



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Early Education – Bildung und Erziehung im
Kindesalter

**Psychische Gesundheit bei Mädchen und
Jungen im Kindesalter.
Was hält Kinder trotz Belastungen psychisch
gesund?**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Early Education

Vorgelegt von: Sandra Heinze

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2009-0115-7

Betreuer: Prof. Dr. Barbara Bräutigam

Tag der Einreichung: 30. Juni 2009

Vorwort

Herausforderung

Du forderst mich
heraus,
ermutigst mich
zu Gedanken und Gefühlen,
zu Träumen und Taten,
die ich mir
ohne dich
nie zugetraut hätte.

Sag,
woher weißt du
eigentlich,
was alles
in mir steckt?
- Ernst Ferstl -

Das Thema dieser Bachelor-Arbeit wählte ich sehr bewusst. Und ich wählte bewusst eine Herausforderung!

Für die Betreuung dieser Bachelor-Arbeit danke ich im Besonderen Frau Profn. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam. Die Bearbeitung bekam durch Ihre Anregung die für mich besondere Richtung.

Darüberhinaus bedanke ich mich bei Profn. Dr. phil. Marion Musiol und Dipl.-Soz.-Pädn. Dagmar Grundmann, die mir in meiner Studienzeit immer mit Offenheit, Nüchternheit und Realismus begegneten.

Gebührender Dank gilt meinem Mann Jörn Zubke und meinen Schwiegereltern. Mit ihrer Unterstützung entschied ich mich für dieses Studium und diesen wunderbaren Weiterbildungsprozess!

Inhaltsverzeichnis

1) EINLEITUNG	1
2) GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	2
2.1) Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit?.....	2
2.2) Psychische Gesundheit	8
3) GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM KINDESALTER.....	10
3.1) Krankheitsdaten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey	10
3.2) Psychische Gesundheit und Krankheit im Kindesalter.....	12
3.3) Psychische Auffälligkeiten bei Säuglingen, Kleinkindern sowie in der frühen und mittleren Kindheit	15
4) RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM KINDESALTER	17
5) RESSOURCEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM KINDESALTER	21
5.1) Risikomildernde Faktoren	21
5.2) Das Konzept der Resilienz	28
5.3) Die Förderung von Resilienz.....	36
6) RESÜMEE	39
7) LITERATURVERZEICHNIS	40

1) Einleitung

*„Die ersten Jahre des Lebens sind
wie die ersten Züge einer Schachpartie,
sie geben den Verlauf und den Charakter der Partie vor,
aber solange man nicht schachmatt ist,
bleiben noch viele schöne Züge zu spielen.“
- Anna Freud -*

Ob Entwicklungspsychopathologie, Psychoanalyse oder Gesundheitswissenschaften. Die Notwendigkeit psychischer Gesundheit ist nicht Abzustreiten. Doch was ist Gesundheit? Was ist psychische Gesundheit? Was wirkt auf die psychische Gesundheit? Und wie schaffen es Kinder, ihre psychische Gesundheit trotz Belastungen zu erhalten? Eine Antwort darauf gibt die Resilienzforschung. Doch die Förderung resilienter Eigenschaften darf nicht dem Kind allein überlassen werden. Um widerstandsfähig gegenüber Belastungen zu werden, brauchen Kinder mindestens eine beständige Bezugsperson und ebenso kompetente und resiliente Erwachsene. Das ist der Ausgangspunkt von psychischer Widerstandsfähigkeit. Und trotz belastender Situationen können sich Kinder psychisch gesund entwickeln.

2) Gesundheit und Krankheit

2.1) Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit?

Zur Einleitung der internationalen Gesundheitskonferenz der Weltgesundheitsorganisation vom 19. bis 22. Juni 1946 wurde Gesundheit folgendermaßen definiert:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

(<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, Stand: 20.04.2009)

Diese Definition der Idealform von Gesundheit besteht auch gegenwärtig. Als Grundlage vieler nachfolgender Definitionen stellt sie einen Zustand der Vollkommenheit dar, der als höchstes persönliches Gut gilt, dementsprechend wertvoll ist und dessen Erreichung höchst wünschenswert ist. Folgende Fragen ergeben sich: Wie realitätsnah ist diese Definition? Wann ist ein Mensch vollkommen gesund? Wann ist ein Mensch vollkommen frei von Krankheit? Ist Gesundheit überhaupt gedanklich fassbar?

Belschner (1986) nennt diese Definition der WHO eine „Glücksdefinition“. Nach seinen Vorstellungen beschreibt diese Gesundheitsdefinition einen subjektiven Zustand des Wohlbefindens. Jedoch beschreibt die Definition nur ausreichend die Struktur von Gesundheit. Viele wesentliche Faktoren von Gesundheit bleiben demnach außen vor. (S. 34; Schorr 1995, S.57)

Gibt es überhaupt eine dichotome Trennung von Gesundheit und Krankheit?

Gesundheitsmodell nach Aron Antonovsky (1989)

Antonovskys Modell der Salutogenese vereint Gesundheit und Krankheit mittels eines Kontinuums. Einer Seite dieses Kontinuums spricht Antonovsky Gesundheit als körperliches Wohlempfinden, der anderen Krankheit als körperliches Missempfinden zu.

Graphik 1: Gesundheits- und Krankheitskontinuum nach Antonovsky

Krankheit als
körperliches
Missempfinden



Gesundheit als
körperliches
Wohlempfinden

Quelle: eigene Darstellung SH, 2009

Das Individuum bewegt sich demnach im Laufe seines Lebens zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit. Daraus ergibt sich, dass das Individuum, auch wenn es sich körperlich als krank empfindet, trotzdem in einer gewissen Form gesund ist. Antonovsky schreibt dazu: „Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir bis zu einem gewissen Grad gesund.“ (Bengel 2001, S. 32, Antonovsky 1989, S. 53)

Das von Antonovsky beschriebene Kohärenzgefühl beinhaltet m.M. nach alle wesentlichen Faktoren, die Gesundheit beeinflussen.

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des **Vertrauens** hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der **inneren** und **äußeren** Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die **Ressourcen** zur Verfügung stehen, um den **Anforderungen**, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen **Herausforderungen** sind, die **Anstrengung** und **Engagement** lohnen.“ (Antonovsky 1997, S. 36; Hervorhebungen SH)

So gesehen setzt sich Gesundheit aus Vertrauen – Bindung -, innerer – Psyche - und äußerer Umwelt zusammen. Zur Erhaltung von Gesundheit bedarf es individueller Anforderungen und Anstrengungen, die Herausforderungen bieten und mit entsprechenden Ressourcen und Engagement bewältigt werden können.

Ein besonderes Augenmerk muss dabei auf die individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien gelegt werden, da sie direkt auf Anforderungen und Herausforderungen wirken. Hat das Individuum ein hohes Potential an Ressourcen und Bewältigungsstrategien, kann es flexibel auf Herausforderungen reagieren. Diese Ressourcen und Bewältigungsstrategien sind Merkmale psychischer Gesundheit. Ebenso zählen Selbstwertgefühl und Eigenverantwortung

dazu. Ein psychisch gesundes Individuum steht kommenden Herausforderungen positiv gegenüber und fühlt sich ihnen gewachsen. Hilflosigkeit wird durch Selbständigkeit und eigener Überzeugung abgelöst.

Gesundheit setzt sich in der Basis aus psychischem und physischem Wohlbefinden zusammen: Psychisches Wohlbefinden wie Freude, Glück, Lebenszufriedenheit und physisches Wohlbefinden wie ein positives Körpergefühl und Fehlen von Krankheitsanzeichen. Aber um der Mehrdimensionalität von Gesundheit Rechnung zu tragen, bedarf es auch der Leistungsfähigkeit und Selbstverwirklichung oder Ressourcen und Potentiale sowie deren Wahrnehmung. Ebenso bedarf das soziale und ökologische Umfeld einer besonderen Berücksichtigung in einer Definition von Gesundheit. (vgl. Bengel 2001, S. 15f)

Die Leistungsfähigkeit des Individuums stellt Parsons (1972, S. 71) als „wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert ist“ dar. Ist diese Leistungsfähigkeit nicht gleichwertig mit Engagement zu verstehen?

Gesundheitsmodell nach Heidrun Bründel (2009)

Im Gegensatz zu den vorherigen Definitionen von Gesundheit stützt sich Bründel (2009, S. 10) eher auf extern wirkende Abhängigkeiten. Sie benennt die medizinische Versorgung, den sozioökonomischen Status, den sozialen Status der Eltern sowie den Familienstand und die Familienatmosphäre in der das Kind¹ aufwächst. Die genetische Konstitution des Individuums ist die einzige interne Abhängigkeit, die sie berücksichtigt. Unter medizinischer Versorgung versteht Bründel z.B. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Dem sozialen Status der Eltern unterstellt sie die Aspekte der Schulbildung und den Beruf. Ob ein Mensch zusammen mit beiden Eltern aufwächst oder Mutter oder Vater alleinerziehend sind, fasst Bründel unter dem Aspekt des Familienstandes zusammen. Der Familienatmosphäre unterliegen die Schwerpunkte Fürsorge, Liebe und Geborgenheit. Weiterhin ist Gesundheit abhängig von der Anzahl der

¹ Bründel bezieht sich in ihrer Definition auf Mädchen und Jungen im Kindesalter. Da dieser Bereich der Bachelor-Arbeit sich aber im Allgemeinen mit der Definition von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, bleibe ich bei der vorangegangenen Formulierung.

Geschwister, den Freunden und Peer Groups. Die Wohnbedingungen, Ernährung, ausreichender Schlaf und Bewegung sind ebenso Wirkfaktoren auf die Gesundheit. Bründel nennt in diesem Zusammenhang belastende Situationen, die wesentliche Auswirkungen auf das Gesundheitsgefühl mit sich bringen. So z.B. Traumata – z.B. ausgelöst durch den Tod einer Bindungsperson, Unfälle, Schmerzen, Krankheiten. (vgl. Bründel 2009a, S. 10) Bründel beschreibt in ihrer Veröffentlichung, was Gesundheit aus Sicht der Gesellschaft bedeutet. Demnach wird Gesundheit „gleichgesetzt mit Arbeits- und Leistungsfähigkeit und ist die Basis sowohl für die Teilhabe an der Gesellschaft als auch für die individuelle Selbstverwirklichung“ (Bründel 2009a, S. 12). Weiterhin schreibt sie: „Gesunde Erwachsene, die ihren Beruf ausüben, erleben sich als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft. Ähnlich geht es gesunden Kindern: sie gehen in die Kita oder zur Schule, nehmen an Vereinsaktivitäten teil und fühlen sich [...] aufgehoben.“ (Änd. SH) Demnach fühlen sich kranke Menschen nicht als „vollwertige Mitglieder der Gesellschaft“. Wie sie schlussfolgert, bezieht sich diese Aussage nicht nur auf gesunde Erwachsene sondern gleichermaßen auf gesunde Kinder. Genauso nehmen nur gesunde Kinder an Vereinsaktivitäten teil und fühlen sich dann aufgehoben. Meiner Meinung nach ist dies eine sehr fragwürdige und zu sehr auf gesellschaftliche und soziale Bereiche bezogene Definition von Gesundheit. Demnach würden sich Individuen mit Krankheiten oder Krankheitssymptomen bzw. auch Individuen die Kindertagesstätten, Schulen oder Vereine nicht besuchen (können) sich nicht aufgehoben fühlen. Die Potentiale der Familie als Schutzfaktor - als Raum für Wertschätzung, Geborgenheit, Bindung, Erfahrung - werden hierbei nicht berücksichtigt. Nach Bründel gibt es eindeutige Abhängigkeiten zwischen Umwelt und Gesundheit, denen das Individuum ausgesetzt ist. Die Teilhabe an Gesellschaft ist laut Bründel also nur gesunden Menschen vorbehalten und nur gesunde Menschen können sich selbst verwirklichen. Kranken Menschen ist so eine Integration in die Gesellschaft und deren Teilhabe abgesprochen und ihre Selbstverwirklichung ist nicht möglich.

Die Schwierigkeit einer Definition von Gesundheit und Krankheit

Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind also sehr optional und subjektiv. Schorr (1995) geht in ihrer Publikation auf die von Gochman (1988) erstellten sechs Thesen ein, die es erschweren, Gesundheit und Krankheit zu definieren. Als erstes Unterfangen nennt er Laien- und Expertendefinitionen. Das Problem zwischen ihnen liegt in der Differenz. Inhaltlich überschneiden sich diese Definitionen zwar, doch die vorhandenen Differenzen haben eine große Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsforschung. In der folgenden These benennt er „die große Vielfalt professioneller und wissenschaftlicher Definitionen“ (Schorr 1995, S.57) So gibt es viele verschiedene Perspektiven, aus denen Gesundheit und Krankheit betrachtet werden kann. Z.B. die soziologische Perspektive: wesentliche Aspekte sind hierbei die sozialen Normen und Rollenanforderungen. Im Gegensatz dazu betrachtet die Naturwissenschaft Gesundheit und Krankheit als normabweichende physiologische und/oder biologische Prozesse. Aus psychologischer Betrachtungsweise geht es um gestörtes Verhalten und Erleben bzw. um die Beeinträchtigung psychischer Funktionen. Die juristische Sichtweise stellt hingegen den Anspruch auf Heilbehandlungen und strafrechtlicher Verantwortlichkeit in Bezug auf die Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Dies sind nur einige Beispiele für die unterschiedlichen Perspektiven von Gesundheit und Krankheit. Nach Gochman sollten diese Definitionen aus mindestens drei folgend genannter Dimensionen bestehen. So nennt er die biomedizinische, die persönliche sowie die soziokulturelle Ebene. Definitionen von Gesundheit und Krankheit bedürfen einer Grau-Abstufung. Es gibt kein schwarz oder weiß – kein Gesundheit oder Krankheit. Als sechsten Faktor von der Verschiedenheit der Definitionen nennt er die internationalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und –vorsorge. Demnach hat jede Gesellschaft ihr spezifisches Verständnis von Gesundheit, weil religiöse, öffentliche, volkstümliche und wissenschaftliche Sichtweisen vorherrschen. (vgl. Schorr 1995, S. 57f)

Historische Veränderungen der Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Historische Veränderungen und somit die Erweiterungen einer Definition von Gesundheit sind u.a. in dem Buch „Wie gesund sind Kranke?“ von Lutz und Mark (1995) einschlägig dargestellt. So gibt es nach Schwarzer (1990) vier Strömungen, die Prävention und Gesunderhaltung anstreben. Das neue Gesundheitsverständnis geht von einem positiven Zustand aus und ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Zweitens werden akute Infektionskrankheiten und Epidemien in der Gegenwart eher von chronisch-degenerativen Erkrankungen abgelöst – wie auch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys aufzeigen. Laut Schwarzer sind die vermehrten chronisch-degenerativen Erkrankungen das Ergebnis ungesunder Lebensgewohnheiten, Unfällen und verhaltensbedingter Gesundheitsschäden. Da ein Gesundheitssystem mit hauptsächlich chronisch kranken Menschen und der darausfolgenden kurativen Behandlung auf lange Sicht hin nicht finanzierbar ist, fordert Schwarzer zu mehr Gesundheitsprävention auf. Die vierte Strömung, die eine historische Weiterentwicklung des Gesundheitsbegriffs beinhaltet, beschreibt den Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell. (vgl. Schorr 1995, S.56) In diesem biopsychosozialen Modell wird Gesundheit als eine ausreichende Kompetenz des Individuums beschrieben, welche verschiedene Störungen im System „Mensch“ autoregulativ bewältigt. Demnach definiert nicht die Abwesenheit pathogener Faktoren Gesundheit, sondern die Kompetenz, diese Faktoren ausreichend zu kontrollieren. Krankheit hingegen entsteht, wenn das System „Mensch“ die Kompetenzen zur Kontrolle der pathogenen Faktoren nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann oder das Individuum in seiner Funktionstüchtigkeit durch diese Faktoren überfordert ist. Nach dieser Darstellung von Egger (2005, S.5-6) sind Gesundheit und Krankheit keine Zustände sondern ein dynamisches Geschehen.

2.2) Psychische Gesundheit

Unter dem Motto: „Psychische Gesundheit – erhalten und wiederherstellen“ wurde 2001 der Weltgesundheitstag eingeleitet. Essentieller Aspekt des Weltgesundheitstages ist die Aussage, dass es eine Wechselwirkung zwischen Körper, Seele und Geist gibt. Die körperliche und seelische Gesundheit stellt demnach eine Einheit dar, die das gesamte Leben überdauert. Das biopsychosoziale Modell von Krankheit - und auch Gesundheit – bestätigt diese Annahme. So können physiologische wie auch psychologische Interventionen ganzheitlich auf den Organismus wirken, was der besonderen Berücksichtigung aller beteiligten Systeme bedarf. Die Geschlossenheit dieser Einheit lässt sich u.a. durch die Stressanfälligkeit von Kindern belegen. Sie unterliegen einem hohen psychischen Druck - z.B. Kinder, die in Armutsverhältnissen leben oder schwere Traumata erlebten - , der sich auf das körperliche Wohlbefinden auswirkt. Als Symptome des psychischen und auch körperlichen Stress' treten oft Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Befindlichkeitsstörungen und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auf. (vgl. BZgA, Stand: 29.04.2009) Diese Symptome können Anzeichen von ungeeigneten Stressbewältigungsstrategien sein.

Es gilt:

„Für seelisch gesunde Menschen ist vor allem kennzeichnend, dass sie sich frei entwickeln, ihre eigenen Anlagen und Potentiale auf schöpferischem Weg zur Entfaltung bringen und einen gewissen Widerstand gegen Enkulturation leisten. Sie orientieren ihr Verhalten nicht an von außen aufgezwungenen oder kritiklos übernommenen Normen und Wertvorstellungen, sondern erreichen die Stufe der autonomen Moral und Selbstverantwortlichkeit für sich und für andere.“ (Becker 1982, S. 147)

Diese freie Entwicklung, die Becker beschreibt, sollte nicht erst im Erwachsenenalter beginnen. Mädchen und Jungen im Kindesalter können die Welt noch unvoreingenommen wahrnehmen und explorieren - somit ihre individuellen „Anlagen und Potentiale auf schöpferischem Weg zur Entfaltung bringen“ (Becker 1982, S. 147). Nach Schäfer (2005, S. 8) erwirbt der Junge, das Mädchen im Kindesalter konkretes Denken durch eine handelnd-sinnlich-emotionale Ordnung. Die erste - hauptsächlich - körperliche Wahrnehmung nach

der Geburt erfährt eine emotionale Bewertung. Die Psychoanalytikerin Françoise Dolto misst diesen ersten Erfahrungen einen hohen Stellenwert bei. Sie betont die Notwendigkeit, sich frei ausdrücken zu dürfen. Dieses freie Ausdrücken sollte unabhängig von der Handlung und dem Ort möglich sein. (vgl. Dolto , S. 95)

In der frühen Kindheit werden, so Dr. Elisabeth Pott, die Grundsteine für eine körperliche und seelische Gesundheit gelegt. Deshalb muss besonders in dieser Zeit auf Ganzheitlichkeit zwischen Körper, Geist und Seele geachtet werden. (vgl. BZgA, Stand: 29.04.2009) Die Notwendigkeit interdisziplinärer Arbeit lässt sich hierbei jedoch nicht leugnen.

Gesundheitsmodell nach den Europäischen Gesundheitsministern (2005)

Die EU-Gesundheitsminister erweitern den hohen persönlichen Wert an psychischer Gesundheit um den Wert der Wirtschaft. Die jährliche wirtschaftliche Belastung, welche durch psychische Störungen entsteht, wird laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 2003 auf etwa 4,1 Milliarden Euro indirekter und direkter Kosten geschätzt (vgl. BKK Bundesverband 2005, S. 14).

„Wir stellen uns hinter die Feststellung, dass es keine Gesundheit ohne **psychische Gesundheit** gibt. Psychische Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital der Nation und sollte daher als integraler und wesentlicher Teil anderer Politikbereiche wie z.B. Sozialwesen, Bildung und Beschäftigung betrachtet werden.“

Europäische Erklärung der EU-Gesundheitsminister, Helsinki 2005

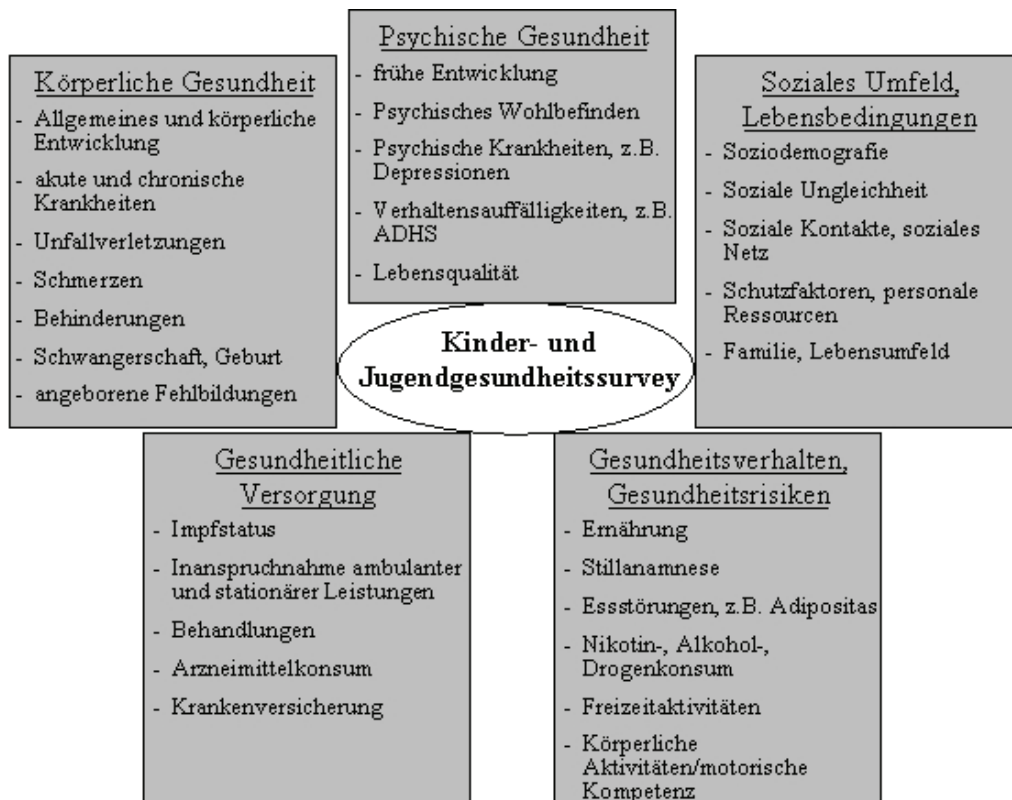
Zusammenfassend sei gesagt, dass Gesundheit einen dynamischen Prozess darstellt, der abhängig ist von psychischen, physischen, sozialen, ökologischen und sozialen Komponenten. (vgl. Becker-Textor, Stand: 29.04.2009)

3) Gesundheit und Krankheit im Kindesalter

3.1) Krankheitsdaten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Als bisher einzigartige Quelle in Deutschland zur Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen gilt der in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Dazu wurden 8.656 Mädchen und 8.985 Jungen von 0 bis 17 Jahren per Fragebogen befragt. In dieser Befragung wurden Informationen zu fünf Schwerpunktthemen erbeten.

Graphik 2: Themen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey



Quelle: eigene Darstellung nach Kurth 2002, S. 5

Neben körperlichen Krankheiten, sozialem Umfeld, Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten sowie gesundheitlicher Versorgung wurde auch die subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit erfasst.

Kinder gelten im Allgemeinen als gesündeste Bevölkerungsgruppe. Trotzdem gibt es zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter. Dazu gehören laut KiGGS:

- Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten
- Defizite in der motorischen Entwicklung
- Allergische Erkrankungen
- Unfälle
- Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität
- Verzögerter Spracherwerb
- Geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (besonders Impfungen)

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ergab, dass 15 % der drei bis 17jährigen Befragten an Übergewicht leiden. Von diesen 15 % wurde bei 6,3 % der Kinder und Jugendlichen Adipositas diagnostiziert. Ausgehend von etwa 12,7 Millionen Kindern in Deutschland sind 1,9 Millionen der hier lebenden Kinder übergewichtig. Circa 800.000 dieser Kinder sind adipös. Auffällig ist dabei ein Anstieg von 9,1 % bei den drei- bis sechsjährigen auf 15,4 % bei den sieben- bis zehnjährigen Kindern. Der höchste Anteil an übergewichtigen Kindern liegt somit in der Altersspanne der sieben- bis zehnjährigen (18,6 %). (vgl. Kurth 2007, S. 738)

Mit spezifischen Kurztests wurden in der Studie die motorische Leistungsfähigkeit wie Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit sowie die Koordination der Kinder und Jugendlichen im Alter von vier bis 17 Jahren erfasst. Die Schwerpunkte lagen in der Altersklasse der vier- bis zehnjährigen bei den koordinativen Fähigkeiten, der Beweglichkeit und der Kraftfähigkeit. Bei den 11 bis 17jährigen wurde vorrangig auf die Ausdauerfähigkeit geachtet.

Die geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen wurde im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hervorgehoben. Bründel (2009) bezeichnet dies als eine externe Abhängigkeit von Gesundheit.

3.2) Psychische Gesundheit und Krankheit im Kindesalter

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat ergeben, dass sich eine Verschiebung von somatischen Krankheiten hin zu psychischen Krankheiten vollzieht. Die Erfassung psychischer Krankheiten unterliegt gewissen Problemen. Die Vielzahl der Krankheitserscheinungen und der hohen Komorbiditätsrate erschweren die Erhebung der Prävalenz- und Inzidenzrate. Ravens-Sieberer (2002) nennt Gründe wie die Verwendung verschiedener Methodik- und Klassifikationssysteme. Auch wird nur ein geringer Teil der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten in den Familien durch professionelle Hilfe unterstützt. Unter diesen Prämissen sind Aussagen zu Abnahmen oder Zunahmen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter oder gar über den Verlauf nicht valide. Zu Überlegen wäre, ob eine ungenügende Aufklärung über psychische Auffälligkeiten im Kindesalter ebenso ein Hinderungsgrund ist.

Neben biologischen und psychosozialen Risiken für die psychische Gesundheit werden im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey auch die Schutzfaktoren berücksichtigt. So soll einer einseitigen Schwerpunktsetzung entgegengewirkt werden. Deshalb werden ebenso soziale, personale und familiäre Ressourcen im Survey erhoben. (vgl. Ravens-Sieberer 2002, S. 31)

Die im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey erfassten Daten wurden im Rahmen der BELLA-Studie durch tiefergehende Daten bzgl. der psychischen und subjektiven Gesundheit ergänzt. Die Unterstichprobe des KiGGS für die BELLA-Studie betraf 2863 Familien mit Kindern im Alter zwischen sieben und 17 Jahren. Mit Hilfe standardisierter Screening-Verfahren (z.B. ICD-10) u.a. wurde die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten erfasst. Dabei zeigten 21,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen Symptome psychischer Auffälligkeiten. Die Prävalenzrate von 21,9 % setzt sich zusammen aus den Determinanten „Möglich“ (12,2 %) und „Wahrscheinlich“ (9,7 %) der Tabelle 1 (Ravens-Sieberer 2007, S.875) unter Berücksichtigung beider Geschlechter.

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach dem adaptierten SDQ-Algorithmus

	Psychische Auffälligkeit nach SDQ-Algorithmus		
	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	76,0 (73,0–78,6)	13,1 (11,2–15,4)	10,9 (9,0–13,2)
Mädchen % (95 % KI)	80,5 (77,5–83,1)	11,2 (9,1–13,7)	8,4 (6,6–10,5)
Altersgruppe			
7–10 % (95 % KI)	79,9 (76,7–82,8)	10,5 (8,3–13,0)	9,7 (7,7–12,1)
11–13 % (95 % KI)	78,5 (74,4–82,1)	12,5 (9,7–15,9)	9,0 (6,7–12,0)
14–17 % (95 % KI)	76,4 (73,2–79,3)	13,4 (11,1–16,2)	10,2 (8,1–12,7)
Ost – West			
Ost % (95 % KI)	78,8 (75,0–82,1)	12,5 (10,1–15,3)	8,7 (6,9–11,1)
West % (95 % KI)	78,0 (75,6–80,3)	12,1 (10,3–14,2)	9,9 (8,3–11,7)
Sozioökonomischer Status			
Niedriger % (95 % KI)	68,8 (64,1–73,1)	18,1 (14,7–21,9)	13,2 (10,2–16,9)
Mittlerer % (95 % KI)	79,2 (76,2–81,8)	12,2 (10,2–14,6)	8,6 (6,8–10,9)
Hoher % (95 % KI)	83,4 (80,2–86,2)	7,6 (5,6–10,4)	8,9 (6,8–11,7)
Gesamt			
% (95 % KI)	78,1 (76,0–80,1)	12,2 (10,6–13,9)	9,7 (8,3–11,2)

Quelle: Ravens-Sieberer 2007, S. 875

Auffällig ist die erhöhte potentielle Prävalenzrate in Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status. Bei den Raten „Möglich“ und „Wahrscheinlich“ sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen. Weiterführende Auswertungen ergaben, dass 5,4 % der Befragten Symptome einer depressiven Störung aufwiesen. 10,0 % zeigten Anzeichen für Ängste. Ein Aufmerksamkeitsdefizit bzw. eine Hyperaktivitätsstörung wurde bei 2,2 % der befragten Kinder und Jugendlichen festgestellt. Die Prävalenzrate ist bei Jungen (sieben bis zehn Jahre) und jüngeren Kinder erhöht. Störungen des Sozialverhaltens wie aggressives und/oder dissoziales Verhalten wurden bei 7,6 % der Befragten festgestellt. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigeren sozialen Status ist die Prävalenzrate um 4,2 % gegenüber dem mittleren sozialen Status erhöht.

Tabelle 2: Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10 % (95 % KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13 % (95 % KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17 % (95 % KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95 % KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95 % KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

Quelle: Ravens-Sieberer 2007, S. 875

Zur Berechnung der Prävalenzrate psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wurden in der BELLA-Studie folgende Risikofaktoren berücksichtigt:

- niedriger Bildungsstatus der Eltern
- Auftreten familiärer oder partnerschaftlicher Konflikte zwischen den Erziehenden – konfliktbelastete Familien, unglückliche Elternpartnerschaften
- beeinträchtigtes Wohlbefinden der Erziehenden in ihren Familien während der eigenen Kinder- und Jugendzeit
- psychisch oder körperlich chronische Erkrankungen bei Mutter und/oder Vater
- Aufwachsen in einer „Ein-Eltern-Familie“
- frühe Elternschaft
- Arbeitslosigkeit während der Lebenszeit des Kindes
- Einschätzungen zur Erwünschtheit der Schwangerschaft
- eventuell fehlende soziale Unterstützung im ersten Lebensjahr des Kindes
- Alkoholkonsum der Eltern

Die hier genannten Risikofaktoren wirken kumulativ. Je höher die Anzahl der Risikofaktoren ist, umso deutlicher steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind psychische Auffälligkeiten zeigt.

Da sich diese psychischen Auffälligkeiten beträchtlich auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen auswirken, bedürfen sie einer besonderen Aufmerksamkeit.

(vgl. Ravens-Sieberer 2007, S. 875 f)

3.3) Psychische Auffälligkeiten bei Säuglingen, Kleinkindern sowie in der frühen und mittleren Kindheit

Das Säuglings- und Kleinkindalter erstreckt sich von der Geburt bis circa zum Ende des 3. Lebensjahres. Reagiert ein Kind auf die ihm gestellten Anforderungen, ist es explorationsfreudig und holt sich Hilfe bei noch versperrten Lösungswegen bzw. nimmt es Hilfe an, geht die klinische Kinderpsychologie von einem normalen Verhalten aus. Ein problematisches, zu beobachtendes Verhalten liegt vor, wenn das Mädchen/der Junge Anforderungen und Erwartungen verweigert – Misfit. Das Kind bleibt jedoch beeinflussbar von den Erwachsenen. Verweigert es sich gegenüber diesen Anforderungen, so liegt eine psychische Störung vor. Die häufigsten Symptome sind extrem häufiges Schreien, Schlaf- sowie Probleme beim Füttern. Bei Kindern die exzessiv Schreien wurden Untersuchungen durchgeführt, die klären sollten, ob organische Ursachen dafür vorliegen. In den meisten Fällen konnten keine körperlichen Ursachen ausfindig gemacht werden. (vgl. Petermann 2000, S. 17, Döpfner 2008, S. 16f) Jedoch schließen sich organische und psychoreaktive Ursachen/Störungen nicht aus, sondern können auch nebeneinander bestehen. Auch ein gestörter Tag-/Nachtrhythmus käme als Grund für die Unruhe des Kindes in Frage. (vgl. Döpfner 2008, S. 18) Nach Jersild hat ein Kind im Alter von null bis eineinhalb Jahren Angst vor Dunkelheit, fremden Menschen, Alleinsein, unerwarteten Geräuschen und fehlender Hilfe. Als psychopathologische Ursachen sind Autismus, anaklitische Depressionen und Ess- und Schlafprobleme benannt. Ab einem Alter von eineinhalb bis drei Jahren können Ängste vor Trennung, Verlassenwerden und unerwarteten Bewegungen auftreten. Ursache kann z.B. ein sehr symbiotisches Verhalten zwischen Bindungsperson und Kind sein. Ebenso kommen Negativismus, Obstipation, Schüchternheit und Pavor nocturnus – nächtliches Aufschrecken – in Betracht. (vgl. Remschmidt 1999, S. 580)

Bei Mädchen und Jungen in der frühen Kindheit zeigt sich ein normales Verhalten darin, dass das Mädchen/der Junge eigenständig reagiert und Anforderungen und Erwartungen eher nicht ablehnt. Problematisch eingestuft wird das Verhalten,

wenn das Kind andere absichtlich ärgert. Die Frage ist hierbei, ob Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren andere bereits mit voller Absicht Schaden zu fügen können. Wenn aber ein häufig wütendes Verhalten und Beleidigungen zu beobachten sind, liegt laut Petermann (2000, S. 17) eine psychische Störung vor. Des Weiteren zeigen sich in diesem Altersbereich oft körperlich Unruhe sowie eine geringe Ausdauer bei Spiel- und/oder Beschäftigungssituationen. Auch Ängste und Unsicherheiten gegenüber Erwachsenen und anderen Kindern können auftreten. Als sehr häufig zu beobachtende Schwierigkeiten treten Verhaltensauffälligkeiten bei Transitionsprozessen z.B. in den Kindergarten auf. Die Bindung zu der Bezugspersonen wird im Verhalten der Mädchen und Jungen deutlich. (vgl. Döpfner 2008, S. 20) Nach Jersild ist die frühe Kindheit das affektive Stadium der Ängste vor Tieren, imaginären Wesen und Verletzungen und/oder Kränkungen. Aus psychopathologischer Sicht treten häufig Phobien, Alpträume, Sprachprobleme, Enuresis und Enkopresis sowie Angstzustände auf. (vgl. Remschmidt 1999, S. 580)

Als ein normales Verhalten in der mittleren Kindheit – sechs bis zwölf Jahre – wird die angemessene Behauptung des Standpunktes des Kindes gesehen. Ein problematisches Verhalten sind u.a. häufige Streitigkeiten, die vom Kind ausgehen. Wird ein andauerndes aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern aus der Peer-Group beobachtet, wird es als eine psychische Störung eingestuft und bedarf der Abklärung. Ängste vor Kindern aus der Peer-Group und vor der Schule gehen oft mit psychosomatischen Symptomen – Kopfschmerzen, Bauchschmerzen – einher. Ein mangelndes Selbstvertrauen wird dabei häufig als Ursache beobachtet. (vgl. Döpfner 2008, S. 23) In dieser Altersspanne zeigen Mädchen und Jungen laut Jersild Angst vor Schulversagen, Ausgelachtwerden, Verlust von Eigentum, Krankheit und Tod. Psychopathologisch können die Ursachen Schulprobleme – wie Schulängste und Schulphobien – Zwänge, Konversionsstörungen und Tics sein. (vgl. Remschmidt 1999, S. 580)

4) Risiken für die psychische Gesundheit im Kindesalter

Die Erforschung von Risiken und Ressourcen psychischer Gesundheit hat in den letzten zwei Jahrzehnten schwerpunktmäßig zugenommen. In der individuellen Entwicklung des Menschen besteht eine Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren/Ressourcen.

Ein Entwicklungsrisiko für das Kind kann durch eine depressive Erkrankung der Mutter bestehen. In der Rochester Longitudinal Studie von Sameroff und anderen wird ein Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung der Mutter und Entwicklungsrisiken ihres Kindes untersucht. Die Schwere und Chronizität der Belastung der Mutter wird als hauptsächlicher Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes herausgestellt. Allein die Diagnose Depression hat weniger Auswirkung auf die Risikobelastung. Die Mutter-Kind-Interaktion wird aber durch zusätzliche psychische Störungen negativ bzw. kritisch beeinflusst. Andere Wissenschaftler konnten die Ergebnisse der Rochester Longitudinal Studie in weiteren Untersuchungen bestätigen. (vgl. Scheithauer 2000, S. 71)

Die Auswirkungen einer Depression der Mutter bzw. die damit einhergehende Schwere und Chronizität können vielfältig sein. So wurden bei Säuglingen psychisch kranker Mütter biochemische, physiologische und Verhaltensdysregulationen nachgewiesen. Mit der Geburt des Kindes liegen diese Regulationsstörungen bereits vor. Durch ein gestörtes Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Mutter – u.a. Symptom einer Depression – werden diese Verhaltensdysregulationen neonatal verstärkt. Das gestörte Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Mutter wirkt sich negativ auf die soziale, kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes aus. Die Emotionsregulation wird ebenso beeinflusst. Schlafstörungen und/oder die übermäßige Ausschüttung von Stresshormonen beim Säugling können u.a. Folge dieser Belastung sein. Eine positive Emotionsregulation des Kindes durch die Mutter ist laut Goodman und Gotlib ausschlaggebend auf seine neurophysiologische Entwicklung. Postpartale Depressionen der Mutter treten bei etwa 10,0 % aller Geburten auf. Auch diese Form der Depression wirkt sich auf die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes aus. (vgl. Scheithauer 2000, S. 71f)

Ist die schwangere Frau chronischen Belastungen – Lebensereignissen – ausgesetzt, kann es intrauterin zu einer vermehrten Ausschüttung des Stresshormons Cortisol kommen. Neben möglichen Problemen in der Schwangerschaft – Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Plazentainfektion durch das übermäßig ausgeschüttete Cortisol – wurden ebenso eine gesteigerte motorische Aktivität des Kindes und eine Störung des intrauterinen Wachstums beobachtet. Belastende Lebensereignisse und ein chronisch hoher Cortisolspiegel können sich negativ auf das Zentralnervensystem des Kindes auswirken und mit Frühgeburten oder mit einem niedrigeren Geburtsgewicht einhergehen. In allen Alterstufen – von der Geburt bis zur Volljährigkeit – lassen sich die Belastungen durch traumatische und familiäre Stresssituationen durch einen überhöhten Cortisolspiegel bzw. einer erhöhten Cortisolausschüttung nachweisen. Folge dieser Belastungen können Angststörungen und sozialer Rückzug sein. Sind allerdings diese Belastungen schwerwiegend (nachweisbar durch einen chronisch-erhöhten Cortisolspiegel) können bei den betroffenen Kinder häufig ein dissoziales und/oder delinquentes Verhalten beobachtet werden. (vgl. Scheithauer 2000, S. 72f)

Durch fetale und/oder neonatale Komplikationen erhöht sich das Risiko, dass das Kind an einer Schizophrenie erkrankt. (vgl. Scheithauer 2000, S. 73)

Ein extrem niedriges Geburtsgewicht unter 1000g erhöht die Risikobelastung enorm. In einer Längsschnittstudie von Pharoah et al. (1994) wurde ein Zusammenhang zwischen einem extrem niedrigen Geburtsgewicht und späteren Verhaltensstörungen wie Aggression, Hyperaktivität und emotionaler Störungen, belegt. Es scheint, dass Jungen für hyperkinetische Störungen anfälliger sind. Nun ergibt sich die Frage, ob sich bei Mädchen eine hyperkinetische Störung nur anders zeigt. Wird zu einem niedrigen Geburtsgewicht eine Schädel-Anomalität diagnostiziert, kann bei sechsjährigen Kindern eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen wie ein Aufmerksamkeitsdefizit oder einer Hyperaktivitätsstörung beobachtet werden. (vgl. Scheithauer 2000, S. 74)

Eine erhöhte Risikobelastung stellt auch ein niedriger sozioökonomischer Status der Elternfamilie dar. Gehen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein niedriger Bildungsstand der Eltern, eine Ein-Eltern-Familie, emotionale

Störungen der Eltern oder schlechte soziale Beziehungen einher, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer fehlangepassten Entwicklung des Kindes. Auch die z.B. durch Armut ausgelöste Mangelernährung kann sich auf die kognitive und körperliche Entwicklung des Kindes auswirken. (vgl. Scheithauer 2000, S. 74, 77) Prä- oder perinatale Faktoren, die die Entwicklung einer psychischen Störung des Kindes begünstigen stellen Allen et al. (1998) zusammen. Andauernde Risikoeigenschaften der Mutter/Familie können neben Schäden des Zentralnervensystems oder physischen Verletzungen Auslöser für die Entwicklung psychischer Störungen sein. Ist es dem Kind nicht möglich in Peer-Groups, demnach psychosozial günstigen Gegebenheiten, aufzuwachsen erhöht sich die Risikobelastung in Bezug auf die Entwicklung psychischer Störungen. Sind direkte psychosoziale Beeinträchtigungen wie eine gestörte Mutter-Kind-Bindung beobachtbar erhöht sich ebenso die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind später psychische Auffälligkeiten zeigt. (vgl. Scheithauer 2000, S. 75)

Als weitere Risikobelastung des Kindes sind teratogene – Alkohol, Tabak, Betäubungsmittel – und umweltbedingte Gifte bekannt. So kann der Nikotinkonsum während der Schwangerschaft bei dem Kind ein späteres dissoziales und/oder aggressives Verhalten auslösen. Wechselwirkungen beziehungsweise kausale Zusammenhänge zwischen teratogenen Giften und psychischen Entwicklungsstörungen bestehen. (vgl. Scheithauer 2000, S. 75)

Die beschriebenen Risikobedingungen wirken kumulativ. Externe Risikobedingungen treten genauso oft auf wie interne Risikobedingungen. Jedoch erhöhen hauptsächlich die Wechselwirkungen der einzelnen Belastungssituationen ein Entwicklungsrisiko.

Darüber hinaus beschreibt Resch (2004), dass psychische Störungen durch eine Beeinträchtigung des Emotionssystems ausgelöst werden. Für Resch ist der emotionale Dialog – wie Kommunikation, Interaktion – die herausragende Entwicklungsmatrix des Individuums. Daher sieht auch er einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Theorien des Wissenschaftlerehepaars Papousek und potentiellen psychischen Störungen im Kindes-/Erwachsenenalters. (vgl. Resch 2004, S. 33)

Petermann (2000) stellt ein Modell der risikoerhöhenden Faktoren und Bedingungen dar. Demnach wirken auf das Mädchen/den Jungen risikoerhöhende Faktoren und Bedingungen ein, wodurch die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung psychischer Störungen erhöht wird. Als potentielle risikoerhöhende Faktoren beschreibt Petermann sozioökonomische Bedingungen, familiäre Interaktionen sowie umweltbedingte und soziale Merkmale. Ebenso können biologische Faktoren zu risikoerhöhenden Bedingungen führen. Diese beeinflussen direkt die Verletzlichkeit des Kindes – Vulnerabilität – und die umgebungsbezogenen Risikofaktoren. Zur Vulnerabilität gehören niedrige Intelligenz, ein schwieriges Temperament und übermäßig formulierte Schwächen. In den Phasen erhöhter Vulnerabilität ist das Kind besonders anfällig für Belastungen. Diese Phasen umfassen z.B. Transitionsprozesse – Übergang in eine Krippe, Übergang Krippe zu Kindergarten usw. (vgl. Petermann 2000, S. 12)

Wirken diese Risikofaktoren zusammen, können Belastungen für das Kind auftreten, die es entweder bewältigen kann oder an ihnen scheitert. Risikoerhöhende Faktoren und Bedingungen sowie die Vulnerabilität sollten im Zusammenhang mit den risikomildernden Faktoren betrachtet werden. Bei der Betrachtung beider Faktoren lassen sich eher Wechselwirkungen, Maßnahmen zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention untersuchen. (vgl. Petermann 2000, S. 12)

5) Ressourcen für die psychische Gesundheit im Kindesalter

5.1) Risikomildernde Faktoren

Laucht, Schmidt und Esser sowie Wustmann und auch andere unterscheiden bei risikomildernden Faktoren personale und soziale Ressourcen.

Personale Ressourcen werden unterschieden in kindbezogene und Resilienzfaktoren. Zu den kindbezogenen Ressourcen gehören Eigenschaften, die von der Geburt an beim Kind beobachtet werden können wie z.B. ein positives Temperament mit Eigenschaften, die bei den Betreuungspersonen eine soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit erregen. Dazu zählt Flexibilität, Aktivität und Offenheit. In der Kindheit gilt das weibliche Geschlecht als risikomildernder Faktor ebenso wie der Status des Erstgeborenen. Durch Studien wurden bei Mädchen eher personale Eigenschaften wie Problemlösefertigkeiten, positives Temperament und Selbstwertgefühl beobachtet. Jungen benötigen eher soziale Unterstützung durch Erwachsene. In der Kauai-Längsschnittstudie wurde beobachtet, dass Jungen vermehrt nach Autonomie und Selbständigkeit streben. Mädchen hingegen zeigen eher soziale Orientierungen, wie z.B. der Kontakt zu der Peergroup. Eine überdurchschnittliche Intelligenz kann eine personale Ressource sein aber auch mit risikoe erhöhenden Eigenschaften – differenzierte Umweltwahrnehmung, erhöhte Stressoren-Sensitivität, depressive und internalisierende Störung – einhergehen. Talente, Hobbies und Interessen sowie das Ausleben dieser wirken risikomildernd. Ebenfalls ist eine niedrige Emotionalität und eine hohe Impulskontrolle als Ressource zu verstehen. (vgl. Weiß 2007, S. 2, Wustmann 2008, S. 46f, 104)

Als Resilienzfaktoren werden Kompetenzen beschrieben, die das Mädchen/der Junge durch die Interaktion mit seiner Umwelt erwirbt. Die erfolgreiche – aktive und flexible – Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben stärkt das Kind. Hat das Mädchen/der Junge z.B. durch die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben ein positives Selbstkonzept bzw. ein hohes Selbstwertgefühl, die Fähigkeit zur

Selbstregulation sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit – auch interne Kontrollattribution – erworben, so wirken diese Eigenschaften risikoe erhöhenden Faktoren entgegen. Eine hohe, positive Sozialkompetenz – beobachtbar z.B. durch Empathie, Kooperations- und Kontaktfähigkeit, der Übernahme von Verantwortung und sozialer Perspektiven – gilt ebenso als risikomildernde Ressource. Auch das Kohärenzgefühl – eine optimistische Lebenseinstellung, religiöser Glaube – wirkt Risiken entgegen. Ein sicheres Bindungsverhalten zu mindestens einer beständigen Bezugsperson kombiniert mit dadurch vorhandener Explorationslust des Kindes – allerdings beeinflusst durch soziale Ressourcen – ist für eine positive Entwicklung entscheidend. Diese Offenheit gegenüber einer sicheren Bindungsperson ermöglicht dem Kind, sich klar abzugrenzen um Freiräume zu suchen, wahrzunehmen und für sich zu nutzen. (vgl. Weiß 2007, Wustmann 2008, S. 46f) Verfügt das Kind über ein sicheres Bindungsverhalten, beginnt es früh und aktiv mit der Exploration seiner Umwelt. Diese Bindungsmuster können – laut Ergebnis der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie – für die folgenden zehn Jahre als stabil angesehen werden. Eigenschaften, die hauptsächlich bei sicher gebundenen Kindern beobachtet wurden sind: gute Problemlösefähigkeiten, höhere Konzentrationsleistungen und positive Affekte innerhalb der Peergroup. Ebenso scheinen diese Kinder sozial mehr aufgeschlossen und verfügen über eine höhere Ausdauer und Aufmerksamkeitsspanne. Von Bezugspersonen öffentlicher Institutionen – z.B. Kindertagesstätte und Schule – werden sicher gebundene Kinder als freundlich, umgänglich, leistungsorientiert und flexibel wahrgenommen. Im zweiten Lebensjahr werden Kinder mit einer sicheren Bindung als Ich-flexibel und frustrationstolerant beschrieben. Sie können ihre Emotionen situationsangemessen kontrollieren und regulieren. Ein sechsjähriges sicher gebundenes Kind weist ein realistischeres Selbstbild auf als ein Kind mit ambivalenter Bindung. Bindungsprobleme wirken sich demnach stark auf das Kind aus. Laut Fingerle et al (1997, vgl. Wustmann 2004, S. 98 - 103) ist es allerdings fraglich, ob nur sicher gebundene Kinder ein positives Selbstkonzept entwickeln können. Sie formulieren die These, dass ebenso ambivalent gebundene Kinder ein positives Selbstkonzept entwickeln können, indem sie sich von ihren Eltern und deren

Probleme emotional distanzieren. Durch diese Trennung können sie auch eine realistische Kontrollüberzeugung aufbauen. Damit verknüpft erwerben die Mädchen und Jungen positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Verantwortungsübernahme. Internal gerichtete Kontrollüberzeugungen führen dazu, dass die Mädchen/Jungen weniger belastende Situationen allein bestreiten. Sie suchen sich tendenziell eher Unterstützung bei anderen Personen. Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit, Resignation und Selbstzweifel treten auf, wenn sich ein Kind negative Ereignisse selbst zuschreibt. Es hat einen negativen, internal gerichteten Attribuierungsstil. Das Selbstkonzept des Kindes wird geschwächt, indem es die Schuld bei sich sucht, sich selbst gegenüber hoch kritisch ist. Ein realistischer Attribuierungsstil ermöglicht, negative Erfahrungen ohne die übermäßige Wahrnehmung der Gefühle Hilflosigkeit, Resignation, Frustration zu erleben. (vgl. Wustmann 2004, S. 98 - 103)

Intrafamiliärer Stress kann von sicher gebundenen Kindern nur bearbeitet/verarbeitet werden, wenn, vor dem Auftreten des Stressors, bereits eine sichere Bindung aufgebaut wurde. Die zweite Möglichkeit der Stressverarbeitung liegt in einer festen sicheren Bezugsperson innerhalb der Familie. Sicher gebundene Kinder profitieren von einer höheren Invulnerabilität. (vgl. Wustmann 2004, S. 98 - 103)

Werner (1997) beschreibt auf Basis von Daten einer Längsschnittstudie die Möglichkeit, unter sehr unvorteilhaften Lebensbedingungen trotzdem Vertrauen, Kompetenz und Fürsorge zu entwickeln. Damit wird die o.g. These von Fingerle et al. gestützt, dass auch ambivalent gebundene Kinder ein positives Selbstkonzept entwickeln können. Dafür erforderlich ist die Kooperation, Kommunikation und Interaktion mit Erwachsenen, die dem Mädchen/Jungen Vertrauen, Initiative und Autonomie entgegenbringen. (vgl. S. 202) (vgl. Weiß 2007, Wustmann 2008, S. 46f) Diese Erwachsenen können u.a. Eltern, Verwandte, Nachbarn, Freunde, Erzieherinnen/Erzieher, Lehrer/Lehrerinnen sein.

Die sozialen Ressourcen eines Individuums werden gesplittet in familiäre, bildungsinstitutionelle und weitere soziale Ressourcen.

Familiäre Ressourcen zeigen sich darin, dass das Kind mindestens eine positiv-emotionale beständige Bezugsperson hat, die ihm Vertrauen entgegenbringt, dessen Autonomie fördert und Anregungen gibt. Diese Beziehung zeichnet sich durch Responsivität – Reaktion auf das Kind bzw. sein Verhalten –, Feinfühligkeit, Kompetenz, Zuverlässigkeit aus. Eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson können Kinder trotz enormer Risikobelastungen aufbauen. Eine emotionale Sicherheit zur Bindungsperson stärkt das Kind. Schneewind (2001, vgl. Wustmann 2004, S. 108) fasst folgende Merkmale einer bindungsfördernden Eltern-Kind-Interaktion zusammen:

- Die zeitnahe und angemessene Reaktion auf kindliche Äußerungen – Sensitivität.
- Dem Kind gegenüber eine grundsätzlich positive Haltung, damit einhergehender Zuwendung und Zuneigung.
- Wechselseitige Interaktion und Synchronisation – eine feinfühlig, empathische Wechselseitigkeit zwischen Bezugsperson und Kind.
- Die Bezugsperson stellt eine emotionale Basis für das Kind dar – Unterstützung und Hilfestellung.
- Es kommt zu einer vermehrte Interaktionsaufnahme gegenüber dem Kind – Stimulation.

(vgl. Wustmann 2004, S. 108)

Neben dem Bindungsmuster wird ein autoritativer Erziehungsstil als soziale Ressource verstanden. Die Haltung gegenüber dem Kind ist dabei offen, positiv, rückmeldend, unterstützend sowie strukturiert – das heißt dennoch fordernd und Grenzen setzend. Das Kind wird wertgeschätzt, akzeptiert und respektiert. Kohäsionsfaktoren sind die Basis für eine Entwicklung in einer Familie/Gruppe. Dadurch erlebt das Kind Stabilität in seiner Gemeinschaft sowie die Möglichkeit der partnerschaftlichen, konstruktiven Kommunikation in Form von Ich-Botschaften, aktivem Zuhören und kongruentem Gesprächsverhalten. Diese familiäre Gemeinschaft kann ausgedehnt werden auf die Verwandtschaft, Freunde und Nachbarn. Ebenso gelten enge Geschwisterbeziehungen als risikomildernde Ressourcen. Unter diesen Bedingungen lernt das Kind die Auseinandersetzung

mit verschiedenen Standpunkten und Perspektiven kennen. Es lernt seine eigenen Grenzen und die anderer Individuen wahrzunehmen und ebenso zu respektieren und zu akzeptieren. Die eigenen Stärken und Schwächen sind dem Kind bekannt und es geht mit ihnen selbstverantwortlich um. Erfolg und Misserfolg werden als Chancen zur Weiterentwicklung gesehen und als realistische Kausalattribution wahrgenommen. Die Eltern sind hierbei positive Modelle, die dem Kind als Orientierung dienen. Sie sind wesentliche Ansprechpartner für das Mädchen/den Jungen. Durch individuen- und situationsangemessene Erwartungen stimulieren/fördern und regen sie das Kind an. Kinder sollten in bedeutende Entscheidungen einbezogen werden. Ebenso ist es wichtig, dass offen über Gefühle/Emotionen gesprochen wird und Konflikte thematisiert werden.

Die innerfamilialen Beziehungsmuster beeinflussen nachhaltig die internalen Arbeitsmodelle des Kindes bzgl. zukünftiger zwischenmenschlicher Beziehungen. Kann bei den Eltern dieses Fürsorgeverhalten nicht beobachtet werden, so gibt es aber häufig Großeltern oder Geschwister, die dem Kind mit diesen Eigenschaften begegnen. In der Kauai-Studie konnten solche Pflegepersonen nachgewiesen werden. (vgl. Wustmann 2004, S. 110)

Neben diesen risikomildernden Faktoren/Umständen gelten auch folgende Merkmale als protektiv:

- ein religiöser Glaube in der Familiengemeinschaft – Kohärenzgefühl
- ein geringes Konfliktpotential innerhalb der Familie – Harmonie
- informelle und formelle Netzwerke der Familie
- ein hohes Bildungsniveau der Eltern
- Ressourcen körperlicher Gesundheit

Wie bereits benannt gilt auch ein hoher sozioökonomischer Status als risikomildernd. (vgl. Weiß 2007, S. 2f, Wustmann 2004, S. 46f, S. 110f)

Der Kindergarten ist oftmals die erste öffentliche Institution, die das Kind kennen lernt. Daher sind positive, risikomildernde Faktoren auch dort beobachtbar/ bzw. müssen beobachtbar bzw. gelebt werden. Das Kind sollte in seiner ersten institutionellen Einrichtung eindeutige, transparente und konsistente Strukturen erleben. Wertschätzung von den Erzieherinnen/den Erziehern – erlebbar durch

Respekt, Akzeptanz und Wärme – dem Kind gegenüber ist erforderlich. Für die Entwicklung risikomildernder Eigenschaften braucht das Kind eine positive Verstärkung/Wertschätzung seiner Leistungen und Anstrengungsbereitschaft. Das Kind kann dadurch seine Selbstwirksamkeit erleben, Problemlösefähigkeiten und ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Es erlebt, dass seine Anstrengungen wahrgenommen und gewürdigt werden. Die Forderung und Förderung seiner Stärken – Wustmann beschreibt dies durch einen hohen aber angemessenen Leistungsstandard – lässt das Kind Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähig- und Fertigkeiten entwickeln. Die Zusammenarbeit zwischen Erzieherinnen/Erziehern und Mutter/Vater ist wesentlicher Bestandteil dafür, dass das Kind sich in der Institution wohlfühlt und sie als Ressource nutzen kann. Denn sind sich Erzieherinnen/Erzieher und Mutter/Vater uneinig, kann sich dies auf das Verhalten des Kindes auswirken. So z.B. durch intransparente Regeln/Einstellungen/Gefühle. In der Kauai-Studie nannten viele Probanden Lehrer/Lehrerinnen als hauptsächliche Bezugsperson außerhalb der Familie. Erzieher und Erzieherinnen können demnach auch als unterstützende Bezugsperson außerhalb der Familie fungieren. Sie stehen den Kindern bei Belastungen zur Verfügung, bieten ihnen alternative Verhaltensstrategien und Hilfestellung in belastenden Situationen. (vgl. Weiß 2007, S. 2f, Wustmann 2004, S. 111 - 114)

Durch Kontakte mit der Peergroup erlangt das Kind Sozialkompetenzen, die es in der Gruppe ausprobieren kann. In der öffentlichen Institution Kindertagesstätte können Mädchen und Jungen Kontakte zu Gleichaltrigen aufbauen und positive Freundschaftsbeziehungen aufbauen. In deren Gegenwart haben sie die Möglichkeit, sich zu erholen, sich positive Rückmeldung und vor allem emotionalen Beistand holen. Durch die Peer-Kontakte können sie sich von belastenden Situationen ablenken und „Normalität“ erleben. Durch das Spiel innerhalb der Peergroup kann das Kind seine Gefühle ausdrücken und auch seine Probleme in das Spiel einbringen. Demnach kann das Mädchen/der Junge spielerisch nach Problemlösungen suchen und diese eventuell in einer realen Situation anwenden. Die Möglichkeit der Empathie wird ebenso gefördert wie die Perspektivübernahme. Das Kind kann andere Kommunikationsvarianten

erforschen und ausprobieren und seine Kreativität steigern. Der Aufbau prosozialer Kontakte innerhalb der öffentlichen Institution wird als wichtiges Präventions- und Interventionsziel angesehen. (vgl. Wustmann 2004, S. 111 - 114)

Das weitere soziale Umfeld des Kindes wird durch Verwandte, Freunde, Erzieherinnen und Erzieher sowie kommunale Strukturen geprägt. So braucht das Kind auch außerhalb seiner Familie kompetente Erwachsene. Diese Erwachsenen sollten Vertrauen und Kohäsion fördern und dem Kind positive Rollenmodelle aufzeigen. Auf kommunaler Ebene sollten u.a. Angebote der Familienbildung/-hilfe nutzbar sein. Durch den gesellschaftliche Stellenwert der Familie, Kinder, Bildung und Erziehung werden dem Mädchen/Jungen Normen, Werte und Regeln der Gesellschaft bewusst. (vgl. Wustmann 2004, S. 111 - 114)

Auch wenn Kinder vielen gleichartigen risikoerhöhenden Faktoren ausgesetzt sind, entwickeln sie sich doch unterschiedlich. Der Grund für diese individuelle Entwicklung liegt bei den differenten personalen risikomildernden Faktoren. Wustmann (2004) nennt z.B. unterschiedliche Temperamenteigenschaften des Kindes als Grund für die individuell unterschiedliche Entwicklung. Für Lösel und Bender (1997) liegt die Heterogenität der Entwicklung eher bei negativen „Erzieherreaktionen“ (Wustmann 2004, S. 97). Deswegen ist von einem Wechselwirkungsprozess zwischen Temperament und Erziehungsverhalten auszugehen.

Risikomildernde Faktoren können ebenso kumulativ wirken wie risikoerhöhende Faktoren. Ein bestehender risikomildernder Faktor kann einen Risikoeffekt mindern oder ihn sogar komplett verhindern. Risikomildernde Faktoren bedürfen, um zu wirken, allerdings immer einer protektiven Bedeutung. Liegt diese nicht vor, gibt es dementsprechend die dazugehörige Risikobelastung nicht. (vgl. Wustmann 2004, S. 47)

5.2) Das Konzept der Resilienz

Resilienz wird beschrieben als psychische Widerstandsfähigkeit von Individuen. In der Pädagogik wird es oft mit Mädchen und Jungen im Kindesalter in Zusammenhang gebracht. Resiliente Kinder sind gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken widerstandsfähig. Sie haben die Fähigkeit, internale und externale Ressourcen für ihre positive Entwicklung zu nutzen. Das Resilienzkonzept ist gebunden an zwei Bedingungen. Zum einen besteht für die kindliche Entwicklung eine signifikante Bedrohung. Zum anderen muss das Mädchen/der Junge die ihr/ihm entgegenwirkenden belastenden Lebensumständen erfolgreich bewältigen. Jedoch kann nicht jedes Kind sogleich als resilient gelten, wenn es nur ein positives Entwicklungsmerkmal aufweist. Viel eher ist Resilienz daran gebunden, dass das Mädchen/der Junge eine besondere Bewältigungsstrategie für sich gefunden hat. Das Pendant ist, dass sich das Kind trotz erhöhter Belastung im Vergleich zu Mädchen und Jungen mit ähnlich hoher Belastung auffallend positiv entwickelt. Bei den Vergleichsprobanden sind demzufolge psychische Beeinträchtigungen zu beobachten. Die belastenden Entwicklungsrisiken und negativen Einflüsse können vom resilienten Kind vermindert oder sogar kompensiert werden. Gleichzeitig ist es dem Mädchen/Jungen möglich, sich gesundheitsförderliche Strategien und Kompetenzen anzueignen. Demnach ist Resilienz ein dynamischer Prozess. Unter den belastenden Risiken findet eine erfolgreiche Adaptation (z.B. durch effektive Austauschbeziehungen mit der Umwelt) statt, um das Wohlbefinden wieder zu erlangen. Wustmann nennt in ihrer Publikation drei Erscheinungsformen der Resilienzforschung. (vgl. Wustmann 2004, S. 18f)

- Ein Kind entwickelt sich positiv und gesund, obwohl es einem andauernden, hohem Risikostatus ausgesetzt ist. Als andauernder und hoher Risikostatus werden chronische Armut, ein niedriger sozioökonomischer Status, frühe Elternschaft und elterliche Psychopathologie benannt.
- Ein Kind zeigt trotz akuter Stressbedingungen stetige Kompetenz. Akute Stressbedingungen sind u.a. die elterliche Trennung, der Verlust eines Geschwisters oder eine erneute Eheschließung von Mutter und/oder Vater.

- Ein traumatisches Erlebnis wie z.B. der Tod von Mutter und/oder Vater, sexueller Missbrauch oder Kriegserfahrungen kann das Kind schnell und positiv verarbeiten und sich von den Belastungen erholen. (vgl. Wustmann 2004, S. 19)

Aus diesen drei Erscheinungsformen lassen sich im Konzept der Resilienz zwei fundamentale Phänomene ableiten. Zum Einen, dass die kindliche Funktionsfähigkeit trotz Belastungen erhalten bleibt. Zum Anderen, dass trotz traumatischer Erlebnisse die kindliche Funktionsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. (vgl. Wustmann 2004, S. 19)

Resilienz bedeutet nicht nur die Abwesenheit psychischer Auffälligkeiten. Sie beinhaltet auch die Aneignung und Erhaltung altersangemessener Fähigkeiten sowie Kompetenzen. Jedes Individuum ist altersspezifischen Entwicklungsaufgaben ausgesetzt. In der frühen Kindheit bestehen diese darin, eine Bindung zu Bezugspersonen aufzubauen, die Aneignung und Entwicklung der Sprache, die motorische Selbststeuerung und -kontrolle sowie die Entwicklung von Autonomie. In der mittleren Kindheit eignet sich das Mädchen/der Junge die Identifikation mit Geschlechterrollen sowie die Impulskontrolle an. Soziale Kompetenzen – z.B. innerhalb der Peergroup – und die Anpassung an schulische Herausforderungen gehören in dieser Altersspanne zu den Entwicklungsaufgaben. Die erfolgreiche Bewältigung/ Aneignung/ Verarbeitung dieser Entwicklungsaufgaben ermöglicht die Weiterentwicklung des Individuums. Bei einer erfolgreichen Bewältigung dieser Aufgaben, kann sich die Persönlichkeit des Individuums stabilisieren. Stresssituationen und Veränderungen werden damit zu Herausforderungen. Ist das Kind nicht in der Lage, die anstehenden Aufgaben erfolgreich zu bewältigen, können Stagnation, Defizite in der Entwicklung oder auch mit psychische sowie psychosomatische Auffälligkeiten beobachtet werden. Die Art der Bewältigung ist grundlegend für die weitere Entwicklung und wirkt sich stark auf kommende Entwicklungsaufgaben aus. (vgl. Wustmann 2004, S. 20f)

Resilienz stellt keine angeborene Fähigkeit eines Individuums dar. Der dynamische Prozess zum Erwerb von resilienten Eigenschaften besteht in der

Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen den resilienten Eigenschaften des Individuums und seiner Umwelt. Das Kind ist in diesem dynamischen Prozess demnach kein passives Subjekt. Es gestaltet und konstruiert seine Umwelt aktiv. Die Bewältigung belastender Situationen kann das Mädchen/der Junge ebenso aktiv gestalten. Die Kauai-Längsschnittstudie ergab, dass sich resiliente Kinder eine für sie positive Umwelt gestalteten. Sie lösten sich emotional von den belastenden Faktoren. Berücksichtigt werden muss auch immer die subjektive Wahrnehmung der Belastung. Wesentlich ist beim Konzept der Resilienz die Ressourcenorientierung. Individuen, die (noch) kein resilientes Verhalten zeigen, werden nicht als unresilient beschrieben, vielmehr geht man davon aus, dass jedes Individuum resiliente Eigenschaften entwickeln kann. So ergibt sich auch die Ansicht einer variablen Größe von Resilienz. Einmal resiliente Eigenschaften in einer bestimmten Situation zu zeigen bedeutet nicht grundsätzlich, dass in ähnlich auftretenden Situationen immer mit einer widerstandsfähigen Reaktion zu rechnen ist. Erhebliche Einflussfaktoren sind die immer wieder neuen Risikoeinflüsse, die ebenso einem dynamischen Prozess unterliegen. Dem Resilienzprozess stehen immer wieder Phasen erhöhter Vulnerabilität – Verletzlichkeit – gegenüber. In diesen Phasen kann das Kind besonders anfällig sein. Die in der Kindheitspädagogik öfter auftretende Phasen erhöhter Vulnerabilität sind, wie bereits benannt, Transitionsprozesse. In diesen Phasen sind die Kinder – aber auch alle anderen Beteiligten des Transitionsprozesses – besonderen Anforderungen ausgesetzt. So ist es Aufgabe aller Beteiligten, die potentiellen Risikobedingungen zu vermindern um dem Kind etwaige negative Situationen zu ersparen. Farber und England konnten in ihrer Studie von 1987 zeigen, dass es einem Individuum nicht möglich ist/sein kann, bei allen anstehenden Entwicklungsaufgaben resilient zu reagieren. So können also auch bei resilienten Kindern in negativen Lebensumständen psychische Auffälligkeiten, Beeinträchtigungen und emotionale Probleme beobachtet werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer stetigen präventiven Förderung resilienter Eigenschaften. Resilienz als ein dynamischer Anpassungsprozess und als eine variable Größe ist darüber hinaus auch situationsspezifisch und multidimensional. So können Kinder einerseits in ihrer

schulischen Leistungsfähigkeit resiliente Eigenschaften zeigen, hinsichtlich sozialer Kontaktsituationen aber vulnerabel reagieren. Diese Multidimensionalität veranlasste einige Autoren bereits, die Formen

- Emotionale Resilienz – emotional resilience
- Bildungs-Resilienz – academic/educational resilience
- Soziale Resilienz – social resilience
- Kulturelle Resilienz – cultural resilience
- Verhaltensspezifische Resilienz – behavioral resilience

zu unterscheiden, um eindeutigere Aussagen zum Resilienzprozess zu benennen. (vgl. Wustmann 2004, S. 28 - 33)

Für die Entwicklung von Resilienz stellt Kumpfer (1999) ein Rahmenmodell dar. Dieses Rahmenmodell beinhaltet sechs Dimensionen. Vier Einflussbereiche und zwei Transaktionsprozesse werden beschrieben. Als Einflussbereiche bestehen der Stressor, die Umweltbedingungen, personale Merkmale und das Entwicklungsergebnis. Die Auslösung eines Resilienzprozesses bedarf einen akuten Stressor, der ein Ungleichgewicht im kindlichen Entwicklungsprozess hervorruft. Hierbei spielt die subjektive Wahrnehmung des akuten Stressors durch das Kind eine wesentliche Rolle. Abhängig von den bisherigen Erfahrungen schätzt das Kind den Stressor als Herausforderung, Bedrohung oder aber als Verlust ein. Die Umweltbedingungen bezieht Kumpfer auf das Vorhandensein von risikoerhöhenden und risikomildernden Bedingungen in den vorherrschenden Lebensumständen des Kindes. Sie beinhalten die familiären, bildungsinstitutionellen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen. Die Auswirkungen der bestehenden risikoerhöhenden und risikomildernden Umstände sind abhängig vom Entwicklungsstand, Alter, Geschlecht und soziokulturellen Hintergrund des Kindes. Auf die Umweltbedingungen wirken gesellschaftliche, geographische und zeitgeschichtliche Faktoren ein. Die Abfolge der wirkenden Risiko- und Schutzfaktoren bestimmen den Resilienzprozess mit. Wie bereits eingehend beschrieben, wirken sich die personalen Merkmale des Kindes auf den Resilienzprozess aus. Die Kompetenzen und Fähigkeiten des Individuums sind für den Resilienzprozess förderlich. Die personalen Merkmale des Kindes unterteilt

Kumpfer in fünf Bereiche. Die kognitiven Fähigkeiten, emotionale Stabilität, sozialen Kompetenzen, körperliche Gesundheitsressourcen sowie der Glaube bzw. die Motivation sind ausschlaggebend für den Resilienzprozess. Das Temperament, die intellektuelle Fähigkeiten und das Geschlecht benennt Kumpfer als kindbezogene Merkmale. Als letzter Einflussbereich auf den Resilienzprozess gilt das Entwicklungsergebnis. Der Erhalt bzw. die Aneignung altersangemessener Fähig- und Fertigkeiten sowie Kompetenzen einer normalen kindlichen Entwicklung ist als positives Ergebnis zu sehen. Auch die Abwesenheit psychischer Auffälligkeiten wird als ein positives Entwicklungsergebnis gewertet. Ein positives Entwicklungsergebnis ist ein Prädiktor für die Bewältigung kommender Stresssituationen. Die internen Prozesse bei der Bildung eines Entwicklungsergebnisses sind bisher noch unerforscht. (vgl. Wustmann 2004, S. 62 - 65)

Kumpfer benennt im Rahmenmodell von Resilienz zwei Transaktionsprozesse. Das Zusammenspiel von Individuum und Umwelt und das Zusammenspiel von Individuum und Entwicklungsergebnis. Das Zusammenspiel von Individuum und Umwelt ist von den selektiven Wahrnehmungsprozessen, den Attribuierungsmustern des Individuums sowie der aktiven Umweltselektion und der Bindung an soziale Netzwerke abhängig. Die Bindung an Bezugspersonen wirkt sich auf die Interaktion Individuum – Umwelt positiv oder negativ aus. Bringt die Bezugsperson dem Kind emotionale und/oder empathische Unterstützung entgegen, kann sie als Vorbild für ein positives Zusammenspiel zwischen Individuum und Umwelt angesehen werden. Die Kooperation zwischen Individuum und Entwicklungsergebnis stellt den Resilienzprozess dar. Er ist demnach ein effektiver oder dysfunktionaler Bewältigungsprozess. In einem effektiven Bewältigungsprozess wird das Kompetenzniveau gesteigert bzw. es bleibt zumindest erhalten. Ein dysfunktionaler Bewältigungsprozess bringt maladaptive Reaktionen hervor. (vgl. Wustmann 2004, S. 62 - 65)

Das Rahmenmodell von Resilienz bezieht sich hauptsächlich auf Risikofaktoren. Vulnerabilitätsfaktoren bleiben weitestgehend unbenannt. Das Resilienzmodell ist grundsätzlich ressourcenorientiert. Die potentiellen Anpassungs- und Bewältigungsprobleme werden zwar berücksichtigt, allerdings nicht

hervorgehoben. Wichtiger ist die Chance der Weiterentwicklung und Gestaltung von Kompetenzen, Fähigkeiten, Fertigkeiten. Daraus entstehen für das Kind individuelle und soziale Ressourcen und Potentiale. „Der Vorteil des Resilienzparadigmas liegt also darin, dass es grundsätzlich danach fragt, *was Kinder „stärkt.“*“ (Wustmann 2004, S. 68)

Der Auslöser für erfolgreiche oder auch nicht erfolgreiche Anpassung an die belastende Situation ist wie beschrieben ein akuter Stressor. Der Anpassungsprozess erfolgt laut Lazarus und Launier (1981) durch sogenannte Coping-Strategien. Der Begriff Coping bedeutet, dass ein Individuum verhaltensorientierte und intrapsychische Anstrengungen vollbringt, um den inneren und umweltbedingten Anforderungen Stand zu halten. Die Anforderungen können dabei von dem Individuum bewältigt, toleriert, vermindert oder auf einen kleinen Teil minimiert werden. Die Hauptaufgaben des Bewältigungsverhaltens bestehen aus der Verringerung der risikoerhöhenden Bedingungen und der Verbesserung von Erholungssituationen sowie des emotionalen Wohlbefindens. Ebenso beziehen sich die Anstrengungen darauf, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten sowie auf den Erhalt/Erwerb eines positiven Selbstbildes. Coping ist demzufolge ein dynamischer Prozess, in dem das Individuum versucht so erfolgreich wie möglich die auftretenden Belastungen zu verarbeiten. Der Handlungsumfang besteht in einem emotionalen und kognitiven Handeln. Im Coping-Prozess kommen zwei Bewertungsprozesse zum Tragen. Zuerst bewertet das Individuum die Stresssituation und gibt ihr eine subjektive Bedeutung. So kann die Stresssituation eine Herausforderung oder aber eine bedeuten. Eine Belastung wird dann als Bedrohung oder Verlust wahrgenommen, wenn das Individuum selbst nicht von einer erfolgreichen Bewältigung ausgeht. Zusätzlich wird die aktuelle Belastung mit den individuellen Selbsterfahrungen abgeglichen. Das Individuum schätzt das Ereignis subjektiv ein. Die Einschätzung des Individuums der belastenden Situation, hängt auch von der Haltung seiner Umwelt ab. Nach dieser (1) Ereignisseinschätzung erfolgt die Einschätzung der Ressourcen (2). Das Individuum wägt ab, welche Handlungs-, Bewältigungs- und Kontrolloptionen ihm zur Verfügung stehen und welche Ressourcen es für die

Bewältigung dieser Stresssituation nutzt. Im Gegensatz zur Ereigniseinschätzung ist die Ressourceneinschätzung durch personale Merkmale beeinflusst. Wesentlich ist hierbei auch die Unterstützung durch soziale Netzwerke/Bindungspersonen. Das Selbstbild des Individuums ist im Coping-Prozess ausschlaggebend für potentielle Handlungskompetenzen und Kontrollmöglichkeiten. (vgl. Wustmann 2004, S. 76f)

Die Art und Weise der potentiellen Handlungen zur Stressregulation wird als Coping-Strategie bezeichnet. Dabei werden defensive und aktive Coping-Strategien unterschieden. Eine defensive Coping-Strategie wird zu einer Vermeidung der Stresssituation führen. Eine aktive Coping-Strategie führt zu einer direkten Auseinandersetzung mit der Belastung. Diese Form der Bewältigung bezieht sich auf zwei Funktionsweisen. Zum Einen kann sich das Individuum direkt auf die Problemlösung konzentrieren. Zum Anderen kann eine emotionsregulierende Strategie angewandt werden. Bei der problemorientierten Coping-Strategie wird der Stressor direkt bearbeitet/verarbeitet. Dadurch können Veränderungen der Umwelt, des eigenen Verhaltens oder aber der Bewertungsprozesse ausgelöst werden. Im Bereich der Umwelt können situative Eigenschaften verändert werden. Bei der Veränderung im eigenen Verhalten geht es um personale Merkmale. So kann sich das Individuum z.B. neue Fähig- und Fertigkeiten aneignen oder aber seine Norm- und Wertvorstellungen verändern. Dann steht dem Individuum die Option zur Verfügung, die eigenen Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster zu ändern. Die emotionsorientierte Coping-Strategie wirkt sich nicht direkt auf den akuten Stressor aus. Das Individuum kann aber seine emotionalen und somatischen Reaktionen auf den Stressor kontrollieren und regulieren. Zimbardo (1995) nennt diese Funktionsweise eine Strategie, „die auf den Schutz des Selbst gerichtet“ ist. (Wustmann 2004, S. 78) Der emotionsorientierte Umgang mit Stresssituationen kann sich u.a. durch Abreagieren oder Entspannung zeigen. Bei beiden Coping-Mustern ist die subjektive Bewertung der Belastung durch das Individuum ausschlaggebend. Schätzt es eine Situation als kontrollierbar ein, wählt es häufig die problemorientierte Strategie. Dementsprechend wendet es bei weniger gut kontrollierbaren Situationen eher das Coping-Muster der Emotionsregulation.

Welches Muster von dem Individuum gewählt wird, ist abhängig vom Alter. Jüngere Kinder wählen vorrangig das problemorientierte Muster, da dieses bereits viel früher stabil zu sein scheint. Die Emotionsregulierung als Coping-Muster bildet sich erst in der späteren Kindheit heraus. Mit steigendem Alter nimmt das emotionsregulierende Muster zu. (vgl. Wustmann 2004, S. 78f)

Brenner befasste sich 1984 mit Coping-Strategien von Kindern. Er klassifizierte neun Coping-Muster/-Strategien.

- Altruismus: Das Kind übernimmt eine Helferrolle und versucht den Eltern bzw. Geschwistern zu helfen. Es fühlt sich als nützlicher Helfer.
- Humor: Um die eigenen Probleme nicht ernst zu nehmen, entwickelt der Mensch Humor. Dabei findet eine direkte Auseinandersetzung mit dem Problem statt. Zu viel Humor in belastenden Situationen kann aber auch dazu führen, dass die Probleme von anderen Individuen nicht ernst genommen werden.
- Unterdrückung: Hierbei versucht das Kind seine negativen Emotionen um seine Ängste zeitweise zu unterdrücken bzw. zu verdrängen. In dieser Zeit der Verdrängung kann sich das Kind etwas erholen und neue Kraft sammeln, um das Problem zu bewältigen. So kann ein Kind beispielsweise im Kindertagesbereich seine häuslichen Probleme unterdrücken. Der Kindertagesbereich kann dann ein „Erholungsort“ sein.
- Antizipation: Das Kind stellt sich auf kommende belastende Situationen ein und versucht sie vorzusehen, um dann taktisch zu reagieren. Dieses Coping-Muster ist stark altersabhängig.
- Sublimierung: Durch Ersatzhandlungen befriedigt das Kind die Bedürfnisse, die nicht erfüllt werden.

(vgl. Wustmann 2004, S. 81)

In akuten Belastungs-Situationen nutzen Kinder häufiger defensive Bewältigungsstrategien. Nützlich sind diese Muster allerdings nur für kurzzeitige Anpassungen.

- Verleugnung oder Ablehnung der Belastungssituation: Das Verhalten des Kindes ändert sich durch die Stresssituation nicht.

- Regression: Das Kind fällt durch eine Belastungssituation in altersungemäße Verhaltensweisen zurück, die ihm ermöglichen, den Stressor als weniger belastend zu erleben.
- Rückzug: Wenn sich das Kind auffällig zurückzieht, sehr still wird und sich in Tagträume flüchtet, spricht Brenner von Rückzug.
- Impulsives Ausagieren: Ein Kind kann z.B. durch das Ärgern anderer Kinder die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Es sucht Zuwendung, erreicht sie aber auf einem ungünstigen Weg. (vgl. Wustmann 2004, S. 82)

Da belastende Situationen immer subjektiv vom Individuum bewertet werden, kann es keine allgemeingültigen Coping-Strategien geben. Von einer Vorhersage der potentiellen Coping-Strategie, die das Kind wählen könnte ist abzusehen. Anderenfalls verschließt man seinen Blick auf das Kind.

5.3) Die Förderung von Resilienz

Förderung von resilienten Eigenschaften hat in der Pädagogik eine hohe Bedeutung. Im Allgemeinen zielt sie darauf ab, risikoerhöhende Einflüsse zu verringern und risikomindernde Faktoren zu steigern.

Seit den 1980er Jahren sind bedeutende Weiterentwicklungen und neue Ansätze in der resilienzorientierten Frühförderung zu beobachten. Neben personenfokussierten Ansätzen auf der individuellen Ebene werden interaktions- und beziehungsgerichtete Ansätze diskutiert. Im zweiten Ansatz geht es darum, die Interaktions- und Beziehungsprozesse zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson zu stützen und ggfs. zu entlasten. Die Eltern werden in die Bildungsprozesse, die das Kind im Kindertagesbereich vollführt, direkt einbezogen. Ihnen wird ein anderer Blick auf ihr Kind gezeigt. Auffälliges Verhalten kann den Eltern z.B. durch Filmaufnahmen verdeutlicht werden. Hauptsächlich ist aber die Verdeutlichung der Stärken und Kompetenzen des Kindes hervorzuheben. Im interaktions- und beziehungsfördernden Ansatz fungiert der Erzieher/die Erzieherin als „Deutungshilfe“. Darüber hinaus wird die Erziehungskompetenz der Bezugsperson(en) gestärkt. Des Weiteren werden auf der interaktions- und beziehungsorientierten Ebene eine konstruktive

Kommunikation zwischen der/den Bezugsperson(en) und dem Kind gefördert. Der Bezugsperson wird verdeutlicht, wie wichtig ein positives Modellverhalten für das Kind ist. Effektive Erziehungstechniken und die Förderung eines autoritativen Erziehungsziels werden den Eltern nahe gebracht. (vgl. Wustmann 2006, S. 10-12, Weiß 2007, S. 6-10) Als grundlegende Umgebung für Resilienzförderung ist die Familie des Kindes zu nennen. Dort hat es in der Regel seine sichere Basis. Dort sollte es wertgeschätzt werden und sich als selbstwirksam wahrnehmen. Nicht immer können die Familienmitglieder des Kindes diesen Anforderungen gerecht werden. Daher ist notwendig, dass der Kindertagesbereich als erste öffentliche Institution, die das Kind erlebt diese Voraussetzungen erfüllt. Die Position einer ersten Bezugsperson sollte dabei jedoch nicht von Erzieherinnen und Erziehern eingenommen werden. Grundsätzlich sollten Mutter oder Vater die erste Bezugsperson für das Kind sein. Als Erzieher oder Erzieherin hat man allerdings die Aufgabe, im Kindertagesbereich für das Kind als Bezugsperson zur Verfügung zu stehen.

Im Bereich der Kindertagesstätte gibt es viele Möglichkeiten der Förderung von resilienten Eigenschaften. Eine ressourcenorientierte Sichtweise auf das Kind zeigt ihm vorrangig seine Stärken. Die Schwächen werden dabei nicht hervorgehoben. So kann das Kind seine Grenzen erleben und seine Schwächen als solche wahrnehmen, ohne dass sie große Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl haben. (vgl. Weiß 2007, S. 4f) Wie bereits im vorgehenden Absatz benannt, sollten die Fähig- und Fertigkeiten des Kindes in Form seiner Eigenaktivität, Selbstgestaltung und Selbstkompetenz eine starke Berücksichtigung finden. Weiß zitiert hierzu den Schweizer Heilpädagogen Grond: „Angemessen ist eine Förderung dann, wenn das Kind sich als Handelnder erlebt, der etwas bewirken kann, das an sich befriedigt und von der Bezugsperson anerkannt wird“. (Weiß 2007, S. 7)

Damit sich das Kind als handelndes Individuum erlebt, werden resilienzfördernde Eigenschaften auf der individuellen Ebene gestärkt. Wustmann nennt dazu folgende Kompetenzen: Problemlösefertigkeiten, die Eigenaktivität des Kindes und seine persönliche Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, ein starkes Selbstwertgefühl, die Förderung sozialer Kompetenzen und sozialer Beziehungen

sowie effektive Stressbewältigungsfähigkeiten. (vgl. Wustmann 2006, S. 11) Die Stress- und Risikowahrnehmung des Kindes und die Ressourcen in seiner sozialen Umgebung sollten positiv beeinflusst werden. Ein wesentlicher Bereich ist die Kompetenzförderung des Kindes: Die Bausteine resilienzfördernder Kompetenzen sind

- eine sichere Basis
- eine gute Selbst-Wertschätzung
- und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit

Sie sollten durch Fachpersonal gefördert werden.

In der heutigen Pädagogik wird die Förderung personaler Kompetenzen besonders im kindlichen Spiel gesehen. Eltern und auch Erzieherinnen/Erzieher bedürfen manchmal Hilfestellung, wenn es um das kindliche Spiel geht. Denn es ist nicht so, dass das Kind „einfach nur spielt“. Vielmehr drückt das Kind in seinem Spiel Emotionen aus, die es für die Bewältigung von Stresssituationen benötigt. Heinsohn und Knieper (1997) gehen auf die Wichtigkeit des kindlichen Spiels in ihrer Publikation „Theorie des Kindergartens und der Spielpädagogik“ vertiefend ein.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es keine direkte Resilienzförderung durch therapeutisches oder erzieherisches Verhalten gibt. Jedoch lassen sich resilienzfördernde Eigenschaften unterstützen. (vgl. Weiß 2007, 6f)

6) Resümee

Psychische Gesundheit bei Mädchen und Jungen im Kindesalter wird in der Gegenwart zunehmend in den Fokus von Pädagogik gestellt. Studien, wie z.B. die BELLA-Studie, zeigen auf, dass ein deutlicher Anstieg bei psychischen Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen ist. Die Notwendigkeit von der Förderung psychischer Gesundheit lässt sich nicht leugnen, da gerade in den ersten zehn Lebensjahren das Individuum am einfachsten resiliente Eigenschaften erwerben kann. Durch Förderprogramme, z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert, soll das Thema „psychische Gesundheit im Kindesalter“ gesellschaftsfähig gemacht werden. Stresssituationen können und sollen für Kinder nicht vermieden werden. Aber negative Auswirkungen durch belastende Situationen auf die psychische Gesundheit des Kindes können vermindert werden. Notwendig dazu sind neben den – sehr wichtigen – Eltern auch kompetente und ebenso resiliente Erzieher und Erzieherinnen.

Das direkte Thema psychische Gesundheit bzw. Resilienz ist mir bisher in der Praxis wenig begegnet. Gesundheitliche Förderprogramme zeichneten sich hauptsächlich durch körperliche Aktivitäten oder ein bestimmtes Essverhalten aus. Die Förderung psychischer Gesundheit wurde in meiner bisherigen Praxiserfahrung nicht direkt sondern eher indirekt vollzogen.

Das Thema psychische Gesundheit im Kindesalter ist sehr komplex.

Eine treffende Beschreibung der aktuellen Situation:

*„Der Vorhang leicht geschürzt
und viele Fragen nicht einmal gestellt“
(Rabe-Kleberg 2003, S. 99)*

7) Literaturverzeichnis

- Antonovsky A (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. Medcus, 2.
- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Becker P (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1. Theorien, Modelle, Diagnostik. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Becker-Textor I (Stand: 29.04.2009): Gesundheitserziehung in der Kindertagesstätte – Möglichkeiten der Elternarbeit.
<http://www.kindergartenpaedagogik.de/1543.html>
- Belschner W (1986): Glück und Gesundheit durch Psychologie? In: Kaiser P (Hrsg): Glück und Gesundheit durch Psychologie? Konzepte, Entwürfe, Utopien. Psychologie Verlags Union. Weinheim.
- Bengel J (2002): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. BZgA, Köln.
- BKK Bundesverband Hrsg. (2005): BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen.
- Bründel H (2009): Gesundheit! Teil 1: Voraussetzungen für Entwicklung, Bildung und Wohlbefinden. In: Kindergarten heute I/2009. Verlag Herder GmbH. Freiburg.
- Bründel H (2009): Gesundheit! Teil 2: So kann die KiTa Gesundheit fördern. In: Kindergarten heute I/2009. Verlag Herder GmbH, Freiburg.
- Dolto F (1997): Kinder stark machen. Die ersten Lebensjahre. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.
- Döpfner M, Petermann F (2008): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. 2., aktualisierte Auflage. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Egger J (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin. 16. Jahrgang: 2. facultas.wuv Universitätsverlag. Wien. S. 3 – 12
- Kurth B-M, Bergmann K E, Hölling H, Kahl H, Kamtsiuris P, Thefeld W (2002): Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesamtkonzept.

- In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- Parsons T (1972): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich A, Brocher T, Mering Ov, Horn K (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenhauer & Witsch. Köln.
- Petermann F Hrsg. (2000): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und – psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Rabe-Kleberg U (2003): Gender mainstreaming und Kindergarten. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.
- Ravens-Sieberer U, Hölling H, Bettge S, Wietzkar A (2002): Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Das Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag KG. 64 Sonderheft 1: S30-S35.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- Remschmidt H, Fombonne E (1999): Entwicklungspsychopathologie. Grundlagenwissenschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie. In: Der Nervenarzt. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. 70:577-586.
- Resch F (2004): Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Hans Huber Verlag. Bern.
- Schäfer GE (2005): Bildungsprozesse in der frühen Kindheit. In: SOZIALEXTRA 1/2005. VS-Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Scheithauer H, Niebank K, Petermann F (2000): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Schorr A (1995): Gesundheit und Krankheit. Zwei Begriffe mit getrennter Historie? In: Lutz R, Mark N (Hrsg.): Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker. Verlag für angewandte Psychologie. Göttingen.

Weiß H (2007): Was Kinder stärkt: Frühförderung als Resilienz fördernde Maßnahme. Workshop bei 14. Symposium Frühförderung Hamburg. URL: <http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/symp-hh-weiss.pdf> (Stand: 20.03.2009)

Werner EE (1997): Gefährdete Kinder in der Moderne: Protektive Faktoren. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. Ernst Reinhardt Verlag. München. 66:192 – 203.

Wettig J (2009): Schicksal Kindheit. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.

Wustmann C (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Wustmann C (2006): Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. In: Bohn, I. (Hg.): Dokumentation der Fachtagung: Resilienz – Was Kinder aus armen Familien stark macht, in: ISS-Aktuell, 2/2006, S. 6-14

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 30.06.2009

Sandra Heinze