

Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko: Was tun?

**Matthias Franz
Daniel Hagen
Ida Helga Oster**

Aus: Erich Marks, Claudia Heinzelmann, Gina Rosa Wollinger (Hrsg.):
Kinder im Fokus der Prävention
Ausgewählte Beiträge des 27. Deutschen Präventionstages
Forum Verlag Godesberg GmbH 2023

978.3.96410.026.9 (Printausgabe)
978.3.96410.027.6 (eBook)

Matthias Franz, Daniel Hagen, Ida Helga Oster

Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko: Was tun?

Jedes sechste Kind in Deutschland wächst nach – zumeist konflikthafter – Trennung der Eltern in einer Einelternfamilie auf. Die Mehrfachbelastungen und vielfach nachgewiesenen Gesundheitsrisiken alleinerziehender Eltern teilen sich auch den betroffenen Kindern mit. So zeigen Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien – zum Teil bis ins Erwachsenenalter – häufiger Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit sowie ihrer sozialen und kognitiven Entwicklung als Kinder aus Zweielternfamilien. Dies lässt sich nur teilweise durch das Zusammentreffen von Alleinerziehendenstatus mit ungünstigen sozioökonomischen Faktoren wie Armut oder geringer Schulbildung erklären. Weitere Einflussfaktoren sind das Ausmaß elterlicher Konflikte, das elterliche Erziehungsverhalten und die elterliche psychische Gesundheit. Insbesondere unter Depressionen leiden Alleinerziehende zwei- bis dreimal häufiger. Diese gehen mit eingeschränkter Emotionsverarbeitung und Empathiefähigkeit einher und stellen einen gesicherten Risikofaktor für die kindliche kognitive, emotionale und soziale Entwicklung dar. Deswegen fokussiert das Elterstraining wir2 auf die Verbesserung der emotionalen Elternkompetenzen und der Feinfühligkeit sowie auf die Deeskalation des Paarkonfliktes. Das wir2 Bindungstraining wirkt nachhaltig und wird inzwischen in drei unterschiedlichen Settings je nach Belastungsschwere angeboten und durchgeführt.

Erhöhte Gesundheitsrisiken von Alleinerziehenden und ihren Kindern

Die Zahl der Alleinerziehenden steigt seit Jahrzehnten entgegen dem demografischen Trend an. Derzeit leben 1,43 Alleinerziehende mit 2,03 Millionen minderjährigen Kindern in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2021), obwohl die Anzahl der Familien mit Kindern unter 18 Jahren insgesamt deutlich abgenommen hat. Demnach ist inzwischen rund jede

fünfte Familie in Deutschland alleinerziehend, wobei 85 % der Alleinerziehenden Mütter sind. Der Anteil der Einelternfamilien ist in Städten und den östlichen Bundesländern teils erheblich höher.

Einer Fülle übereinstimmender Studien zufolge sind Alleinerziehende und ihre Kinder im Vergleich zu Paarfamilien einer Vielzahl sozioökonomischer und gesundheitlicher Risiken ausgesetzt (Calmbach, Flaig & Roden, 2014; Lenze, 2021; Rattay, Lippe & Lampert, 2017). Bei alleinerziehenden Müttern bestehen z. B. erhöhte Prävalenzraten für chronische somatische Erkrankungen, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen und psychische Störungen (Calmbach et al., 2014; Helfferich, Hendel-Kramer & Klindworth, 2003). Vor allem Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch treten bei alleinerziehenden Müttern zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Müttern in Partnerschaften (Calmbach et al., 2014; Helfferich et al., 2003; Rattay et al., 2017; Sperlich, 2014; Wade, Veldhuizen & Cairney, 2011). Auch bei alleinerziehenden Vätern sind die gesundheitsbezogenen Risiken erhöht (Rattay et al., 2017). Die höheren Prävalenzen der Alleinerziehenden gegenüber Eltern in Paarhaushalten können in erster Linie nicht mit der häufig prekären finanziellen Lage der Alleinerziehenden erklärt werden. Denn die Befunde bezüglich erhöhter gesundheitlicher Risiken für Alleinerziehende bestehen auch nach Kontrolle des sozioökonomischen Status und des Erwerbsstatus (Rattay et al., 2017).

Bei Kindern alleinerziehender Eltern ist die Befundlage entsprechend. Sie weisen mehr emotionale oder Verhaltensprobleme als Kinder aus Zweielternfamilien auf (Franz, Lensche & Schmitz, 2003; Hagen & Kurth, 2007; Rasmussen, Nielsen, Petersen, Christiansen & Bilenberg, 2014), sind häufiger chronisch krank (Rattay, Lippe & Lampert, 2014) und zeigen bereits im Einschulungsalter gesundheitliche und Verhaltensauffälligkeiten (Schäfer et al., 2019). Auch Schulprobleme (Hagen & Kurth, 2007), delinquentes Verhalten (Burt, Barnes, McGue & Iacono, 2008) und erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum (Kristjansson, Sigfusdottir, Allegrante & Helgason, 2009) treten bei Kindern aus Einelternfamilien häufiger auf. Ebenso steigt das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln (Kim et al., 2005). Selbst als Erwachsene leiden ehemalige Trennungskinder noch häufiger unter psychischen Störungen wie Depressionen und Substanzmissbrauch (Afifi, Boman, Fleisher & Sareen, 2009; Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2003) und haben selbst ein höheres eigenes Scheidungsrisiko (Huurre, Junkkari & Aro, 2006).

Elterliche Depressivität und kindliche Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Depressivität der Mutter und dem Ausmaß kindlichen Problemverhaltens bzw. einer gesundheitlich beeinträchtigten kindlichen Entwicklung ist statistisch belegt (Franz et al., 2003; Kouros & Garber, 2010; Wachs, Black & Engle, 2009). Depressive Mütter wenden vermehrt ungünstige Erziehungspraktiken an (McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks & Hou, 2006) und sind in der Emotionsverarbeitung und in ihren elterlich-empathischen Fähigkeiten eingeschränkt (Coyne, Low, Miller, Seifer & Dickstein, 2007). Dabei ist nicht nur die Primärdiagnose Depression bedeutsam, sondern auch die häufig komorbide auftretende Depressivität im Rahmen anderer psychischer Störungen wie Angststörungen, Somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch oder PTSD (Kessler et al., 2010; Paykel, Brugha & Fryers, 2005).

Die Mutter-Kind-Beziehung kann beispielsweise dadurch beeinträchtigt werden (Martins & Gaffan, 2000), wenn Mütter depressionsbedingt intuitiv nicht mehr ohne weiteres in der Lage sind, die Affektsignale des Kindes und dessen dahinterstehende Bedürfnisse feinfühlig wahrzunehmen und angemessen zu regulieren (Gergely, 2007). Bei Bestehen einer mütterlichen Depression ist häufig auch die affektgesteuerte mimische Responsivität sowie die Wahrnehmung und Spiegelung kindlicher Affektsignale beeinträchtigt (Stanley, Murray & Stein, 2004). Diese Beeinträchtigung wird von vielen betroffenen Müttern durchaus registriert und zusätzlich schuldhaft verarbeitet, was sich zusätzlich depressiogen auswirken kann. Dementsprechend kann eine anhaltende Depression die emotionale Erreichbarkeit und Feinfühligkeit der Mutter beeinträchtigen und bei Fortbestehen zu anhaltenden Entwicklungsstörungen des betroffenen Kindes beitragen (Field, 2010; Netsi et al., 2018).

Da alleinerziehende Mütter u. a. ein erhöhtes Risiko für depressionstypische Beeinträchtigungen aufweisen, stellt diese Befundlage eine erhebliche Risikokonstellation auch für die Entwicklung von Kindern in Trennungsfamilien dar. Eine erfolgreiche Behandlung der mütterlichen Depressivität reduziert zwar das elterliche Stressempfinden, führt aber nicht automatisch auch zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung (Forman et al., 2007). Außerdem belastet nicht in erster Linie die Familienform, sondern das Fehlen elterlicher Kompetenzen und das Ausmaß der Gewalt die Kinder (Gilman et al., 2013). Deshalb sollten

Interventionen für psychisch beeinträchtigte alleinerziehende Mütter auch auf eine Verbesserung der Elternkompetenzen und der Feinfühligkeit fokussieren (Nyamekye, 2022). Eine entsprechende psychologisch-basierte Unterstützung wünschen sich auch die Alleinerziehenden selbst (Institut für Demoskopie Allensbach, 2017).

wir2: ein präventives Bindungstraining für Alleinerziehende

Mit dieser Zielsetzung wurde das Programm wir2 am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Psycholog*innen und Pädagog*innen entwickelt und als Manual veröffentlicht (Franz, 2014). wir2 ist ein bindungsorientiertes Elterntaining für psychosozial bzw. psychosomatisch belastete Alleinerziehende. Das strukturierte Gruppenprogramm basiert auf entwicklungspsychologischen, psychodynamischen und bindungswissenschaftlichen Grundlagen und fokussiert auf das emotionale Erleben und den feinfühligsten Umgang mit kindlichen Affektsignalen. Die Gesundheit der teilnehmenden Alleinerziehenden, ihre Beziehung zu sich selbst und ihren Kindern wird gefördert durch einen individuell erlebniszentrierten Lernzyklus innerhalb eines affektmobilisierenden, selbstwertregulativ positiv rückgekoppelten Gruppenprozesses, wodurch das Erlebte und Gelernte besonders gut verarbeitet und langfristig beibehalten werden kann.

Durchgeführt werden die wir2-Gruppen mit Alleinerziehenden auf der Basis eines detaillierten Manuals (Franz, 2014) von einem Gruppenleitungs-paar, das vom wir2-Team in einer strukturierten und qualitätsgesicherten dreitägigen Intensivschulung ausgebildet wird. Die zu wir2-Gruppenleiter*innen geschulten Multiplikator*innen sind professionelle Fachkräfte und stammen aus sozialen, pädagogischen und therapeutischen Berufen. Das wir2-Training für die Alleinerziehenden selbst umfasst im kommunalen Setting 20 wöchentliche Gruppensitzungen von jeweils 90 Minuten. Die 20 Sitzungen gliedern sich in vier aufeinander aufbauende Module: I. Selbstbild und Gefühlswahrnehmung, II. Einfühlung in das emotionale Erleben und die Bedürfnisse des Kindes, III. Trennung von Elternverantwortung und Paarkonflikt, bewusstes Erleben und Bewältigung der damit zusammenhängenden Gefühle sowie Bedeutung des anderen Elternteils, IV. Konflikt- und Alltagsbewältigung auf Verhaltensebene.

Entscheidend und besonders an wir2 ist die Fokussierung auf typische Konfliktfelder Alleinerziehender, der sehr emotionszentrierte Gruppenprozess, der von beziehungsstärkenden Feinfühligkeits-Übungen mit dem Kind zuhause begleitet wird, in denen das zuvor von den Eltern in der Gruppe affektiv selbst erlebte und kognitiv konsolidierte Thema zusammen mit dem Kind erprobt und erlebt wird. Die dabei gemachten intensiven Beziehungserfahrungen berichten die Eltern in der nächsten Gruppensitzung und werden dabei im Sinne einer wertschätzenden Kompetenzbestätigung von der Gruppe gespiegelt. Dies fördert sowohl die Gruppenkohäsion, die Vertrauensbildung und Öffnungsbereitschaft wie auch das elterliche Selbstwertgefühl.

Das wir2 Bindungstraining wird in kommunalen Lebenswelten zumeist in Kitas, Bildungseinrichtungen oder Familienzentren angeboten, da hier die Zielgruppe der Alleinerziehenden wohnortnah und niederschwellig gut erreicht werden kann. Es richtet sich in diesem Setting an Alleinerziehende mit Kindern im Vor- und Grundschulalter, die in ihrer Alltagsbewältigung beeinträchtigt und psychosozial belastet sind. Während des wir2-Programms wird eine Kinderbetreuung sichergestellt, die wie das gesamte wir2-Angebot für die Alleinerziehenden kostenlos ist. Seit 2015 bietet die gemeinnützige Walter Blüchert Stiftung das Programm wir2 im Rahmen eines Kooperationsmodells interessierten Institutionen und öffentlichen Trägern an.

Die nachhaltige Wirksamkeit des wir2 Bindungstrainings im kommunalen Setting wurde in einer methodisch aufwendigen RCT-Studie mit 58 alleinerziehenden, mittelgradig psychisch belasteten Müttern aus Neuss und Hilden nachgewiesen (Weihrauch, Schäfer & Franz, 2014). Sowohl unmittelbar nach der Intervention (t2) als auch 6 Monate später (t3) zeigten sich bei den Müttern der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zu ihren Ausgangswerten und zur Kontrollgruppe (KG) signifikante Verbesserungen ihrer psychischen Gesundheit: Ihre mit der SCL-90-R (Franke, 2002) erfasste depressive Belastung sank im Mittel von 1,42 (SD = 0,79) zum ersten Messzeitpunkt vor der wir2-Gruppe (t1) um etwa die Hälfte auf einen Mittelwert von 0,69 (SD = 0,58) nach der Intervention (t2) und blieb auch in der Follow-up-Untersuchung sechs Monate nach der Intervention (t3) im Vergleich zum Ausgangswert stark reduziert (M = 0,78, SD = 0,72). In der unspezifisch betreuten Kontrollgruppe kam es zwar ebenfalls zu einem allmählichen Absinken der depressiven Symptome (von M

= 1,11 (SD = 0,76) zu t1 auf M = 0,91 (SD = 0,66) zu t2 und M = 0,71 (SD = 0,56) zu t3), unter Berücksichtigung des höheren Ausgangsniveaus der IG fiel die Verbesserung in der IG aber stärker aus (signifikanter Gruppe x Messzeit-Interaktionseffekt, partielles η^2 beim t1-t2-Vergleich (n^2) = .09, beim t1-t2-t3-Vergleich = .08). Weitere Konstrukte wie die psychosomatische Belastung, das psychische Wohlbefinden oder die emotionalen elterlichen Kompetenzen zeigten vergleichbare Effekte. Ebenso nahm das Problemverhaltens der Kinder ab. Die Effektstärken des wir2-Elterstrainings lagen beim Prä-Post-Vergleich in einem mittleren bis hohen Bereich und waren vergleichbar mit denen anderer englischsprachiger Elterstrainings (Weihrauch et al., 2014) oder gingen sogar darüber hinaus.

Im kommunalen Setting ist das wir2 Bindungstraining ein passgenaues Präventionsprogramm im Sinne des Präventionsgesetzes, der Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz und des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes, der den Rahmen für primärpräventive Interventionen auf Grundlage Präventionsgesetzes vorgibt, ist eine stärkere Berücksichtigung von Alleinerziehenden als Zielgruppe bei settingbezogenen Präventionsprogrammen explizit vorgesehen. Darauf basierend wurde erstmals in Kassel in Kooperation mit der Kommune (Sozialdezernat), dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Hessen und der Walter Blüchert Stiftung eine kommunale Gesamtstrategie für Alleinerziehende entwickelt und komplementär vom vdek und der Kommune Kassel finanziert, deren Kernstück das wir2 Bindungstraining ist. Dieses Modell wurde auch im ersten Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz empfohlen. Inzwischen besteht zudem eine Kooperation mit der BAR-MER Krankenkasse, die präventive Strategien für Alleinerziehende und insbesondere wir2 in kommunalen Settings fördert.

Dreigestuftes Versorgungsmodell je nach Belastungsgrad

Für stärker belastete Alleinerziehende wurden zusätzlich zum wohnortnahen wir2-Angebot in Kommunen zwei weitere wir2-Varianten für die stationäre psychosomatische Rehabilitation entwickelt. Zunächst wurde das Programm in die psychosomatische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) transferiert („wir2Reha“). Es richtet sich an psychosozial hoch belastete Alleinerziehende, deren Arbeitsfähigkeit

aufgrund psychosomatischer Beschwerden auf Dauer in Frage gestellt ist. Innerhalb eines sechswöchigen stationären Aufenthaltes werden Alleinerziehenden zusammen mit ihren Begleitkindern in bislang zwei psychosomatischen Rehabilitationsfachkliniken (Celenus-Klinik in Schömburg und Median-Klinik in Bad Gottleuba) alle 20 Sitzungen angeboten, allerdings drei bis vier Sitzungen pro Woche (statt eine Sitzung pro Woche wie beim Setting in kommunalen Lebenswelten). Der Bundesverband alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV) befürwortet dieses Angebot im Rahmen einer BMBF-geförderten Studie und weist Betroffene darauf hin. Darüber hinaus wurde auch der Transfer in psychosomatische Rehabilitationskliniken der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vollzogen. Hier beträgt die Aufenthaltsdauer jedoch nur drei Wochen, so dass eine konzeptionelle Verdichtung des Trainings auf 13 Sitzungen erfolgte („wir2kompakt“, Klinik Maximilian in Scheidegg, Silberberg Klinik in Bodenmais, Alpenblick Klinik Hotzenplotz in Rickenbach). Diese Programmvariante richtet sich an Alleinerziehende, die aufgrund psychosomatischer Beschwerden krankgeschrieben wurden.

In einer naturalistischen Evaluationsstudie wurde die Wirksamkeit des gestuften Modells des wir2 Bindungstrainings untersucht. Hierzu wurde unter anderem das Selbstbeurteilungsinstrumente HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) Erfassung bestehender psychosomatischer Beeinträchtigungen bei den alleinerziehenden Eltern (HEALTH-49, wir2: N = 167, wir2kompakt: N= 250, wir2Reha: N = 215) in den Institutionen, welche das wir2 Bindungstraining anbieten, verwendet. Der Erhebungszeitraum lag in den Jahren von 2013 bis 2021. Die Fragebögen wurden unmittelbar vor (t1) und unmittelbar nach (t2) dem jeweiligen wir2-Programm von den Teilnehmer*innen ausgefüllt. Für den Vergleich einzelner Skalen der genannten Erhebungsinstrumente wurde ein t-Test für verbundene Stichproben mit Messwiederholung zwischen t1-und t2-Messpunkt berechnet.

In allen drei Settings kam es zu einer signifikanten Abnahme der HEALTH-49-Belastungswerte im Vergleich vom t1-Messpunkt (zu Beginn des wir2-Programms im jeweiligen Setting) zum t2-Messpunkt (bei Beendigung des wir2-Programms im jeweiligen Setting). Mit dem HEALTH-49 wurde u. a. die Depressivität erfasst. Die höchste Ausgangsbelastung wurde – wie zu erwarten – für die wir2Reha-Gruppe gemessen (M = 2,02; SD = 1,00). Die Ausgangswerte der ebenfalls stationären wir2kompakt- und der ambulanten wir2-Gruppen lagen zum t1-Messpunkt jeweils abgestuft

etwas geringer (wir2kompakt: $M = 1,67$; $SD = 0,83$; wir2: $M = 1,54$; $SD = 0,89$). Nach der Intervention sanken die Belastungswerte in der wir2kompakt-Gruppe am stärksten ($M_{diff} t1-t2 = 0,89$; $t(249) = 19,47$; $p < .001$). In den beiden anderen Gruppen war eine Abnahme von $M_{diff} t1-t2 = 0,60$ (wir2: $t(166) = 9,25$; $p < .001$) und $M_{diff} t1-t2 = 0,85$ (wir2Reha: $t(214) = 13,89$; $p < .001$) zu verzeichnen. Die Mittelwertunterschiede zwischen t1- und t2-Messpunkt waren in allen Gruppen signifikant. Die Effektstärke nach Cohen (Cohen, 1988) belief sich in der wir2-Gruppe auf $d = 0,73$, in der wir2Reha-Gruppe auf $d = 0,88$ und in der wir2kompakt-Gruppe auf $d = 1,20$. In den HEALTH-49-Skalen „Somatoforme Beschwerden“ konnte eine vergleichbare Stufenform in den Ausgangsbelastungen beobachtet werden und eine Abnahme der Belastung mit hohen (wir2, wir2Reha) bis extrem hohen (wir2kompakt) Effektstärken). Für wir2Reha läuft derzeit eine randomisierte-kontrollierte Studie inklusive Katamnese, um hier Langzeiteffekte analog zum ambulanten wir2-Training nachzuweisen.

Mit dem ambulanten wir2-Programm steht eine wissenschaftlich evaluierte psychosoziale Intervention zur Verfügung, die das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Alleinerziehenden und ihren Kindern deutlich verbessern kann. wir2 erfüllt dabei alle Qualitätskriterien eines modernen, auch präventiv einsetzbaren Interventionsprogramms für die wachsende und besonders vulnerable Gruppe der Alleinerziehenden und ihrer Kinder. Das gestufte Versorgungsmodell von wir2 berücksichtigt dabei die breit gefächerten Belastungsgrade in Einelternfamilien. Insofern stellt das bindungsorientierte wir2-Elterntaining eine nachhaltig wirksame und zielgenaue Unterstützungsmöglichkeit für die viel zu häufig noch allein gelassene Bevölkerungsgruppe der Alleinerziehenden dar – nachhaltig wirksam bei geringem Mitteleinsatz.

Literaturverzeichnis

- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W. & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child abuse & neglect*, 33 (3), 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.009>
- Burt, S. A., Barnes, A. R., McGue, M. & Iacono, W. G. (2008). Parental divorce and adolescent delinquency: ruling out the impact of common genes. *Developmental psychology*, 44 (6), 1668–1677. <https://doi.org/10.1037/a0013477>
- Calmbach, M., Flaig, B. B. & Roden, I. (2014). *AOK-Familienstudie 2014*. Heidelberg: SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ u.a.: Erlbaum.
- Coyne, L. W., Low, C. M., Miller, A. L., Seifer, R. & Dickstein, S. (2007). Mothers' Empathic Understanding of their Toddlers. Associations with Maternal Depression and Sensitivity. *Journal of Child and Family Studies*, 16 (4), 483–497. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9099-9>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant behavior & development*, 33 (1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*, 19 (2), 585–602. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070289>
- Franke, G. (2002). *Symptom-Checklist von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R) (2. Aufl.)*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Franz, M., Lensche, H. & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (2), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0605-8>
- Franz, M. (2014). *wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gergely, G. (2007). The social construction of the subjective self: The role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self-development. In Mayes, L., Fonagy, P., Target, M. (Hrsg.), *Developments in psychoanalysis. Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation* (S. 45–88). Karnac Books.

- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M. & Buka, S. L. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American journal of psychiatry*, 160 (5), 939–946. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.939>
- Hagen, C. & Kurth, B.-M. (2007). Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. *Aus Politik und Zeitgeschichte* (42), 25–31.
- Helfferich, C., Hendel-Kramer, A. & Klindworth, H. (2003). Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Huurre, T., Junkkari, H. & Aro, H. (2006). Longterm psychosocial effects of parental divorce: a follow-up study from adolescence to adulthood. *European archives of psychiatry and clinical neuro-science*, 256 (4), 256–263. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0641-y>
- Institut für Demoskopie Allensbach (2017). *Gemeinsam getrennt erziehen. Kernergebnisse einer Befragung von Trennungseltern im Auftrag des BMFSFJ. Untersuchungsbericht*. www.ifd-allensbach.de/fileadmin/studien/Abach_Trennungseltern_Bericht.pdf
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine*, 40 (2), 225–237. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990213>
- Kouros, C. D. & Garber, J. (2010). Dynamic associations between maternal depressive symptoms and adolescents' depressive and externalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 38 (8), 1069–1081. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9433-y>
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P. & Helgason, A. R. (2009). Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: assessing the importance of family conflict. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 98 (3), 537–542. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.01133.x>
- Lenze, A. (2021). *Alleinerziehende weiter unter Druck. Bedarfe, rechtliche Regelungen und Reformansätze*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Martins, C. & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A Metaanalytic Investigation. *Journal*, 41 (6), 737–746.
- McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E. & Hou, W. (2006). The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *PEDIATRICS*, 118 (1), e174-82. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1551>

- Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G. & Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA psychiatry*, *75* (3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363>
- Nyamekye, H. (2022). The Role of Attachment and Stress in the Intergenerational Transmission of Depression (Doctoral dissertation, City University of Seattle).
- Paykel, E. S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *15* (4), 411–423. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.008>
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *55* (2), 162–179. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.2.162>
- Rasmussen, C. S., Nielsen, L. G., Petersen, D. J., Christiansen, E. & Bilenberg, N. (2014). Adverse life events as risk factors for behavioural and emotional problems in a 7-year followup of a population-based child cohort. *Nordic journal of psychiatry*, *68* (3), 189–195. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.794473>
- Rattay, P., Lippe, E. von der & Lampert, T. (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *57* (7), 860–868. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1988-2>
- Rattay, P., Lippe, E. von der & Lampert, T. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, *2* (4), 24–44. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- Schäfer, R., Roth, A., Klapdor-Volmar, B., Albrecht, B., Bollmeier, N. & Franz, M. (2019). Gesundheit von Schulneulingen alleinerziehender Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *48*, 98. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0712-6>
- Sperlich, S. (2014). Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern. Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *57* (12), 1411–1423. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2066-5>

- Stanley, C., Murray, L. & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Stillface perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. *Development and psychopathology*, 16 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1017/s0954579404044384>
- Statistisches Bundesamt (2021). Haushalte und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus - Fachserie 1 Reihe 3 - 2020.
- Wachs, T. D., Black, M. M. & Engle, P. L. (2009). Maternal Depression: A Global Threat to Children's Health, Development, and Behavior and to Human Rights. *Child Development Perspectives* (3, 1), 51–59.
- Wade, T. J., Veldhuizen, S. & Cairney, J. (2011). Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (9), 567–573. <https://doi.org/10.1177/070674371105600908>
- Wehrauch, L., Schäfer, R. & Franz, M. (2014). Longterm efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children. A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22 (2), 139–153. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0605-4>

Inhalt

Vorwort 9

I. Der 27. Deutsche Präventionstag im Überblick

Tana Franke, Erich Marks

Zusammenfassende Gesamtdarstellung des
27. Deutschen Präventionstages 13

Merle Werner

Evaluation des 27. Deutschen Präventionstages 57

*Der Deutsche Präventionstag und ständige
Veranstaltungspartner*

Hannoveraner Erklärung des 27. Deutschen Präventionstages 101

II. Expertisen zum Schwerpunktthema

Vorwort 106

Regine Möhle, Thomas Möhle

Gelingende Entwicklung 115

Marlies Kroetsch

Kinderrechte und Partizipation 139

Bernd Holthusen, Heinz Kindler

Kinder als Betroffene von psychischer und physischer Gewalt
und darauf bezogene Prävention 163

Nadine Schicha

Sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen vorbeugen –
Ansätze eines gelingenden Kinderschutzes 187

Klaus Zierer

Kinder und ihre Bildung im Licht der Corona-Pandemie 209

III. Vorträge

Selin Arikoglu

„und dann bin ich kriminell geworden“: Biografische
Fallrekonstruktion von straffälligen jungen Frauen mit einem
Migrationshintergrund 241

Alexandra Bachmann, Johannes Bittner

Das Präventionsprogramm DIGITAL NATIVE 251

Rainer Becker

Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Kinder 257

Cora Bieß, Dr. Ingrid Stapf

Sicherheit für Kinder in der digitalen Welt durch Stärkung von
Kinderrechten und Gewaltprävention 161

Rita Bley

Präventionsprojekt „BewusstSIGN“ 279

***Katharina Bremer, Ricarda Brender, Frederick Groeger-Roth,
Ulla Walter***

Grüne Liste Prävention: wirksame Verhältnisprävention stärken 291

Vera Dittmar, Anja Herrmann

Systemische Beratung für Kinder und deren inhaftierte Eltern 317

Stephan Eckl

Theater als hochwirksames Medium in der Prävention 333

Dunya Elemenler

Präventionsarbeit mit und für Frauen und Mädchen 343

Sabeth Eppinger

Beratung von Familien in hochkonflikthaften Trennungsprozessen 351

Matthias Franz, Daniel Hagen, Ida Helga Oster

Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko: Was tun? 367

Astrid Helling-Bakki, Flavia Klingenhäger und Judith Bader

Das Childhood-Haus-Konzept: Das Kind im Mittelpunkt 379

Dinah Huerkamp

Der Fluch und Segen eines präventiven Internetstrafrechts am Beispiel des Cybergroomings unter Berücksichtigung alternativer Regelungsansätze 391

Michael Laumer

Auswirkungen partnerschaftlicher Gewalt auf anwesende Kinder – Eine Untersuchung im Kontext der Pandemie 405

Michael Otten

Paternalismus und Kinderrechte vertragen sich nicht – das Kinderrecht auf Privatsphäre in der digitalisierten Welt 421

Helmolt Rademacher

Bedeutung der Kinderrechte für Demokratielernen und Gewaltprävention 433

Marc Reinelt

Prävention von Gefahren im digitalen Alltag von Kindern. Das polizeiliche Präventionsprogramm „Klasse im Netz“ der Polizei Baden-Württemberg 441

Jördis Schübler

Die Kinder von inhaftierten Eltern im Fokus der Prävention 451

Birte Steinlechner

PräGe – Prävention von häuslicher Gewalt an Schulen – warum dieser Baustein der Präventionsarbeit so unglaublich wichtig ist 465

IV. Praxis-Impulse

Rainer Becker

Mütter als Anzeigerstatterinnen bei sexuellem Missbrauch 481

Franziska Böndgen, Michael Wörner-Schappert

Nazisymbole und Holocaust-Leugnung in Schüler:innen-Chats – Konzept für Präventions-Fachtage 489

Eike Bösing, Yannick von Lautz, Margit Stein, Mehmet Kart

Möglichkeiten der Prävention islamistischer Radikalisierung bei Jugendlichen. Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen

Begleitung des Projekts CHAMPS	497
Christiane Honer, Renate Schwarz-Saage „Herausforderung Gewalt“ – (Jugend)Gewalt am Präventionsort Schule wirksam begegnen	509
Melanie Jagla-Franke, Leonard Konstantin Kulisch, Charlotte Sievert, Kerstin Kowalewski, Christa Engelhardt-Lohrke Sind Präventionsangebote für Geschwister von Kindern/ Jugendlichen mit chronischer Erkrankung und/ oder Behinderung – in Deutschland – wirksam?	515
Leo Keidel „ISL AKTIV – Durchstarten nach Corona“ Ein interdisziplinäres Präventionsangebot für die Post-Corona-Zeit nicht nur für Erwachsene	525
Elke Pop Kindermusical „Schlamperjan“ – ein Beitrag zur kriminalpräventiven Kinder- und Jugendarbeit	533
Stefan Schlang Plan P. – Jugend stark machen gegen islamistische Radikalisierung	541
Tuğba Tekin Frauen stärken Frauen – gegen Radikalisierung	547
Stella Valentien Das Programm START ab 2: Stärkung der Persönlichkeit und Förderung der Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen. Eine Maßnahme der Primären Prävention für Kinder ab zwei Jahren in Kitas und Kindertagespflegestellen.	557
Thomas Wilke Sexuelle Lebensstile bei Jugendlichen aus prekären Milieus und Ansätze für die pädagogische und sozialarbeiterische Praxis mit Kindern und Jugendlichen	569
V. Autor*innen	581