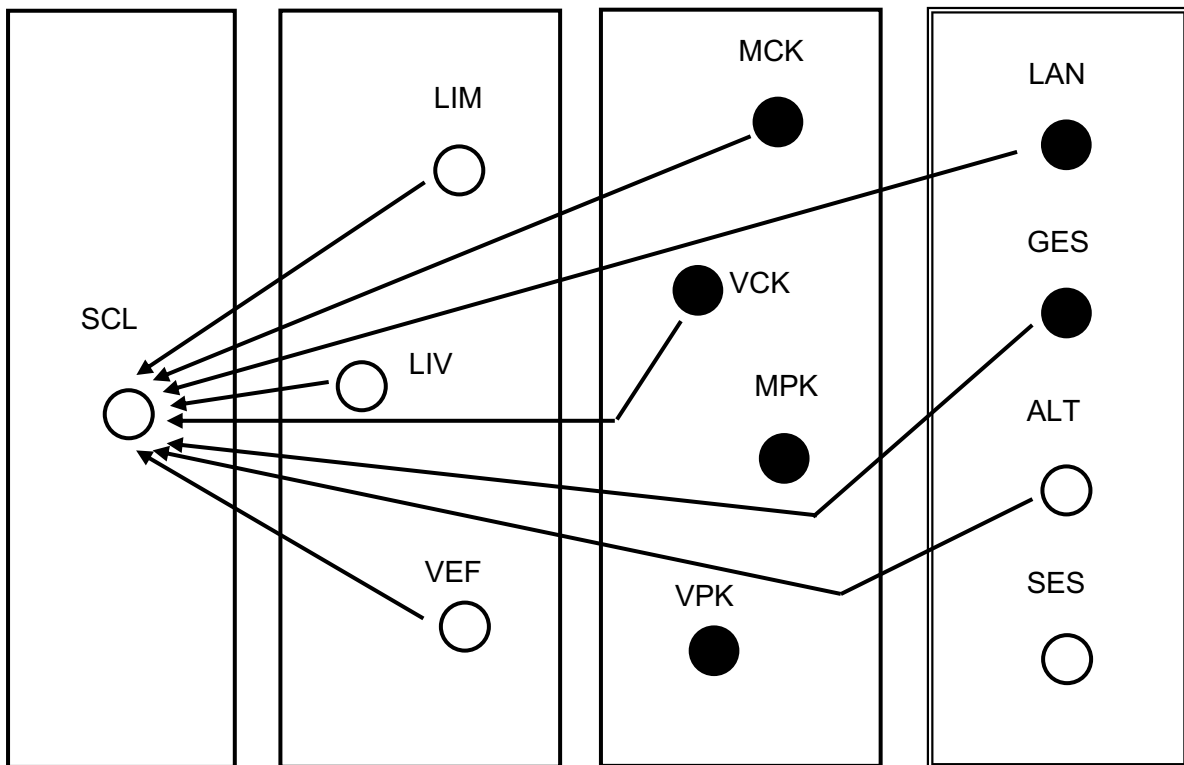


Abbildung 1: Zusammenhänge Wohlbefinden

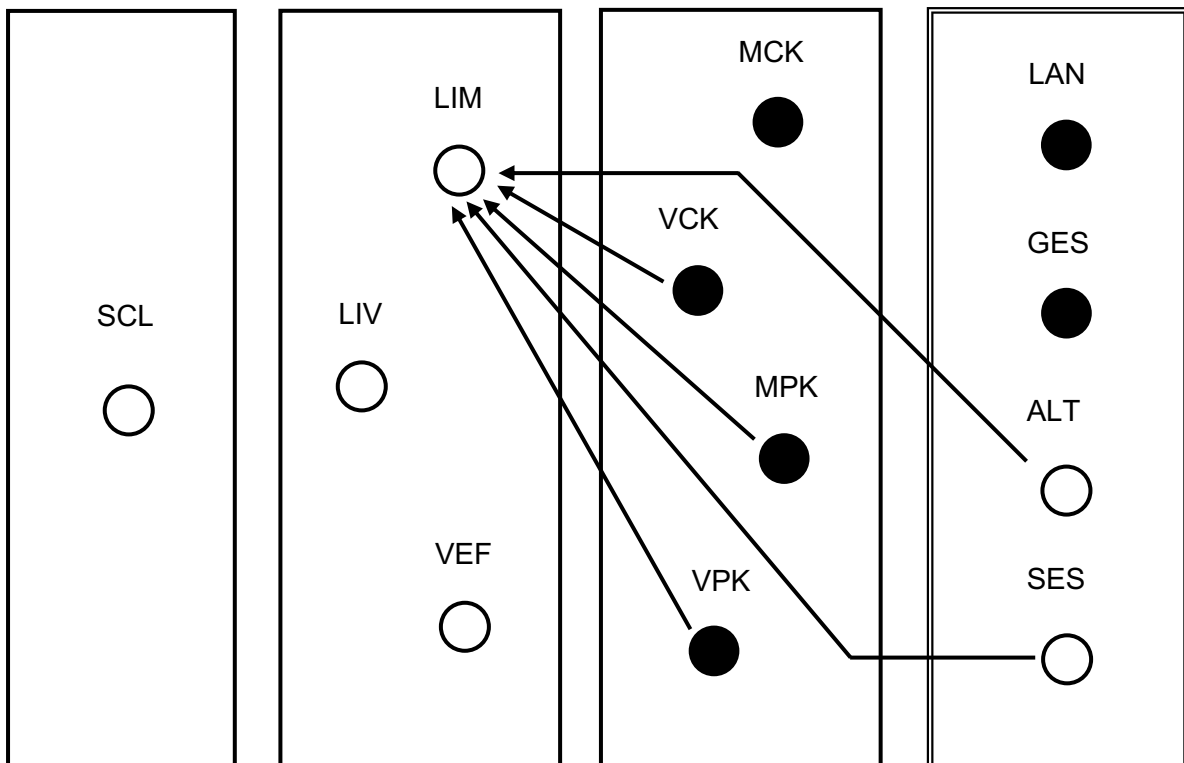


Abbildung 2: Zusammenhänge Mütterliche Liebe

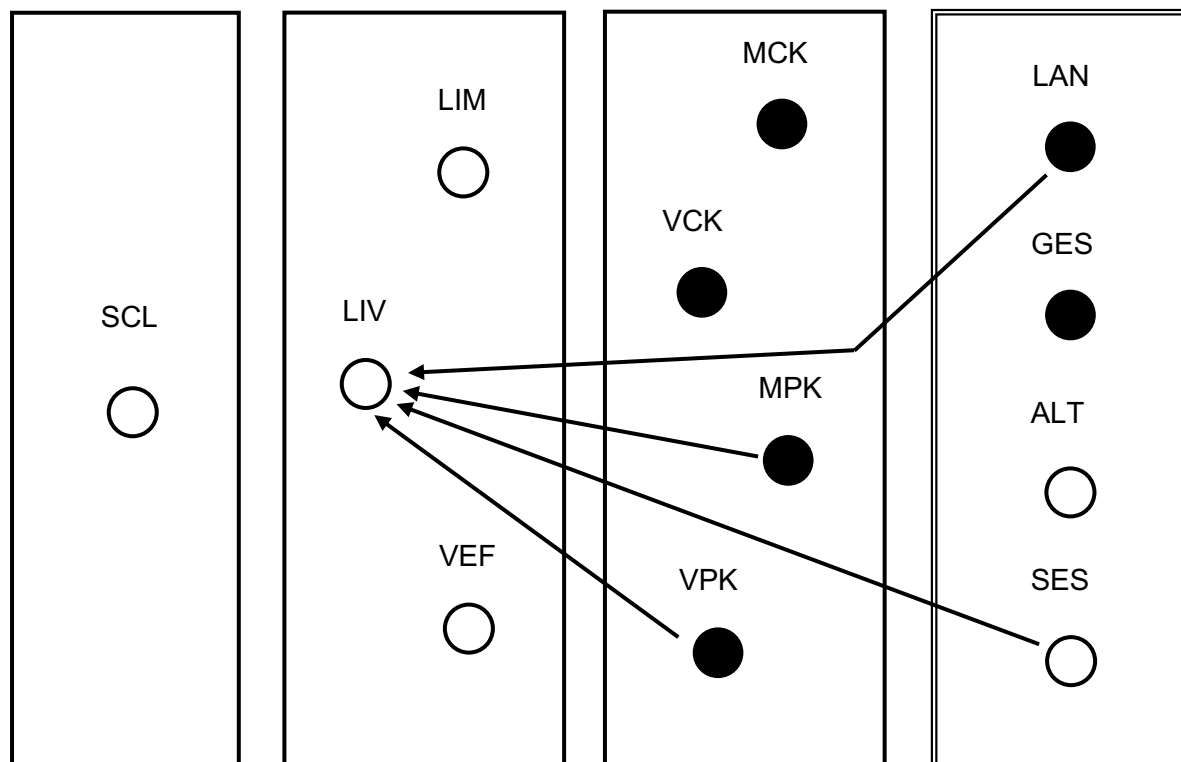


Abbildung 3: Zusammenhänge Väterliche Liebe

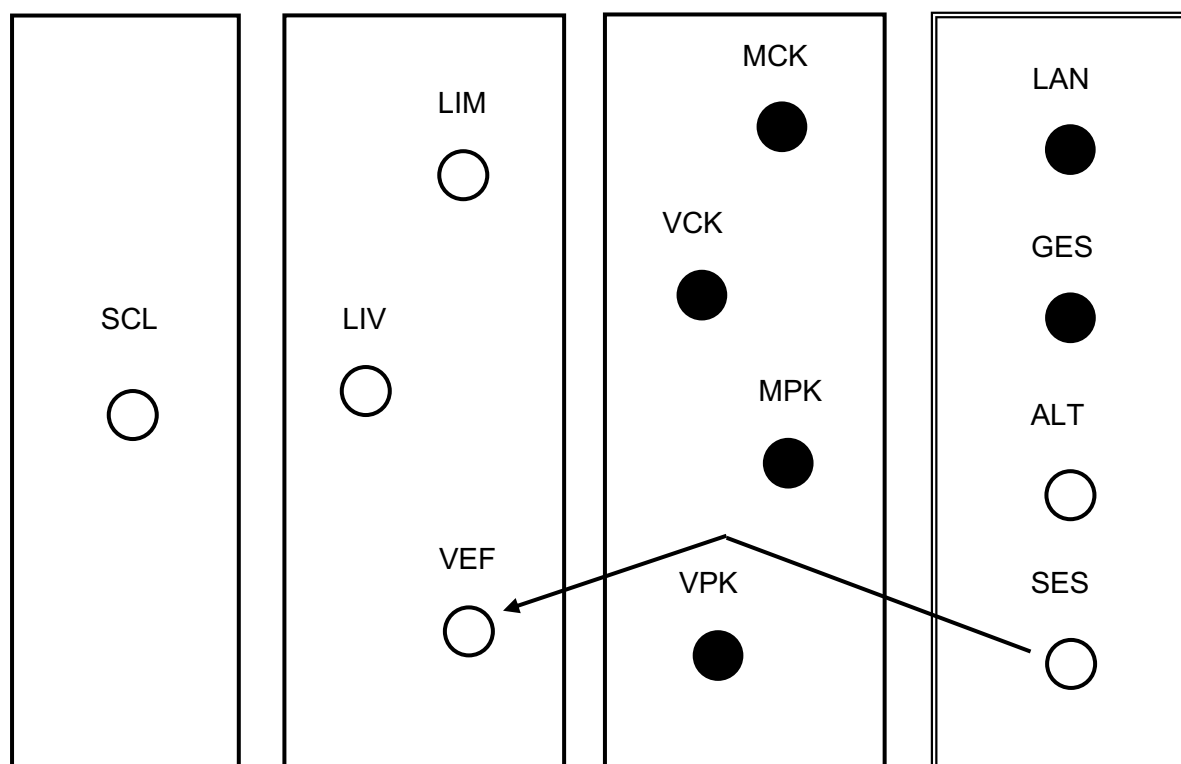


Abbildung 4: Zusammenhänge Vertrauen in Freunde

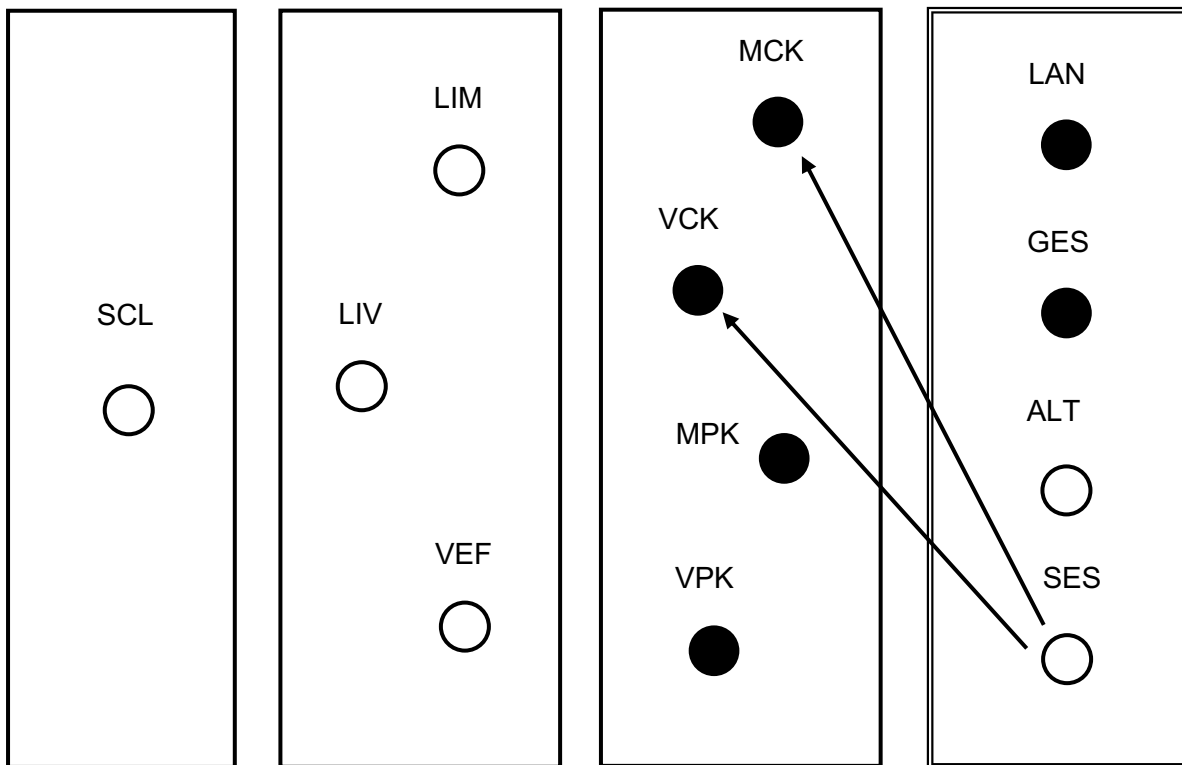


Abbildung 5: Zusammenhänge chronisch kranke Eltern

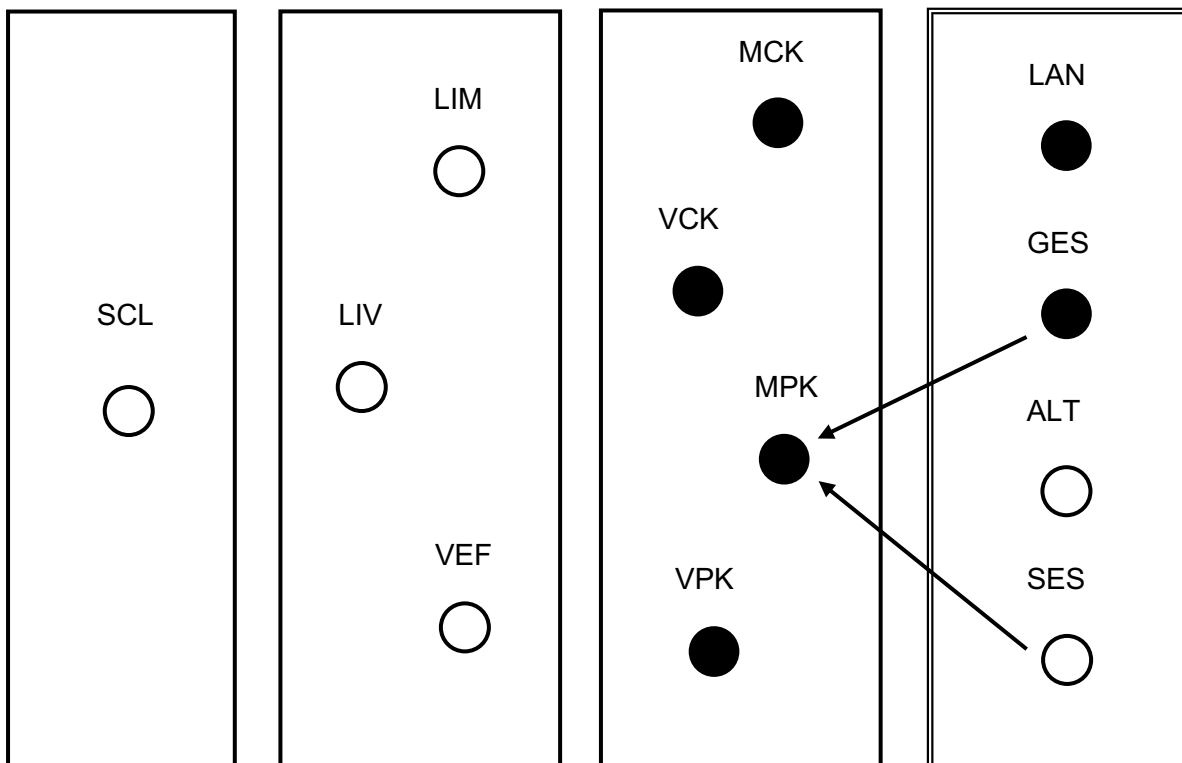


Abbildung 6: Zusammenhänge psychisch kranke Mutter

5.1 Residuen

In den geordneten Sequenzen der Regressionen werden durch Pfeile die Effekte zwischen den Boxen beschrieben, die Effekte innerhalb einer Box durch gestrichelte Linien. Diese werden als Residuen bezeichnet.

In der Box der direkten Einflussgrößen korreliert jede der Variablen mit den anderen beiden. Im Block der intermediären Einflussgrößen zeigen sich jeweils zwei Korrelationen zwischen den Variablen „Chronisch kranke Mutter“, „Chronisch kranker Vater“ und „Psychisch kranke Mutter“. Die Variable „Psychisch kranker Vater“ zeigt keine Korrelation mit den anderen Variablen dieser Box.

Da für die Variable „Psychisch kranker Vater“ keine Residuen ermittelt werden können, werden die Korrelationen innerhalb der Box aufgeführt.

Im Block der reinen Einflussvariablen zeigen sich drei signifikante Korrelationen. In den Tabellen 4-6 werden jeweils die Korrelationskoeffizienten angegeben, sowie die p-Werte. *** stehen für einen p-Wert $< .001$, ** bedeuten $p < .01$ und * heißt, dass der p-Wert $< .05$ ist. Die Abkürzung „ns“ bedeutet, dass der Term nicht signifikant ist.

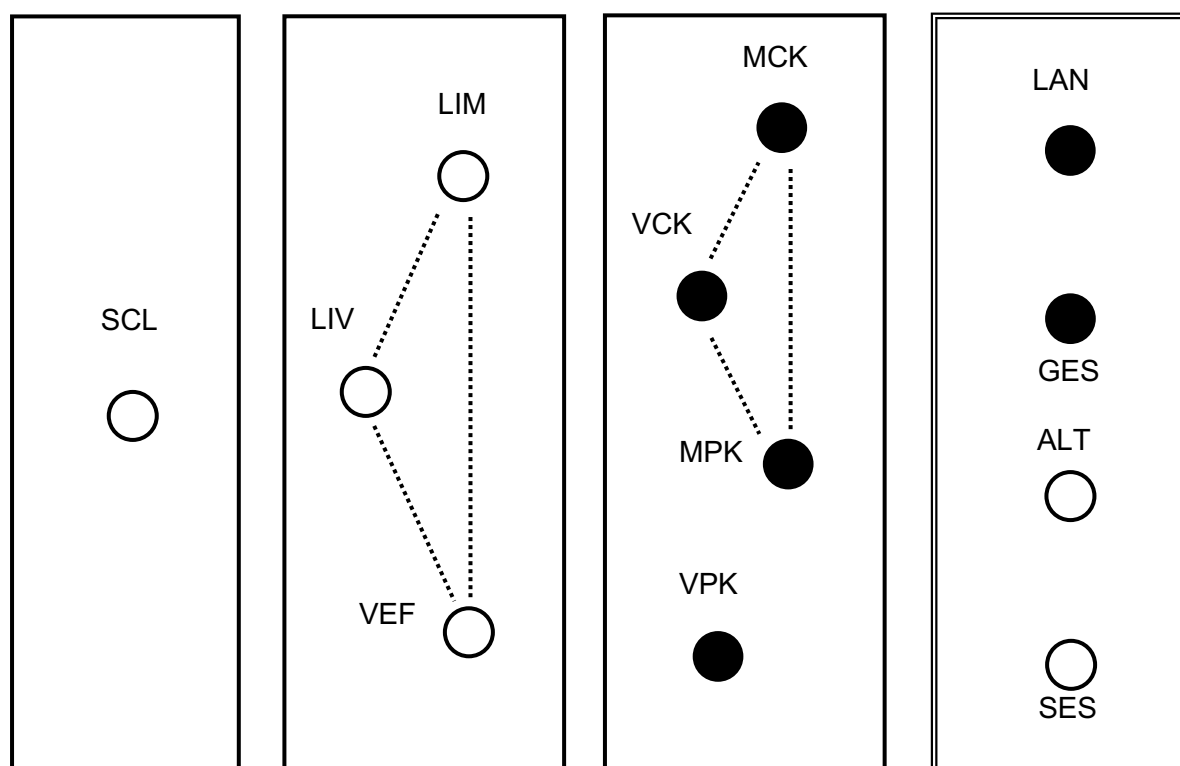


Abbildung 7: Residuen

Tabelle 4: Residuen in Block 2

	Liebe Mutter	Liebe Vater	Vertr. in Freunde
Liebe Mutter			
Liebe Vater	.31 ***		
Vertr. in Freunde	.32 ***	.23 ***	

Tabelle 5: Residuen in Block 3

	Chr. k. Mutter	Chr. k. Vater	Psy. k. Mutter	Psy. k. Vater
Chr. k. Mutter				
Chr. k. Vater	.40 ***			
Psy. k. Mutter	.38 ***	.32 ***		
Psy. k. Vater	.13 **	.37 ***	.21 ***	

5.2 Beschwerden

Für die Zielvariable „Beschwerden“ ergeben sich sechs signifikante Haupteffekte sowie drei signifikante Interaktionen. Diese werden im Folgenden mit Hilfe von Graphen dargestellt.

Tabelle 6: Lineare Regression Beschwerden

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Mütterliche Liebe	.02	.03	0.58	.564
Väterliche Liebe	-.10	.03	-3.93	< .001
Vertrauen in Freunde	-.18	.05	-3.81	< .001
Chron. kranke Mutter	1.75	8.62	0.20	.839
Chr. kr. Mutter * mü. Liebe	-.16	.07	-2.19	.029
Chr. kr. Mutter * Land	15.00	7.21	2.08	.038
Chron. kranker Vater	19.24	4.96	3.88	<.001
Chr. kr. Vater * Land	-18.48	5.48	-3.38	.001
Alter	-.23	.12	-1.98	.048
Geschlecht	-8.80	1.39	-6.34	< .001
Land	5.18	1.84	2.81	.005
Konstante	47.02	4.62	10.18	<.001

5.2.1 Väterliche Liebe

Der Haupteffekt der berichteten väterlichen Liebe auf die Beschwerden der Proband:innen ist mit einem p-Wert von $< .001$ signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -3.93 mittel bis groß. Es besteht ein linearer Zusammenhang. Je mehr Liebe die Proband:innen durch den Vater erfahren, desto geringer fallen die körperlichen und psychischen Beschwerden aus.

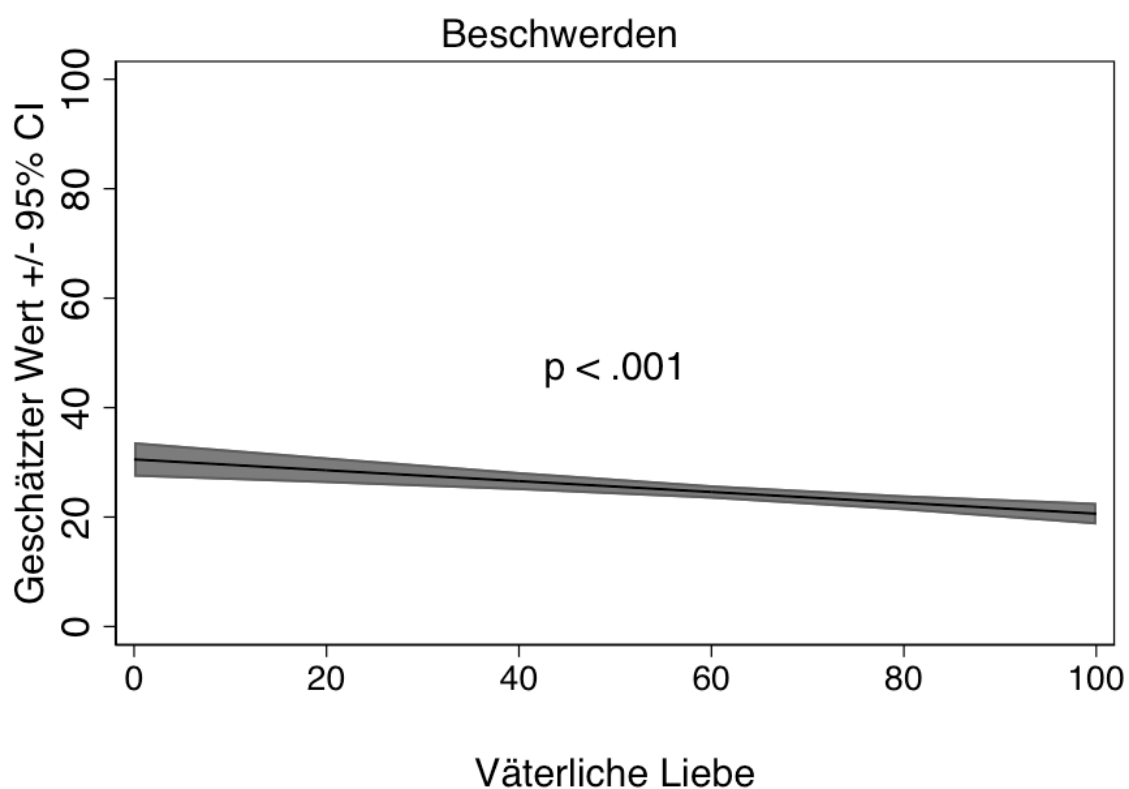


Abbildung 8: Beschwerden: Väterliche Liebe

5.2.2 Vertrauen in Freunde

Das berichtete Vertrauen in Freunde der Proband:innen ist mit einem p-Wert $< .001$ ein signifikanter Haupteffekt auf die körperlichen und psychischen Beschwerden der Proband:innen. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -3.81 mittelstark bis groß. Die angegebenen Beschwerden nehmen ab, je höher das angegebene Vertrauen in Freunde ist.

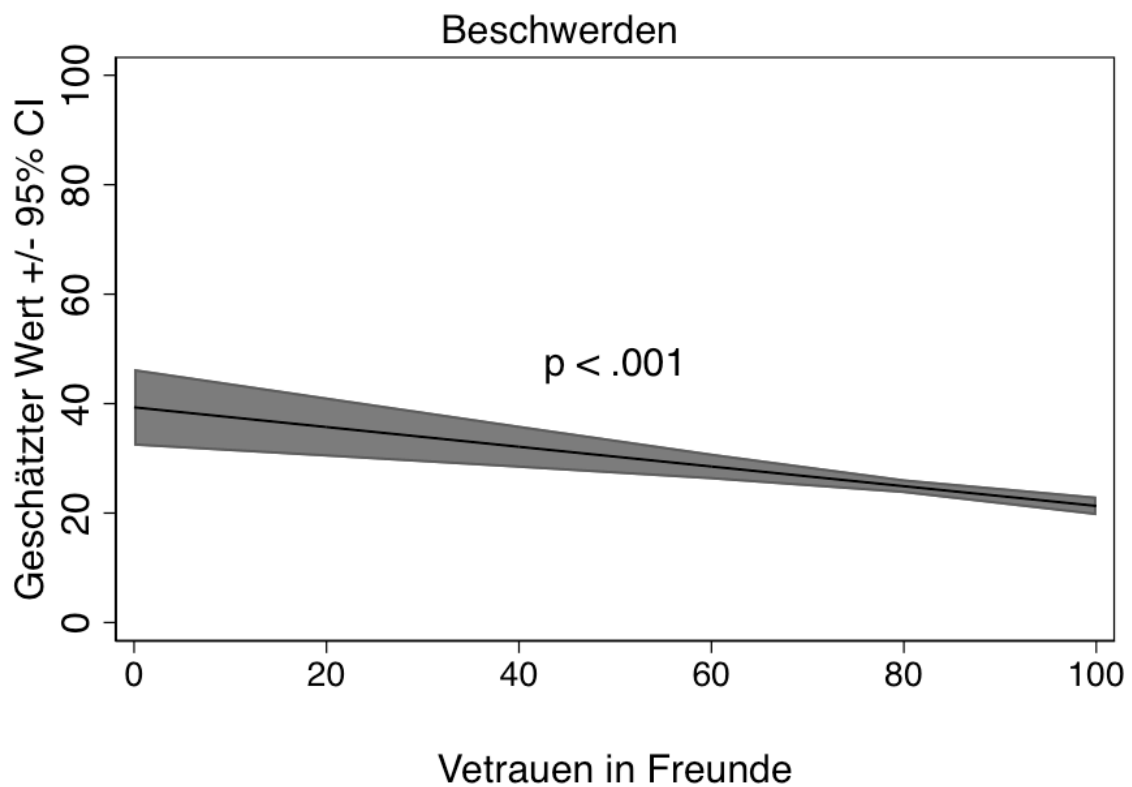


Abbildung 9: Beschwerden: Vertrauen in Freunde

5.2.3 Chronisch kranke Mutter * mütterliche Liebe

Mit einem p-Wert von .029 ist die Interaktion einer chronisch kranken Mutter mit der mütterlichen Liebe signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.19 klein. Wie in Abb.10 zu sehen, stellt die durchgezogene Linie die nicht erkrankte Mutter dar, die gestrichelte Linie die chronisch kranke Mutter.

Für Proband:innen mit chronisch kranker Mutter gilt: je mehr Liebe sie von der Mutter erfahren, desto weniger werden ihre Beschwerden. Bei wenig erfahrener Liebe geben die Teilnehmenden mehr Beschwerden an als bei einer nicht chronisch erkrankten Mutter. Bei hohen Werten für mütterliche Liebe, gleichen sich die Beschwerden beider Gruppen an.

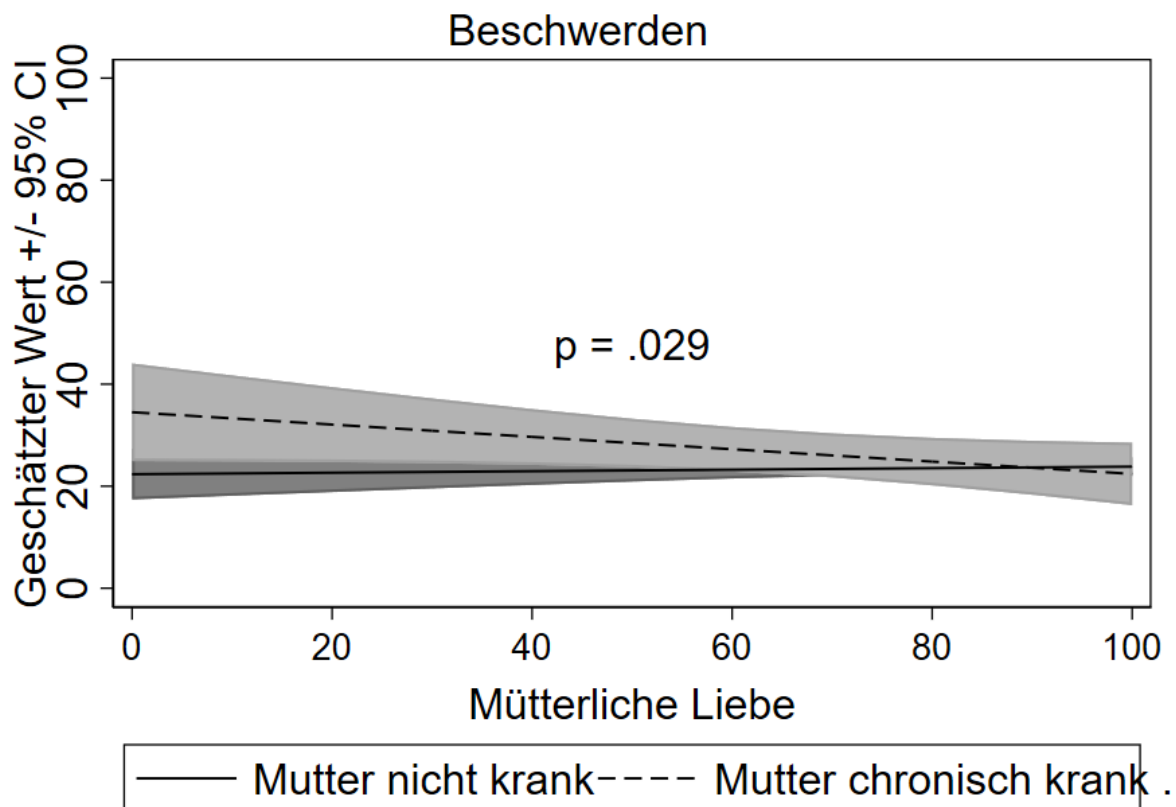


Abbildung 10: Beschwerden: Chronisch kranke Mutter * Mütterliche Liebe

5.2.4 Chronisch kranke Mutter * Land

Die Interaktion von einer chronisch kranken Mutter und dem Land ist mit einem p-Wert von .038 signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.08 klein. Die Auswirkungen einer chronischen Krankheit der Mutter auf die psychischen und körperlichen Beschwerden der Teilnehmenden unterscheiden sich in den beiden Ländern. In Polen geben die Teilnehmenden geringere Beschwerden an, wenn die Mutter chronisch krank ist, als die, deren Mutter nicht unter einer chronischen Krankheit leidet.

In Deutschland verhält es sich andersherum: Die Teilnehmenden, deren Mütter an einer chronischen Erkrankung leiden, geben vermehrt Beschwerden an.

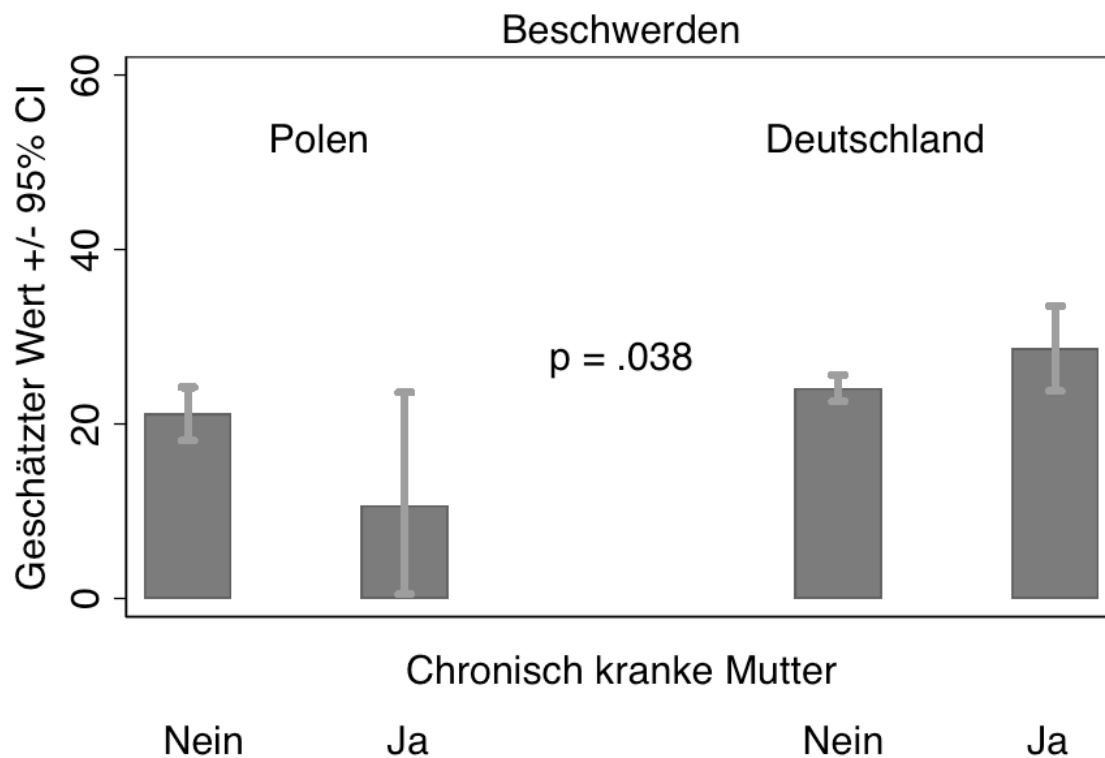


Abbildung 11: Beschwerden: Chronisch kranke Mutter * Land

5.2.5 Chronisch kranker Vater * Land

Mit einem p-Wert von $<.001$ ist die Interaktion vom chronisch kranken Vater mit dem Land signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von 3.88 mittel bis groß.

Sowohl in Polen als auch in Deutschland geben die Proband:innen mehr Beschwerden an, wenn der Vater unter einer chronischen Krankheit leidet, als wenn dies nicht zutrifft. Bei den polnischen Teilnehmenden sind die Beschwerden bei einem chronisch kranken Vater im Vergleich zum gesunden viel stärker ausgeprägt, während sie in Deutschland auf einem ähnlichen Niveau liegen.

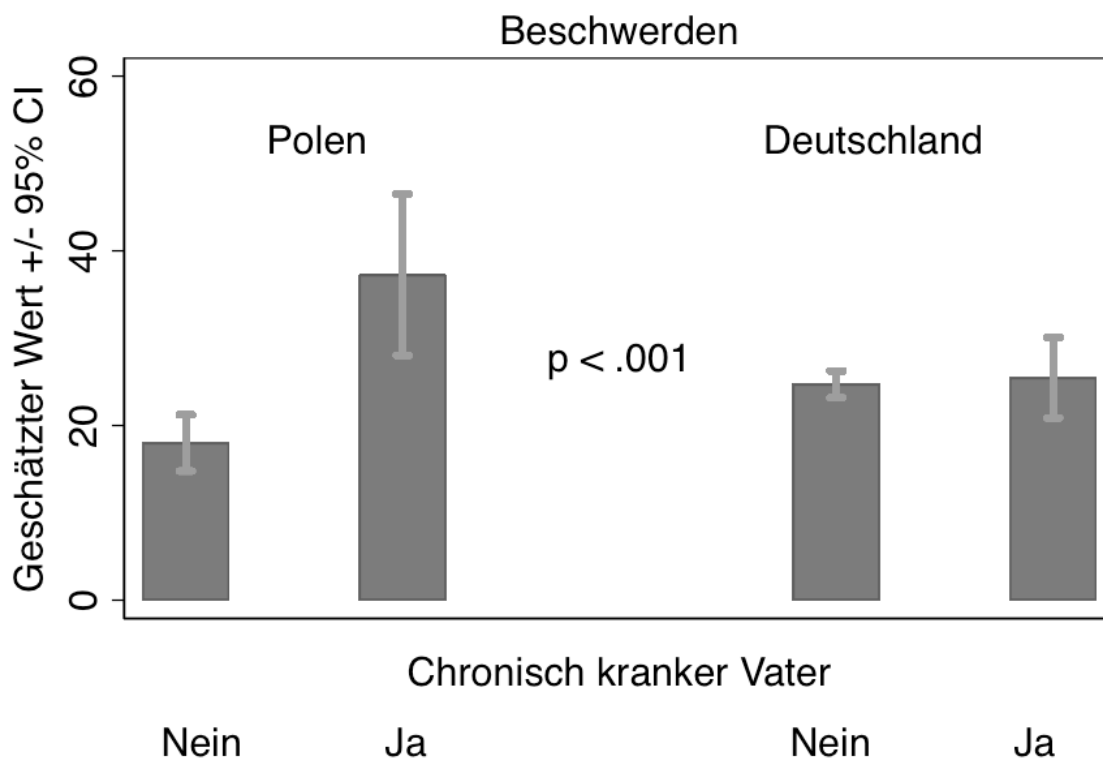


Abbildung 12: Beschwerden: Chronisch kranker Vater * Land

5.2.6 Alter

Die angegebenen psychischen und körperlichen Beschwerden der Teilnehmenden sind vom Alter der Personen abhängig. Dieser Haupteffekt ist mit einem p-Wert = .048 signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -1.98 klein.

Wie in dem Graphen in Abb. 13 zu sehen, werden mit zunehmendem Alter weniger Beschwerden angegeben.

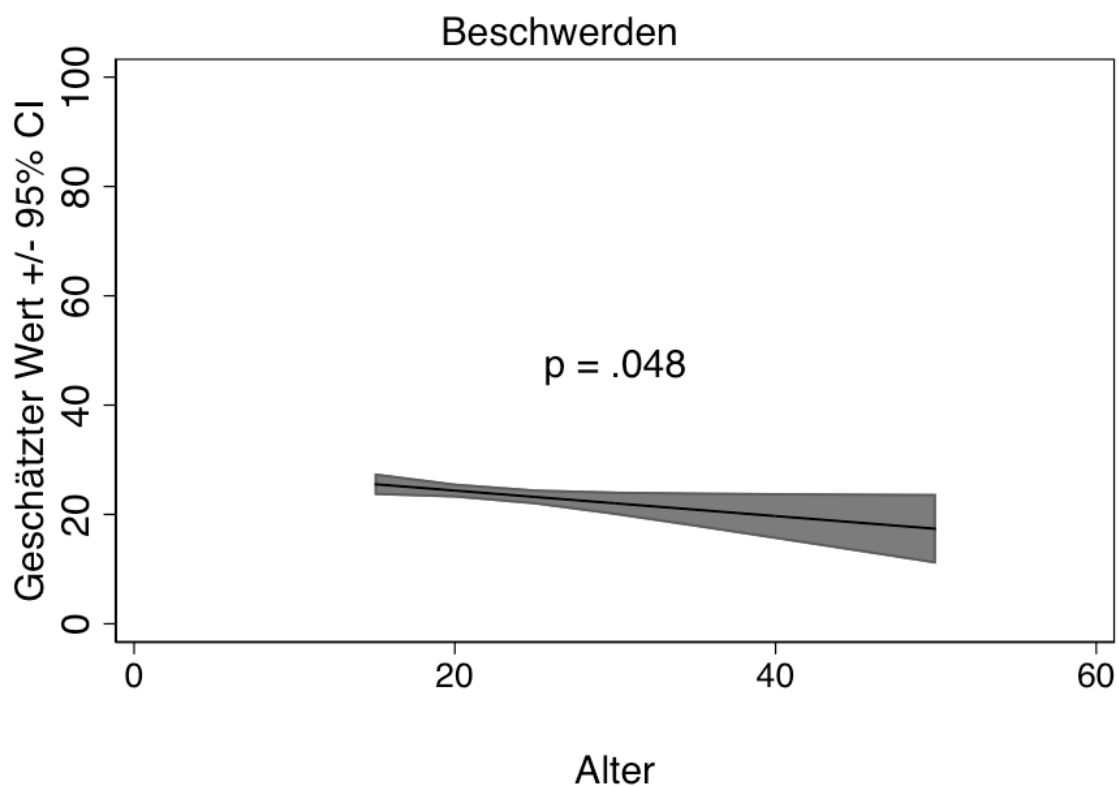


Abbildung 13: Beschwerden: Alter

5.2.7 Geschlecht

In der Befragung geben weibliche Teilnehmende mehr Beschwerden an als männliche Teilnehmende. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -6.34 sehr groß.

Dieser Zusammenhang ist mit einem p-Wert von $< .001$ signifikant.

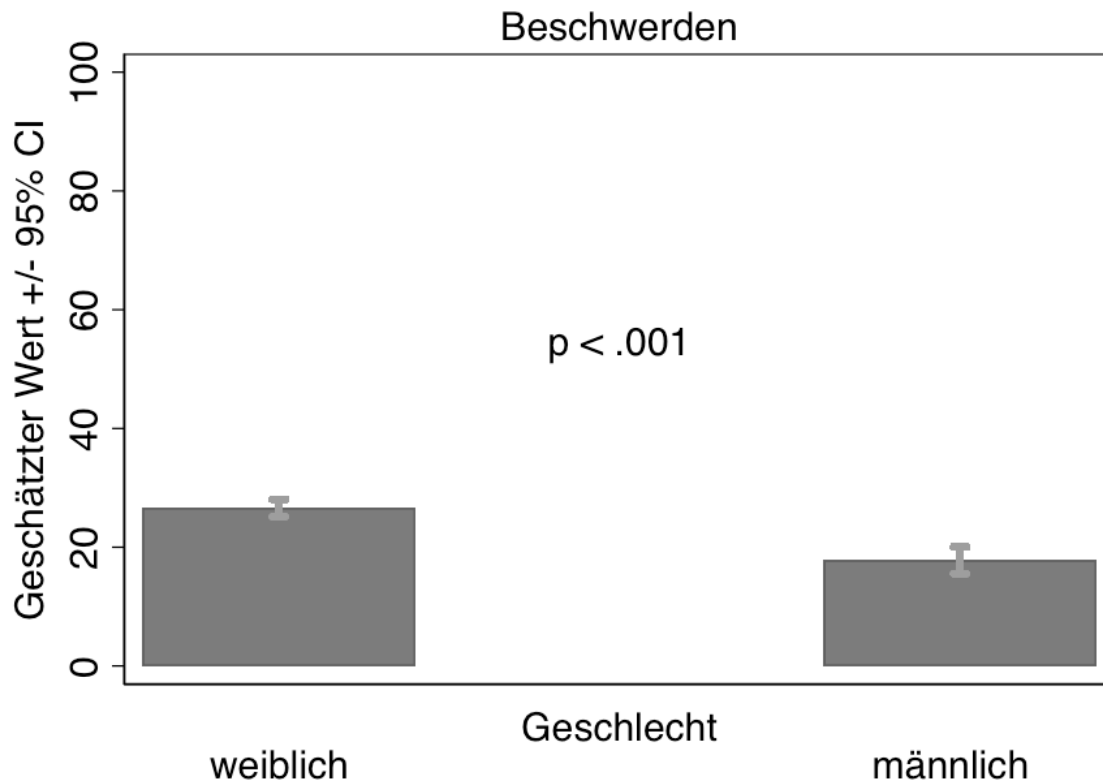


Abbildung 14: Beschwerden: Geschlecht

5.3 Mütterliche Liebe

Für die Mütterliche Liebe als Zielvariable ergeben sich fünf signifikante Haupteffekte und ein signifikanter quadratischer Effekt.

Im Folgenden wird genauer darauf eingegangen.

Tabelle 7: Lineare Regression Mütterliche Liebe

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Chron. kranker Vater	-11.51	3.79	-3.04	.003
Psy. kranke Mutter	-14.78	2.79	-5.31	< .001
Psy. kranker Vater	-10.97	4.02	-2.73	.007
Sozioökonomischer Status	.22	.05	4.27	< .001
Alter	2.50	.87	2.86	.004
Alter * Alter	-.05	.02	-2.91	.004
Konstante	38.30	11.77	3.25	.001

5.3.1 Chronisch kranker Vater

Der Zusammenhang zwischen einer chronischen Erkrankung des Vaters und der durch die Mutter erfahrene Liebe ist in folgendem Balkendiagramm dargestellt und bei einem p-Wert von .003 signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -3.04 mittel. Die Teilnehmenden der Studie geben an, mehr Liebe durch die Mutter zu erfahren, wenn der Vater nicht an einer chronischen Erkrankung leidet.

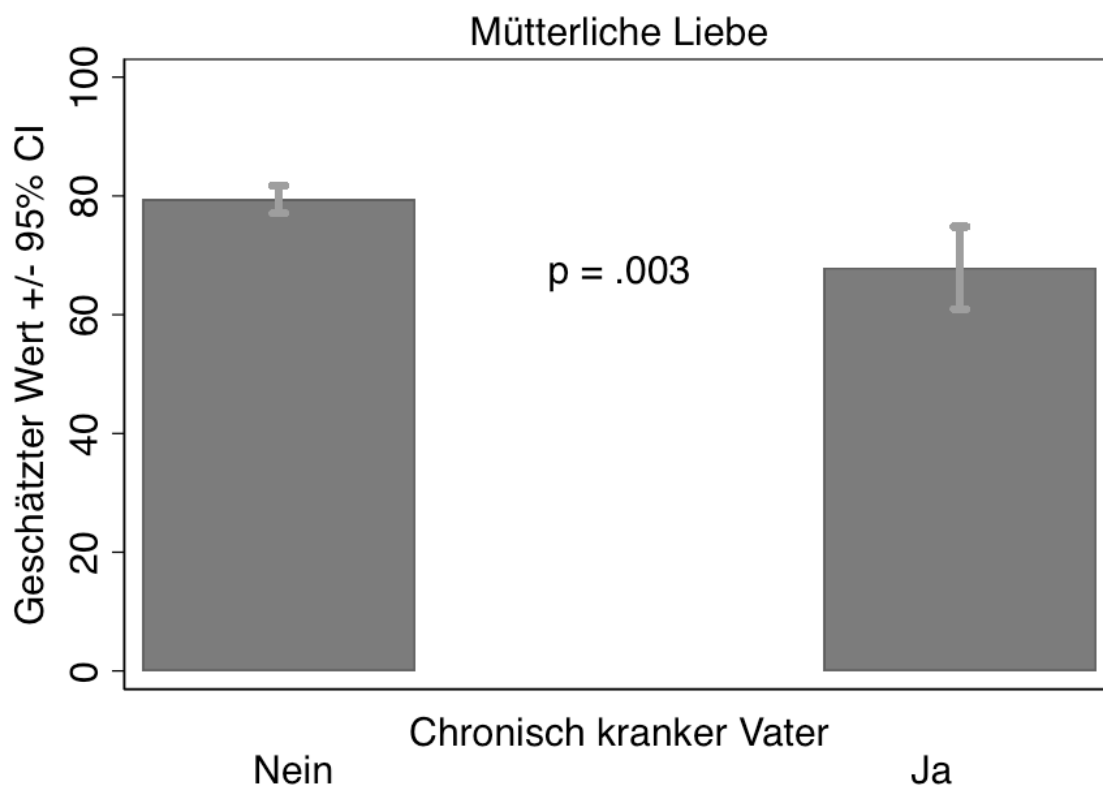


Abbildung 15: Mütterliche Liebe: Chronisch kranker Vater

5.3.2 Psychisch kranke Mutter

Im Falle einer psychischen Erkrankung der Mutter berichten die Proband:innen von weniger Liebe, die sie durch die Mutter erfahren haben. Dieser Effekt ist durch einen p -Wert $< .001$ signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t -Wert von -5.25 groß.

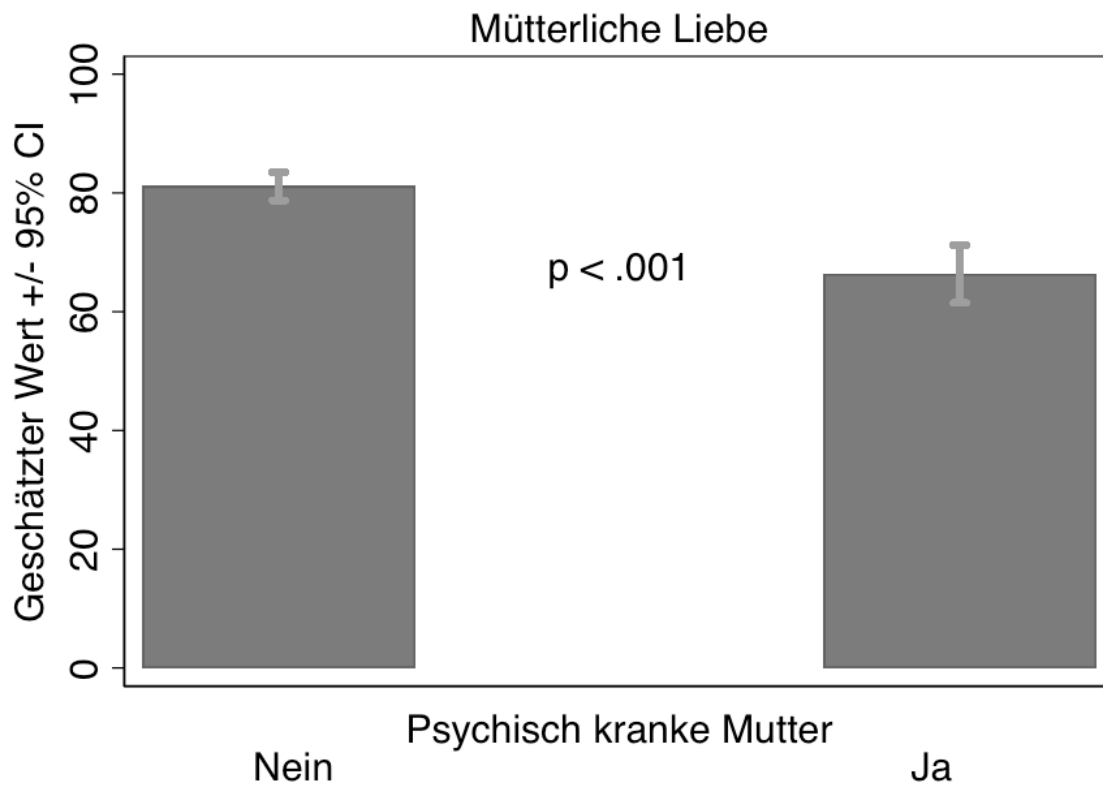


Abbildung 16: Mütterliche Liebe: Psychisch kranke Mutter

5.3.3 Psychisch kranker Vater

Eine psychische Erkrankung des Vaters stellt einen signifikanten Haupteffekt auf die berichtete mütterliche Liebe der Proband:innen dar. Der p-Wert beträgt .007. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.73 klein.

Analog zur chronischen Erkrankung des Vaters stellt sich die Auswirkung einer psychischen Erkrankung des Vaters auf die empfangene Liebe durch die Mutter dar.

Leidet der Vater an einer psychischen Erkrankung, ist die empfundene Liebe durch die Mutter geringer, als wenn der Vater nicht unter einer solchen Erkrankung leidet.

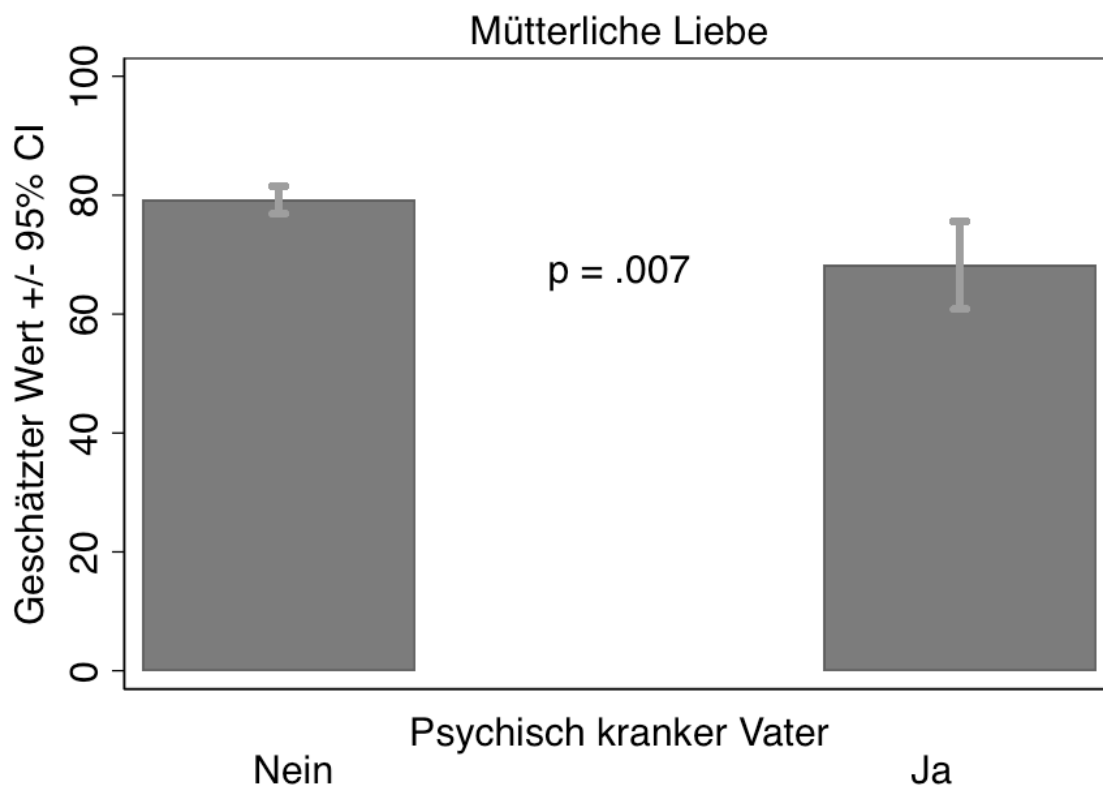


Abbildung 17: Mütterliche Liebe: Psychisch kranker Vater

5.3.4 Sozioökonomischer Status

Der Sozioökonomische Status stellt mit einem p-Wert von $< .001$ einen signifikanten Haupteffekt auf die mütterliche Liebe dar. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von 4.27 groß. Je höher der Sozioökonomische Status einer Person ist, desto größer ist die erfahrende mütterliche Liebe.

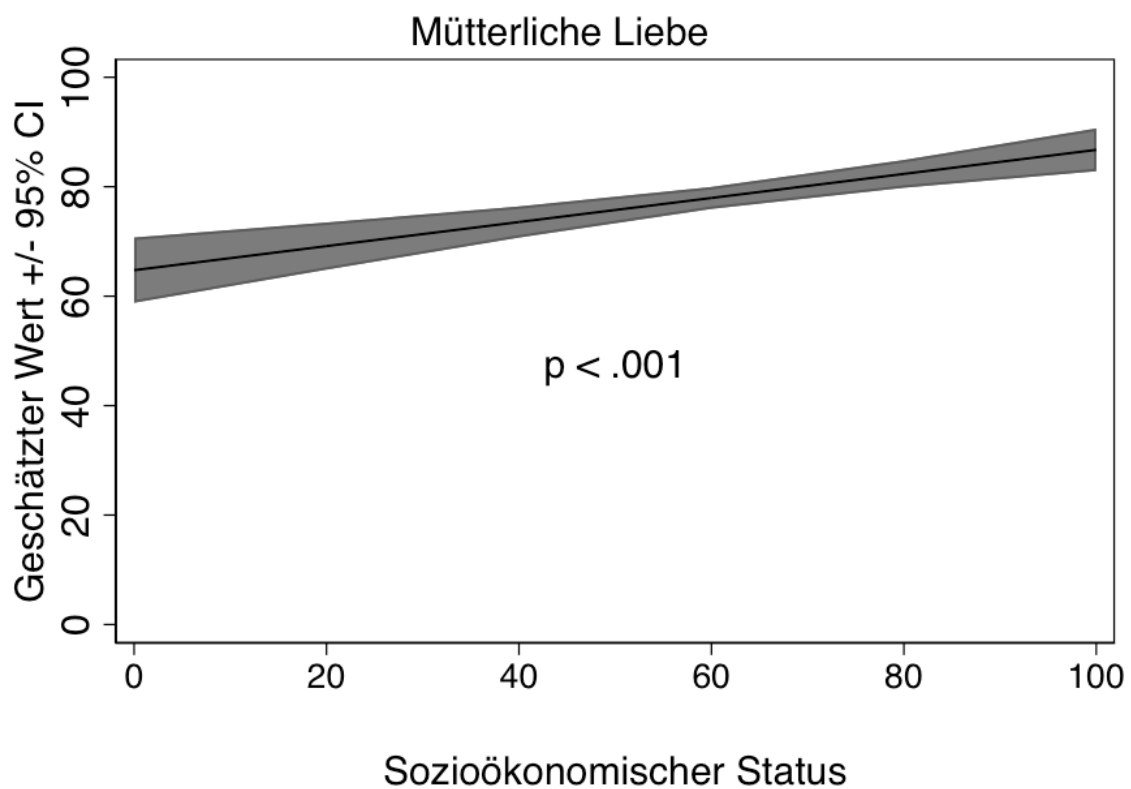


Abbildung 18: Mütterliche Liebe: Sozioökonomischer Status

5.3.5 Alter

Der Effekt des Alters auf die angegebene Liebe durch die Mutter ist ein quadratischer, der bei einem p-Wert von .004 signifikant ist. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.91 klein bis mittelgroß.

Im Graphen ist ersichtlich, dass die angegebene mütterliche Liebe im Alter von ungefähr 20-35 Jahren am höchsten ist, wobei sie sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Teilnehmenden geringer ausgeprägt ist. Am wenigsten mütterliche Liebe geben die Proband:innen um das 50. Lebensjahr an.

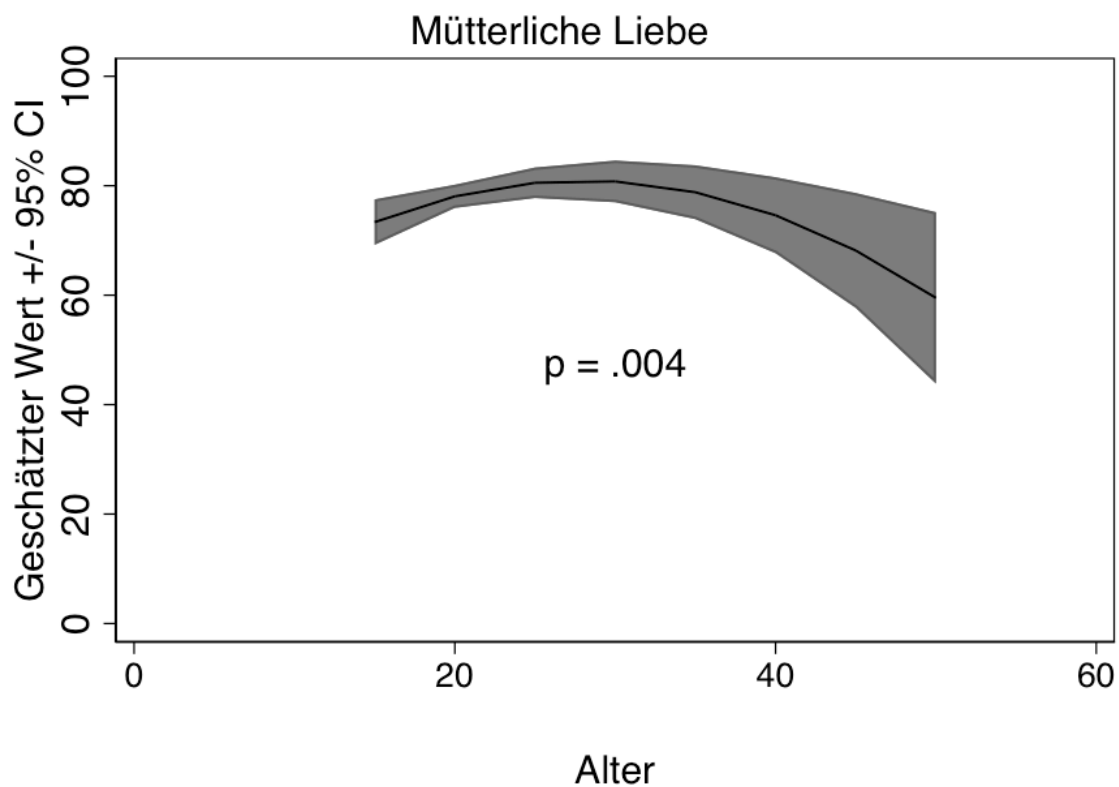


Abbildung 19: Mütterliche Liebe: Alter * Alter

5.4 Väterliche Liebe

Für die Zielvariable der Väterlichen Liebe ergaben sich vier signifikante Haupteffekte. Im Folgenden werden diese genauer erläutert.

Tabelle 8: Lineare Regression Väterliche Liebe

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Psy. kranke Mutter	-7.77	3.35	-2.32	< .021
Psy. kranker Vater	-24.18	4.34	-5.57	< .001
Sozioökonomischer Status	.39	.06	6.80	< .001
Land	12.15	3.61	3.37	.001
Konstante	35.55	4.89	7.27	< .001

5.4.1 Psychisch kranke Mutter

Die Auswertung ergibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Liebe des Vaters und einer psychischen Erkrankung der Mutter, der p-Wert liegt bei .021. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.32 klein.

Teilnehmende, deren Mütter an einer psychischen Erkrankung leiden, berichten von weniger väterlicher Liebe als solche, deren Mütter nicht psychisch erkrankt sind.

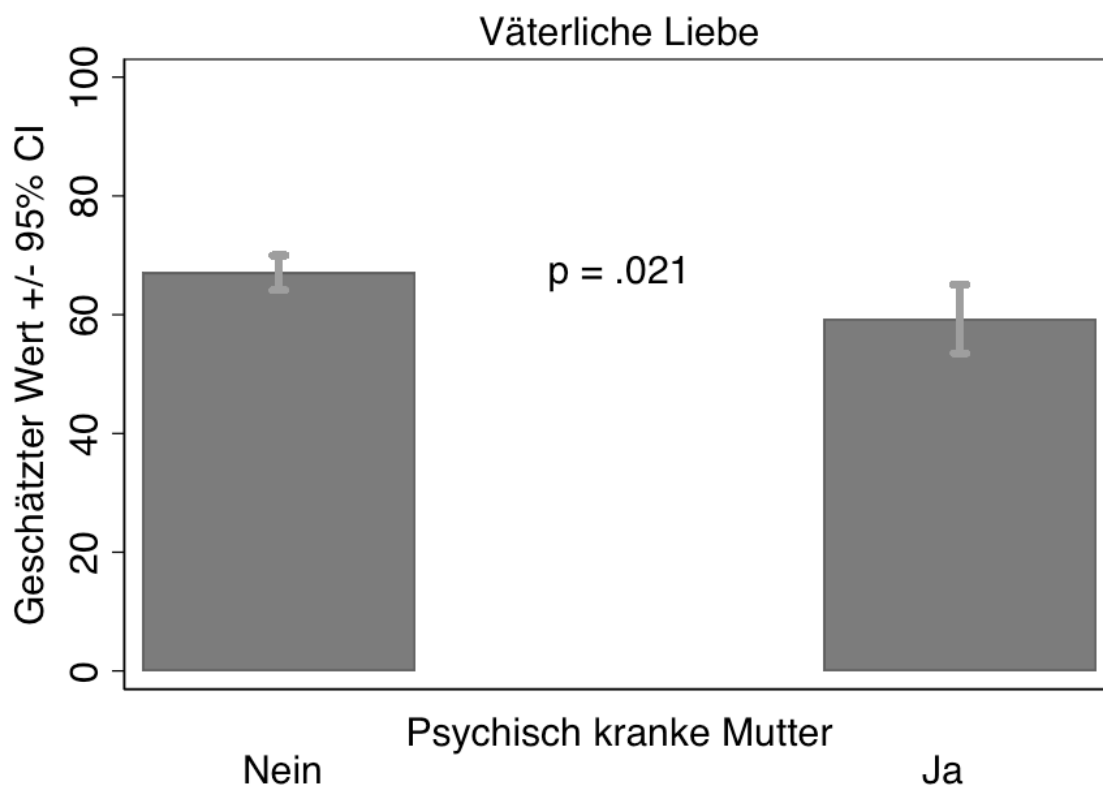


Abbildung 20: Väterliche Liebe: Psychisch kranke Mutter

5.4.2 Psychisch kranker Vater

Der Zusammenhang zwischen Väterlicher Liebe und einem psychisch erkrankten Vater ist mit einem p-Wert von $< .001$ signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -5.57 groß.

Die Teilnehmenden, deren Väter an einer psychischen Krankheit leiden, berichten von weniger erfahrener Liebe als die, deren Väter nicht erkrankt sind.

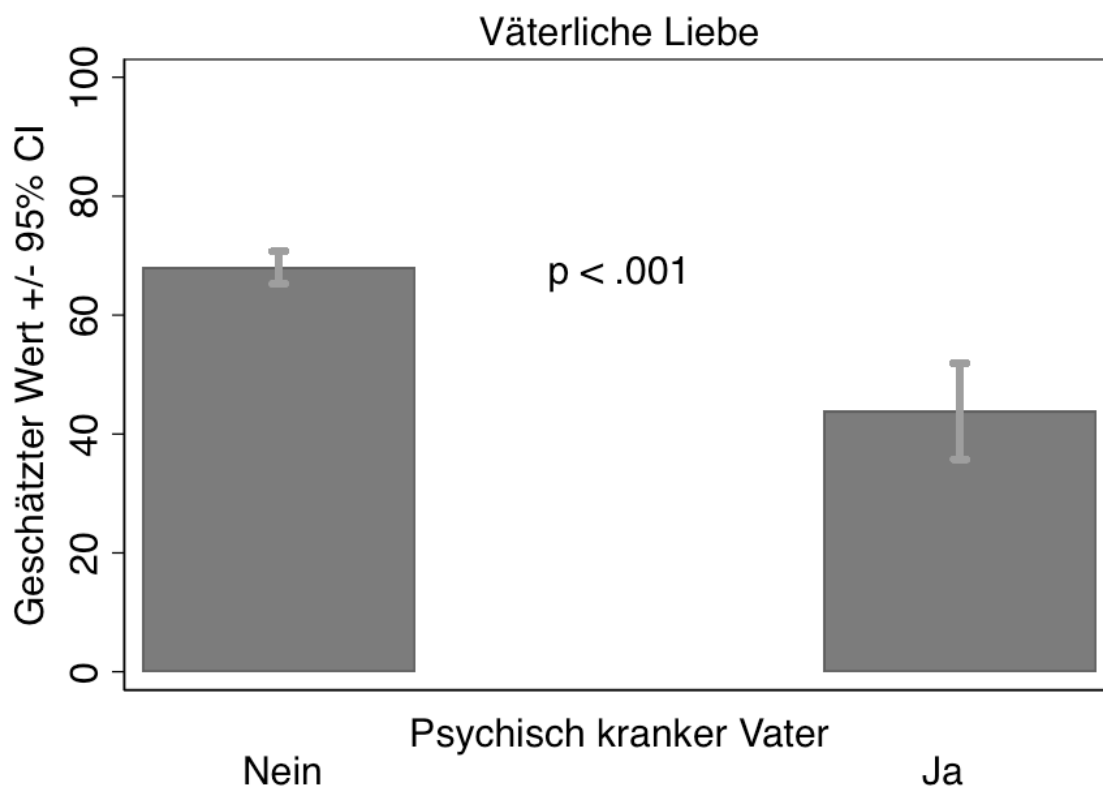


Abbildung 21: Väterliche Liebe: Psychisch kranker Vater

5.4.3 Sozioökonomischer Status

Analog zur Mütterlichen Liebe ist auch für die Väterliche Liebe der Zusammenhang mit dem Sozioökonomischen Status bei einem p-Wert $< .001$ signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von 6.80 sehr groß.

Auch hier steigt das Maß an berichteter Liebe mit einem besseren Sozioökonomischen Status.

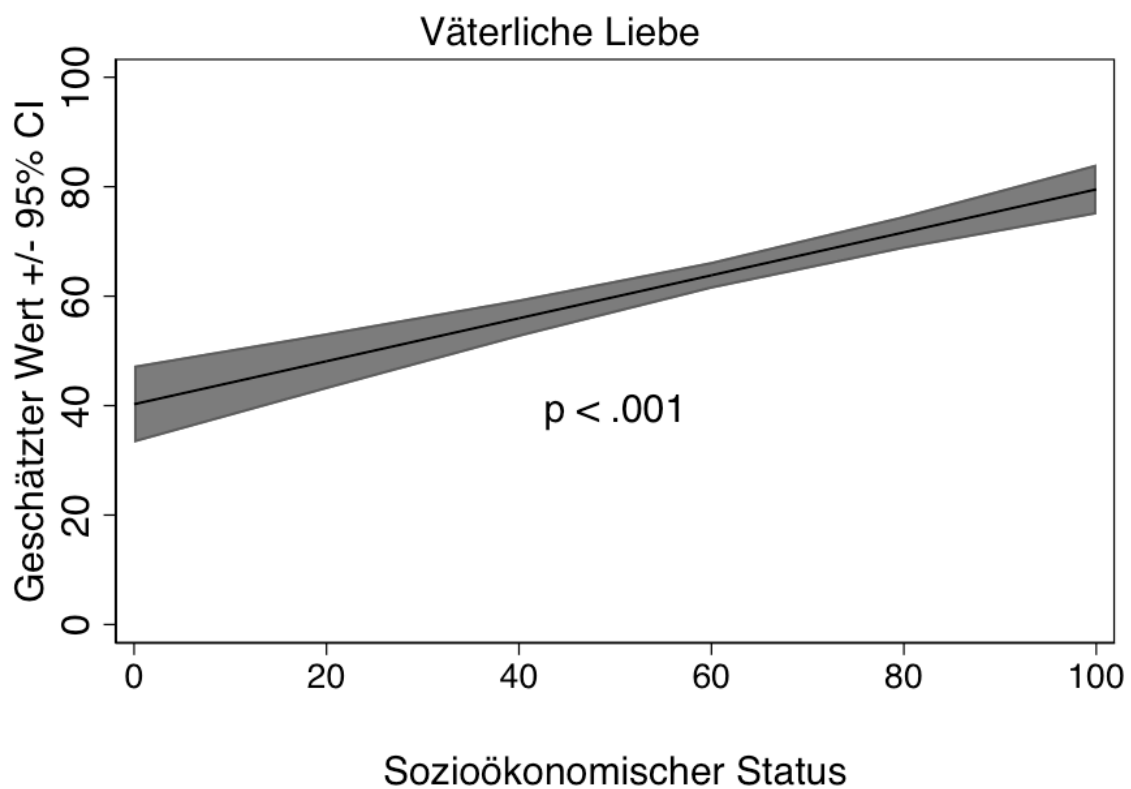


Abbildung 22: Väterliche Liebe: Sozioökonomischer Status

5.4.4 Land

Das Land der Durchführung der Studie hat einen signifikanten Effekt auf die berichtete väterliche Liebe. Der p-Wert liegt hier bei .001. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von 3.37 mittelgroß.

In Polen berichten die Teilnehmenden von weniger väterlicher Liebe als in Deutschland.

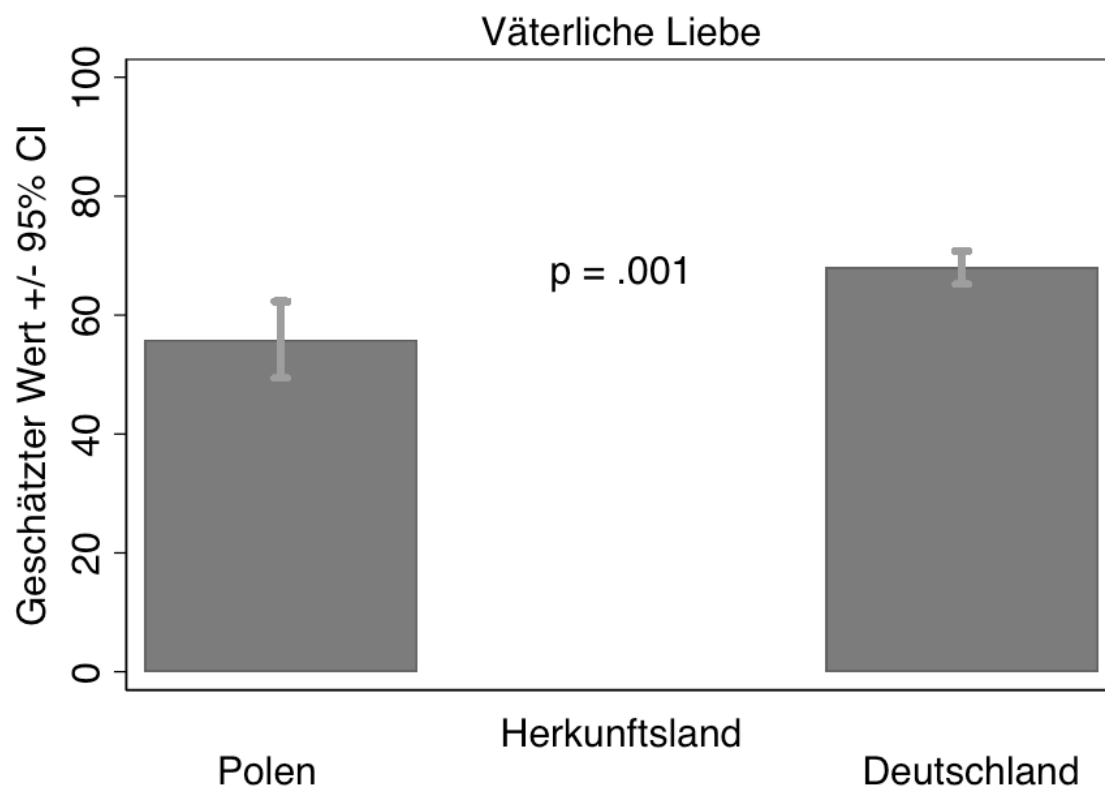


Abbildung 23: Väterliche Liebe: Herkunftsland

5.5 Vertrauen in Freunde

Für das Vertrauen in Freunde als Zielvariable ergab sich mit dem Sozioökonomischen Status ein signifikanter Haupteffekt mit einem p-Wert von $< .001$. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von 4.62 groß.

Tabelle 9: Lineare Regression Vertrauen in Freunde

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Sozioökonomischer Status	.15	.03	4.62	$< .001$
Konstante	75.51	2.21	34.19	$< .001$

Die Teilnehmenden mit dem niedrigsten SES haben das geringste Vertrauen in Freunde. Mit einem steigenden sozioökonomischen Status erhöht sich das Vertrauen in Freunde.

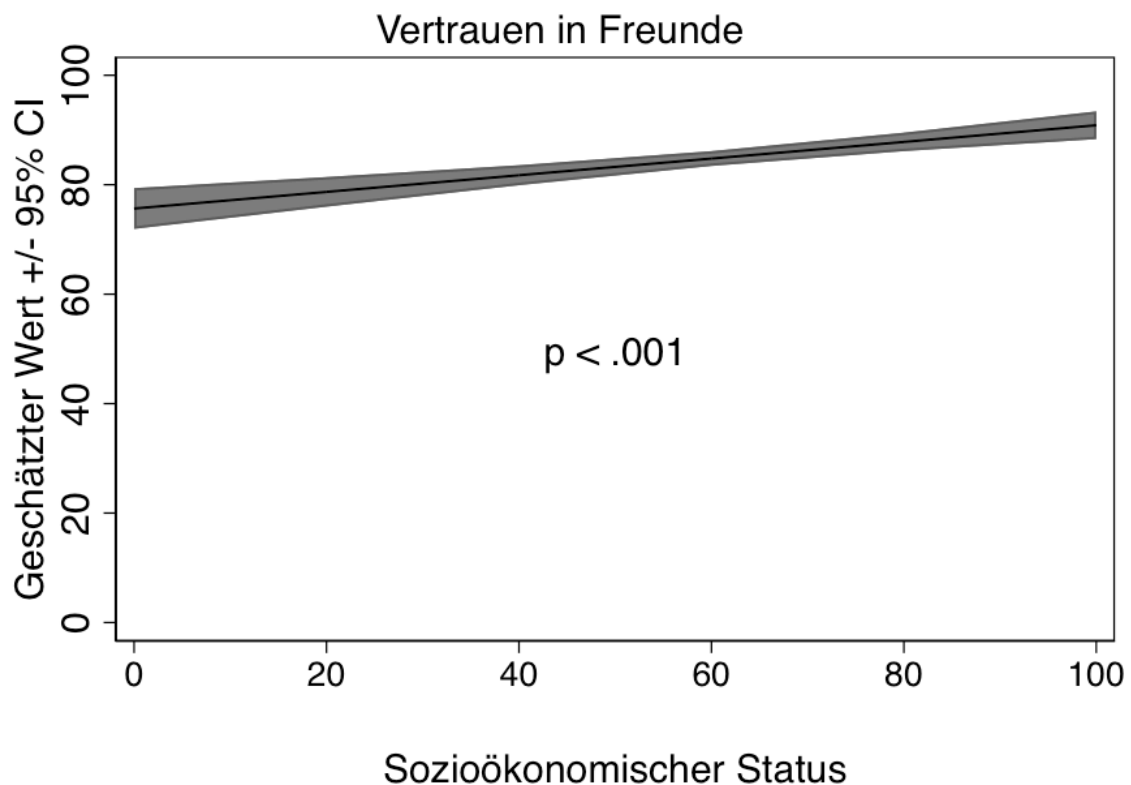


Abbildung 24: Vertrauen in Freunde: Sozioökonomischer Status

5.6 Chronisch kranke Mutter

Für die Variable „Mutter chronisch krank“ ergibt sich der signifikante Haupteffekt des Sozioökonomischen Status. Der p-Wert liegt bei .004.

Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.58 klein.

Tabelle 10: Logistische Regression chronisch kranke Mutter

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Sozioökonomischer Status	- .19	.01	-2.85	.004
Konstante	- 1.10	.39	-2.83	.005

Mit einem steigenden Sozioökonomischen Status sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter an einer chronischen Erkrankung leidet.

Die Teilnehmenden berichten seltener von einer chronisch kranken Mutter, je höher ihr sozioökonomischer Status ist.

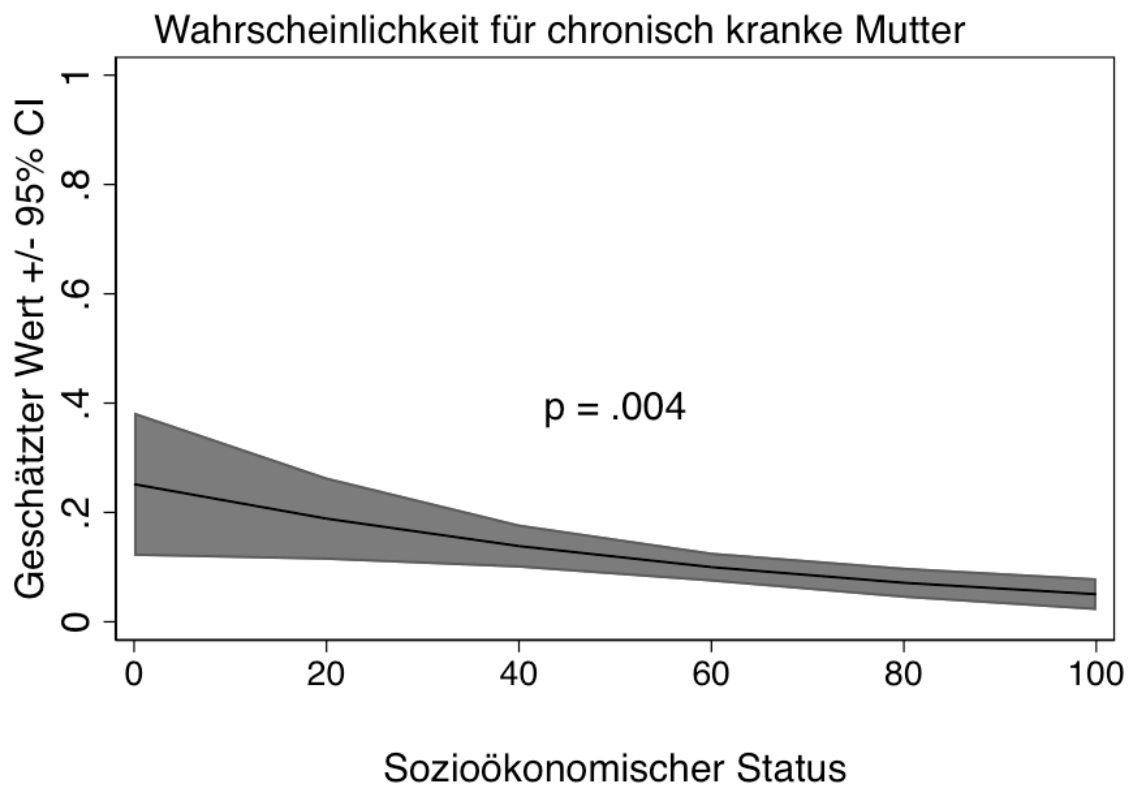


Abbildung 25: Chronisch kranke Mutter: Sozioökonomischer Status

5.7 Chronisch kranker Vater

Für die Variable „Vater chronisch krank“ ergibt sich, wie für die chronisch kranke Mutter, mit dem Sozioökonomischen Status ein signifikanter Haupteffekt mit einem p-Wert von $<.001$. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -4.10 groß.

Tabelle 11: Logistische Regression chronisch kranker Vater

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Sozioökonomischer Status	-.03	.01	-4.10	$<.001$
Konstante	-.55	.36	-1.53	.126

Analog zur chronischen Erkrankung der Mutter, sinkt die Wahrscheinlichkeit für Kinder einen chronisch kranken Vater zu haben mit steigendem sozioökonomischem Status.

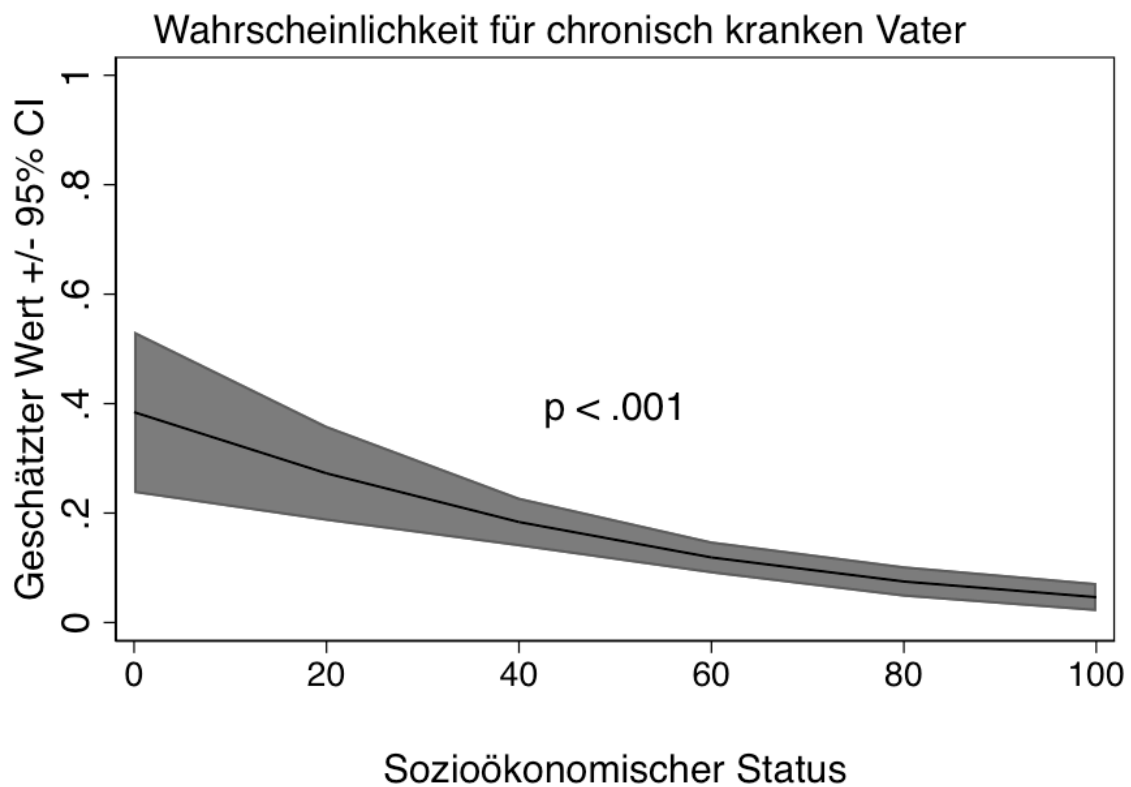


Abbildung 26: Chronisch kranker Vater: Sozioökonomischer Status

5.6 Psychisch kranke Mutter

Für die Variable „Mutter psychisch krank“ ergeben sich zwei signifikante Haupteffekte, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

Tabelle 12: Logistische Regression psychisch kranke Mutter

	β	SE	t	p
<i>Haupteffekte</i>				
Sozioökonomischer Status	- .01	< .01	-2.21	.027
Geschlecht	-.55	.27	-2.04	.041
Konstante	-.54	.31	-1.73	.083

5.6.1 Sozioökonomischer Status

Mit einem p-Wert von .027 ist der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung der Mutter und dem Sozioökonomischen Status signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.21 klein.

Das Ergebnis zeigt, dass es für Teilnehmende mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wahrscheinlicher ist, eine psychisch kranke Mutter zu haben als für Teilnehmende mit einem hohen sozioökonomischen Status.

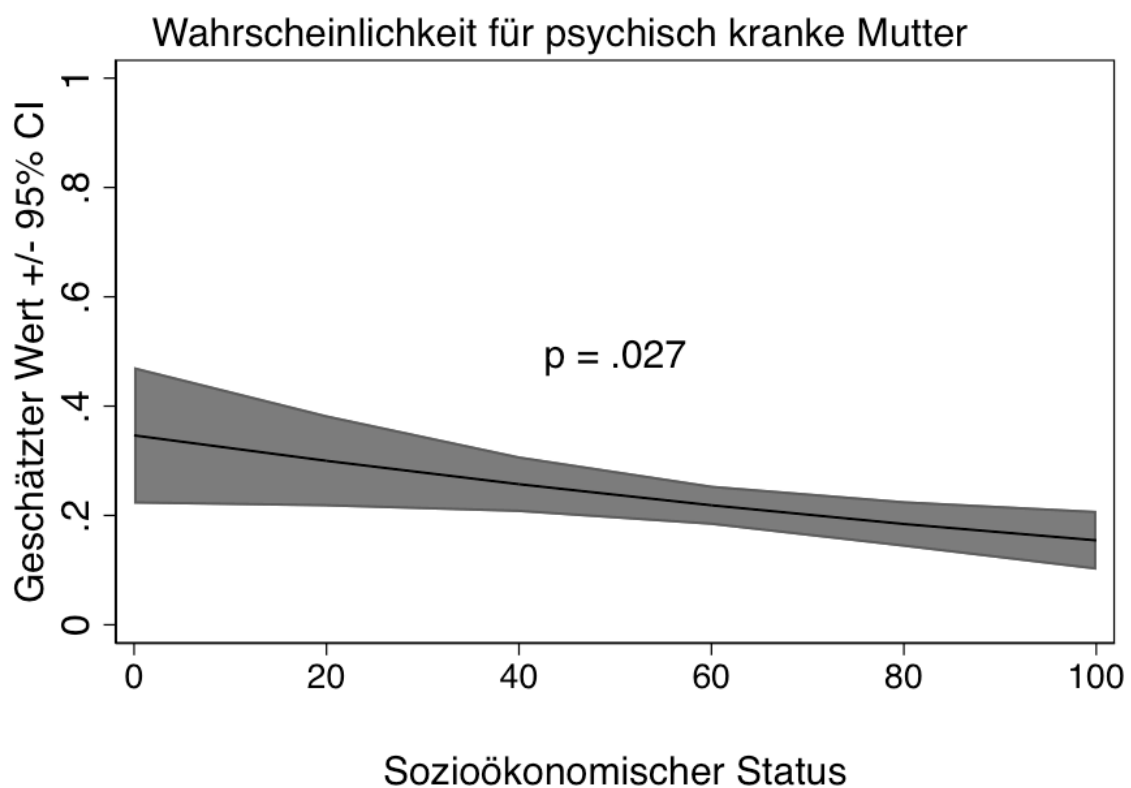


Abbildung 27: Psychisch kranke Mutter: Sozioökonomischer Status

5.6.2 Geschlecht

Mit einem p-Wert von .041 ist der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung der Mutter und dem Geschlecht der Proband:innen signifikant. Die Effektstärke ist mit einem t-Wert von -2.04 klein.

Weibliche Teilnehmende berichten häufiger eine psychisch kranke Mutter zu haben als männliche Teilnehmende.

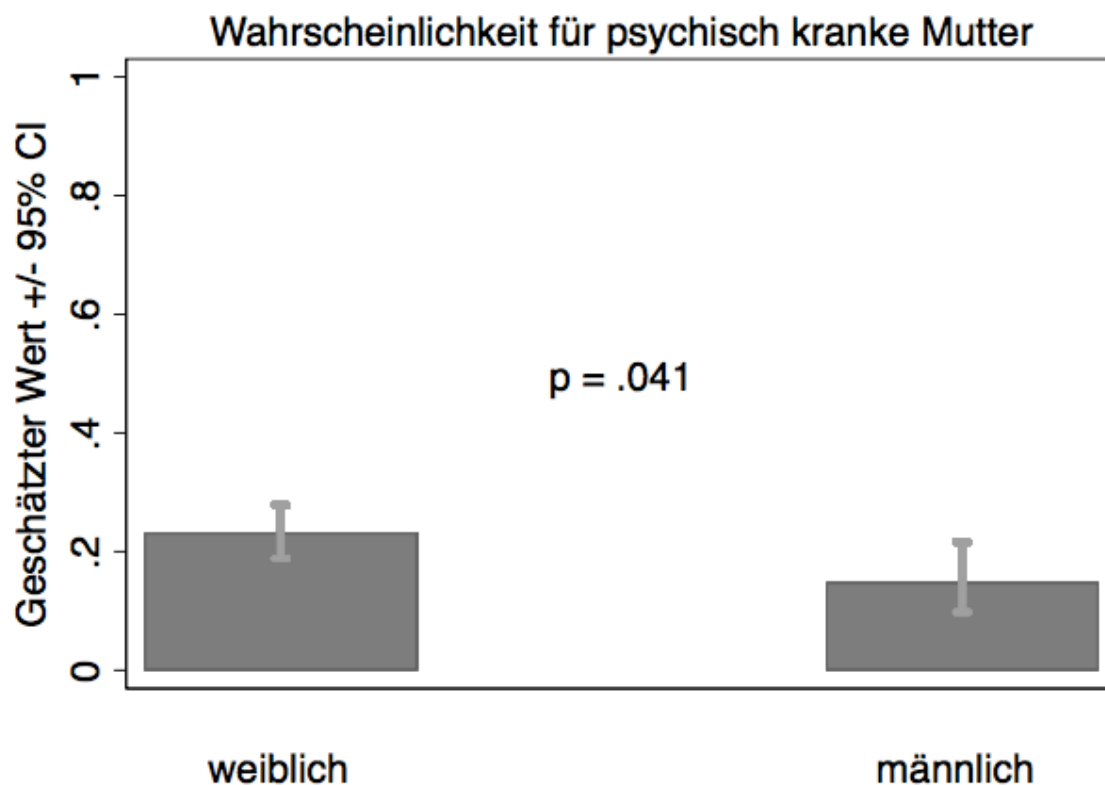


Abbildung 28: Psychisch kranke Mutter: Geschlecht

5.7 Psychisch kranker Vater

Für die Variable des psychisch kranken Vaters ergeben sich weder signifikante Haupteffekte noch Quadrate oder Interaktionen.

Tabelle 13: Logistische Regression psychisch kranker Vater

	β	SE	t	p
Konstante	-2.14	.15	-14.31	< .001

6 Diskussion

6.1 Beschwerden

Das Auftreten von Beschwerden bei Jugendlichen wird von den Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group prädiziert. (Hypothese 1)

Während einige Autor:innen eine hierarchische Anordnung der Wichtigkeit der Bindungen der Jugendlichen postulierten (5, 83), beschrieben andere eine gegenseitige Ergänzung von guten Bindungen als Voraussetzung für ein gutes Wohlbefinden der Jugendlichen (84, 85). Häufig waren die Bindungen zur Peer Group abhängig von den Bindungen zu den Eltern und beeinflussten sich gegenseitig (86, 88).

In dieser Studie werden unter Beschwerden eine ausgewogene Mischung aus psychischen und somatischen Symptomen verstanden, wobei genuin depressive Symptome ausgelassen werden. Durch vegetative Symptome, Angstsymptome und weitere wird ein Eindruck der allgemeinen Befindlichkeit der Personen hergestellt. In der Literatur wurden teilweise andere Klassifikationen für das Wohlbefinden/die Beschwerden gewählt. Häufig wurden depressive Symptome eingeschlossen. Dies muss bei den Vergleichen berücksichtigt werden.

Bei den Zusammenhängen der so definierten Beschwerden mit den Bindungen der Jugendlichen zu Eltern und Peers handelt es sich in der vorliegenden Arbeit um linear additive Haupteffekte. Alle drei Haupteffekte hängen mit dem Auftreten von Beschwerden bei den Befragten zusammen, jedoch sind die Zusammenhänge unterschiedlich stark. Bei einem hohen Niveau von väterlicher Liebe sind die auftretenden Beschwerden bei den Teilnehmenden signifikant geringer als bei wenig erfahrener Liebe. Gleichmaßen ist ein hohes Vertrauen in Freunde mit gering ausgeprägten Beschwerden assoziiert. Jedoch verringern sich die Beschwerden stärker, wenn das Vertrauen in Freunde steigt, als wenn die Liebe des Vaters steigt, was durch einen steileren Verlauf des Graphen deutlich wird. Dies zeigt, dass Freund:innen besonders wichtig für das Wohlbefinden der Befragten sind.

Betrachtet man ausschließlich die mütterliche Liebe, zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt auf das Auftreten von Beschwerden. Lediglich bei einer vorliegenden chronischen Erkrankung der Mutter ist der Zusammenhang zwischen Liebe und Beschwerden signifikant. In diesem Fall ist eine stärkere mütterliche Liebe mit einem geringeren Auftreten von Beschwerden im Falle ihrer chronischen Erkrankung assoziiert.

Somit kann die Hypothese im Falle des Vaters und der Freund:innen angenommen werden. Sowohl ein gutes Vertrauen in Freunde als auch die väterliche Liebe führen zu weniger Beschwerden. Im Falle der Mutter handelt es sich um eine Interaktion, die im folgenden Abschnitt diskutiert wird.

In der vorliegenden Studie sind die angegebenen Beschwerden der Teilnehmenden im höheren Alter geringer. Es handelt sich hierbei jedoch um einen recht schwachen Effekt. In der Literatur gehen die Meinungen zu den Zusammenhängen von Alter und Wohlbefinden auseinander. Hardt et al. (149) beobachteten beispielsweise einen Anstieg von vegetativen und depressiven Symptomen mit steigendem Alter, während die soziophoben Symptome abnahmen. In einer anderen Studie beschrieben Hardt et al. (150) die Zunahme von regionalen als auch von generellen Schmerzen bis zum Alter von 50 Jahren und eine anschließende Abnahme dieser. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Hagen et al. (37) in einer aktuellen Studie. Da die meisten Teilnehmenden in unserer Studie bei der Durchführung unter 30 Jahre alt sind, sollten zur besseren Vergleichbarkeit der Beschwerden in den verschiedenen Altersgruppen weitere Studien durchgeführt werden.

Bei den teilnehmenden Frauen traten deutlich häufiger Beschwerden auf als bei den Männern, was mit einer sehr großen Effektstärke einhergeht und sich mit zahlreichen Ergebnissen in der Literatur deckt (36-38, 149). Åslund et al. (38) sahen die genauere Beobachtung der eigenen Gesundheit bei Mädchen als Grund dafür an, Hagen et al. (37) beschreiben eine stärkere Beeinträchtigung von Frauen durch ihre Schmerzen. Allerdings belegten Mónaco et al. (3), dass das Geschlecht keine Rolle spielte, wenn es um den Einfluss der Bindung zu den Eltern auf das Wohlbefinden ging. Weitere Studien würden an dieser Stelle dazu beitragen herauszufinden, ob die beiden Geschlechter unterschiedlich empfindlich auf die Belastungen im Alltag und auf die verschiedenen Bindungsqualitäten reagieren oder ob es die eigene Wahrnehmung ist, die zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern führt.

6.2 Rolle der Eltern und Freundschaften

Laut der Bindungstheorie die Rolle der Mutter ist eine besondere im Hinblick auf die Beziehungen und das Wohlbefinden der Jugendlichen. Jedoch gewinnt die Beziehung zu den Peers in der Jugend an Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit werden beide Positionen geprüft.

(Hypothese 2)

Die Mutter wurde in der Literatur immer wieder als besonders wichtig für das Verhalten und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Bereits Freud (151) schrieb ihr eine wichtige Rolle zu. Sowohl in Bowlby's Bindungstheorie (1, 48, 49, 152) als auch in aktuelleren Studien (68, 84) wird ihre Wichtigkeit für die Entwicklung der Kinder besonders herausgehoben. In den Ergebnissen dieser Studie zeigt die Liebe der Mutter keinen Effekt auf die angegebenen Beschwerden der Teilnehmenden. Dies könnte man als untergeordnete

Wichtigkeit für das psychosomatische Wohlbefinden der Jugendlichen interpretieren. Da jedoch die mütterliche Liebe als generell sehr hoch empfunden wird, ist es eine plausible Erklärung, dass ihre gezeigte Liebe so groß ist, dass sie die Jugendlichen vor der Entwicklung von Beschwerden schützt.

Im Falle einer chronischen Erkrankung der Mutter zeigt sich jedoch ein Effekt der mütterlichen Liebe auf das Auftreten von Beschwerden. Während die Befragten mehr Beschwerden angeben, wenn sie sich von ihrer chronisch kranken Mutter nicht geliebt fühlen, kann ein hohes Maß an mütterlicher Liebe das Wohlbefinden der Jugendlichen deutlich verbessern. Es erreicht so das gleiche Niveau wie das Wohlbefinden der Jugendlichen mit einer nicht chronisch erkrankten Mutter.

Der erste Teil der Hypothese kann teilweise bestätigt werden, da eine Interaktion zwischen mütterlicher Liebe, ihrer chronischen Krankheit und dem Auftreten von Beschwerden besteht. Das heißt, dass mehr mütterliche Liebe die Auswirkungen ihrer bestehenden chronischen Erkrankung ausgleichen kann. Da jedoch kein Haupteffekt zwischen der Liebe der Mutter und dem Wohlbefinden besteht, kann die Hypothese nicht vollständig angenommen werden.

Im Gegensatz dazu bestehen signifikante und starke Zusammenhänge zwischen der väterlichen Liebe und dem Auftreten von psychosomatischen Beschwerden, sowie zwischen dem Vertrauen in Freunde und dem Auftreten der Beschwerden. Das generelle Niveau der väterlichen Liebe ist jedoch deutlich geringer als die empfundene Liebe der Mutter. Dadurch wird deutlich, dass Mütter eine engere Bindung zu ihren Kindern haben als Väter. Ein Grund dafür könnte sein, dass sie auch heutzutage noch den Großteil der Kindererziehung übernehmen und für diese verantwortlich sind. Am wenigsten väterliche Liebe erfahren Jugendliche mit einem niedrigen SES. Dies wird im folgenden Abschnitt diskutiert. Die Angaben von mehr Beschwerden bei geringerer väterlicher Liebe zeigen, dass die Jugendlichen unter dieser Situation leiden. Dies deckt sich mit Studien aus der Vergangenheit, in denen die Wichtigkeit des Vaters für Kinder und Jugendliche belegt wurde (4, 53, 153-155). Die Gleichberechtigung der Eltern in der Erziehung und im Umgang mit den Kindern hat einen wichtigen Stellenwert, da Kinder vor allem dann eine bessere psychische Gesundheit zeigen, wenn die Beziehungen zu beiden Elternteilen gut sind (4). Dabei können sich die Präferenzen im Laufe des Lebens immer wieder ändern (155).

Das generell hohe Vertrauen in Freunde und der Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Jugendlichen ist wahrscheinlich durch ihr Alter zum Zeitpunkt der Studienteilnahme bedingt. In der Jugend und im jungen Erwachsenenalter werden Freundschaften immer wichtiger für die Personen, was einer normalen Entwicklung entspricht (6, 61). Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Teilnehmenden und der Liebe der Mutter in dieser Studie ist hoch signifikant. In einer Querschnittsstudie vermischen sich Alters- und Kohorteneffekte, was möglicherweise hier dazu führt, dass die empfundene Liebe der Mutter mit steigendem Alter

erst steigt und dann wieder sinkt. Ein Grund dafür, dass junge TeilnehmerInnen die mütterliche Liebe als nicht sehr hoch ansehen, könnte die Pubertät und die Zeit direkt danach sein. In der Jugend nimmt die Stärke der Bindung zu den Eltern eher ab, was dazu führen kann, dass die Personen weniger Liebe durch die Eltern empfinden (59). Später werden die Jugendlichen häufig verständnisvoller für ihre Eltern und bewerten Situationen möglicherweise milder, wenn sie selbst Kinder bekommen. Im Falle der Bindung von Tochter zu Mutter beschrieben beispielsweise Buist et al. (59) erst eine Abnahme der Bindungsstärke, woraufhin die Bindung bei steigendem Alter wieder enger wurde. Auch Schier et al. (4) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Die niedrig empfundene Liebe in späteren Lebensjahren könnte dadurch zustande kommen, dass der erfragte Zeitraum weit zurückliegt und die Personen sich möglicherweise schlechter an Details ihrer Kindheit erinnern. Zusätzlich sollte der Kohorteneffekt nicht vernachlässigt werden. Dieser bedeutet, dass Personen aus unterschiedlichen Generationen und Umfeldern Dinge unterschiedlich bewerten, beispielsweise die Beziehung zur Mutter. Es ist somit nicht möglich die unterschiedlichen Aspekte zu trennen.

In der Betrachtung der Beziehungen zu den Eltern werden vor allem Familien mit zwei Eltern verschiedenen Geschlechts eingeschlossen. Zu Auswirkungen von getrennten Wohnsituationen, Scheidungen oder anderen Lebensrealitäten kann deshalb keine Aussage gemacht werden. Hier kann in der Zukunft durch Familienstudien und durch genauere Erfragung der Lebensumstände ein besseres Bild entstehen.

6.3 Sozioökonomischer Status

Der SES beeinflusst die Beziehungen der Jugendlichen und deren Auftreten von Beschwerden. (Hypothese 3)

In vorliegender Studie konnten keine direkten Effekte des SES auf das Auftreten von Beschwerden beobachtet werden, anders als dies in der Literatur zahlreich beschrieben wurde (120-122). Es zeigen sich jedoch folgende indirekte Effekte: Ein höherer SES geht mit mehr elterlicher Liebe und einem höheren Vertrauen in Freunde einher. Es kann angenommen werden, dass der SES über diese vermittelten Effekte zu einem besseren Wohlbefinden der Personen führt. Andere Erklärungen sind möglich. Das Ausbleiben der direkten Effekte lässt sich damit begründen, dass der SES im verwendeten Analysemodell ganz rechts angesiedelt ist. Er gilt als Makrovariable und wirkt über sogenannte Mikrovariablen, die der individuellen Person näherkommen. Der Einfluss auf fast alle Variablen des Modells führt somit neben dem Einfluss auf Liebe und Vertrauen zu einer indirekten Beeinflussung des Wohlbefindens. Trotz

des fehlenden Nachweises eines direkten Zusammenhangs kann die Hypothese angenommen werden, da ein deutlicher indirekter Zusammenhang besteht.

Zudem fällt auf, dass der SES die Liebe der Mutter und des Vaters sowie das Vertrauen in Freunde unterschiedlich stark beeinflusst. Die Teilnehmenden empfinden die Liebe der Mutter auch bei niedrigem SES sehr viel höher als die väterliche Liebe. Letztere wird durch einen steigenden SES stärker beeinflusst, wobei das Niveau der mütterlichen Liebe auch beim höchsten SES nicht erreicht wird.

Generell wird die elterliche Liebe bei Jugendlichen mit hohem SES als stärker empfunden. Besonders stark ist der Effekt im Falle der Liebe des Vaters. Auch in der Literatur wurde mehrfach beschrieben, dass eine gute finanzielle Unterstützung zu einem besseren Wohlbefinden der Jugendlichen führt (70) und mit dem Gefühl, geliebt zu werden, assoziiert ist (66). Auch eine bessere eigene Bildung oder Bildung der Eltern wurde immer wieder mit positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden assoziiert (11, 134).

Das Vertrauen in Freunde wird als generell sehr hoch empfunden, auch wenn ein niedriger SES vorliegt. Es steigt mit höherem SES, jedoch steigt die Kurve im Vergleich zur Liebe beider Eltern weniger steil an. Dies bedeutet, dass für die Teilnehmenden aus allen gesellschaftlichen Schichten das Vertrauen in ihre Freunde als besonders wichtig und essenziell empfunden wird und materielle Werte und Bildung einen geringeren Einfluss haben. Geckova et al. (156) belegten, dass soziale Unterstützung sich positiv auf die subjektive Gesundheit von Jugendlichen auswirkt, wobei der Effekt unabhängig von SES und Geschlecht blieb.

Da der SES in der vorliegenden Studie höher ist als der Durchschnittswert in Deutschland und Polen, sollten die Zusammenhänge in einer repräsentativen Stichprobe bestätigt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Freundschaften das Wohlbefinden auch bei Jugendlichen mit niedrigem SES positiv beeinflussen und unabhängig von der sozioökonomischen Situation sind (157). Jedoch verbrachten Menschen mit einem niedrigeren SES weniger Zeit mit ihren Freund:innen (158). Ob sie trotzdem ein gleichermaßen gutes Vertrauensverhältnis aufbauen können, sollte in weiteren Studien untersucht werden.

6.4 Chronische Erkrankung der Eltern

Die Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Jugendlichen durch eine chronische Erkrankung der Eltern sind abhängig von den zwischenmenschlichen Beziehungen der Jugendlichen und vom sozioökonomischen Status, weshalb Interaktionen erwartet werden. (Hypothese 4)

In der Literatur wurde eine chronische Erkrankung eines oder beider Elternteile als Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen beschrieben (17, 19, 35, 106). Jedoch belegten zahlreiche Autor:innen, dass das Vorliegen einer chronischen Erkrankung bei den Eltern nicht als alleiniger Faktor für das Auftreten von Beschwerden gilt, sondern zeigten, dass die Familiensituation der Jugendlichen ausschlaggebend für ihr Zurechtkommen mit einer chronischen Erkrankung und für die Entstehung von Beschwerden war (108, 109, 111).

In der durchgeführten Studie zeigte sich, dass die Beschwerden, die durch eine chronische Erkrankung der Mutter entstehen, durch ein höheres Maß an Liebe durch sie ausgeglichen werden können. Sie können auf das gleiche Niveau gesenkt werden, das Jugendliche ohne eine chronisch erkrankte Mutter angaben. Die Liebe der Mutter beeinflusst somit die Auswirkungen ihrer chronischen Erkrankung auf das Wohlbefinden ihrer Kinder. Für diesen Fall kann die Hypothese angenommen werden. Es ist nicht alleinig das Auftreten der chronischen Erkrankung für das Wohlbefinden wichtig, sondern die Beziehung des Kindes oder Jugendlichen zu der erkrankten Mutter.

Für die väterliche Liebe und das Vertrauen in Freunde werden keine Interaktionen mit einer chronischen Krankheit eines Elternteils beobachtet.

Eine chronische Erkrankung des Vaters führt zu signifikant mehr Beschwerden bei den Befragten, in Polen ist der Unterschied deutlicher ausgeprägt als in Deutschland. Außerdem fühlen sich die Jugendlichen von ihrer Mutter weniger geliebt, wenn sie gleichzeitig einen chronisch kranken Vater haben. Ein Grund dafür könnte beispielsweise sein, dass die Mutter viel Zeit für die Pflege des Vaters aufwendet (159) und somit weniger Zeit für sich selbst und für ihre Kinder hat. Dieser Effekt wird insbesondere bei psychischen Erkrankungen beobachtet, weshalb er in diesem Teil gesondert diskutiert wird. Aufgrund dieser Effekte ist davon auszugehen, dass die Krankheit des Vaters auch einen indirekten Einfluss auf das Wohlbefinden der Jugendlichen hat.

Es wird deutlich, dass besonders die familiäre Situation und die elterliche Liebe die Auswirkungen ihrer chronischen Erkrankung mildern können. Dies deckt sich mit in der Vergangenheit durchgeführten Studien (108, 109). Unter anderem wurde deutlich, wie wichtig die Zuwendung des gesunden Elternteils für die Kinder und Jugendlichen war (160). Die erwartete Abmilderung der Beschwerden durch gute Freundschaften konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden, weshalb die Hypothese für diesen Teil zurückgewiesen wird.

Der wiederholt in der Literatur belegte positive Effekt eines höheren SES auf die Gesundheit der Menschen (117-120), wird auch in dieser Studie beobachtet.

Wie vermutet, besteht ein Zusammenhang zwischen dem SES und dem Auftreten einer chronischen Erkrankung der Eltern sowie ein Zusammenhang zwischen dem SES und der elterlichen Liebe. Bei einem niedrigeren SES ist die Wahrscheinlichkeit höher, eine chronisch

oder psychisch kranke Mutter oder einen chronisch kranken Vater zu haben. Für einen psychisch kranken Vater werden keine signifikanten Effekte beobachtet. Bei niedrigem SES war die Wahrscheinlichkeit, einen chronisch kranken Vater zu haben, am höchsten. Für die chronischen Erkrankungen der Eltern sinkt die Wahrscheinlichkeit bei höherem SES gegen null. Eine psychische Erkrankung der Mutter ist ebenfalls unwahrscheinlicher, doch die Kurve fällt weniger steil. Um diese Ergebnisse genauer einzuordnen und zu begründen, bedarf es weiterer Studien, die die unterschiedlichen Gründe für chronische und psychische Erkrankungen der Eltern untersuchen und Diagnosen miteinbeziehen. Da ein niedrigerer SES ebenfalls mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert ist (122), liegt es nahe, dass nicht die chronische Erkrankung allein das Wohlbefinden beeinflusst, sondern auch ein niedrigerer SES eine wichtige Rolle für das Auftreten von Beschwerden im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung der Eltern spielt. Außerdem kamen Kinder aus Haushalten mit höherem SES besser mit einer chronischen Erkrankung der Mutter zurecht und mussten weniger Zeit in ihre Pflege investieren (161).

Die signifikanten Effekte des SES auf die Liebe der Eltern zeigen ebenfalls, dass der SES die Situation der Befragten auf verschiedenen Ebenen beeinflusst. Jedoch kann in dieser Studie aufgrund der Anordnung der Regressionen, ersichtlich an den Pfeilrichtungen zwischen den Boxen, nur beschrieben werden, inwiefern die chronische Erkrankung der Eltern mit den Beziehungen oder dem Wohlbefinden zusammenhängt.

In Polen zeigen Teilnehmende mit einem chronisch kranken Vater deutlich mehr Beschwerden als die Vergleichsgruppe, während der Unterschied in der deutschen Stichprobe sehr gering ausfällt. In Polen haben Personen mit einer chronisch kranken Mutter sogar weniger Beschwerden als Personen, deren Mutter nicht chronisch erkrankt ist. Da jedoch nur eine kleine Gruppe angibt, eine chronisch kranke Mutter zu haben, sollten diese Daten in weiteren Studien überprüft werden, bevor sie weitergehend interpretiert werden können.

6.5 Psychische Erkrankung der Eltern

Eine psychische Erkrankung der Eltern beeinflusst die psychische Verfassung der Jugendlichen mehr als eine chronische körperliche Erkrankung. Dies resultiert aus genetischen Faktoren und einer hohen Belastung im Umgang mit diesen Erkrankungen. (Hypothese 5)

In der Literatur wurde immer wieder ein erhöhtes genetisches Risiko für Kinder beschrieben, an einer psychischen Krankheit zu erkranken, wenn ihre Eltern an einer solchen litten (94, 95, 162). Deshalb wurde in der vorliegenden Studie erwartet, dass Jugendliche, deren Eltern

psychisch erkrankt waren, mehr psychosomatische Beschwerden angeben als Kinder, deren Eltern an einer anderen chronischen Krankheit leiden. Jedoch wird dies nicht beobachtet. Es zeigt sich kein direkter signifikanter Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung der Eltern und dem Wohlbefinden der Jugendlichen/jungen Erwachsenen. Das bedeutet, dass die Auswirkungen auf das Auftreten von Beschwerden nicht stärker sind als bei einer chronischen Erkrankung der Eltern. Im Gegenteil: Eine chronische Erkrankung des Vaters ist durch einen mittelstarken Effekt mit dem Auftreten von Beschwerden assoziiert, die der Mutter ist mit einer schwachen Effektgröße nur in Interaktionen signifikant mit den Beschwerden assoziiert.

Die Hypothese muss somit zurückgewiesen werden, da die Effekte von psychisch erkrankten Eltern auf das Wohlbefinden der Befragten nicht stärker sind als die von chronisch erkrankten. Jedoch haben psychisch erkrankte Eltern bei den Befragten einen deutlichen Einfluss auf die empfundene elterliche Liebe. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese wiederum indirekt das Wohlbefinden der Jugendlichen und jungen Erwachsenen beeinflussen.

Leidet die Mutter an einer psychischen Erkrankung, erfahren ihre Kinder weniger Liebe. Ist der Vater erkrankt, wird die Liebe der Mutter ebenfalls geringer. Für die Liebe des Vaters sind die Effekte ähnlich. Sie wird sowohl bei Krankheit des Vaters selbst als auch bei einer Erkrankung der Mutter als weniger stark wahrgenommen. Eine psychische Erkrankung kann es für die erkrankte Person erschweren, Liebe zu zeigen, was jedoch auch von der Art und Ausprägung der Krankheit abhängt. Das zeigte eine Studie, in der Eltern mit Angststörungen teilnahmen (163). Dass auch die Liebe des anderen Elternteils von den Befragten als weniger stark wahrgenommen wird, kann verschiedene Gründe haben. Plausibel ist, dass die Person (wie bei einem chronisch erkrankten Partner) mit der Pflege der anderen beschäftigt ist, sodass die Kinder sich vernachlässigt fühlen. Krankenhausaufenthalte der psychisch Erkrankten können dieses Gefühl verstärken (164).

Auffällig sind in dieser Studie auch die Anteile der Jugendlichen, die angeben, erkrankte Eltern zu haben. In beiden Ländern geben deutlich mehr Personen an, eine psychisch kranke als eine chronisch kranke Mutter zu haben. In Deutschland sind es über 22%, in Polen über 15%, weshalb der ausbleibende Effekt auf das Wohlbefinden und der Effekt auf die empfundene elterliche Liebe durch eine ausreichende Größe der Stichprobe an Bedeutung gewinnt. Die Angaben einer psychischen oder chronischen Erkrankung der Väter ähneln sich in beiden Ländern und entsprechen ungefähr 10%. In Polen geben die Teilnehmenden mit 7% psychisch erkrankten Vätern jedoch deutlich weniger Fälle an. Mit p-Werten $> 0,05$ ist in dieser Studie keines der Items signifikant. Auch die χ^2 – Werte deuten auf eine zufällige Verteilung im Vergleich von Deutschland und Polen hin.

Um diese Angaben einzuordnen, sollte die Prävalenzen für psychische Störungen in Polen und Deutschland beachtet werden. In Deutschland betrug die 12-Monats-Prävalenz für

psychische Erkrankungen 27,7% (13), wovon depressive und Angststörungen die häufigsten waren. In Polen wurden deutlich weniger depressive Störungen als in Deutschland (Prävalenz 10,8% (165)) und im EU-Durchschnitt (Prävalenz 6,6% (165)) beobachtet. Dort lag die Prävalenz bei 5,5% (165). In einer polnischen Studie zeigten Kienja et al. (166), dass die mit Abstand häufigste psychische Störung der Alkoholabusus ist, wovon Männer sechsmal häufiger betroffen sind als Frauen. Panikattacken, Angst- und depressive Störungen kamen weniger als halb so häufig vor, wobei Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen waren. Während die Angaben der Jugendlichen, eine psychisch kranke Mutter zu haben, den Prävalenzen der jeweiligen Länder nahekommen, geben vor allem in Polen weniger Leute an, einen psychisch kranken Vater zu haben. Mögliche Gründe für die schwankenden Angaben können sein, dass psychische Störungen häufig nicht als allgegenwärtige Krankheiten wahrgenommen werden (167). Zudem wird Alkoholabusus häufig nicht als psychische Erkrankung wahrgenommen und von den Betroffenen unterschätzt (168).

Hinzu kommt, dass psychische und somatische Erkrankungen gleichzeitig vorliegen können, psychische Erkrankungen können chronisch verlaufen (169) und körperliche Erkrankungen können zu psychischen Komorbiditäten führen (170). Diese Aspekte können zu einer erschwerten Abgrenzung im Fragebogen führen. Zudem werden weder Diagnosen noch die Schwere der elterlichen Erkrankung erfragt. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Zeiträume und Qualitäten von Krankheiten zu verschiedenen starken Belastungen führen (101). Um dies jedoch genauer zu untersuchen, bedarf es beispielsweise Familienstudien, die jedoch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

In der Vergangenheit beschrieben einige Autor:innen die Abhängigkeit der psychologischen Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Umweltfaktoren, die teilweise protektiv und teilweise risikoreich waren (171). Als besonders wichtig für eine Resilienzentwicklung sahen beispielsweise Pargas et al. (23) die guten Beziehungen zu Eltern und Freund:innen, sowie die schulische Situation, ein hohes Selbstwertgefühl und einen hohen IQ. Trotzdem gab es zahlreiche Veröffentlichungen, die belegten, dass eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile für die betroffenen Jugendlichen eine psychische Belastung darstellt. Die Reaktionen darauf waren unterschiedlicher Natur (15). Einige Jugendliche entwickelten ebenfalls eine psychische Störung, andere hatten trotz der Belastung eine gute psychische Funktionalität und keine psychische Erkrankung, waren somit resilient (23).

Sowohl ein niedriger als auch ein hoher SES können das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei Jugendlichen begünstigen. Ein niedriger SES erhöhte das generelle Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen (13, 120, 121). So wird auch in dieser Studie beobachtet, dass das Risiko, eine psychisch erkrankte Mutter zu haben steigt, wenn der SES der Familie sinkt. Gleichzeitig beschrieben McLaughlin et al. (15) jedoch einen größeren

Einfluss einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen in Ländern mit höherem SES. Jedoch besteht in der Auswertung von Aggregatdaten, wie sie in der genannten Studie verwendet wurden, immer das Risiko eines ökologischen Fehlschlusses, da in Ländern mit höherem SES generell mehr psychische Erkrankungen diagnostiziert und behandelt werden (172).

Zusätzlich fällt in dieser Studie auf, dass Mädchen häufiger angaben, eine Mutter mit psychischer Erkrankung zu haben als Jungen. Möglicherweise sind Mädchen sensibler für psychische Erkrankungen (173) und somit für die psychologische Situation der Mutter. Jedoch beschrieben einige Autor:innen in der Vergangenheit, dass Jungen vulnerabler als Mädchen für Verhaltensstörungen waren, wenn sie einen psychisch erkrankten Elternteil hatten (2, 14).

6.6 Unterschiede Deutschland / Polen

In Deutschland ist eine gute Beziehung zur Peer Group wichtiger als in Polen, wo die Familie einen besonders hohen Stellenwert hat. (Hypothese 6)

Diese Hypothese kann anhand der vorliegenden Studie klar zurückgewiesen werden. Es gibt weder für die Liebe der beiden Eltern noch für das Vertrauen der Freunde eine Interaktion mit dem Herkunftsland, die das Wohlbefinden beeinflusst. Das bedeutet, dass in der Studie kein Unterschied zwischen diesen beiden Ländern festgestellt werden kann, was die Wichtigkeit von verschiedenen Beziehungen betrifft. Trotz der im Durchschnitt jüngeren polnischen Stichprobe, lässt sich nicht nachweisen, dass die Beziehungen zu den Eltern wichtiger sind als die Beziehung zu den Freund:innen. Da es sich um eine ausreichende Größe der Stichproben für beide Länder handelt, ist davon auszugehen, dass keine weiteren Studien zur Untersuchung dieser Frage notwendig sind. Die Unterschiede zwischen den beiden Ländern sind in dieser Studie zu gering, als dass sie sich auf die Beziehungen und das Wohlbefinden der Personen auswirken würden. Auch einige Studien in der Vergangenheit unterstützen die Erkenntnis, dass die Unterschiede zwischen den beiden Ländern gering ausfielen, beispielsweise bei den Auswirkungen von Eltern-Bindungen auf das Wohlbefinden (35, 36, 67).

Trotz des leicht unterschiedlichen Durchschnittsalters lassen sich die Stichproben der beiden Länder gut vergleichen. Die empfundene finanzielle Situation ist in beiden Ländern ähnlich. Die Mehrheit der Teilnehmenden hat einen mittleren oder hohen Schulabschluss. Beim höchsten erreichten Schulabschluss gaben die deutschen Teilnehmenden insgesamt höhere Abschlüsse an, jedoch unterscheiden sich die Schulsysteme in beiden Ländern (174, 175) und sind deshalb nur bedingt vergleichbar.

In der väterlichen Liebe gibt es einen Unterschied zwischen beiden Ländern. In Polen wird sie von den Teilnehmenden als signifikant geringer empfunden als in Deutschland, was sich nicht mit Ergebnissen aus der Vergangenheit deckt (90). Die deutsche Stichprobe gab insgesamt mehr Beschwerden an als die polnische. Hierfür könnte eine von Hardt et al. (90) beschriebene Idealisierung eine Rolle spielen. Auch eine unterschiedliche Wahrnehmung von Beschwerden ist möglich. Da das Durchschnittsalter der polnischen Stichprobe geringer als das der deutschen Stichprobe ist, können die Effekte jedoch nicht ausschließlich auf das Ursprungsland zurückgeführt werden. Jüngere Menschen gaben bereits in der Vergangenheit weniger Beschwerden und familiäre Probleme als ältere Personen an (35) und auch in der vorliegenden Studie treten bei geringerem Alter weniger Beschwerden auf (siehe oben).

7 Stärken und Limitationen

Die Studie weist folgende Stärken auf:

Mit 515 Teilnehmenden beruht die Studie auf einer sehr umfangreichen Stichprobe. Auch wenn die Zahl der deutschen Teilnehmenden deutlich größer ist, ist auch die Anzahl der teilnehmenden Polen mit 109 Teilnehmenden ausreichend groß. Die fast identische finanzielle Situation in beiden Ländern erlaubt einen guten Vergleich der beiden Länder.

Die verwendeten Fragebögen wurden in der Vergangenheit mehrfach validiert und verfügen alle über eine hohe interne Konsistenz. Durch die Anwendung der multiplen Imputation gibt es keine fehlenden Werte in der vorliegenden Auswertung. Geordnete Sequenzen von Regressionen in der Auswertung führen dazu, dass Mediatoren untersucht werden können und sowohl direkte als auch indirekte Effekte beachtet werden können. Binäre und kontinuierliche Variablen können in dem Modell gleichermaßen einfließen. Das Wohlbefinden der Teilnehmenden kann durch ein Zusammenspiel von stabilen und wenig fluktuierenden Items genau dargestellt werden, wodurch eine realitätsnahe Einordnung gelingt.

Folgende Limitationen der Studie sind zu nennen:

Es gelten einige Einschränkungen in der Interpretation der Daten. Da es sich um eine Querschnittsstudie handelt, können keine Kausalitäten aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Beispielsweise kann ein besseres Vertrauen in Freunde zu einem besseren Wohlbefinden führen, jedoch kann es ebenfalls sein, dass Personen, die wenige psychosomatische Beschwerden haben, eher Freund:innen finden und ihnen vertrauen. Ein guter SES kann zu weniger Beschwerden führen, jedoch bewerten Personen mit einem guten Wohlbefinden ihren subjektiven SES auch besser als Personen, die zum Beispiel unter depressiven Symptomen oder psychosomatischen Beschwerden leiden. Um die Kausalität der Zusammenhänge besser abzuschätzen, werden longitudinale Studien benötigt.

Zudem beruhen die Daten dieser Studie auf retrospektiven Erinnerungen aus der Kindheit der Teilnehmenden, was zu Erinnerungsverzerrungen durch den Einfluss der aktuellen psychischen Situation führen kann. Dies wurde in der Vergangenheit mehrfach kritisiert (176, 177). Andere Autor:innen zeigten jedoch, dass die retrospektiv erhobenen Daten zeitlich weitestgehend stabil waren und somit die Verzerrungen weniger ausgeprägt als vermutet ausfallen (178, 179). Da die Befragung über das Internet durchgeführt wurde, ist sie nicht repräsentativ für die Bevölkerung. Des Weiteren wurde ein großer Teil der Teilnehmenden unter Studierenden rekrutiert, was ebenfalls dazu beiträgt, dass die Ergebnisse nicht

repräsentativ sind. In Kreisen von Studierenden ist der SES höher als im gesellschaftlichen Durchschnitt (180), deshalb ist ein deutlicher ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein im Vergleich zur Restbevölkerung zu erwarten (181, 182).

Es wurden in der Studie keine Diagnosen von Krankheiten erfragt, wodurch die Einteilung der Schwere der Erkrankungen entfällt. Da in absoluten Zahlen ein kleiner Anteil der Teilnehmenden angibt, psychisch oder chronisch erkrankte Eltern zu haben, werden weitere Studien benötigt, um die Auswirkungen auf das Wohlbefinden genauer untersuchen zu können.

8 Schlussfolgerungen

Mit den gegebenen Einschränkungen zeigt die Studie die Wichtigkeit von guten Beziehungen zu den Eltern und zur Peer Group, die das Wohlbefinden signifikant beeinflussen und dazu führen können, andere Belastungen der Personen abzumildern. Diese Erkenntnis ist eine sehr positive, da sie dazu beitragen kann, Ansätze für Coping-Strategien zu entwickeln und mit Hilfe von Freundschaften und Familie auch schwierige Situationen zu meistern. Auch wenn deutlich wird, dass chronische und psychische Erkrankungen der Eltern das Wohlbefinden ihrer Kinder beeinflussen können, ist es eine positive Erkenntnis, dass es nicht die Krankheit allein ist, die zum Auftreten von Beschwerden führt.

Weniger positive Ergebnisse der Studie sind jedoch, dass der SES auch in heutigen Zeiten das Leben und die Gesundheit der Menschen beeinflusst. Ein Zugang zu einer guten Bildung für alle könnte dazu führen, dass die Personen es schaffen, ihren SES zu verbessern und somit auch ihr Wohlbefinden. Zudem sollte die Rolle des Vaters in der Kindererziehung und in der emotionalen Verfügbarkeit wichtiger werden. Eine gute Bindung zu ihm sollte nicht nur durch eine finanzielle, sondern auch durch eine liebevolle Unterstützung geprägt sein.

Die Wichtigkeit der Peer Group für das Wohlbefinden der Jugendlichen wird in dieser Studie sehr deutlich. Die Schulen spielen hier eine besondere Rolle, da Kinder und Jugendliche viel Zeit in Klassenverbänden verbringen und ein gutes Verhältnis zu Mitschüler:innen zur Verringerung von Beschwerden führen kann (79). Ebenso sind Lehrkräfte wichtig für die Entwicklung des Wohlbefindens der Jugendlichen (39). Sie sind neben den Eltern eine wichtige erwachsene Bezugsperson und Vorbild und sie haben eine Vermittlerfunktion inne, wenn es um Konfliktlösungen geht. Zusätzlich zum guten Umgang in der Schule sollten Sportvereine, Jugendzentren und andere Freizeitangebote gefördert werden, in denen Jugendliche die Möglichkeit bekommen, mit Gleichaltrigen und Gleichgesinnten in Kontakt zu kommen und sich weiterzuentwickeln. Es sollte vermehrt Angebote geben, die Kinder und

Jugendliche aus allen gesellschaftlichen Schichten adressieren und allen sollte ein Zugang zu bereits bestehenden Angeboten ermöglicht werden. Zudem könnten Familien von niederschweligen Beratungsmöglichkeiten bezüglich des Umgangs mit Erkrankungen und zwischenmenschlichen Interaktionen profitieren. Eine Förderung der guten Beziehungen zu Eltern und gute Freundschaften könnte vor allem psychischen und psychosomatischen Beschwerden vorbeugen.

9 Zusammenfassung

Die Entstehung von psychosomatischen Beschwerden wurde in der Vergangenheit vielfach untersucht und diskutiert. Einigkeit besteht darüber, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen vom Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Erfahrungen und Belastungen aus der Kindheit spielen dabei eine wichtige Rolle. Ebenso beeinflussen der sozioökonomische Status und etwaige Erkrankungen der Eltern das Wohlbefinden und die Gesundheit einer Person. Auch zwischenmenschliche Beziehungen wirken sich auf die gesundheitliche Situation von Menschen aus. In der Literatur werden häufig einzelne Faktoren beschrieben.

Diese Studie zeigt die Zusammenhänge von vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren und Mediatoren. Der Fokus liegt auf jungen Erwachsenen und ihren Erfahrungen, da sie sich gut an ihre Kindheit erinnern und gleichzeitig bereits Beschwerden bei ihnen auftreten können. Eine mögliche Verzerrung der Daten wird zu diesem Zweck in Kauf genommen. Die Teilnehmenden aus Deutschland und Polen wurden in einem ausführlichen Fragebogen zu Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend und zu ihrem Wohlbefinden befragt. Auch die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen zu Eltern und Freund:innen konnte angegeben werden sowie der sozioökonomische Status. Zusätzlich können die Teilnehmenden angeben, ob ihre Eltern an Krankheiten leiden. Diese Faktoren werden im Hinblick auf ihren Einfluss auf aktuelle Beschwerden der Teilnehmenden mittels geordneten Sequenzen von Regressionen untersucht. Hierbei sind psychische, psychosomatische und somatische Beschwerden eingeschlossen. Die Items, die eine Depression charakterisieren, wurden in einer Parallelarbeit gesondert untersucht.

Wie erwartet wirkt sich die Qualität der Beziehungen zu Eltern und der Freundschaften auf das Wohlbefinden aus. Je besser die Bindung ist, desto weniger Beschwerden zeigen junge Erwachsene. Die Beziehungen zum Vater und zu Freund:innen haben einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden, was sich in der Studie in Form von Haupteffekten zeigt. Eine gute Beziehung zur Mutter kann die negativen Einflüsse ihrer Erkrankung deutlich abmildern und wirkt somit protektiv. Mit zunehmendem Alter der Teilnehmenden werden die Beschwerden weniger, was jedoch auch an einem größeren Abstand zu den Erfahrungen in der Kindheit liegen kann. Frauen äußern deutlich mehr Beschwerden als Männer, was sich mit zahlreichen Studien aus der Vergangenheit deckt. Die Begründungen hierfür sind vielfältig.

Auch die Beziehungen zu den Eltern werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Es fällt auf, dass die mütterliche Liebe insgesamt deutlich stärker als die Liebe des Vaters empfunden wird. Letztere ist stark vom sozioökonomischen Status abhängig. Junge Erwachsene fühlen sich von ihrem Vater mehr geliebt, wenn sie einen höheren sozioökonomischen Status haben. Insgesamt haben die Teilnehmenden ein hohes Vertrauen in ihre Freund:innen. Auch dieses

steigt mit einem höheren sozioökonomischen Status, ist jedoch bei Weitem nicht so stark davon abhängig wie die Beziehung zum Vater.

Dass die Teilnehmenden einen Elternteil mit einer chronischen Erkrankung oder eine Mutter mit einer psychischen Erkrankung haben, ist bei einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich wahrscheinlicher als bei einem höheren sozioökonomischen Status. Dies wurde auch in der Vergangenheit schon mehrfach belegt. Die Erkrankungen der Eltern wirken sich unterschiedlich stark auf das Wohlbefinden ihrer Kinder aus und beeinflussen die Beziehungen der jungen Erwachsenen zu den Eltern. Die Erkrankung eines Elternteils kann sich auf die durch die Kinder empfundene Liebe zu der Person selbst auswirken, aber auch auf die Beziehung zum jeweils anderen Elternteil, was durch einen Mangel an Zeit und Aufmerksamkeit begünstigt werden kann.

Die Unterschiede zwischen polnischen und deutschen jungen Erwachsenen zeigen sich vor allem sich in der Beziehung zum Vater. Die polnischen Teilnehmenden empfinden weniger väterliche Liebe als die deutschen und haben häufiger Beschwerden, wenn der Vater chronisch erkrankt ist. In Deutschland hingegen führt eine chronische Erkrankung der Mutter zu vermehrten Beschwerden, während in Polen dann weniger Beschwerden auftreten. Jedoch besteht für die polnischen Gruppe eine große Streuung. Ansonsten sind die Unterschiede zwischen den beiden Ländern sehr gering.

Die durchgeführte Studie ermöglicht einen guten Überblick über die unterschiedlichen Faktoren, die das Wohlbefinden von jungen Erwachsenen beeinflussen und wie diese zusammenhängen. Durch eine große Zahl an Teilnehmenden und durch die Verwendung von geordneten Sequenzen lassen sich auch Mediatoren zuverlässig bestimmen. Zwischenmenschliche Beziehungen haben vor allem im jungen Alter einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen. Eine gute Bindung zur Mutter kann beispielsweise negative Auswirkungen ihrer chronischen Erkrankung abmildern. Auch Freundschaften bilden eine wichtige Basis für ein gutes Wohlbefinden. Es fällt jedoch auf, dass die Mütter bessere Bindungen zu ihren Kindern haben als die Väter. Die empfundene väterliche Liebe ist höher, wenn die finanzielle Situation besser ist. Diese Ergebnisse entsprechen einem konservativen Familienbild. Wünschenswert wäre eine gleichberechtigte Erziehung.

Der sozioökonomische Status hat auch in entwickelten Ländern wie Deutschland und Polen immer noch einen immensen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen. Konzepte zur Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit sind ein wichtiger Grundpfeiler für das Wohlbefinden der Menschen und sollten weiter vorangetrieben werden.

Zwischenmenschliche Beziehungen sollten weiterhin erforscht werden, da sie eine wichtige Ressource zur Vermeidung von Erkrankungen sind. Um die Kausalitäten genauer zu erforschen, sollen longitudinale Studien durchgeführt werden.

10 Literaturverzeichnis

1. Bowlby J, World Health Organisation. Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children / John Bowlby. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1952.
2. Werner EE, Smith RS. Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery: Cornell University Press; 2001.
3. Mónaco E, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Attachment Styles and Well-Being in Adolescents: How Does Emotional Development Affect This Relationship? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(14):2554.
4. Schier K, Herke M, Nickel R, Egle UT, Hardt J. Long-Term Sequelae of Emotional Parentification: A Cross-Validation Study Using Sequences of Regressions. Journal of Child and Family Studies. 2015;24(5):1307-21.
5. Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The Differential Relations of Parent and Peer Attachment to Adolescent Adjustment. Journal of Youth and Adolescence. 2000;29(1):45-59.
6. Yang Y, Chen L, Zhang L, Ji L, Zhang W. Developmental changes in associations between depressive symptoms and peer relationships: a four-year follow-up of Chinese adolescents. Journal of Youth and Adolescence. 2020;49(9):1913-27.
7. Schoeps K, Mónaco E, Cotolí A, Montoya-Castilla I. The impact of peer attachment on prosocial behavior, emotional difficulties and conduct problems in adolescence: The mediating role of empathy. PloS one. 2020;15(1):e0227627.
8. Narr RK, Allen JP, Tan JS, Loeb EL. Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health. Child Development. 2019;90(1):298-313.
9. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: The World Health Organisation; 2008
10. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. The Lancet. 2012;379(9826):1641-52.
11. Navarro-Carrillo G, Alonso-Ferres M, Moya M, Valor-Segura I. Socioeconomic Status and Psychological Well-Being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status. Frontiers of Psychology. 2020;11:1303.
12. Wang S, Zhai H, Wei L, Shen B, Wang J. Socioeconomic status predicts the risk of stroke death: A systematic review and meta-analysis. Preventive medicine reports. 2020;19:101124.

13. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
14. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*. 1984;14(4):853-80.
15. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(4):290-9.
16. Tabak I, Zablocka-Zytka L, Czabala JC. Empowering families with the experience of mental illness. A presentation of the Polish version of CAMILLE training package. *Psychiatria Polska*. 2016;50(4):873-83.
17. Merikukka M, Räsänen S, Hakko H, Ristikari T, Gissler M, Niemelä M. Association between parental hospital-treated somatic illnesses in childhood and later mental disorders among offspring up to early adulthood: An explorative study in the 1987 Finnish Birth Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020;48(2):214-23.
18. Rutter M. Children of sick parents. 1966.
19. Sieh DS, Visser-Meily JM, Meijer AM. Differential Outcomes of Adolescents with Chronically Ill and Healthy Parents. *Journal of Child and Family Studies*. 2013;22(2):209-18.
20. Lewandowski RE, Verdelli H, Wickramaratne P, Warner V, Mancini A, Weissman M. Predictors of Positive Outcomes in Offspring of Depressed Parents and Non-depressed Parents Across 20 Years. *Journal of Child and Family Studies*. 2014;23(5):800-11.
21. Krattenmacher T, Kühne F, Führer D, Beierlein V, Brähler E, Resch F, et al. Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(3):252-9.
22. Plass A, Haller A-C, Habermann K, Barkmann C, Petermann F, Schipper M, et al. Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*. 2016:41-9.
23. Pargas RCM, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque R. Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental psychology*. 2010;46(4):805-14.
24. Ngamaba KH, Panagioti M, Armitage CJ. How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*. 2017;27(5):879-85.
25. Diener E, Suh E, Lucas R, Smith H. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological bulletin*. 1999;125:276-302.

26. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*. 2008;70(7):741-56.
27. Diener E, Chan M. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2011;3:1-43.
28. Lacruz ME, Emeny RT, Baumert J, Ladwig KH. Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: Results from the MONICA/KORA Augsburg S3 survey cohort study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):579.
29. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*. 2007;1(1):83-136.
30. Kushlev K, Heintzelman SJ, Lutes LD, Wirtz D, Kanippayoor JM, Leitner D, et al. Does Happiness Improve Health? Evidence From a Randomized Controlled Trial. *Psychological Science*. 2020;31(7):807-21.
31. Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V. Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study. *The Lancet*. 2016;387(10021):874-81.
32. Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *American Journal of Medicine*. 1959;26(6):899-918.
33. Pfister S, Bürgy V, Wagner E-Y, Schwegler K, Egloff N. Langzeitkonsequenzen aversiver Kindheitserfahrungen: Auswirkungen auf die Schmerzverarbeitung. *Therapeutische Umschau*. 2020:87-90.
34. Kascakova N, Furstova J, Hasto J, Madarasova Geckova A, Tavel P. The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(2).
35. Reuchlein B, Henn L, Brian T, Schier K, Hardt J. Childhood Adversities and Adult Headache in Poland and Germany. *PLoS One*. 2016;11(2).
36. Henn L, Schier K, Brian T, Hardt J. Back pain in Poland and Germany: a survey of prevalence and association with demographic characters. *Biomed Research International*. 2014;2014.
37. Hagen M, Madhavan T, Bell J. Combined analysis of 3 cross-sectional surveys of pain in 14 countries in Europe, the Americas, Australia, and Asia: impact on physical and emotional aspects and quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*. 2020;20(3):575-89.
38. Åslund C, Starrin B, Nilsson KW. Social capital in relation to depression, musculoskeletal pain, and psychosomatic symptoms: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. *BMC Public Health*. 2010;10(1):715.

39. Tabak I, Mazur J. Social support and family communication as factors protecting adolescents against multiple recurrent health complaints related to school stress. *Developmental Period Medicine*. 2016;20(1):27-39.
40. De Looze ME, Cosma AP, Vollebergh WAM, Duinhof EL, de Roos SA, van Dorsselaer S, et al. Trends over Time in Adolescent Emotional Wellbeing in the Netherlands, 2005-2017: Links with Perceived Schoolwork Pressure, Parent-Adolescent Communication and Bullying Victimization. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020. 49(10): 2124-35.
41. Balluerka N, Gorostiaga A, Alonso-Arbiol I, Aritzeta A. Peer attachment and class emotional intelligence as predictors of adolescents' psychological well-being: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*. 2016. 53:1-9.
42. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
43. Karreman A, Vingerhoets AJJM. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*. 2012;53(7):821-6.
44. Li J, Yao M, Liu H. From Social Support to Adolescents' Subjective Well-Being: the Mediating Role of Emotion Regulation and Prosocial Behavior and Gender Difference. *Child Indicators Research*. 2020. 14(1): 77-93.
45. Cherry KM, McArthur BA, Lumley MN. A Multi-Informant Study of Strengths, Positive Self-Schemas and Subjective Well-Being from Childhood to Adolescence. *Journal of Happiness Studies*. 2020;21(6):2169-91.
46. Silva K, Ford CA, Miller VA. Daily Parent–Teen Conflict and Parent and Adolescent Well-Being: The Moderating Role of Daily and Person-Level Warmth. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020;49(8):1601-16.
47. Elsharnouby E, Dost-Gözkan A. Adolescents' Well-Being with Respect to the Patterns of Disclosure to and Secrecy from Parents and the Best Friend: A Person-Centered Examination. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020;49(8):1687-701.
48. Bowlby J. Attachment and loss. Volume I: Attachment: Basic Books, New York; 1969.
49. Bowlby J. Attachment and loss. Volume II: Separation, anxiety and anger. 2: London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis; 1973. p. 1-429.
50. Rutter M. Maternal deprivation reassessed. 1972.
51. Rutter M. Stress, coping and development: Some issues and some questions* 1981;22(4):323-56.
52. Schaeffer HR, Emerson PE. The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1964;29(3, Whole No. 94):1-77.

53. Lamb M, Tamis-Lemonda C. The role of the father. The role of the father in child development. 2004;4:100-5.
54. Strauß B, Schwartz D. Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Egle UT, Joraschky P, Seiffge-Krenke I, Cierpka M, editors. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung : Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4., überarb. u. erw. Aufl. ed. Stuttgart: Schattauer; 2016. p. 104-17.
55. Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 102-27.
56. Jones JD, Fraley RC, Ehrlich KB, Stern JA, Lejuez CW, Shaver PR, et al. Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes. Child Development. 2018;89(3):871-80.
57. Kobak R, Zajac K, Herres J, Krauthamer Ewing ES. Attachment based treatments for adolescents: the secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. Attachment & Human Development. 2015;17(2):220-39.
58. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 857-79.
59. Buist KL, Deković M, Meeus W, van Aken MAG. Developmental Patterns in Adolescent Attachment to Mother, Father and Sibling. Journal of Youth and Adolescence. 2002;31(3):167-76.
60. Dykas MJ, Ziv Y, Cassidy J. Attachment and peer relations in adolescence. Attachment & Human Development. 2008;10(2):123-41.
61. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York, NY, US: Basic Books; 1988. xii, 205
62. George G, Kaplan N, Main M. The adult attachment interview. In: Berkley UoC, editor. Unpublished Manuscript. 1985.
63. Zimmermann P. Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In: Spangler G, Zimmermann P, editors. Die Bindungstheorie Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta; 1995. p. 203-31.
64. Parker G. Parental 'Affectionless Control' as an Antecedent to Adult Depression: A Risk Factor Delineated. Archives of General Psychiatry. 1983;40(9):956-60.

65. Shibata M, Ninomiya T, Anno K, Kawata H, Iwaki R, Sawamoto R, et al. Parenting style during childhood is associated with the development of chronic pain and a patient's need for psychosomatic treatment in adulthood: A case-control study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(29):e21230.
66. McNeely CA, Barber BK. How Do Parents Make Adolescents Feel Loved? Perspectives on Supportive Parenting From Adolescents in 12 Cultures. *Journal of Adolescent Research* 2010;25(4):601-31.
67. Weitkamp K, Seiffge-Krenke I. The Association Between Parental Rearing Dimensions and Adolescent Psychopathology: A Cross-Cultural Study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019;48(3):469-83.
68. Keizer R, Helmerhorst KOW, van Rijn-van Gelderen L. Perceived Quality of the Mother-Adolescent and Father-Adolescent Attachment Relationship and Adolescents' Self-Esteem. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019;48(6):1203-17.
69. Babore A, Trumello C, Candelori C, Paciello M, Cerniglia L. Depressive Symptoms, Self-Esteem and Perceived Parent-Child Relationship in Early Adolescence. *Frontiers in Psychology*. 2016;7:982.
70. Filus A, Schwarz B, Mylonas K, Sam DL, Boski P. Parenting and Late Adolescents' Well-Being in Greece, Norway, Poland and Switzerland: Associations with Individuation from Parents. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28(2):560-76.
71. Delvecchio E, Li J-B, Liberska H, Lis A, Mazzeschi C. Early Evidence of Parental Attachment Among Polish Adolescents. *Europe's Journal of Psychology*. 2020;16(1):82-94.
72. Siemieńska R. Gender, Family, and Work: The Case of Poland in Cross-National Perspective. *International Journal of Sociology*. 2008;38(4):57-75.
73. Gorrese A, Ruggieri R. Peer attachment: a meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth Adolescence*. 2012;41(5):650-72.
74. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 1987;16(5):427-54.
75. Gorrese A. Peer Attachment and Youth Internalizing Problems: A Meta-Analysis. *Child & Youth Care Forum*. 2016;45(2):177-204.
76. Miething A, Almquist YB. Childhood peer status and circulatory disease in adulthood: a prospective cohort study in Stockholm, Sweden. *BMJ open*. 2020;10(9):e036095.
77. Hardt J, Kreutzberger C, Schier K, Laubach W. [The role of childhood stress in symptoms of social phobia and agoraphobia in adulthood]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2018;64(2):144-57.

78. Almqvist Y. Peer status in school and adult disease risk: a 30-year follow-up study of disease-specific morbidity in a Stockholm cohort. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(12):1028-34.
79. Busching R, Krahe B. With a Little Help from Their Peers: The Impact of Classmates on Adolescents' Development of Prosocial Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020;49(9):1849-63.
80. Rose AJ, Rudolph KD. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological bulletin*. 2006;132(1):98-131.
81. Reiner I, Tibubos AN, Hardt J, Müller K, Wölfling K, Beutel ME. Peer attachment, specific patterns of internet use and problematic internet use in male and female adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2017;26(10):1257-68.
82. Mundt MP, Zakletskaia LI. That's what friends are for: adolescent peer social status, health-related quality of life and healthcare costs. *Applied Health Economics Health Policy*. 2014;12(2):191-201.
83. Lee JY, Park SH. Interplay between Attachment to Peers and Parents in Korean Adolescents' Behavior Problems. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(1):57-66.
84. Holt LJ, Mattanah JF, Long MW. Change in parental and peer relationship quality during emerging adulthood: Implications for academic, social, and emotional functioning. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2018;35(5):743-69.
85. He J, Chen X, Fan X, Cai Z, Hao S. Profiles of parent and peer attachments of adolescents and associations with psychological outcomes. *Children and Youth Services Review*. 2018;94:163-72.
86. Oldfield J, Humphrey N, Hebron J. The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21(1):21-9.
87. Centers for Disease Control and Prevention. *School Connectedness: Strategies for Increasing Protective Factors Among Youth*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2009.
88. Tamm A, Kasearu K, Tulviste T, Trommsdorff G. Links Between Adolescents' Relationships With Peers, Parents, and Their Values in Three Cultural Contexts. *Journal of Early Adolescence*. 2018;38(4):451-74.
89. Persike M, Seiffge-Krenke I. Stress with parents and peers: how adolescents from 18 nations cope with relationship stress. *Anxiety, stress and coping*. 2016;29(1):38-59.

90. Hardt J, Dragan M, Schultz S, Schier K. Comparison of childhood adversities and their possible consequences in Poland and Germany. *Journal of Public Health*. 2010;19:29-37.
91. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(6):1001-8.
92. Kim-Cohen J, Caspi A, Rutter M, Polo Tomás M, Moffitt TE. The Caregiving Environments Provided to Children by Depressed Mothers With or Without an Antisocial History. 2006;163(6):1009-18.
93. Stalujanis E, Meinlschmidt G, Belardi A, Tegethoff M. Maternal psychopathology and offspring mental health service utilization in adolescents without mental disorders: a national representative survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019;29:1207–16.
94. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(9):929-37.
95. Hettrema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(10):1568-78.
96. Mather L, Blom V, Bergström G, Svedberg P. An Underlying Common Factor, Influenced by Genetics and Unique Environment, Explains the Covariation Between Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, and Burnout: A Swedish Twin Study. *Twin research and human genetics*. 2016;19(6):619-27.
97. Biederman J, Petty C, Faraone SV, Henin A, Hirshfeld-Becker D, Pollack MH, et al. Effects of parental anxiety disorders in children at high risk for panic disorder: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*. 2006;94(1):191-7.
98. Rutter M. Early sources of security and competence. In: Bruner J, Garton A, editors. *Human growth and development*. New York: Oxford University Press; 1978.
99. Chang JJ, Halpern CT, Kaufman JS. Maternal Depressive Symptoms, Father's Involvement, and the Trajectories of Child Problem Behaviors in a US National Sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2007;161(7):697-703.
100. Xerxa Y, Rescorla LA, van der Ende J, Hillegers MHJ, Verhulst FC, Tiemeier H. From Parent to Child to Parent: Associations Between Parent and Offspring Psychopathology. *Child Dev*. 2020.
101. Kamis C. The Long-Term Impact of Parental Mental Health on Children's Distress Trajectories in Adulthood. *Society and Mental Health*. 2021;11(1):54-68.

102. Wiegand-Grefe S, Jeske J, Bullinger M, Plaß A, Petermann F. Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2010;58(4):315-22.
103. Kettemann B, Mattejat F, Vorwerk J, Franz M. Burden of Children of Patients with Mental Illness - A High Risk Population that Needs Selective and Indicated Prevention? Psychiatrische Praxis. 2020;47(08):417-25.
104. Compas BE, Worsham NL, Ey S, Howell DC. When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. Health Psychology. 1996;15(3):167-75.
105. Worsham NL, Compas BE, Ey S. Children's Coping with Parental Illness. In: Wolchik SA, Sandler IN, editors. Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention. Boston, MA: Springer US; 1997. p. 195-213.
106. Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ, Visser-Meily JMA, Van der Leij DAV. Problem Behavior in Children of Chronically Ill Parents: A Meta-Analysis. Clinical Child and Family Psychology Review. 2010;13(4):384-97.
107. Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental Physical Illness as a Risk for Psychosocial Maladjustment in Children and Adolescents: Epidemiological Findings From a National Survey in Germany. Psychosomatics. 2007;48(6):476-81.
108. Möller B, Barkmann C, Krattenmacher T, Kühne F, Bergelt C, Beierlein V, et al. Children of cancer patients: prevalence and predictors of emotional and behavioral problems. Cancer. 2014;120(15):2361-70.
109. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WTA, Hoekstra-Weebers JEHM. Parental cancer. Characteristics of parents as predictors for child functioning. Cancer. 2006;106(5):1178-87.
110. Moberg JY, Magyari M, Koch-Henriksen N, Thygesen LC, Laursen B, Soelberg Sørensen P. Educational achievements of children of parents with multiple sclerosis: A nationwide register-based cohort study. Journal of Neurology. 2016;263(11):2229-37
111. Bogosian A, Hadwin J, Hankins M, Moss-Morris R. Parents' expressed emotion and mood, rather than their physical disability are associated with adolescent adjustment: a longitudinal study of families with a parent with multiple sclerosis. Clinical rehabilitation. 2016;30(3):303-11.
112. Pillemer K, Riffin C, Suitor JJ, Peng S, Reid MC. The Impact of Older Parents' Pain Symptoms on Adult Children. Pain medicine (Malden, Mass). 2017;18(12):2316-24.
113. Faltermaier T, Lessing N. Coping: In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. ; 2020, <https://portal.hogrefe.com/dorsch/coping>, 01.06.2022

114. Steck B, Grether A, Amsler F, Schwald Dillier A, Romer G, Kappos L, et al. Disease Variables and Depression Affecting the Process of Coping in Families with a Somatically Ill Parent. *Psychopathology*. 2007;40(6):394-404.
115. Muscatell KA, Brosso SN, Humphreys KL. Socioeconomic status and inflammation: a meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 2018;25:2189–99.
116. Adams NL, Rose TC, Hawker J, Violato M, O'Brien SJ, Barr B, et al. Relationship between socioeconomic status and gastrointestinal infections in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191633.
117. Ombrellaro KJ, Perumal N, Zeiher J, Hoebel J, Ittermann T, Ewert R, et al. Socioeconomic Correlates and Determinants of Cardiorespiratory Fitness in the General Adult Population: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports medicine - open*. 2018;4(1):25.
118. Mohammed SH, Habtewold TD, Birhanu MM, Sissay TA, Tegegne BS, Abuzerr S, et al. Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ open*. 2019;9(11):e028238.
119. Organization for Economic Cooperation and Development. Inequalities in health and its determinants. *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*. Paris: OECD Publishing; 2019. p. 44-89.
120. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:316-26.
121. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt* 2013;56(5):814-21.
122. Coley RL, Sims J, Dearing E, Spielvogel B. Locating Economic Risks for Adolescent Mental and Behavioral Health: Poverty and Affluence in Families, Neighborhoods, and Schools. *Child Development*. 2018;89(2):360-9.
123. Lindemann K, Saar E. Contextual effects on subjective social position: Evidence from European countries. *International Journal of Comparative Sociology*. 2014;55(1):3-23.
124. Evans MDR, Kelley J. Subjective Social Location: Data From 21 Nations. *International Journal of Public Opinion Research*. 2004;16(1):3-38.
125. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology*. 2000;19(6):586-92.
126. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;69(4):719-27.
127. Adler NE. Health Disparities: Taking on the Challenge. *Perspectives on Psychological Science*. 2013;8(6):679-81.

128. Cohen S, Alper CM, Doyle WJ, Adler N, Treanor JJ, Turner RB. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health psychology : Official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2008;27(2):268-74.
129. Quon EC, McGrath JJ. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2014;33(5):433-47.
130. Bøe T, Petrie KJ, Sivertsen B, Hysing M. Interplay of subjective and objective economic well-being on the mental health of Norwegian adolescents. *SSM - population health*. 2019;9:100471.
131. Kondo N, Kawachi I, Subramanian SV, Takeda Y, Yamagata Z. Do social comparisons explain the association between income inequality and health?: Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science & Medicine*. 2008;67(6):982-7.
132. Prag P, Mills MC, Wittek R. Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. *Social Science and Medicine*. 2016;149:84-92.
133. Weinberg D, Stevens G, Duinhof EL, Finkenauer C. Adolescent Socioeconomic Status and Mental Health Inequalities in the Netherlands, 2001-2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(19).
134. Li J, Wang J, Li JY, Qian S, Jia RX, Wang YQ, et al. How do socioeconomic status relate to social relationships among adolescents: a school-based study in East China. *BMC pediatrics*. 2020;20(1):271.
135. Hardt J. Die Symptom-Checkliste-27-plus. Kreuzvalidierung eines neuen Screening-Instrumentes. *Psychologische Medizin*. 2011;22(1):11-20.
136. Kuncewicz D, Dragan M, Hardt J. [Validation of the Polish version of the symptom checklist-27-plus questionnaire]. *Psychiatria Polska*. 2014;48(2):345-58.
137. Bohnert S. Der Zusammenhang von bestimmten Eltern- / Kindbeziehungen und depressiver Symptome im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter. (Unpublizierte Dissertation). 2021.
138. Gajewski J, Małkowska-Szkućnik A. [Family and peer factors related to alcohol abuse and smoking by 15-year-old youth]. *Medycyna wieku rozwojowego*. 2012;16(4):322-8.
139. Farnicka M, Grzegorzewska I. Intrapersonal correlates of aggression in adolescents: determinants of undertaking the role of the perpetrator and the victim. *Current Issues in Personality Psychology*. 2015;3:25-35.
140. Engfer A. Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Abschlussbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Paderborn; 1997.

141. Hardt J, Egle U, Engfer A. Der Kindheitsfragebogen, ein Instrument zur Beschreibung der erlebten Kindheitsbeziehung zu den Eltern. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. 2003;24:33-44.
142. Hardt J, Fischbeck S, Engfer A. Kreuzvalidierung der Kurzform des Kindheitsfragebogens. *Psychotherapeut*. 2011;58:248–55.
143. Hardt J, Dragan M, Schultz S, Engfer A. Parent-Child Relationships in Poland and Germany: A Retrospective Study. *Psychology*. 2011;2:502-8.
144. Wermuth N, Cox DR. Graphical models: overview. In: Smelser NJ, Baltes B, editors. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. 2001. p. 6379.
145. Van Buuren S. *Flexible imputation of missing data*: Chapman and Hall/CRC; 2018.
146. Little RJA, Rubin DB. *Statistical Analysis with Missing Data*, 3rd Edition. New York: Wiley; 2019.
147. Hardt J, Herke M, Brian T, Laubach W. Multiple imputation of missing data: a simulation study on a binary response. *Open Journal of Statistics*. 2013;3(05):370.
148. Hardt J, Herke M, Leonhart R. Auxiliary variables in multiple imputation in regression with missing X: a warning against including too many in small sample research. *BMC Medical Research Methodology*. 2012;12(1):184.
149. Hardt J, Egle U, Kappis B, Hessel A, Brähler E. Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *PPmP- Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. 2004;54:214-23.
150. Hardt J, Jacobsen C, Goldberg J, Nickel R, Buchwald D. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Medicine*. 2008;9(7):803-12.
151. Freud S, Freud A. *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet. Werke aus den Jahren 1917-1920*: S. Fischer; 1968.
152. Bowlby J, Ainsworth M, Boston M, Rosenbluth D. The effects of mother-child separation: A follow-up study 1956;29(3-4):211-47.
153. Papaleontiou - Louca E, Al Omari O. The (Neglected) role of the father in Children's mental health. *New Ideas in Psychology*. 2020;59:100782.
154. Cabrera NJ, Tamis-LeMonda CS, Bradley RH, Hofferth S, Lamb ME. Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*. 2000;71(1):127-36.
155. Scott JK, Nelson JA, Dix T. Interdependence Among Mothers, Fathers, and Children From Early to Middle Childhood: Parents' Sensitivity and Children's Externalizing Behavior. *Developmental Psychology*. 2018;54(8):1528-41.
156. Geckova A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*. 2003;13(1):44-50.

157. Graber R, Turner R, Madill A. Best friends and better coping: Facilitating psychological resilience through boys' and girls' closest friendships. *British Journal of Psychology*. 2016;107(2):338-58.
158. Bianchi EC, Vohs KD. Social Class and Social Worlds: Income Predicts the Frequency and Nature of Social Contact. *Social Psychological and Personality Science*. 2016;7(5):479-86.
159. Eriksson E, Wejaker M, Danhard A, Nilsson A, Kristofferzon ML. Living with a spouse with chronic illness - the challenge of balancing demands and resources. *Bmc Public Health*. 2019;19.
160. Lewis FM, Fugate Woods N, Ellison Hough E, Southwick Bensley L. The family's functioning with chronic illness in the mother: The spouse's perspective. *Social Science & Medicine*. 1989;29(11):1261-9.
161. Chen Y-C, Fish MC. Demands of Maternal Chronic Illness and Children's Educational Functioning: An Exploratory Study. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2013;30(3):257-74.
162. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Transmission and Prevention of Mood Disorders Among Children of Affectively Ill Parents: A Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;50(11):1098-109.
163. Pape SE, Collins MP. A systematic literature review of parenting behaviours exhibited by anxious people. *European Psychiatry*. 2011;26(S2):170.
164. Mordoch E, Hall WA. Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health Research*. 2008;18(8):1127-44.
165. Robert Koch-Institut. Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*. 2019;4(4).
166. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciorka J, Stokwiszewski J, et al. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure - an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*. 2015;49(1):15-27.
167. Jorm AF. Mental health literacy - Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:396-401.
168. Stockwell T, Zhao JH, Greenfield T, Li J, Livingston M, Meng Y. Estimating under- and over-reporting of drinking in national surveys of alcohol consumption: identification of consistent biases across four English-speaking countries. *Addiction*. 2016;111(7):1203-13.

169. Heinz C, Utschakowski J. Verlauf psychischer Erkrankungen. In: Gaßmann M., Marschall W., Utschakowski J. (eds) Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care: Springer, Berlin, Heidelberg; 2006.
170. Beutel ME, Schulz H. Comorbid psychological disorders in patients with chronic somatic diseases. Bundesgesundheitsblatt. 2011;54(1):15-21.
171. Reupert AE, Maybery DJ, Kowalenko NM. Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. The Medical Journal of Australia. 2012;199(S3):7-9.
172. Ferrari AJ, Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Ashbaugh C, Erskine HE, et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-50.
173. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2012;21(1):73-85.
174. Edelstein B. Das Bildungssystem in Deutschland. 2013. <https://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/zukunft-bildung/163283/das-bildungssystem-in-deutschland>, 01.06.2022
175. Eurydice. National Education Systems - Poland Overview. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/poland_en, 01.06.2022
176. Colman I, Kingsbury M, Garad Y, Zeng Y, Naicker K, Patten S, et al. Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. Psychological Medicine. 2016;46(3):543-9.
177. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, et al. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016;57(10):1103-12.
178. Hunzinger J, Egle UT, Vossel G, Hardt J. Stabilität und Stimmungsabhängigkeit retrospektiver Berichte elterlichen Erziehungsverhaltens. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2007;36(4):235-42.
179. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004;45(2):260-73.
180. Heine C. Soziale Ungleichheiten im Zugang zu Hochschule und Studium. Expertisen für die Hochschule der Zukunft. 2012:73-111.

181. Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J, Finger JD, Lampert T. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland– Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*. 2018; 3(2): 46-63
182. Lampert T, Kroll LE. Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. *Gesundheitliche Ungleichheit*: Springer; 2009. p. 309-34.