

SCHUTZFAKTOREN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

**Stand der Forschung zu psycho-
sozialen Schutzfaktoren für
Gesundheit**

BAND 35

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 35

SCHUTZFAKTOREN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN – STAND DER FORSCHUNG ZU PSYCHOSOZIALEN SCHUTZFAKTOREN FÜR GESUNDHEIT

Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35
Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen
Schutzfaktoren für Gesundheit
Köln: BZgA, 2009

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Jürgen Töppich
E-Mail: juergen.toepich@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

ISBN 978-3-937707-57-0

Band 35 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60635000

Vorwort

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht in den letzten Jahren im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Wissenschaftliche Studien und journalistische Recherchen machen deutlich, welch vielfältigen Risiken und Belastungen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind. Gleichzeitig steigen die Erwartungen, dass etwas gegen diese Probleme unternommen wird. Damit stellt sich die Frage, mit welchen Konzepten und Mitteln dies am wirkungsvollsten möglich ist.

Eine zentrale Aufgabe der BZgA ist es zu überprüfen, welchen Beitrag neue Konzepte und Modelle zur Weiterentwicklung von Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention leisten können.

Vor diesem Hintergrund entstand Band 6 dieser Fachheftreihe mit dem Titel „Was erhält Menschen gesund?“, der Antonovskys Modell der Salutogenese zum Gegenstand hat. Anknüpfend an diese Arbeit und der Erkenntnis, dass eine Prävention, die sich ausschließlich auf die Verhinderung von gesundheitlichen Risiken und den Abbau von Belastungen richtet, zu kurz greift, erscheint zehn Jahre später Band 35 der Schriftenreihe, der die theoretische und empirische Weiterentwicklung des Salutogenesemodells zu einer Schutzfaktoren- und Resilienzforschung aufgreift.

In diesem Band beschreiben Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann den Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für die Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Durch die systematisch synoptische Aufbereitung des derzeitigen Wissens liegt nun eine aktuelle wissenschaftliche Grundlage für die Planung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen vor.

Durch diese Analyse wird noch einmal bestätigt, dass es in Erfolg versprechenden Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen darum gehen muss, den Abbau von Risiken mit der Stärkung von Ressourcen zu verbinden.

Köln, im November 2008

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

Projekttitel:	Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">– Sichtung der Literatur zu psychosozialen Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter– Erstellung einer systematischen, synoptischen und allgemeinverständlichen Beschreibung des Forschungsstandes
Durchführungszeitraum:	November 2006 bis Dezember 2007
Methoden:	<ul style="list-style-type: none">– Auswertung von Reviews zu Schutz- und Resilienzfaktoren der Jahre 1995–2006;– Systematische Literaturrecherche für die Jahre 2005 und 2006 in den Datenbanken PsycInfo und Psyn dex; Recherchen im Internet
Projektdurchführung:	Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie Institut für Psychologie Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Engelbergerstr. 41 79085 Freiburg
Projektleitung:	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Autorinnen/Autor des Berichts	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dipl.-Psych. Dr. Frauke Meinders-Lücking, Dipl.-Psych. Nina Rottmann, Dipl.-Psych
Finanzierung:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln
Projektleitung in der BZgA:	Jürgen Töppich, Dipl.-Soz.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	10
1. ENTSTEHUNGSHINTERGRUND UND AKTUELLE DISKUSSION	13
1.1 Anfänge der Resilienzforschung	14
1.2 Resilienzforschung in der Entwicklungspsychopathologie	15
1.3 Risiko- und Schutzfaktorenforschung in den Gesundheitswissenschaften	17
1.4 Aktuelle Diskussion und Begrifflichkeit	18
2. LÄNGSSCHNITTSTUDIEN IN DER RESILIENZ- UND SCHUTZFAKTORENFORSCHUNG	27
2.1 Die Kauai-Längsschnittstudie	33
2.2 Die Mannheimer Risikokinderstudie	34
2.3 Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie	38
2.4 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey: Das Modul „Psychische Gesundheit“	42
2.5 Zusammenfassung der Befunde	44
3. KONZEPTE UND EMPIRISCHE BEFUNDE	47
3.1 Klassifikation der Schutzfaktoren	48
3.2 Personale Schutzfaktoren	51
3.2.1 Körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz	51
3.2.1.1 Biologische Korrelate	51
3.2.1.2 Temperament	53
3.2.1.3 Erstgeborenes Kind	60
3.2.1.4 Weibliches Geschlecht	62
3.2.2 Kognitive und affektive Schutzfaktoren	64
3.2.2.1 Positive Wahrnehmung der eigenen Person	64
3.2.2.2 Positive Lebenseinstellung und Religiosität	66
3.2.2.3 Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung	70
3.2.2.4 Internale Kontrollüberzeugung	73
3.2.2.5 Selbstwirksamkeitserwartung	75

3.2.2.6 Selbstkontrolle und Selbstregulation	77
3.2.2.7 Aktive Bewältigungsstrategien	80
3.2.2.8 Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung	82
3.2.2.9 Besondere Begabungen, Ressourcen und Kreativität	83
3.2.3 Interpersonelle Schutzfaktoren – soziale Kompetenz	84
3.3 Familiäre Schutzfaktoren	86
3.3.1 Strukturelle Familienmerkmale	86
3.3.2 Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung	89
3.3.2.1 Sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern	89
3.3.2.2 Autoritative und positive Erziehung	93
3.3.2.3 Positives Familienklima und Kohäsion	97
3.3.3 Positive Geschwisterbeziehung	99
3.3.4 Merkmale der Eltern	100
3.4 Soziale Schutzfaktoren	102
3.4.1 Soziale Unterstützung	102
3.4.2 Erwachsene als Rollenmodelle und Beziehung zu Erwachsenen	106
3.4.3 Kontakte zu Gleichaltrigen	108
3.4.4 Qualität der Bildungsinstitutionen	111
3.5 Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf	113
3.6 Interkulturelle Aspekte und Migration	115
4. MASSNAHMEN ZUR STÄRKUNG VON SCHUTZFAKTOREN	117
4.1 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebenskompetenz	119
4.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung	119
4.1.2 Aspekte der Klassifikation	120
4.1.3 Lebenskompetenzprogramme	122
4.1.4 Multikomponentenprogramme	125
4.2 Beispiele für Interventionen	125
4.2.1 Altersstufenübergreifend: Triple P – Positive Parenting Program	132
4.2.2 Säuglinge und Kleinkinder: Steps toward effective and enjoyable parenting (STEEP)	135
4.2.3 Kindergarten, Kindertagesstätte und Vorschule: Kinder Stärken!	137
4.2.4 Grundschule: FAUSTLOS	138
4.2.5 Jugendalter: Gesundheit und Optimismus (GO!)	140
5. FRAGEN UND PROBLEME DER SCHUTZFAKTORENFORSCHUNG	143
5.1 Forschungsmethodische Fragen und Probleme	144
5.2 Evaluation von Programmen und Interventionen	147

5.2.1	Befunde von Evaluationsstudien	148
5.2.2	Probleme von Wirksamkeitsstudien	150
6.	ZUSAMMENFASSUNG	155
7.	ANHANG	163
7.1	Dokumentation der Literaturrecherche	164
7.2	Dokumentation der Websites	165
7.2.1	Längsschnittstudien	165
7.2.2	Interventionen	166
7.3	Literaturverzeichnis	167

Einleitung

Die sogenannten Risikofaktorenmodelle spielen in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung seit vielen Jahren eine wichtige Rolle. Gesundheitliche Risikofaktoren sind Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Erkrankungen erhöhen. Auch für psychische Erkrankungen wurden inzwischen solche Risikofaktoren untersucht und postuliert.

Eine einseitig auf die Reduktion von Risikofaktoren ausgerichtete Prävention wurde insbesondere auch aus der Perspektive der Gesundheitsförderung kritisiert. Unterstützt durch das Modell der Salutogenese hat die Analyse von Schutzfaktoren in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Als eines der ersten „Schutzfaktorenmodelle“ hat das Salutogenesemodell eine enorme mediale und wissenschaftliche Wirkung entfaltet und vielfältige Aktivitäten auch in der Forschung ausgelöst. Neben die Fragestellung „Was macht krank?“ wurde die Perspektive nach einer gesund erhaltenden Lebensweise und den sogenannten Schutzfaktoren gestellt. Teilweise wurde die Salutogenese sogar als Gegenentwurf zum Pathogenesemodell betrachtet. Insbesondere die Gesundheitsförderung, die Psychosomatik und die Rehabilitation haben sich dieser Perspektive verstärkt angenommen und Maßnahmen und Programme zur Stärkung der gesundheitlichen Schutzfaktoren entwickelt.

Inzwischen beschäftigt sich die Forschung intensiv mit Schutzfaktoren. Auf verschiedenen Ebenen – u. a. auf neurologischer, psychologischer, molekularbiologischer Ebene – wird nach Schutzfaktoren, Reparaturgenen und Puffermechanismen geforscht. Die Forschung und Weiterentwicklung vollzieht sich jedoch nicht mehr primär unter dem Stichwort „Salutogenese“, sondern unter den Begriffen „gesundheitliche Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren“. Eine besondere Rolle spielen dabei psychische und soziale Schutzfaktoren der Gesundheit. Diese Forschung hat insbesondere die Entwicklungspsychologie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stimuliert und zur Entwicklung von Maßnahmen zur „Stärkung“ von Kindern und Jugendlichen beigetragen.

Kinder und Jugendliche sind mit einer Vielzahl von Belastungen und Risikolagen konfrontiert: Eine zunehmende Zahl von Familien oder familienähnlichen Lebensformen, in denen Kinder aufwachsen, ist von der fortschreitenden Armutsentwicklung bedroht. In der Komplexität moderner Lebenswelten in Industrienationen sind geschützte Entwicklungsräume von Kindheit und Jugend seltener. Dies erschwert die Sozialisation und stellt hohe Anforderungen an Kinder und Jugendliche, z. B. in der Entwicklung reflexiver Fähigkeiten, emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen. Die tief greifenden Veränderungen moderner Kinderwelten verdeutlichen die besondere Relevanz der Forschung zu psychischen und psychosozialen Schutzfaktoren gerade im Kinder- und Jugendlichenbereich.

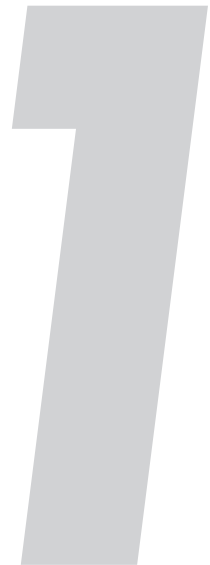
Das Konzept der Schutzfaktoren und das Wissen um die protektive Wirkung solcher Faktoren tragen zur Planung und Fundierung von Präventionsmaßnahmen bei. Anwendung findet das Konzept der protektiven Faktoren bzw. der Resilienzfaktoren beispielsweise im Feld der Prävention des Substanzmissbrauchs unter Kindern und Jugendlichen. So bezieht die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005 beauftragte Expertise zu diesem Thema Risiko- und Schutzfaktorenmodelle sowie die Resilienzperspektive als theoretischen Hintergrund von suchtpreventiven Maßnahmen ein (Bühler & Kröger 2006).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts schließt ein Modul zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren ein, in dem sowohl die Häufigkeit des Auftretens von Risikofaktoren als auch vorhandene Ressourcen erfasst werden. Die umfassenden empirischen Daten können wertvolle Ansatzpunkte für wirksame Präventions- und Interventionsstrategien liefern (Ravens-Sieberer et al. 2002). Aktuelle Daten der für Deutschland repräsentativen BELLA-Studie (Modul zur psychischen Gesundheit des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) zeigen, dass über 20 % der Kinder und Jugendlichen wahrscheinlich psychisch auffällig sind oder zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeit zeigen. Schutzfaktoren finden sich bei den psychisch belasteten Kindern erwartungsgemäß deutlich weniger als bei den psychisch unauffälligen Kindern (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Bislang liegt jedoch keine systematische, synoptische und allgemein verständliche Beschreibung des Forschungsstandes für Kinder und Jugendliche vor. Für die Planung und Konzeption von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen ist jedoch eine solche Synopse von großer Bedeutung. Die hier vorliegende Expertise soll diese Lücke schließen. Gleichzeitig soll sie der BZgA als wissenschaftliche Grundlage zur Weiterentwicklung der Gesundheitsaufklärungskonzepte im Bereich Kinder und Jugendliche dienen.

Wir danken einer Vielzahl von Experten und Expertinnen, die uns Hinweise auf relevante Studien und Beispiele für Maßnahmen gegeben haben. Dipl.-Psych. Nico Hutter und Dipl.-Psych. Susanne Jena (beide Universität Freiburg) haben uns bei der Literaturrecherche und der forschungsmethodischen Bewertung der Studien unterstützt. Dipl.-Päd. Astrid Hille und cand. phil. Lisa Lyssenko (beide Freiburg) waren maßgeblich an der Endredaktion des Textes beteiligt.

ENTSTEHUNGSHINTERGRUND UND AKTUELLE DISKUSSION



1.1

Anfänge der Resilienzforschung

Im Jahre 1955 begann auf der hawaiianischen Insel Kauai unter der Leitung von Emmy Werner eine bedeutende entwicklungspsychologische Längsschnittstudie (Werner 1994; Werner & Smith 1982, 2001): Die gesamte Kohorte der 1955 auf Kauai geborenen Kinder wurde in die Studie einbezogen. Sie wurden über einen Zeitraum von 32 Jahren hinweg in ihrer Entwicklung verfolgt und in mehrjährigen Abständen zu insgesamt fünf verschiedenen Messzeitpunkten untersucht. Die Hauptziele der Studie bestanden darin, den Lebenslauf der Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein zu verfolgen. Dabei sollten die langfristigen Konsequenzen perinataler Komplikationen und risikoreicher Entwicklungsbedingungen für die individuelle Entwicklung und Anpassungsfähigkeit erfasst werden. Aufgrund der geringen geografischen Mobilität auf Kauai konnte der Großteil der 698 in dem betreffenden Jahr geborenen Kinder über Jahrzehnte hinweg in seiner Entwicklung verfolgt werden.

Die Arbeitsgruppe um Werner kam zu dem damals überraschenden Ergebnis, dass ein Drittel der etwa 200 Kinder, die unter risikoreichen Bedingungen wie familiäre Armut oder psychische Erkrankung eines Elternteils aufwuchsen, trotz aller Widrigkeiten zu selbstständigen und erfolgreichen jungen Erwachsenen heranwuchsen. Sie zeichneten sich durch eine positive, optimistische und verantwortungsvolle Lebenseinstellung aus. Aus diesem Grund bezeichneten die Forscher diese Kinder zunächst als „vulnerable but invincible“ (verwundbar, aber unbesiegbare). Es war ihnen offenbar gelungen, eine Widerstandskraft oder *Resilienz* gegenüber risikoreichen Lebensumständen und Stress erzeugenden Lebensereignissen zu entwickeln.

Werner erklärt dies mit einer Kette schützender Faktoren, die über den Verlauf der Entwicklung hinweg miteinander interagieren und sich gegenseitig verstärken. Dazu zählen beispielsweise eine enge emotionale Bindung zu mindestens einem Elternteil, Selbstvertrauen, Problemlösefertigkeiten und Einbindung in soziale Netzwerke, z. B. in Form von Jugendorganisationen. Mit dieser wegweisenden Studie lieferte Emmy Werner einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des Resilienzkonzepts, das in den folgenden Jahren durch Forschung in verschiedenen Bereichen eine Weiterentwicklung erfuhr.

Nach Werner (2006) wurden seitdem insgesamt 19 groß angelegte Längsschnittstudien in den USA, Großbritannien, Neuseeland, Australien, Dänemark, Schweden und Deutschland durchgeführt. Die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al. 1998, 1999) sowie die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Bender & Lösel 1997; Lösel & Bender 1994) zählen zu diesen umfassenden Längsschnittstudien und werden aufgrund ihrer Relevanz für den deutschsprachigen Raum in Kapitel 2 vorgestellt. Das Modul zu psychischer Gesundheit des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (Ravens-Sieberer et al. 2002, 2003, 2004, 2007) ist eine weitere bedeutende und aktuelle Längsschnittstudie, die aufgrund ihrer

Aktualität in Werners Übersicht aus dem Jahre 2006 noch keinen Eingang gefunden hat. Da diese Studie forschungsmethodisch von hoher Qualität ist und repräsentative Daten für die Bundesrepublik Deutschland liefert, wird sie ebenfalls in Kapitel 2 vorgestellt.



1.2 Resilienzforschung in der Entwicklungspsychopathologie

Die Resilienzforschung hat in den vergangenen drei Jahrzehnten eine Fülle an fruchtbaren Forschungsergebnissen vorgelegt, die sowohl theoretischer als auch anwendungsbezogener Natur sind. O'Dougherty Wright und Masten (2006) teilen die Entwicklung dieser Forschungsrichtung in drei Phasen ein, die aufeinander aufbauen, sich jedoch auch zeitlich überlappen bzw. parallel zueinander weiterverlaufen.

1. Phase: Identifikation der Schlüsselkonzepte und allgemeiner Schutzfaktoren

Als Anfang der 1970er-Jahre Studien zur Psychopathologie von Kindern psychisch kranker Eltern zu dem damals überraschenden Nebebefund gelangten, dass sich ein Teil der untersuchten Kinder trotz aller Risiken und Schwierigkeiten positiv entwickelte, nahm die sogenannte Resilienzforschung ihren Anfang. Die Kinder wurden zunächst euphorisch als „unverwundbar“ bezeichnet (Anthony 1974). Dieser Begriff wurde später durch Bezeichnungen wie *stress-resistant* und *resilient* ersetzt (Werner & Smith 1982). In dieser Phase wurde die Unzulänglichkeit defizitorientierter Modelle erkannt: Diese liefern lediglich Erklärungen für psychopathologische Entwicklungen, machen jedoch keine Aussagen darüber, warum manche Kinder trotz risikoreicher Bedingungen positive Entwicklungsergebnisse zeigen. Es wurde deutlich, dass die Analyse günstiger Entwicklungsverläufe unter risikoreichen Bedingungen von enormer Bedeutung für Prävention und die Behandlung von Problemen ist. Diese Überlegung hat die folgenden Jahre nachhaltig geprägt (O'Dougherty Wright & Masten 2006).

Im Mittelpunkt der sich neu entwickelnden Forschungsrichtung stand in der ersten Phase zunächst die Untersuchung der Schlüsselkonzepte in unterschiedlichen Kontexten. Konzepte wie Resilienz (z. B. Was sind die Kernelemente von Resilienz? Anhand welcher Kriterien kann man sie abbilden?), *Vulnerabilität*, *Risiken* und *Schutzfaktoren* wurden genauer definiert. Die Diskussion über angemessene Definitionen und Abgrenzungen der einzelnen Konstrukte voneinander hält bis heute an. Neben der Klärung der Begrifflichkeiten stand die Identifikation der verschiedenen Korrelate (Faktoren, die in Zusammenhang mit der Entwicklung und den Entwicklungsergebnissen stehen) oder Prädiktoren (Faktoren, die Entwicklungsergebnisse vorhersagen) günstiger Entwicklung im Fokus der Forschung. Bald zeigte sich, dass Kinder in ihrer Entwicklung Phasen unterschiedlicher Vulnerabilität durchlaufen, die von unterschiedlichen Schutzfaktoren beeinflusst werden. Während z. B. im Kleinkindalter die eigenständige Suche nach neuen

Erfahrungen sowie eine positive soziale Orientierung zentral sind, haben im Jugendalter Faktoren wie ein positives Selbstkonzept und interne Kontrollüberzeugungen eine wichtige Bedeutung (Werner 1994). Insgesamt stimmten die Ergebnisse zu generell schützenden Faktoren in verschiedenen Studien in hohem Maße überein. Zu ihnen gehören kindbezogene (z. B. kognitive Fertigkeiten, effektive Kontrolle über emotionale Erregung), familienbezogene (z. B. enge Beziehung zu den Eltern, positives Familienklima) und umfeldbezogene Faktoren (z. B. Kontakte zu sich prosozial verhaltenden Gleichaltrigen, Schulen von guter Qualität).

2. Phase: Kontextfaktoren und Prozessorientierung

Nachdem in der ersten Phase die empirischen Grundlagen für die Auseinandersetzung mit dem Konzept Resilienz entwickelt worden waren, wandte sich die Forschung nun der Komplexität dieses Forschungsgegenstandes zu. In der zweiten Phase verschob sich daher der Fokus von der Frage des Was zum Wie. Die Beschäftigung mit den komplexen Wechselwirkungen, Prozessen und Wirkmechanismen rückte in den Mittelpunkt. Kontextfaktoren wie der sozioökonomische Status der Familie oder die Einbindung in soziale Netzwerke wurden verstärkt erfasst. Es wurden dynamische Veränderungsmodelle entworfen und der Versuch unternommen, biologische, soziale und kulturelle Prozesse in die Modelle zu integrieren. Das vorrangige Ziel, schützende Faktoren zu identifizieren, wurde also von der Untersuchung der zugrunde liegenden Prozesse und Wirkmechanismen abgelöst (O'Dougherty Wright & Masten 2006).

Im Zuge dieser Entwicklung begann die Forschung die Kontextspezifität der protektiven Prozesse zu erkennen: Derselbe Faktor kann in unterschiedlichen Kontexten bzw. Situationen (auch Entwicklungsphasen) und bei unterschiedlichen Gruppen von Individuen schützende, risikoreiche oder keinerlei Prozesse beeinflussen. Bender und Lösel (1997) fanden beispielsweise heraus, dass sich fehlende soziale Eingebundenheit in Gruppen Gleichaltriger, z. B. durch die Mitgliedschaft in einer Clique, schützend und positiv auf das Verhalten als hoch risikobelastet eingestuft Jugendlicher auswirkte, die zuvor antisoziales Verhalten gezeigt hatten. Für die gut angepassten Jugendlichen stellte fehlende soziale Eingebundenheit hingegen einen Risikofaktor dar.

Die Auswertung breit angelegter Längsschnittstudien verdeutlichte die Dynamik, die dem Prozess der Resilienzentwicklung innewohnt: Ein Kind, das zu einem bestimmten Zeitpunkt (z. B. im Grundschulalter), in einem bestimmten Kontext (z. B. niedriger sozioökonomischer Status der Familie) oder in einem bestimmten Bereich (z. B. schulische Leistungen) als resilient eingestuft wird, kann zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. im Jugendalter), in einem anderen Kontext (z. B. veränderte familiäre Situation aufgrund elterlicher Trennung) oder auf einen anderen Bereich bezogen (z. B. psychisches Wohlbefinden) deutlich weniger gut angepasst sein. Umgekehrt können Kinder, die unter risikoreichen Bedingungen aufwuchsen, sich zu gut an ihre Umwelt angepassten Erwachsenen entwickeln. Der übergreifende Einfluss der Kultur wurde in dieser Phase zwar ebenfalls benannt, ist bisher jedoch nur wenig erforscht.

3. Phase: Maßnahmen zur Förderung von Resilienz

Parallel zu der sich weiterhin fortsetzenden Untersuchung der komplexen Prozesse zeichnet sich in der Resilienzforschung eine dritte Strömung ab, die die Entwicklung von resilienzförderlichen Interventionen vorantreibt. Mehr und mehr theoriegeleitete Interventionsdesigns werden in Studien überprüft, um schließlich verbreitete Anwendung zu finden. Als Beispiel sei hier das FAUSTLOS-Curriculum erwähnt, ein Programm, das Gewaltprävention durch die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen fokussiert (siehe Abschnitt 4.2.4). Trotz solch positiver und erfolgreicher Beispiele steckt die Forschung in der Entwicklung effektiver Interventionen noch in den Kinderschuhen. Die Herausforderung zukünftiger Arbeiten wird die systematische Analyse des bestmöglichen Weges darstellen, die noch lückenhaften Ergebnisse zu Schutzfaktoren und den Prozessen der Resilienzentwicklung in Programme umzusetzen, die Kompetenzen und Wohlbefinden fördern (O'Dougherty Wright & Masten 2006).

1.3 Risiko- und Schutzfaktorenforschung in den Gesundheitswissenschaften

Parallel zum Aufkommen der Resilienzforschung in der Entwicklungspsychopathologie war in den Gesundheitswissenschaften eine ähnliche Entwicklung zu beobachten, die sich unter dem Schlagwort „*salutogenetische Perspektive*“ zusammenfassen lässt. Das Konzept der *Salutogenese* geht auf Antonovsky (1979) zurück und erfuhr besonders in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung viel Aufmerksamkeit. Es rückt mit seiner Orientierung an Bedingungen und Faktoren, die Gesundheit schützen, die Frage nach der Erhaltung von Gesundheit in den Mittelpunkt und wendet sich damit von einem krankheitszentrierten Modell der Pathogenese hin zu einem gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ansetzenden Modell der Salutogenese. Dieses Modell muss vor dem Hintergrund der Strömungen in den Gesundheitswissenschaften der letzten 50 Jahre gesehen werden.

Bengel, Strittmatter und Willmann (2000) charakterisieren diese Entwicklungen wie folgt: Das System der Gesundheitsversorgung bzw. Krankenbehandlung ist traditionellerweise geprägt durch eine (erfolgreiche) pathogenetische Betrachtungsweise, die Behandlung und Beseitigung von Beschwerden und Symptomen in den Mittelpunkt stellt. Im Zuge der Technisierung und Differenzierung der Medizin werden ganzheitliche Aspekte und gesunde Anteile der Patienten und Patientinnen tendenziell vernachlässigt. Damit gehen in der Regel Definitionen von Gesundheit einher, die diese negativ, das heißt als Abwesenheit oder Freisein von Krankheit, bestimmen. Bereits 1948 setzte die World Health Organisation diesem traditionellen Bild eine idealtypische Definition von Gesundheit als Zustand des vollkommenen physischen und psychischen Wohlbefindens entgegen (World Health Organization 1948). Aktuelle sozialwissenschaftliche Defini-

tionsversuche weisen ebenfalls zum einen darauf hin, dass Gesundheit auch positiv definiert werden und somit Aspekte des körperlichen und psychischen Wohlbefindens einschließen sollte. Zum anderen wird eine mehrdimensionale Betrachtungsweise betont, die Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung berücksichtigt. Gesundheit hängt dabei von der Wahrnehmung und Erschließung protektiver Ressourcen ab, die unter belastenden Umständen Quellen der Unterstützung sind. Im traditionellen biomedizinischen Krankheitsmodell, das nach wie vor Schulmedizin und Prävention prägt, sind solche Protektivfaktoren, die psychischer und sozialer Natur sein können, nicht enthalten. Jedoch ist mit diesen Weiterentwicklungen im Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Boden geebnet für strukturelle Veränderungen im Bereich der Gesundheitsförderung (Bengel et al. 2000). Eine verstärkte Hinwendung der Forschung zu Schutz- und Risikofaktoren in den vergangenen Jahren belegt den Prozess dieser Umorientierung.

1.4 Aktuelle Diskussion und Begrifflichkeit

Die Kernannahmen und Fragestellungen dieser beiden Forschungsbereiche ähneln einander sehr: Sowohl die Resilienzforschung als auch die salutogenetische Perspektive fragen, warum manche Personen trotz ausgeprägter Risiken gesund bleiben oder sich rasch von Störungen erholen. Im Mittelpunkt stehen also schützende Faktoren, die sich stärkend auf die psychische Gesundheit auswirken und eine positive Adaptation an die Gegebenheiten der jeweiligen Umwelt fördern. Dabei vollzieht sich die Forschung und Weiterentwicklung gegenwärtig nicht mehr primär unter dem Stichwort Salutogenese, sondern unter dem Stichwort gesundheitlicher Schutz- und Resilienzfaktoren.

Luthar, Cicchetti und Becker (2000b) heben die dennoch unterschiedlichen Akzentsetzungen der gesundheitswissenschaftlichen und der entwicklungspsychopathologischen Perspektive hervor: Während sich die Gesundheitsforschung zu Schutzfaktoren vor allem auf die Erhaltung der Gesundheit bzw. auf Krankheitsprävention konzentrierte, rücke die Resilienzforschung verstärkt eine positive Anpassung, die im Prozess der Entwicklung entsteht, in den Fokus. Einer Negativdefinition im Sinne der Abwehr und Prävention von Krankheiten stünde somit also eine Positivdefinition im Sinne des Hinzufügens positiver Effekte entgegen. Argumentiert man jedoch mit Bengel et al. (2000), die betonen, dass eine angemessene mehrdimensionale Definition von Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch Aspekte des physischen und psychischen Wohlbefindens einschließen sollte, wird diese Differenzierung nach Luthar et al. (2000b) hinfällig. Denn gesundheitswissenschaftliche Forschung muss neben der Verhinderung von Krankheiten ebenso die Förderung von Gesundheit und damit des Wohlbefindens berücksichtigen, um alle Aspekte des komplexen Konstrukts Gesundheit zu erfassen. Insgesamt

erschweren terminologische Uneinheitlichkeiten und unklare Konstruktdefinitionen den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Forschung zu Resilienz, Risiko- und Protektivfaktoren. Daher soll im Folgenden eine Zusammenschau der unterschiedlichen Definitionen und eine Diskussion der grundlegenden Begrifflichkeiten erfolgen.

Zwar wirken sowohl das Konzept der Resilienz als auch das der Risiko- und Schutzfaktoren auf Anhieb plausibel, jedoch bestehen theoretische und methodische Probleme, die sich in den Grundkonzepten widerspiegeln. Während unter dem Begriff *Risikofaktoren* krankheitsbegünstigende und risikoerhöhende Faktoren zusammengefasst werden, ist die Terminologie in Bezug auf gesundheitsfördernde und risikomildernde Faktoren deutlich weniger einheitlich. Hier wird neben Schutzfaktoren und Resilienz auch von *Resourcen* oder *protektiven Faktoren* gesprochen. Die Heterogenität der Begrifflichkeiten spiegelt die in der Literatur vorherrschende Unklarheit und kontrovers diskutierte Frage wider, wie diese Faktoren angemessen begrifflich und inhaltlich zu definieren sind. Im Folgenden werden als Grundlage für die weiteren Ausführungen zunächst gemeinsame Kernpunkte unterschiedlicher Definitionen herausgearbeitet, Konstrukte voneinander abgegrenzt sowie damit verbundene Probleme aufgezeigt.

Resilienz

Der Begriff Resilienz leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit; lat. „resilere“ = abprallen) ab und bezeichnet allgemein die *psychische Widerstandsfähigkeit*, häufig primär von Kindern. Werner (1994) war eine der Ersten, die diese Widerstandskraft in ihrer Längsschnittstudie auf Kauai untersucht hat. Resilienz ist in der Entwicklungspsychopathologie auf unterschiedliche Art und Weise definiert worden. Global gehalten und innerhalb des Forschungsfeldes weit akzeptiert ist die Auffassung, Resilienz als „gute Ergebnisse von Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen für Anpassung oder Entwicklung“ zu verstehen (Masten 2001b, S. 193) (vgl. auch Alvord & Grados 2005; Bender & Lösel 1998; Gabriel 2005; Holtmann & Schmidt 2004; Luthar et al. 2000a). Im Zentrum steht also eine positive Entwicklung unter ungünstigen Lebensumständen. Diese Definition impliziert, dass eine Person signifikante Herausforderungen bestimmter Art gemeistert und sich adaptiv verhalten hat. Dieses adaptive Verhalten muss anhand bestimmter Kriterien erfasst werden können.

Die Art der Kriterien, hinsichtlich derer ein Individuum sich adaptiv verhält, variiert erheblich und kann sich auf verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, z. B. den Umgang mit anderen Menschen, intellektuelle Leistungen oder die Einhaltung von Verhaltensregeln beziehen. Ob ein Individuum *gute Ergebnisse von Entwicklung* zeigt, kann z. B. anhand verschiedener Dimensionen von Kompetenz beurteilt werden. Masten (2001b) führt drei zentrale Dimensionen von Kompetenz an, die bei Kindern im Schulalter von besonderer Bedeutung sind: schulische bzw. akademische Leistung, regelhaftes versus regelwidriges Verhalten und soziale Kompetenz im Umgang mit Gleichaltrigen. Diese Definitionen von Kompetenz spiegeln herausragende Entwicklungsaufgaben wider,

die sich auf höher geordnetes Funktionieren in breit gefächerten Bereichen und nicht auf spezifische Gebiete von Kompetenz (wie z. B. Musik oder Mathematik) beziehen, die nur für einige Individuen von Bedeutung sind. Hier wird Resilienz also auf externalen Kriterien basierend definiert. Anhand derer kann beurteilt werden, wie gut ein Individuum in seiner sozialen Umwelt funktioniert. Eine erweiterte Definition von Resilienz könnte darüber hinaus internale Anpassungskriterien enthalten, die Aussagen über das internale Wohlbefinden eines Individuums machen.

Eine solche weiter gefasste Definition vertritt beispielsweise Wustmann (2005), die folgende Erscheinungsformen von Resilienz betont: eine positive, gesunde Entwicklung trotz hohem Risikostatus (z. B. chronische Armut), beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen (z. B. elterliche Trennung und Scheidung) und die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen (z. B. Gewalterfahrungen). Dabei schließt Resilienz neben dem Erwerb altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen der normalen kindlichen Entwicklung auch die Abwesenheit von psychischen Störungen mit ein (vgl. auch Bender & Lösel 1998).

Das Gegenstück zur Resilienz ist Vulnerabilität. Diese bezeichnet das erhöhte Risiko eines Kindes, z. B. aufgrund einer genetischen Disposition oder chronischen Erkrankung, in Anwesenheit äußerer (ungünstiger) Einflussfaktoren psychische Störungen zu entwickeln bzw. von der normalen Entwicklung abzuweichen (Scheithauer & Petermann 1999). Als *Gefährdungen*, die die Entwicklung behindern können, nennt Masten (2001b) Risikofaktoren (vgl. Abschnitt 2.2) sowie *kritische Lebensereignisse* wie der Verlust eines Elternteils, die adaptives Funktionieren gewaltsam unterbrechen. Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz hingegen liegen in besonderen, risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb oder außerhalb des Kindes (die ebenfalls unter Abschnitt 2.2 erläutert werden). Menschen unterscheiden sich hinsichtlich der Verfügbarkeit solcher Ressourcen und somit auch im Hinblick auf ihre Fähigkeiten zur Belastungsregulation und Bewältigung von Stressoren (Bender & Lösel 1998).

Resilienz ist als ein hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt zu verstehen. Folgende Charakteristika, die in den vorangehenden Ausführungen bereits angeklungen sind, hier aber aufgrund ihrer Bedeutsamkeit nochmals zusammengefasst dargestellt werden sollen, zeichnen das Konstrukt der Resilienz also aus:

1. Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess

Resilienz darf nicht als stabile und überdauernde Persönlichkeitseigenschaft verstanden werden, sondern entwickelt sich prozesshaft im zeitlichen Verlauf und im Kontext der Mensch-Umwelt-Interaktion über Situationen hinweg, die eine Anpassung an aversive Umgebungsbedingungen erfordern. Der häufig verwendete Ausdruck *resiliente Kinder* geht somit nicht mit der Annahme einer persönlichen Eigenschaft einher, sondern bezieht sich auf zwei Bedingungen von Resilienz: Diese Kinder sind (1) einschränkenden

und aversiven Situationen ausgesetzt, in denen sie aber (2) dennoch positive Anpassungen zeigen. Ein Verständnis von Resilienz als persönliches Attribut könnte darüber hinaus der Annahme Vorschub leisten, Resilienz sei eine gegebene Größe, die einige Individuen besitzen, andere jedoch nicht. Diese Auffassung ist ungerechtfertigt und trägt weder zur Aufklärung der Prozesse bei, die der Resilienz zugrunde liegen, noch ist sie hilfreich für die Entwicklung resilienzfördernder Interventionsstrategien (Luthar et al. 2000a).

2. Resilienz ist eine variable Größe

Die Konzeptualisierung von Resilienz als Kapazität, die sich über die Zeit prozesshaft entwickelt, impliziert eine gewisse Spannbreite und Variabilität des Ausprägungsgrades. Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens relativ resilient sind, können zu anderen Zeitpunkten wesentlich *vulnerabler* erscheinen. Resilienz ist also kein zeitlich stabiles Konstrukt. Neben den individuellen Unterschieden sind verschiedene *Phasen erhöhter Vulnerabilität* im Entwicklungsverlauf zu unterscheiden. Zu diesen zählen soziale Entwicklungsübergänge (Transitionen) wie z. B. die Einschulung, der Eintritt in das Berufsleben oder durch körperliche Reifung und kognitive Entwicklung gezeichnete Übergänge wie die Zeit der Pubertät (Scheithauer & Petermann 1999).

3. Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional

Risikokinder, die in einigen Bereichen enorme Kompetenzen zeigen, können in anderen Feldern durchaus Probleme und unzureichende Anpassung aufweisen. Missbrauchte Kinder können sich z. B. im akademischen Bereich sehr resilient verhalten, aber zugleich deutlich mangelhafte soziale Kompetenzen aufweisen. Resilienz ist also keine globale und umfassende Größe, sondern bereichsspezifisch und damit multidimensional. Das Ausmaß der intraindividuellen Resilienzunterschiede korreliert im Allgemeinen mit der konzeptuellen Unterschiedlichkeit der Bereiche. Diese individuellen Inkonsistenzen sowie die Untergliederung von Resilienz in verschiedene Bereiche verkomplizieren die Ableitung optimaler Indikatoren, anhand derer Resilienz gemessen werden kann. Ein einziger optimaler und umfassender Indikator kann somit nicht gefunden werden. Vielmehr muss Resilienz auf vielfältige Weise erfasst werden, da gelungene Anpassung je nach Bereich und Situation sehr unterschiedlich aussehen kann (Luthar et al. 2000a).

Die Entwicklung eines systematischen Konzepts, das Resilienz in definierte Hauptbereiche untergliedert und darüber hinaus gut erfassbare Kriterien bereitstellt, anhand derer die Ausprägung der Resilienz in den unterschiedlichen Bereichen differenziert erfasst werden kann, wäre somit eine grundlegende und konzeptuelle Aufgabe der Wissenschaft, um Vergleichbarkeit von Studien sowie inhaltliche Präzision zu fördern. Dabei muss u. a. spezifiziert werden (Holtmann & Schmidt 2004), welche Entwicklungen als altersentsprechend gelten und in welchem Zusammenhang eher äußere (z. B. Schulleistung) bzw. internale Kriterien (z. B. subjektives Wohlbefinden) oder Kombinationen beider Ansätze sinnvoll sind. Hinsichtlich der Frage, in welcher Art und Weise adaptives Verhalten angesichts aversiver Ereignisse und Umstände genau erfasst werden soll und was resi-

lientes Verhalten letztlich auszeichnet, bestehen zum aktuellen Zeitpunkt allerdings kontroverse Auffassungen (Alvord & Grados 2005). Um den Prozesscharakter von Resilienz sowie die Variabilität im zeitlichen Verlauf zu erfassen, sind Längsschnittuntersuchungen erforderlich, die die zugrunde liegenden Wirkmechanismen erklären können.

Da Risiko- und Schutzfaktoren als entwicklungsgefährdende bzw. resilienzfördernde Faktoren quasi integraler Bestandteil des Resilienzkonzepts sind, besteht ein zentraler Aspekt der Konzeptualisierung von Resilienz in der genauen Abgrenzung von Risiko- und Schutzfaktoren sowie im Verständnis ihrer Wirkungsweise. Holtmann und Schmidt (2004) argumentieren, dass die Annahme eigenständiger Resilienzfaktoren (bzw. Schutz- oder Protektivfaktoren) den Nachweis einer spezifischen Interaktion von Risiko und Resilienz im Sinne eines Puffereffekts erfordere. Nach diesem Modell wäre ein Schutzfaktor vor allem bzw. ausschließlich bei Vorliegen einer risikoerhöhenden Gefährdung wirksam und moderiert die Auswirkungen des Risikos. Luthar und Kollegen (2000a) weisen jedoch darauf hin, dass diese Definition zwar der frühesten und überzeugendsten Beschreibung von Resilienzprozessen entspreche, die Begrifflichkeit „Protektivfaktoren“ aber auch auf Variablen angewendet werde, die direkte positive Effekte (im Sinne eines Haupteffekts) auf die Anpassung haben – unabhängig vom Risikopotenzial der jeweiligen Situation. So definieren Werner und Smith (1982) in ihrer Kauai-Studie beispielsweise alle die Variablen als Protektivfaktoren, die die gut angepassten Hochrisikokinder von den Kindern mit gravierenden Problemen unterscheiden. Schutzfaktoren stellen also einen integralen Bestandteil des Resilienzkonzepts dar. Beide Konzepte sind durch ihre Definition ineinander verzahnt und aufeinander angewiesen.

Risiko- und Schutzfaktoren

Unter „Risikofaktoren“ werden Faktoren verstanden, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen erhöhen. Diese Faktoren können nicht nur in der Person des Kindes selbst, sondern auch in dessen sozialem Umfeld liegen. Scheithauer und Petermann (1999) unterscheiden zwischen *umgebungsbezogenen Faktoren* (wie z. B. sozioökonomische Faktoren, familiäre Belastungen und Faktoren innerhalb des sozialen Umfeldes), die sie als „Risikofaktoren“ bezeichnen und *kindbezogenen Faktoren* (wie z. B. genetische Dispositionen, chronische Krankheiten, niedrige Intelligenz oder hohe Ablenkbarkeit), die sie unter dem Begriff „Vulnerabilität“ zusammenfassen. Dabei umschreibt die Vulnerabilität, wie stark die Entwicklung eines Kindes ungünstig beeinflusst werden kann. Im Folgenden werden wir die kindbezogenen sowie die umgebungsbezogenen Faktoren jedoch unter dem Begriff des Risikofaktors zusammenfassen.

Risikofaktoren können weiterhin dahingehend differenziert werden, ob sie *fixer*, das heißt unveränderbarer Natur sind (z. B. das Geschlecht des Kindes), oder ob sie *variable* Faktoren darstellen, die prinzipiell verändert werden können (z. B. die Qualität der Eltern-Kind-Bindung). Letztere sind insbesondere für die Planung von Präventionen von Bedeutung. Risikofaktoren sind Merkmale, die mit dem Auftreten von gesundheitlichen

Störungen oder Erkrankungen korrelieren bzw. zu einer Risikoerhöhung beitragen. Bei manchen Risikofaktoren ist der Zusammenhang mit der Erkrankung so eng und die pathogenetischen Mechanismen so gut untersucht, dass den Risikofaktoren sogar ein direkter *kausaler Einfluss* zugeschrieben werden kann. Ein Faktor stellt jedoch in der Regel nicht die alleinige Ursache für eine Erkrankung dar. Risikofaktoren tragen dazu bei, die Bilanz der Belastungen versus der Ressourcen eines Kindes ungünstiger ausfallen zu lassen (Kraemer et al. 1997, nach Scheithauer & Petermann 1999). Dabei wird angenommen, dass die Kumulation von Risikofaktoren gravierendere Auswirkungen hat als das Auftreten einzelner Faktoren.

Als „Schutzfaktoren“ bezeichnet man Faktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen vermindern, indem sie zur Entwicklung von Ressourcen beitragen bzw. eine solche Entwicklung erleichtern. Häufig findet sich eine Einteilung in personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren. Dabei wird Resilienz als eine variable Kapazität verstanden, die sich über die Zeit im Kontext der Mensch-Umwelt-Interaktion entwickelt, jedoch nicht zeitlich stabil ist.

Schutzfaktoren dürfen nicht lediglich als das Fehlen von Risiken verstanden werden. Dies käme einer „Risikoforschung mit umgekehrtem Vorzeichen“ gleich (Laucht 1999). Um das Schutzfaktorenkonzept stattdessen in sinnvoller Weise als Ergänzung zu den empirisch gut belegten Risikofaktoren verwenden zu können, müssen nach Laucht folgende Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. auch Holtmann & Schmidt 2004; Luthar et al. 2000a):

1. Abgrenzung gegenüber Risikofaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren müssen sowohl begrifflich als auch methodisch eindeutig voneinander abgegrenzt werden. So ist auszuschließen, dass Schutzfaktoren lediglich das Gegenteil oder Fehlen von Risikofaktoren erfassen. Dies impliziert, dass die Definition und Operationalisierung von Schutzfaktoren unabhängig von derjenigen für Risikofaktoren stattfindet.

2. Nachweis eines Puffereffekts

Risiko- und Schutzfaktoren wirken in spezifischer Weise zusammen: Protektive Faktoren *moderieren* die schädliche Wirkung eines Risikofaktors. Ein Schutzfaktor ist also vor allem bei Vorliegen einer Gefährdung wirksam: Er mindert oder beseitigt den Risikoeffekt, während bei Abwesenheit schützender Faktoren der Risikoeffekt voll zum Tragen kommt. Aus methodischer Sicht verlangt diese Beziehung den Nachweis einer spezifischen Interaktion.

3. Abgrenzung gegenüber Kompetenzen des Kindes

Beim Nachweis der protektiven Wirksamkeit von Kompetenzen des Kindes (seine Resilienz) muss vermieden werden, dasselbe Kindmerkmal lediglich in unterschiedlicher Funktion zu betrachten: einmal als vor Störungen schützende Kompetenz – also als Schutzfaktor –, und einmal als Kompetenz, die als Zeichen einer positiven Entwicklung

verstanden wird – also als Ergebnis einer geschützten Entwicklung. Werden Schutzfaktoren des Kindes und sein Entwicklungsergebnis nicht unabhängig voneinander bestimmt, wird möglicherweise lediglich die Stabilität eines Kindmerkmals als protektiver Effekt interpretiert.

4. Nachweis einer zeitlichen Priorität

Ein Merkmal kann nur dann als Schutzfaktor für einen bestimmten Risikofaktor bezeichnet werden, wenn es bereits vor dem Eintreten des Risikofaktors vorliegt. Denn nur wenn die Ressource beim Eintreten der Belastung vorhanden ist, kann sie einen protektiven Effekt entwickeln und der Belastung entgegenwirken.

Konzeptualisierung des Schutzfaktorenbegriffs

Im Sinne einer möglichst sparsamen theoretischen Konzeptualisierung des Schutzfaktorenbegriffs sollen darunter in den folgenden Kapiteln nicht nur die Faktoren, die als Puffereffekt wirken, sondern ebenso diejenigen verstanden werden, die – unabhängig vom Risikopotenzial der jeweiligen Situation – positive Effekte auf die Entwicklung haben. Neben der theoretischen Sparsamkeit hat dies den Vorteil, dass damit ein größeres Feld empirischer Forschung einbezogen werden kann.

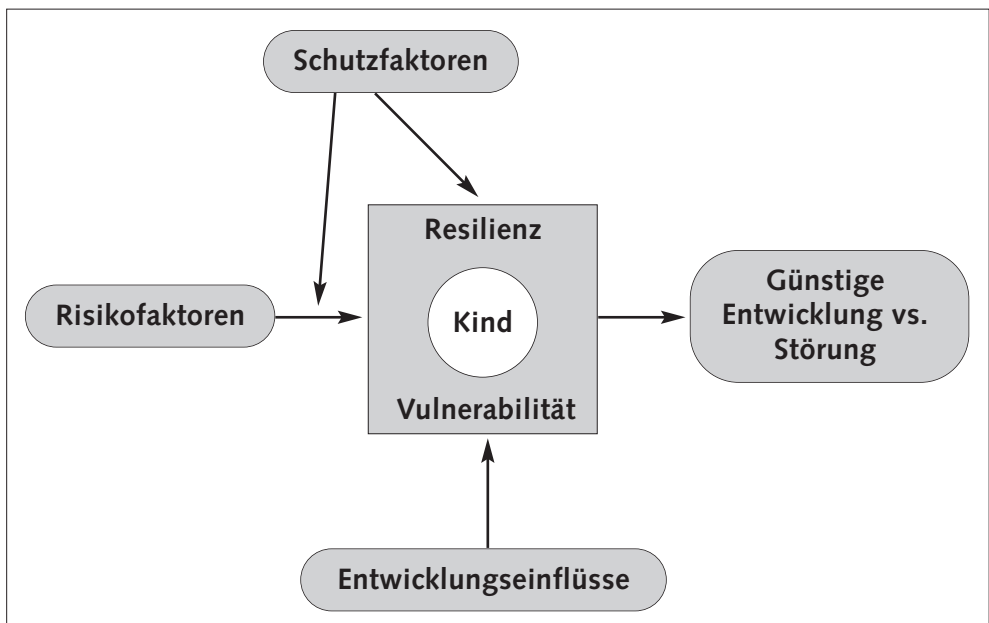


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen (modifiziert nach Petermann & Winkel 2005)

Risiko- und Schutzfaktorenmodelle versuchen, Entstehung und Verlauf von Belastungen, Beeinträchtigungen und psychischen Störungen vorherzusagen sowie präventive und rehabilitative Maßnahmen zu planen. Idealerweise werden dabei intermediäre, wirkungsvermittelnde Variablen spezifiziert und die zugrunde liegenden Mechanismen erläutert. Ein allgemeines heuristisches Modell zum Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren entwerfen Petermann und Winkel (2005) (vgl. Abbildung 1). Sie nehmen an, dass Schutzfaktoren die Beziehung zwischen Risikofaktor und Störung modellieren, das Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren jedoch nicht ausreicht, um kindliche Entwicklungsverläufe zu prognostizieren. Stattdessen werde der Entwicklungsverlauf zusätzlich von Phasen erhöhter Vulnerabilität beeinflusst, z. B. während der Pubertät und zu Zeiten sozialer Transitionen (z. B. Schulwechsel) oder erhöhter Resilienz. Dieses Modell hebt besonders die Abgrenzung von Schutz- gegenüber Risikofaktoren hervor und betont die puffernde Wirkung protektiver Faktoren (vgl. Abschnitt 2.2).

LÄNGSSCHNITTSTUDIEN IN DER RESILIENZ- UND SCHUTZFAKTOREN- FORSCHUNG



Längsschnittstudien spielen in der Entwicklungs- und Lebenslaufpsychologie im Allgemeinen und in der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung im Besonderen eine wichtige Rolle. Sie tragen dazu bei, psychosoziale Schutzfaktoren zu entdecken und Zusammenhänge mit der psychischen und physischen Gesundheit zu untersuchen. Längsschnittstudien haben den Vorteil, den Verlauf der Entwicklung bzw. die Entstehung körperlicher oder psychischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum hinweg mitverfolgen zu können.

Aus forschungsmethodischer Sicht sind nur Längsschnittstudien geeignet, Aussagen zu Auswirkungen von Schutzfaktoren auf die Entwicklung zu machen. Sie erlauben auch Aussagen über den Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren bzw. über die Interaktion mehrerer Schutzfaktoren. Die Bedeutung von Resilienz in unterschiedlichen Phasen der (kindlichen) Entwicklung kann bestimmt und Entwicklungsverläufe können dokumentiert werden. Idealerweise lassen sich Schwankungen auf bestimmte sensitive Phasen oder aber auf das Vorhandensein risikoreicher bzw. schützender Faktoren zurückführen.

Die Aussagekraft von Längsschnittstudien übersteigt diejenige querschnittlicher Momentaufnahmen in aller Regel. Nachteile liegen jedoch u. a. in der durch den langen Untersuchungszeitraum sowie die Vielzahl möglicher Störfaktoren und Kontexteinflüsse bedingten Komplexität. Um die Validität von Längsschnittstudien zu gewährleisten, müssen methodische Standards eingehalten und mögliche durch das Studiendesign entstehende Probleme bereits im Vorhinein gut durchdacht und sorgfältig berücksichtigt werden. Diese methodischen und konzeptuellen Ansprüche sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten werden in Kapitel 5 gesondert behandelt. Viele der durch Längsschnittstudien gewonnenen Ergebnisse können heute als gut gesichert gelten. Für manche Faktoren liegen jedoch widersprüchliche Befunde vor, wie z. B. für Religiosität. Die Ergebnisse, ergänzt um Befunde aus Querschnittstudien, ermöglichen eine zumindest vorläufige Klassifikation und Zusammenschau der identifizierten Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 3).

Groß angelegte Studien, die sich über einen langen Zeitraum von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter erstrecken, sind besonders aussagekräftig (Werner 2006). Ein großer Teil der in Reviews und Essays zu Resilienz und Schutzfaktoren zitierten Befunde beruht jedoch lediglich auf retrospektiven, kurzzeitigen Längsschnitt- oder Querschnittstudien, die zumeist mit relativ kleinen Stichproben arbeiten. Folgende Kriterien demgegenüber zeichnen aussagekräftigere Längsschnittstudien aus:

- eine Kerngruppe von 100 bis 1000 oder mehr Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern,
- männliche und weibliche Teilnehmer,
- mehrere und altersangemessene Instrumente zur Datenerhebung,
- Messungen zu mehreren Zeitpunkten im Entwicklungsverlauf,
- geringe Ausfallquoten (Drop-out),
- Vergleichsgruppen mit geringer Risikobelastung.

Studie	Kurzbeschreibung
1. Die Kauai-Längsschnittstudie (USA) (Werner 1994; Werner & Smith 2001)	Beginnend während der Schwangerschaft, hat die Kauai-Studie den Einfluss einer Vielzahl biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, kritischer Lebensereignisse und Schutzfaktoren auf die Entwicklung aller 1955 auf der Insel Kauai (Hawaii) geborenen Kinder untersucht. Etwa 30 % dieser Geburtskohorte waren vier oder mehr Risikofaktoren ausgesetzt, zu denen chronische Armut, perinatale Komplikationen, psychische Erkrankung der Eltern und Familienzerwürfnisse gehören. Daten wurden bei der Geburt, wenige Tage nach der Geburt, im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren erhoben.
2. Das Minnesota-Eltern-Kind-Projekt (USA) (Yates et al. 2003)	Dieses Projekt begann im Jahr 1975 und untersuchte 190 von anfangs 267 einkommensschwachen Frauen und ihre Kinder über einen Zeitraum von 25 Jahren. Daten wurden zu folgenden Zeitpunkten erhoben: während des letzten Trimesters der Schwangerschaft, mit 7 und 10 Tagen, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 42, 48 Monaten, in der 1., 2. und 6. Klasse sowie im Alter von 25 Jahren.
3. Das Projekt Kompetenz (USA) (Masten et al. 1995; Roisman et al. 2004)	Im Projekt Kompetenz, das 1977/78 begann, wurden 205 Dritt- bis Sechstklässler in Minneapolis im Hinblick auf Entwicklungsaufgaben und Kompetenzen einer adaptiven Entwicklung untersucht. Der Follow-up-Zeitraum erstreckt sich über 30 Jahre.
4. Die Virginia-Längsschnittstudie zu Scheidung und Wiederheirat (USA) (Hetherington 1989)	Zu Beginn der Studie im Jahre 1971 umfasste die Stichprobe 144 weiße Mittelklassefamilien (50 % geschieden, 50 % nicht geschieden) mit einem vierjährigen Kind. Die Kinder und ihre Familien wurden über einen Zeitraum von 20 Jahren in ihrer Entwicklung verfolgt. Im Laufe der Zeit wurden weitere Familien in die Studie eingeschlossen, sodass beim 20-Jahres-Follow-up 450 Familien an der Studie teilnahmen.
5. Die Hetherington- und Clingempeel-Studie zu Scheidung und Wiederheirat (USA) (Hetherington & Kelley 2002)	Diese Studie begann 1980 und untersuchte die Anpassung von Jugendlichen an das Leben in einer Stieffamilie. Daten wurden 4, 17 und 26 Monate nach der Wiederheirat des Elternteils erhoben. 202 weiße Mittelklassefamilien (nicht geschiedene und Stieffamilien) aus dem Großraum Philadelphia nahmen an der Studie teil.

Studie	Kurzbeschreibung
6. Die Rochester-Längsschnittstudie (USA) (Sameroff et al. 2003)	In die Rochester-Studie, die im Jahr 1980 begann, wurde eine Stichprobe von 180 Frauen mit einer Geschichte psychischer Erkrankungen sowie eine nicht belastete Kontrollgruppe eingeschlossen. Die Kinder dieser Frauen wurden bei der Geburt untersucht und bis zur 12. Klasse in ihrer Entwicklung verfolgt.
7. Eine Studie zur Erziehung und Entwicklung von Kindern in normalen Familien und Familien mit affektiven Störungen (USA) (Radke-Yarrow & Brown 1993)	Die Studie begann 1980 und schloss 80 Familien mit jeweils zwei Kindern ein, in denen die Eltern an affektiven Störungen erkrankt waren. Das jüngere Kind der Familien war zu Studienbeginn jeweils zwischen 15 und 36 Monaten, das ältere zwischen 5 und 8 Jahren alt. 50 nicht belastete Familien bildeten die Kontrollgruppe. Die Kinder wurden über einen Zeitraum von 10 Jahren in ihrer Entwicklung verfolgt.
8. Eine Studie zu den Folgen von Kindesmissbrauch (USA) (Herrenkohl et al. 1994)	Begonnen 1975, schloss diese Studie 353 Kinder aus Pennsylvania ein, deren Familien von Missbrauchscentren betreut wurden. Eine unbelastete Kontrollgruppe wurde ebenfalls eingeschlossen. Zu Beginn der Studie waren die Kinder 1 bis 6 Jahre alt. Der Follow-up-Zeitraum erstreckte sich bis in die späte Adoleszenz.
9. Die Virginia-Längsschnittstudie zu Kindesmisshandlung (USA) (Bolger & Patterson 2003)	107 misshandelte Kinder, die durch das nationale Register identifiziert wurden, sowie eine unbelastete Kontrollgruppe aus Schulen in Charlottesville nahmen an dieser Studie teil, die 1986 begann. Daten wurden von der 2. bis zur 7. Klasse erhoben.
10. Die Chicago-Längsschnittstudie (USA) (Reynolds & Ou 2003)	Die Chicago-Längsschnittstudie begann 1983. In einem quasi-experimentellen Kohortendesign wurden 989 Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen, die im Vorschulalter an einem Eltern-Kind-Programm teilnahmen, und 550 Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen, die an einem Ganztags-Kindergartenprogramm teilnahmen, eingeschlossen. Follow-up-Daten wurden im Alter von 14 und 20 Jahren erhoben.
11. Die nationale Studie zur Kinderentwicklung (NCDS) (Großbritannien) (Power & Elliott 2005; Schoon 2006)	Diese nationale Studie schloss 17 416 Personen ein, die in Großbritannien zwischen dem 3. und 9. März 1958 geboren wurden. Daten zur physischen, psychosozialen und schulischen Entwicklung wurden bei der Geburt, im Alter von 7, 11, 16 und 33 Jahren erhoben.

Studie	Kurzbeschreibung
12. Die britische Kohortenstudie (BCS70) (Großbritannien) (Schoon 2006)	Diese Studie verfolgte die physische, psychische, schulische und ökonomische Entwicklung von 17 000 Kindern, die in der Woche vom 5. bis 11. April 1970 geboren wurden, über einen Zeitraum von drei Jahrzehnten. Die Daten wurden erhoben, als die Probanden 5, 10, 16, 26 und 29–30 Jahre alt waren.
13. Die Dunedin-Multidisziplinäre-Gesundheits-und-Entwicklungsstudie (Neuseeland) (Caspi et al. 2003; Silva & Stanton 1996)	Diese Untersuchung schloss die Kohorte von 1037 Kindern ein, die zwischen dem 1. April 1972 und dem 31. März 1973 in Dunedin (Neuseeland) geboren wurden. Daten zur Gesundheit der Kinder wurden über den gesamten Entwicklungsverlauf im Alter von 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 und 26 Jahren erhoben. Beim letzten Follow-up-Zeitpunkt konnten noch Daten von 837 Probanden erhoben werden.
14. Die Christchurch-Gesundheits-und-Entwicklungsstudie (Neuseeland) (Fergusson & Horwood 2001)	Eine Kohorte von 1265 Kindern, die 1977 in der Region um Christchurch zur Welt kamen, wurde im Rahmen dieser Studie in ihrem Entwicklungsverlauf verfolgt. Untersucht wurden soziale Umstände, Gesundheit, Entwicklung und Wohlbefinden der Kohorte. Follow-up-Erhebungen fanden im Alter von 4 Monaten, 1 Jahr, in jährlichen Intervallen bis zum Alter von 16 Jahren sowie im Alter von 18 und 21 Jahren statt. 991 Probanden nahmen an der letzten Follow-up-Erhebung teil.
15. Die „Mater-Universität von Queensland“-Studie zur Schwangerschaft (Australien) (Lawlor et al. 2006; O’Callaghan et al. 2006)	Die Studie begann im Jahr 1981 und schloss 8556 schwangere Frauen ein. Daten zu psychosozialen Determinanten von Gesundheit und zum allgemeinen Wohlbefinden der Kinder wurden 3 bis 5 Tage nach der Geburt, im Alter von 6 Monaten, 5, 14–15 und 21 Jahren erhoben. An der Datenerhebung im Alter von 14–15 Jahren nahmen noch 5262 Kinder teil.
16. Die Kopenhagen-Hochrisiko-Studie (Dänemark) (Parnas et al. 1993)	Die Hochrisiko-Studie untersuchte eine Stichprobe von 204 Kindern schizophrener Mütter sowie eine unbelastete Kontrollgruppe. Erste Daten wurden im Alter von 15 Jahren erhoben. Die letzte Datenerhebung erfolgte im Alter von 42 Jahren. Mehr als die Hälfte der Probanden wies in diesem Zeitraum keinen psychopathologischen Befund auf.
17. Die Lundby-Studie (Schweden) (Cederblad 1996)	Im Rahmen einer südschwedischen Längsschnittstudie mit einigen tausend Probanden wurde eine Substichprobe von 148 Kindern untersucht, die in ihrer Kindheit drei oder mehr

Studie	Kurzbeschreibung
	psychischen Risikofaktoren (z. B. psychische Erkrankung der Eltern, Alkoholismus, Missbrauch) ausgesetzt waren. Bei Studienbeginn waren die Kinder durchschnittlich 8 Jahre alt. Im mittleren Lebensalter waren drei Viertel von ihnen ohne psychosoziale Beeinträchtigung.
18. Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Deutschland) (Bender & Lösel 1997; Lösel & Bender 1994)	Anfang der 90er-Jahre wurden 146 Jugendliche aus Institutionen der Heimbetreuung im Hinblick auf psychosoziale Schutzfaktoren unter risikobelasteten Entwicklungsbedingungen untersucht. Zu Studienbeginn waren die Jugendlichen 14 bis 17 Jahre alt. Eine zweite Datenerhebung erfolgte 2 Jahre später.
19. Die Mannheimer Risikokinderstudie (Deutschland) (Laucht et al. 1998)	362 Kinder, die zwischen dem 1. Februar 1986 und dem 28. Februar 1988 im Mannheimer und Ludwigshafener Raum zur Welt kamen, wurden in die Mannheimer Risikokinderstudie eingeschlossen und hinsichtlich ihrer Entwicklungschancen und -risiken untersucht. Datenerhebungen erfolgten, als die Kinder 3 Monate, 2, 4½ und 8 Jahre alt waren.

Tab. 1: Wichtige Längsschnittstudien zur Analyse von psychosozialen Schutzfaktoren (modifiziert nach Werner 2006, S. 92ff)

Aufgrund des hohen zeitlichen, finanziellen, personellen und methodischen Aufwands sind Längsschnittstudien mit großer Fallzahl und vielen Variablen jedoch nur selten zu finden.

Werner (2006) identifiziert insgesamt 19, zehn US-amerikanische, zwei britische, zwei neuseeländische, eine australische, eine dänische, eine schwedische und zwei deutsche Studien, die den oben genannten Designkriterien für Längsschnittstudien entsprechen (vgl. Tabelle 1).

Um einen Einblick in die Durchführung und den Erkenntnisgewinn solcher groß angelegter Längsschnittstudien zu geben, sollen in diesem Kapitel vier Studien mit dem Schwerpunkt auf deutsche Arbeiten ausführlicher vorgestellt werden. Neben der Kauai-Studie (Werner 1994; Werner & Smith 2001) werden zwei in Deutschland durchgeführte Längsschnittstudien jüngerer Datums beschrieben, die jeweils unterschiedliche Herangehensweisen an den Forschungsgegenstand Schutzfaktoren und Resilienz wählen (Ben-

der & Lösel 1997; Laucht et al. 1998, 1999; Lösel & Bender 1994). Die vierte Studie ist die BELLA-Studie, die als Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit den vom Robert Koch-Institut von 2003 bis 2006 durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey ergänzt. Sie schließt eine Forschungslücke, indem bundesweit repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben werden (Ravens-Sieberer & Bettge 2004; Ravens-Sieberer et al. 2002). Die Ergebnisse der anderen Längsschnittstudien gehen in die Übersicht zu den einzelnen Schutzfaktoren in Kapitel 3 ein.

2.1 Die Kauai-Längsschnittstudie

In einer der ersten entwicklungspsychologischen Längsschnittstudien untersuchten Werner und Kollegen (Werner 1994; Werner & Smith 2001) den Einfluss einer Vielzahl biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, kritischer Lebensereignisse und Schutzfaktoren auf die Entwicklung von 698 Kindern, die 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurden. Die Datenerhebung begann bereits während der Schwangerschaft. Der größte Teil der Kohorte konnte auch zu den späteren Messzeitpunkten im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren untersucht werden. Etwa 30 % der Kinder waren vier oder mehr Risikofaktoren – wie chronischer Armut, Komplikationen während der Geburt, psychischer Erkrankung der Eltern und schwierigen Familienverhältnissen – ausgesetzt.

Von diesen 201 Hochrisikokindern zeigten 72 gute Entwicklungsergebnisse trotz der erlebten Widrigkeiten, sowie gute Kompetenzen in den verschiedensten Bereichen; sie erholten sich erfolgreich von den belastenden Erfahrungen der Kindheit. Werner (1994) nimmt an, dass diese Resilienz sich durch eine Reihe schützender Faktoren, die über den Verlauf der Entwicklung hinweg miteinander interagieren und sich gegenseitig verstärken, entwickelt hat. Im Alter von 2 Jahren erwiesen sich eine positive soziale Orientierung, eigenständige Suche nach neuen Erfahrungen sowie eine gute sprachliche und motorische Entwicklung als besonders bedeutsam. Im Alter von 10 Jahren waren gute Problemlöse- und Lesefähigkeiten, vielseitige Interessen und gutes Auskommen mit Mitschülerinnen bzw. Mitschülern von Bedeutung. Mit 18 Jahren zeichneten sich resiliente Jugendliche durch realistische Zukunftspläne, soziale Reife, Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit, günstigen Einsatz persönlicher Ressourcen und Talente, Selbstvertrauen, internale Kontrollüberzeugungen und Glauben an die Sinnhaftigkeit des Lebens aus.

Folgende Schutzfaktoren fanden sich innerhalb der Familie: Familien mit tendenziell weniger als vier Kindern und einem Geburtsabstand von mehr als 2 Jahren zwischen den Geschwistern, höheres Bildungsniveau der Mutter und ein einfühlsamer Erziehungsstil der Mutter. Für Mädchen erwies sich zusätzlich die regelmäßige Berufstätigkeit der Mut-

ter als bedeutsam, während sich auf die Jungen bildungserzieherische Anreize besonders günstig auswirkten. Enge Beziehungen zu unterstützenden Erwachsenen außerhalb der Familie – z. B. Lehrerinnen und Lehrern oder innerhalb religiöser Gemeinschaften, die zu Vertrauen, Selbstständigkeit und Initiative ermutigten – wirkten sich als weitere soziale Faktoren außerhalb der Familie protektiv aus (Werner 1993; Werner & Smith 2001). Neben der herausragenden Bedeutung personaler Ressourcen des Kindes wird die Wichtigkeit der familiären und weiteren sozialen Umwelt betont.

Werner (1994) hebt hervor, dass ein Schutzfaktor jedoch nie einzeln und direkt wirke, sondern stets Wechselwirkungen verschiedener Schutzfaktoren über die Zeit zu finden sind. Exemplarisch sei hier folgender möglicher Mechanismus einer solchen Kette schützender Faktoren erläutert (Grossmann 2003): In der Kauai-Studie wurde ein positiver Zusammenhang zwischen einem sozial orientierten und positive Aufmerksamkeit hervorrufoenden Verhalten als Säugling und den Quellen emotionaler Zuwendung gefunden, die das Individuum in der frühen und mittleren Kindheit hatte. Ein positives Zusammenspiel von Kind, Eltern und fürsorglichen Erwachsenen außerhalb der Familie führte zu größerer Selbstständigkeit und sozialer Reife der Kinder mit 2 Jahren und zu größerer schulischer Kompetenz der Zehnjährigen. Dies wiederum hing positiv mit dem Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeitserwartung mit 18 Jahren zusammen. Die Überzeugung, für die Erfolge selbst verantwortlich zu sein, ging mit einer geringeren emotionalen Belastung mit 32 und 40 Jahren sowie häufigerer emotionaler Unterstützung durch den Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin einher. Nach der ergebnisorientierten Vorstellung der Kauai-Studie soll nun eine stärker am forschungsmethodischen Vorgehen orientierte Beschreibung einer weiteren Längsschnittstudie erfolgen, die in der Region Mannheim durchgeführt wurde.

2.2 Die Mannheimer Risikokinderstudie

Die Mannheimer Risikokinderstudie befasst sich mit den Chancen und Risiken von Kindern, deren gesunde Entwicklung durch frühe, bei Geburt bestehenden organischen und psychosozialen Belastungen gefährdet ist (Laucht et al. 1998, 1999). Ziel dieser prospektiven Längsschnittstudie war eine Beschreibung der psychischen Entwicklung von Kindern mit unterschiedlichen Risikokonstellationen von der Geburt bis zum Schulalter:

1. die Bestimmung der prädiktiven Bedeutung (Vorhersagekraft) früher biologischer und psychosozialer Risiken sowie der protektiven und kompensatorischen Einflüsse von Kompetenzen und Ressourcen des Kindes und seiner sozialen Umwelt;
2. die Modellierung des Bedingungsgefüges von Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Analyse der pathogenen und salutogenen Prozesse und Mechanismen, die unterschiedlichen Entwicklungsverläufen zugrunde liegen;

3. die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Prävention und Früherkennung von Entwicklungsstörungen bei Risikokindern (Laucht et al. 1999).

Dies wurde an einer Kohorte von $n = 362$ Kindern untersucht, die in ihrer Entwicklung von der Geburt bis ins Jugendalter in mehreren Erhebungswellen begleitet wurden. Die Stichprobe umfasste Kinder, die zwischen Anfang 1986 und Anfang 1988 in der Rhein-Neckar-Region geboren bzw. neonatalogisch versorgt wurden, und folgende Einschlusskriterien erfüllten: erstgeborenes Kind, Aufwachsen bei den leiblichen Eltern, deutschsprachige Familie, keine schweren angeborenen Stoffwechselerkrankungen, Sinnesbehinderungen oder Chromosomenanomalien, keine Mehrlingsgeburten.

Als Risikofaktoren wurden zum Zeitpunkt der Geburt bestehende organische (prä- und perinatale Komplikationen) und psychosoziale Belastungen (bei Geburt bestehende ungünstige Lebensverhältnisse) erfasst, die jeweils in drei Ausprägungsstufen (keine, leichte oder schwere Belastung) unterteilt wurden. Die Zuordnung zu den jeweiligen Ausprägungsstufen erfolgte anhand von Informationen aus den Krankenakten bzw. wurde während eines Elterninterviews erfragt. Ein kumulativer Risikoindex über die Anzahl von Komplikationen und Belastungen, der zwischen 0 und 9 variieren konnte, ermöglichte eine weitere Quantifizierung des Schweregrades.

Neben Risikofaktoren wurde auch eine Reihe potenziell förderlicher Entwicklungsbedingungen untersucht. Diese Schutzfaktoren erfasste die Arbeitsgruppe bei der Erhebung im Alter von 3 Monaten in zwei Bereichen: (1) frühe Mutter-Kind-Beziehung und (2) familiäre Umwelt des Kindes. Da erworbene Kompetenzen wie z. B. Problemlösefertigkeiten oder prosoziales Verhalten in dieser frühen Entwicklungsperiode noch nicht differenziert ausgeprägt sind, wurden Kompetenzen des Kindes als Schutzfaktoren nicht berücksichtigt. Die Erfassung der protektiven Merkmale der Mutter-Kind-Beziehung stützt sich auf sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertete Verhaltensbeobachtungen von Mutter und Kind in einer standardisierten Situation. Ein standardisiertes Interview mit den Eltern diente der Erfassung der protektiven Merkmale in der familiären Umwelt.

Um nicht lediglich das Nichtvorhandensein eines Risikofaktors als Ressource zu erfassen, wurden nur eindeutig positive Ausprägungen von Entwicklungsbedingungen als potenzielle Schutzfaktoren akzeptiert. Als Indikatoren einer besonders positiven Mutter-Kind-Beziehung galten Verhaltensmuster der Interaktionspartner (Dauer des Lächelns und Dauer positiver Lautäußerungen) sowie Merkmale der Interaktion (Dauer synchroner Episoden, z. B. Blickkontakt, Dauer und Häufigkeit reziproker Episoden, das heißt Wechselspiel zwischen Reaktion und Gegenreaktion).

Als globales Maß der Interaktionsqualität ließen sich Summenwerte über die verschiedenen Auswertungsskalen bilden. Protektive Merkmale der familiären Umwelt wurden definiert als überdurchschnittliche Ausprägungen in folgenden Bereichen: Merkmale der Eltern und ihrer Partnerschaft (psychische Gesundheit, Bildungsniveau, Bewältigungs-

fähigkeiten und Qualität der Partnerschaft), Elternverhalten und -erleben (erlebte Schwangerschaft und Geburt, Anpassung an die Elternschaft, emotionale Beziehung zum Kind und väterliches Engagement), soziale Situation (Qualität der Beziehung zu den Herkunftsfamilien, soziale Unterstützung) und materielle Lebenssituation der Familie (Einkommen, Wohnfläche). In die Auswertung gingen Einzelmerkmale in dichotomer Ausprägung (z. B. positive versus negative Beziehung zu den Herkunftsfamilien) sowie Summenwerte über die einzelnen Merkmalsbereiche als kumulative Schutzindizes ein.

Anhand des jeweiligen Ausprägungsgrades von Risiko- und Schutzfaktoren sollte der kindliche Entwicklungsstand mit 4 ½ Jahren vorhergesagt werden. Zur Beschreibung des Entwicklungsstandes zu diesem Zeitpunkt wurde eine Testbatterie eingesetzt, die die motorischen Fertigkeiten sowie kognitive und sprachliche Fähigkeiten erfasste. Zusätzlich wurden sozial-emotionale Probleme des Kindes mithilfe von Elterninterviews und Verhaltensbeobachtungen untersucht. So konnten Symptome und Schweregrad einer möglichen psychischen Beeinträchtigung festgestellt werden.

Eine Reihe hierarchischer multipler Regressionsanalysen ergab, dass die hier untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren gemeinsam (entweder als kumulative Indizes/Summenwerte oder als optimale Kombination einiger Einzelfaktoren) zwischen 12,8 und 22,6 % Varianz in der motorischen, kognitiven bzw. sozial-emotionalen Entwicklung aufklären können. Dabei fällt jedoch die für die Schutzfaktoren spezifische Varianz deutlich geringer aus als diejenige für Risikofaktoren. Schutzfaktoren allein können maximal 2,3 % der Varianz im Bereich der kognitiven Entwicklung erklären; in der sozial-emotionalen Entwicklung beläuft sich deren Anteil auf 1,8 %, während der Bereich der motorischen Funktionen mit nur 0,4 % erklärter Varianz offensichtlich am wenigsten von protektiven Faktoren profitiert.

Die spezifischen organischen und psychosozialen Risikofaktoren hingegen klären – in den unterschiedlichen Kombinationen – zwischen 11 und 20 % der Varianz auf. Insgesamt ergeben sich in allen hier erfassten kindlichen Funktionsbereichen große Überschneidungsbereiche zwischen Schutz- und Risikofaktoren. Bis über die Hälfte der insgesamt erklärten Varianz besteht aus Anteilen, die von beiden Variablengruppen gemeinsam abgedeckt werden. Dies zeigt die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung beider Gruppen von Faktoren.

Um zu überprüfen, ob und in welchem Umfang die von potenziellen Schutzfaktoren ausgehenden entwicklungsförderlichen Einflüsse durch die Risikobelastung moderiert werden, wurden die Interaktionen (Risikofaktor \times Schutzfaktor) geprüft. Ein Interaktionseffekt bedeutet im Gegensatz zu einem Haupteffekt, dass die Wirkung der verschiedenen Faktoren nicht rein additiv ist, sondern sie in spezifischer Weise zusammenhängen. Der Risikofaktor „niedriger sozioökonomischer Status“ und der Schutzfaktor „soziale Kompetenz“ würden z. B. dann in spezifischer Weise interagieren, wenn der Faktor soziale

Kompetenz nur unter Vorliegen eines niedrigen sozioökonomischen Status seine protektive Wirkung entfaltete und unter dieser Bedingung einen bedeutsamen Beitrag an der Varianz der sozial-emotionalen oder kognitiven Entwicklung leistete. Für alle Interaktionseffekte aller möglichen Kombinationen von Risiko- und Schutzfaktoren in allen drei Funktionsbereichen ergaben sich jedoch ausnahmslos geringe, statistisch nicht signifikante Ausprägungen. Die Modellannahme von Schutzfaktoren als Moderatoren, die ihre Wirkung erst unter risikoreichen Bedingungen entfalten, konnte in dieser Studie somit nicht bestätigt werden.

Mittels varianzanalytischer Techniken ließen sich jedoch Schutzeffekte der frühen Mutter-Kind-Interaktion feststellen. Der entwicklungshemmende Einfluss starker psychosozialer Risiken auf die sozial-emotionale Entwicklung im Alter von 4½ Jahren konnte durch ein positives mütterliches Interaktionsverhalten weitestgehend kompensiert werden, wohingegen ein entsprechendes Mutterverhalten für gering belastete Kinder keine prädiktive Bedeutung hatte. Ein ähnlicher Befund ergab sich im Bereich der organischen Risikobelastungen: Frühgeborene Kinder profitieren im besonderen Maße von einem einfühlsamen Umgang der Mütter mit dem Säugling.

Nach Aussage der Autoren deuten diese Befunde darauf hin, dass Schutzfaktoren zwar eine wichtige, jedoch aus Sicht der Autoren häufig überschätzte Rolle bei der Bewältigung frühkindlicher Belastungen spielen. Der empirische Nutzen frühkindlicher protektiver Faktoren zum besseren Verständnis der Entwicklungsprognose von Risikokindern erscheint den Autoren zufolge begrenzt. Es zeigt sich, dass Risiko- und Schutzfaktoren in vielen Fällen einen großen Überschneidungsbereich aufweisen. Schutzfaktoren zeigen häufig lediglich die Abwesenheit von Risiken an. Die Suche nach Moderatorwirkungen der hier betrachteten Schutzfaktoren verlief nur teilweise erfolgreich. In detaillierten Analysen, die eine Reihe von Rahmenbedingungen berücksichtigten, konnte bei psychosozial oder organisch belasteten Risikokindern die frühe Mutter-Kind-Interaktion als wichtiges Schutzpotenzial identifiziert werden. Die Annahme protektiver Globalvariablen, die als kumulative Indizes ein schützendes Milieu beschreiben sollten, wurde jedoch nicht bestätigt.

Die Autoren nehmen an, dass die Aufklärung protektiver *Prozesse*, das heißt die Mechanismen des Zusammenwirkens spezifischer Einflussfaktoren, vielversprechender sein dürfte als die Suche nach global wirksamen Protektivfaktoren. Als mögliche Gründe für den mangelnden empirischen Erklärungswert von Schutzfaktoren seien außerdem methodische Mängel anzuführen: Die der Messung von Schutzfaktoren zugrunde liegenden Konstrukte sind oftmals nur vage definiert. Dies bringt Messprobleme mit sich, die sich in unzureichenden psychometrischen Eigenschaften der Variablen äußern (vgl. Kapitel 5).

2.3

Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie

Ein anderes Studiendesign findet sich in der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (oder auch: Bielefeld-Erlangen-Studie zur Resilienz). Im Unterschied zur Mannheimer Risikokinderstudie wählten die Forscher hier ein Zweigruppendesign, in dem sie eine resiliente Gruppe mit einer auffälligen Hochrisikogruppe Jugendlicher verglichen. Ziele der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Lösel und Mitarbeitern waren es, die psychische Widerstandskraft unter Bedingungen eines besonders hohen Entwicklungsrisikos zu untersuchen, dabei Resilienzphänomene auch außerhalb der Familie zu erfassen und die in der Literatur diskutierten psychosozialen Schutzfaktoren zu überprüfen (Bender & Lösel 1997; Lösel & Bender 1994, 1999).

Die Zielgruppe bildeten Jugendliche aus Institutionen der Heimbetreuung, die unter einem besonders hohen Risiko stehen, schwerwiegende und lang anhaltende Erlebens- und Verhaltensprobleme zu entwickeln. Ein Großteil dieser Jugendlichen stammt aus einem sehr belasteten und unterprivilegierten Milieu, das von unvollständigen Familien, Armut, Erziehungsdefiziten, Gewalttätigkeit und Alkoholmissbrauch geprägt ist. Für die Gewinnung der Stichprobe wählten die Wissenschaftler einen naturalistischen Zugang: Auf der Grundlage von Fallbesprechungen mit Erziehern und Erzieherinnen sowie Sozialpädagogen und -pädagoginnen in 60 Heimen und Jugenddörfern im nordwestdeutschen Raum bildeten sie zwei Gruppen von 66 resilienten – also bislang psychosozial relativ gesund entwickelten – Jugendlichen und 80 auffälligen, devianten Jugendlichen, die aggressives, delinquentes sowie teilweise auch internalisierendes Problemverhalten zeigten.

Die 146 Probanden hatten zu Studienbeginn ein Durchschnittsalter von 15,6 Jahren; drei Fünftel waren Jungen. Die Diagnose wurde mithilfe objektiverer Methoden (Fragebogen, die von den Erziehern und Erzieherinnen bzw. den Jugendlichen selbst ausgefüllt wurden) validiert: Ein Risikoindex erfasste objektive und subjektive biografische Belastungen wie z. B. elterliche Trennung und Scheidung, familiäre Aggressionen und Konflikte, Vernachlässigung und Ablehnung des Kindes, Alkoholmissbrauch und Arbeitslosigkeit der Eltern, finanzielle Probleme, häufige Schulwechsel etc. Beide Gruppen unterschieden sich im objektiven Risikoindex nicht voneinander, sondern erreichten sehr hohe Werte, die im Durchschnitt beim 90. Perzentil einer Normalstichprobe von Schülerinnen bzw. Schülern lagen. Das heißt, die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wiesen eine extrem hohe objektive Risikobelastung auf, die durchschnittlich den am stärksten belasteten 10 % einer für die Normalbevölkerung ihres Alters repräsentativen Stichprobe entsprach.

Der subjektive Risikoindex, das heißt die individuell wahrgenommene Belastung durch die objektiv vorhandenen Risiken, korrelierte erwartungsgemäß stärker mit den berich-

teten Verhaltensproblemen als der objektive Risikoindex. Besonders stark ausgeprägt war dieser Zusammenhang in der Gruppe der als deviant eingestuft, die viele der objektiven Risiken subjektiv als belastend empfanden. Die zur Erfassung der psychischen Gesundheit eingesetzten Fragebogen bestätigten die naturalistische Diagnose. Dabei entsprach die Merkmalsausprägung der resilienten Gruppe weitgehend jenen einer unauffälligen Schülerstichprobe.

Auf dieser Basis wurden personale und soziale Ressourcen, das heißt mögliche Schutzfaktoren, quer- und längsschnittlich untersucht. Im *Querschnittsvergleich* unterschieden sich die resilienten durch folgende Ressourcen von den verhaltensauffälligen Jugendlichen:

- *Personale Ressourcen*: flexibleres und stärker annäherungsorientiertes Temperament, tendenziell höhere Intelligenz, positiveres Selbstkonzept, seltenere Gefühle der Hilflosigkeit, höhere Selbstwirksamkeitserwartungen und Leistungsmotivation, bessere schulische Leistungen, aktiveres und weniger vermeidendes Bewältigungsverhalten, bessere psychische Akzeptanz der institutionellen Situation, realistischeres Bild der Zukunft
- *Soziale Ressourcen*: häufigeres Vorhandensein einer festen emotionalen Bezugsperson außerhalb der Kernfamilie, tendenziell größeres soziales Netzwerk, höhere Zufriedenheit mit der erfahrenen sozialen Unterstützung, Erleben des Erziehungsklimas im Heim als sozial-emotional günstiger (Lösel & Bender 1994).

2 Jahre nach der ersten Erhebung wurden die Jugendlichen erneut kontaktiert. Zwar konnten nur Daten von 100 Jugendlichen erhoben werden, da die übrigen das Heim bereits verlassen hatten; die aus der Studie herausfallenden Probanden unterschieden sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Ausmaß des auffälligen Verhaltens jedoch nicht von den verbleibenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Bender & Lösel 1997).

Im *längsschnittlichen Vergleich* zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Jugendlichen in ihrem Verhalten über die Zeit hinweg stabil resilient oder auffällig geblieben waren. Die bedeutsamen Schutzfaktoren ähnelten dabei sehr denjenigen der 2 Jahre zuvor durchgeführten Querschnittsanalyse, das heißt die meisten dieser personalen und sozialen Ressourcen besaßen auch prognostische Validität. Besonders hervorzuheben sind dabei: ein flexibler und aktiver Bewältigungsstil, geringere Hilflosigkeit, realistischere Zukunftsperspektiven, eine stärkere Leistungsorientierung, eine gute Beziehung zur Schule, größere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und eine feste außerfamiliäre Bezugsperson.

Für eine signifikante Verminderung oder Verstärkung der Erlebens- und Verhaltensprobleme im Laufe der 2 Jahre war vor allem das erlebte Erziehungsklima im Heim verantwortlich. Hier erwies sich ein autoritatives Klima als besonders günstig, das sich durch Zuwendung sowie Normorientierung auszeichnet (Baumrind 1989). Längsschnittlich war hier auch die Dimension der Normorientierung bedeutsam, während in

der Querschnittuntersuchung fast ausschließlich günstigere Ausprägungen in den sozial-emotionalen Klimamerkmale mit Resilienz einhergingen. Neben dem positiven emotionalen Klima erwies sich also eine an Verantwortung, Leistung und ethischen/religiösen Werten orientierte Erziehung als wesentlich für stabile Resilienz (Lösel & Bender 1994, 1999).

Die gefundenen Zusammenhänge zwischen sozialer Einbindung/Unterstützung und antisozialem Verhalten belegen die Kontextabhängigkeit von Risiko- und Schutzfaktoren. Es zeigte sich, dass dieselben Variablen sowohl Risiko- als auch protektive Funktionen haben können: Die Mitgliedschaft in einer Clique und die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung förderten allgemein die Kontinuität des Verhaltens, das heißt sie bestärkten zwar die resilienten Jugendlichen in ihrem adaptiven Verhalten, aber festigten das antisoziale Verhalten der auffälligen Jugendlichen. Mangelnde soziale Einbindung in Peergruppen und Unzufriedenheit mit der sozialen Unterstützung hingegen sagten eher Änderungen im Verhalten voraus. Sie stellten ein Risiko für gut angepasste Jugendliche dar, die keine problematischen Verhaltensweisen zeigten, wirkten sich jedoch schützend auf diejenigen der devianten Gruppe aus, die zum ersten Messzeitpunkt extrem auffälliges Verhalten gezeigt hatten.

Letztere hatten zum zweiten Messzeitpunkt niedrigere Werte auf den Fragebogenskalen zu Delinquenz und Aggression, während in der Gruppe der anfangs unauffälligen Jugendlichen, die jedoch mit der sozialen Einbindung unzufrieden gewesen waren, zum zweiten Messzeitpunkt signifikant erhöhte Delinquenz- und Aggressionswerte ermittelt wurden. Die gefundenen Zusammenhänge konnten jeweils zwischen 25 und 32 % der Varianz des Problemverhaltens zum Zeitpunkt der zweiten Messung aufklären. Hinsichtlich dieser Interaktionen wurden keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich des Geschlechts festgestellt. Mädchen hatten allerdings ein signifikant größeres soziales Netzwerk und häufiger mindestens eine gute Freundin (Bender & Lösel 1997).

Bender und Lösel (1997) erklären die Verhaltenskontinuität bei zufriedenstellender sozialer Unterstützung und Cliquenmitgliedschaft damit, dass Jugendliche sich Personen bzw. Gruppen anschließen, die ihnen und ihrem eigenen Verhalten ähnlich sind. Der protektive Effekt, den eine als unzureichend empfundene soziale Unterstützung auf die extrem verhaltensauffälligen Jugendlichen hat, könnte auf den dann stärkeren Einfluss anderer unterstützender Personen (z. B. Erzieher/Erzieherinnen, Lehrer/Lehrerinnen) außerhalb der Peergruppe zurückzuführen sein. Die Autoren ziehen aber auch das Phänomen der Regression zur Mitte in Betracht. Dieses besagt, dass extreme Werte zum ersten Messzeitpunkt die Tendenz haben, sich bei einer wiederholten Messung zur Mitte der Merkmalsverteilung, das heißt zur größten Dichte der Verteilung, hin zu verändern.

Dies würde hier bedeuten, dass der Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten nicht auf einen protektiven Effekt, sondern auf ein statistisches Artefakt zurückzuführen wäre. Das Risiko, das fehlende soziale Integration und Unzufriedenheit mit der sozialen Unter-

stützung für zum ersten Messzeitpunkt gut angepasste Jugendliche darstellt, kann als kompensierende Reaktion auf die soziale Zurückweisung interpretiert werden. Eine ebenso mögliche Erklärung wäre aber auch ein als Konsequenz der mangelnden Unterstützung geknüpfter intensiver Kontakt zu devianten Gruppen Jugendlicher.

Mit der Auswahl einer Stichprobe aus einem besonders belasteten Milieu prüfte die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie die Modellvorstellung von Schutzfaktoren als Moderatoren, die davon ausgeht, dass protektive Faktoren die schädliche Wirkung eines vorhandenen Risikofaktors moderieren und diesen mindern oder beseitigen (Laucht 1999). Obwohl die Studie sich auf das Jugendalter beschränkte und eine Hochrisikogruppe außerhalb des familiären Kontexts betraf, stimmen ihre klaren Ergebnisse gut mit anderen Untersuchungsergebnissen wie z. B. der Kauai-Langzeitstudie überein. Gleichzeitig verdeutlichen die längsschnittlichen Studienergebnisse auch die Dynamik des Phänomens Resilienz: Etwa ein Drittel der Jugendlichen blieb über die Zeit hinweg nicht stabil resilient oder deviant, sondern veränderte sich in ihrem Problemverhalten positiv oder negativ. Hervorzuheben ist hier die besondere Bedeutung des Erziehungsklimas: Die sozial-emotionalen Klimamerkmale, ebenso wie die Dimension der Normorientierung, stellten die spezifischsten Indikatoren für eine Veränderung der Erlebens- und Verhaltensprobleme im Längsschnitt dar (Lösel & Bender 1999).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie ist in der kontextspezifischen Wirksamkeit sozialer Integration bzw. der Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung zu sehen: Soziale Unterstützung scheint zunächst eine positive Ressource zu sein, die sich aber bei genauerer Betrachtung als Risikofaktor für deviantes Verhalten entpuppt. Ähnlich verhält es sich mit mangelnder sozialer Eingebundenheit: Diese stellt für die extrem verhaltensauffälligen Jugendlichen einen Schutzfaktor dar. Dieses Ergebnis fügt sich in die Argumentationslinie ein, dass protektive Prozesse stets kontextspezifisch zu betrachten sind: Derselbe Faktor kann in unterschiedlichen Kontexten und bei unterschiedlichen Gruppen von Individuen schützende, risikoreiche oder keinerlei Prozesse beeinflussen (O'Dougherty Wright & Masten 2006).

Aufgrund der hohen Fluktuation in den Institutionen der Heimbetreuung (zum zweiten Messzeitpunkt hatte bereits ein Drittel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer das Heim verlassen) wäre ein längerer Erhebungszeitraum nur schwer umsetzbar, obwohl das aus entwicklungspsychologischer Perspektive wünschenswert gewesen wäre. Insofern sind die Ergebnisse nur eingeschränkt verallgemeinerbar, da sie sich lediglich auf eine stark risikobelastete Altersgruppe zwischen 15 und 18 Jahren beziehen, die zudem in einem institutionellen Umfeld untersucht wurde. Eine bundesweit durchgeführte Längsschnittstudie stellt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts dar, dessen Ziel es ist, repräsentative Daten über die Gesundheit Kinder und Jugendlicher in Deutschland zu gewinnen.

2.4

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Das Modul „Psychische Gesundheit“

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) erfasst anhand einer repräsentativen Stichprobe von ca. 18 000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren ein breites Spektrum gesundheitsrelevanter Fragestellungen. Da angesichts der Breite der Untersuchung lediglich Eckwerte zur psychischen Gesundheit erhoben werden können, wurde eine modulare Erweiterung geplant, die in einer Zusatzuntersuchung vertiefende Informationen gewinnt (Ravens-Sieberer et al. 2002). Dieses Modul „Psychische Gesundheit“ (oder auch: BELLA-Studie – Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“) besteht aus einer Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten und wird von der Epidemiologischen Forschungsgruppe „Subjektive Kinder- und Jugendgesundheit“ am Robert Koch-Institut in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt.

Ziel der Zusatzstudie „Psychische Gesundheit“ ist es, die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in einer bundesweit repräsentativen Stichprobe differenziert zu ermitteln. Zudem sollen Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Eine weitere Fragestellung bezieht die Auswirkungen von Belastungen und Ressourcen im zeitlichen Verlauf auf psychische Auffälligkeiten und damit assoziierte Einschränkungen und Behinderungen mit ein (Ravens-Sieberer & Bettge 2004). Dementsprechend gliedert sich die Studie in einen querschnittlichen und einen längsschnittlichen Teil: Die Daten wurden im Zeitraum von 2003 bis 2006 erhoben; eine 5-jährige Verlängerung ist geplant. Breit angelegte epidemiologische Studien, die eine Verknüpfung der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit Risiken, Ressourcen und deren komplexen Zusammenwirken im Zeitverlauf erlauben, existieren bisher nicht. Befragt wurden ca. 4000 zufällig ausgewählte Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren, die bereits am Kinder- und Jugendgesundheitsurvey teilnahmen.

Querschnittlicher Untersuchungsteil: In einem einmaligen telefonischen Interview wurde das Vorhandensein häufiger psychischer Störungen (Depression, Angststörungen, Hyperaktivität) erfasst. Zugleich wurde die Häufigkeit des Auftretens von Risiko- und Schutzfaktoren erhoben. Als personale Ressourcen wurden Kohärenzsinn, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und soziale Kompetenz erfasst; familiäre Ressourcen wurden mittels Skalen zur elterlichen Unterstützung und zum Familienklima abgebildet; die Untersuchung sozialer Ressourcen konzentrierte sich auf soziale Unterstützung, Schulklima und die selbst eingeschätzte soziale Kompetenz (Bettge & Ravens-Sieberer 2005). Als Informationsquelle wurde dabei sowohl das Fremdurteil eines Elternteils als auch das Selbsturteil des Kindes bzw. Jugendlichen genutzt. Bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jah-

ren wurden nur die Eltern befragt. Im Anschluss daran wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer anhand ihrer psychischen Auffälligkeit in zwei Gruppen eingeteilt: Alle psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen (ca. 440, bei einer geschätzten Prävalenz psychischer Störungen von 11 %) sowie eine Subgruppe von psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen (ebenfalls 440) nahmen an einer schriftlichen Befragung teil, um die Verteilung vorhandener Risikofaktoren und Ressourcen für die psychische und subjektive Gesundheit sowie deren Effektstärken abzuschätzen.

Längsschnittlicher Untersuchungsteil: Diese zwei Gruppen (das heißt ca. 880 Probanden) wurden zusätzlich um die Teilnahme an der Längsschnitterhebung gebeten, die wiederum durch eine telefonische Befragung jeweils 1 und 2 Jahre nach dem Zeitpunkt der ersten Untersuchung durchgeführt wurde. So ließen sich auch Stabilität und Veränderungen der psychischen und subjektiven Gesundheit im Kontext ihrer wesentlichen Einflussgrößen erheben. Die beschriebene Stichprobe wurde ergänzt um eine klinische Stichprobe von ca. 200 Kindern und Jugendlichen, die sich wegen psychischer Auffälligkeiten und Störungen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Behandlung befanden. Sowohl den mündlichen als auch den schriftlichen Befragungen lagen standardisierte und auf ihre Gütekriterien hin überprüfte Messverfahren zugrunde.

Im Vortest, der 883 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren sowie ihre Eltern einbezog, waren die erfassten Schutzfaktoren positiv mit dem psychischen Gesundheitszustand assoziiert. Die psychisch unauffälligen Kinder und Jugendlichen verfügten über ein höheres Ausmaß an personalen, familiären und sozialen Ressourcen als diejenigen, die als grenzwertig oder auffällig klassifiziert wurden. Vor allem personale und familiäre Ressourcen erwiesen sich als bedeutsame, statistisch signifikante Einflussgrößen. Da der Vortest nicht auf einer repräsentativen Stichprobe basiert, dürfen diese Ergebnisse jedoch nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden (Bettge & Ravens-Sieberer 2005).

Mittlerweile liegen auch erste Untersuchungsergebnisse des querschnittlichen Studienteils vor: 2863 Kinder und Jugendliche nahmen an der Studie teil. 9,7 % der Gesamtstichprobe wurden als wahrscheinlich psychisch auffällig eingestuft. Bei weiteren 12,2 % fanden sich Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Dabei waren Ängste mit 10 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %), Depression (5,4 %) und ADHS (2,2 %). Dabei ist ein deutlicher sozialer Gradient mit einer Häufung der Hinweise auf psychische Auffälligkeit bei niedrigem sozioökonomischem Status zu erkennen. Kinder und Jugendliche, die mehr als vier Risikofaktoren ausgesetzt waren, zeigten zu etwa 55 % zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeit. Schutzfaktoren waren bei wahrscheinlich psychisch auffälligen Kindern am geringsten, bei psychisch unauffälligen Kindern hingegen am stärksten ausgeprägt (Ravens-Sieberer et al. 2007). Aus der Kernsurvey-Erhebung liegen folgende Ergebnisse zu Ressourcen vor: Bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wurden häufiger Defizite in ihren personalen, familiären und sozialen Ressourcen beobachtet. Nur schwache Ausprägungen personaler und sozialer Schutzfaktoren fanden sich ebenso bei Kindern mit

Migrationshintergrund. Ältere Kinder berichteten über mehr soziale, aber geringer ausgeprägte familiäre Ressourcen als jüngere. Im Vergleich zu Jungen verfügten Mädchen über mehr soziale, aber weniger personale und familiäre Ressourcen. Deutliche Zusammenhänge zeigten sich zwischen Schutzfaktoren und gesundheitlichem Risikoverhalten. So gehen Defizite in personalen und familiären Ressourcen mit einem erhöhten Risiko für Rauchen einher (Erhart et al. 2007). Kausalaussagen über die unterschiedlichen Schutzfaktoren sind jedoch erst bei Vorliegen der längsschnittlichen Daten möglich (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Die BELLA-Studie ermöglicht es, in Verbindung mit den Surveydaten, aktuelle und repräsentative Angaben zur Prävalenz der untersuchten psychischen Auffälligkeiten abzuleiten und Risikogruppen detailliert zu beschreiben. Der längsschnittliche Untersuchungsteil liefert Aufschlüsse darüber, welche Risiko- oder Schutzfaktoren die Entstehung und den Verlauf psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Unterschiedliche Schweregrade psychischer Auffälligkeiten können durch die Einbeziehung der klinischen Stichprobe des Klinikums Hamburg-Eppendorf analysiert werden. Die so gewonnenen Ergebnisse bilden die Basis für die Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsansätze (Ravens-Sieberer & Bettge 2004). Über die Verknüpfung mit im Kernsurvey erhobenen somatischen Daten eröffnet sich eine ganzheitliche Perspektive auf das bio-psycho-soziale Gesundheitsgeschehen im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund ihres breiten Ansatzes und des guten Designs kann die BELLA-Studie als richtungweisend und als Basis für zukünftige Studien angesehen werden.

2.5 Zusammenfassung der Befunde

Während in der umfassenden Kauai-Studie eine Vielzahl kind- und umgebungsbezogener Schutzfaktoren gefunden wurde, konzentrierten sich die Untersuchungen in der Mannheimer Risikokinderstudie auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung und die familiäre Umwelt des Kindes. Ihre Ergebnisse relativieren den Einfluss von Schutzfaktoren. Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie hingegen untersuchte Jugendliche in Heiminstitutionen, die aus stark belasteten Risikomilieus stammten, und konnte den moderierenden Einfluss personaler und sozialer Schutzfaktoren bestätigen. Das Modul „Psychische Gesundheit“ des Kinder- und Jugendgesundheits surveys lieferte wichtige Ergebnisse zum Einfluss von Ressourcen auf die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Eine Auflistung der in den hier vorgestellten Studien untersuchten Schutzfaktoren findet sich abschließend in Tabelle 2. Trotz ihrer unterschiedlichen Designs fanden sich in

Kauai-Studie (Werner 1993; Werner & Smith 2001)	Mannheimer Risiko-kinderstudie (Laucht et al. 1998)	Bielefelder Involne-rabilitätsstudie (Lösel & Bender 1994)	BELLA-Studie (Bettge & Ravens-Sieberger 2005; Ravens-Sieberger et al. 2003)
<p>Personale Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Positive soziale Orientierung – Aktives Explorationsverhalten – Gute sprachliche und motorische Entwicklung – Gute Problemlöse- und Lesefähigkeiten – Vielseitige Interessen – Günstiger Einsatz persönlicher Ressourcen – Selbstvertrauen – Internale Kontrollüberzeugungen – Glaube an die Sinnhaftigkeit des Lebens <p>Soziale und familiäre Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Familien mit weniger als vier Kindern und nicht zu engem Geburtsabstand – Einfühlsamer Erziehungsstil der Mutter – Höheres Bildungsniveau der Mutter – Gutes Auskommen mit Mitschülern/Mitschülerinnen – Soziale Fertigkeiten – Enge Beziehung zu unterstützenden Erwachsenen außerhalb der Familie 	<p>Personale Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nicht erfasst (Kinder mit drei Monaten zu jung zur Erfassung von Kompetenzen) <p>Soziale und familiäre Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Positive Mutter-Kind-Beziehung – Positive familiäre Umwelt des Kindes (positive Ausprägungen in folgenden Bereichen): <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychische Gesundheit, Bildungsniveau und Bewältigungsfähigkeiten der Eltern 2. Elterliche Partnerschaftsqualität 3. Elternverhalten und -erleben der Schwangerschaft und Geburt 4. Emotionale Bindung zum Kind 5. Soziale Situation und Unterstützung; Materielle Lebenssituation 	<p>Personale Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Flexibilität und Annäherungsorientierung – Tendenziell höhere Intelligenz – Positives Selbstkonzept – Seltene Hilflosigkeitsgefühle – Ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartungen – Leistungsmotivation – Gute schulische Leistungen – Aktives Bewältigungsverhalten – Psychische Akzeptanz der institutionellen Situation – Realistisches Zukunftsbild <p>Soziale und familiäre Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Familiäre Ressourcen nicht erfasst (wegen Heimunterbringung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer) – Vorhandensein einer festen emotionalen Bezugsperson außerhalb der Kernfamilie – Größeres soziales Netzwerk – Höhere Zufriedenheit mit der erfahrenen sozialen Unterstützung – Erleben des Erziehungsklimas im Heim als sozial-emotional günstig 	<p>Personale Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kohärenzsinn – Positives Selbstkonzept – Optimismus – Selbstwirksamkeit <p>Soziale und familiäre Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Positives Familienklima – Elterliche Unterstützung – Soziale Unterstützung – Positives Schulklima – Soziale Kompetenz

Tab. 2: Schutzfaktoren der Kauai-Studie, der Mannheimer Risikokinderstudie, der Bielefelder Involnerabilitätsstudie und der BELLA-Studie

den verschiedenen Studien sehr ähnliche schützende Faktoren (zu den Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit von Studienergebnissen siehe Kapitel 5). Diesen hohen Grad an Übereinstimmung hebt auch Werner (2006) in einer Zusammenschau groß angelegter Längsschnittstudien hervor. Sie betont darüber hinaus die kulturübergreifenden Übereinstimmungen und weist auf die Bedeutsamkeit von Schutzfaktoren als Moderatorvariablen unter widrigen Umständen hin: Zwar wirkten sich Schutzfaktoren in den meisten Fällen günstig auf alle Kinder aus, doch profitierten diejenigen, die unter risikoreichen Bedingungen aufwuchsen, besonders davon. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Mannheimer Risikokinderstudie im Bereich der Mutter-Kind-Interaktion. Zukünftige Studien müssen jedoch über die Identifikation von Schutzfaktoren hinausgehen und sich darum bemühen, die ihnen zugrunde liegenden Prozesse sowie die Querverbindungen und Verknüpfungen zwischen verschiedenen personalen und sozialen Ressourcen offenzulegen.

**KONZEPTE UND
EMPIRISCHE
BEFUNDE**



Die empirisch untersuchten und aktuell diskutierten Schutzfaktoren werden im Folgenden vorgestellt. Nach einer Erläuterung des jeweiligen Schutzfaktors wird ein Überblick über vorliegende Forschungsbefunde sowie eine Einschätzung der Bedeutung des diskutierten Konzepts gegeben. Vorangestellt wird eine Klassifikation der Schutzfaktoren, die in diesem Kapitel zur Einteilung und Gliederung verwendet wird.

3.1 Klassifikation der Schutzfaktoren

Klassifikation psychosozialer Schutzfaktoren

Zu den psychosozialen Faktoren, denen eine generell schützende Funktion zugeschrieben wird, zählen *personale* (z. B. kognitive Fertigkeiten, effektive Kontrolle über emotionale Erregung), *familienbezogene* (z. B. enge Beziehung zu den Eltern, positives Familienklima) und *umfeldbezogene* Ressourcen (z. B. Kontakte zu sich prosozial verhaltenden Gleichaltrigen). Diese können als *allgemeine psychosoziale Schutzfaktoren* bezeichnet werden, die breite Gültigkeit haben. Schutzfaktoren entfalten ihre jeweilige Wirkung jedoch immer in einem bestimmten Kontext. Ihre Wirksamkeit ist kontextspezifisch und von bestimmten Faktoren wie dem Alter des jeweiligen Kindes oder dem Vorhandensein von Risikofaktoren abhängig. Derselbe Faktor kann in unterschiedlichen Kontexten und bei unterschiedlichen Gruppen von Individuen schützende, risikoreiche oder keinerlei Prozesse beeinflussen (vgl. Abschnitt 1.4). Ein Beispiel hierfür ist der von Bender und Lösel (1997) berichtete Befund, dass die Einbindung in ein soziales Netz, die zwar generell protektive Funktionen hat, bei devianten Jugendlichen jedoch ein Risiko darstellen kann. Diese halten sich häufig in Gruppen auf, die ebenfalls antisoziales Verhalten zeigen. Dadurch verstärkt sich ihr ungünstiges Verhalten. Diese Spezifität von Schutzfaktoren bzw. schützenden Prozessen relativiert die Annahme einer generellen Gültigkeit der gefundenen Schutzfaktoren.

Häufig findet sich in der Literatur eine Einteilung in personale, familiäre und soziale (oder umfeldbezogene) Schutzfaktoren (z. B. Masten & Reed 2002; Werner 2006; Wustmann 2004). Andere Einteilungsgesichtspunkte wählen Scheithauer und Petermann (1999), die risikomildernde Faktoren in *kindbezogene Faktoren* (z. B. weibliches Geschlecht, positives Temperament), *erworbene Resilienzfaktoren* (z. B. positives Sozialverhalten, positives Selbstwertgefühl) sowie *Schutzfaktoren* bzw. *umgebungsbezogene Faktoren* (z. B. eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson innerhalb der Familie, soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Umfeldes) einteilen. Die kindbezogenen Faktoren sowie Resilienzfaktoren zusammengefasst entsprechen dabei den personalen Faktoren, während der Begriff Schutzfaktoren bei Scheithauer und Petermann nur für die Faktoren gilt, die unter die Oberbegriffe der familien- bzw. umfeldbezogenen und somit der sozialen Faktoren fallen.

Personale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz <ul style="list-style-type: none"> – Biologische Korrelate – Temperament – Erstgeborenes Kind – Weibliches Geschlecht • Kognitive und affektive Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> – Positive Wahrnehmung der eigenen Person – Positive Lebenseinstellung und Religiosität • Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung • Internale Kontrollüberzeugung • Selbstwirksamkeitserwartung • Selbstkontrolle und Selbstregulation • Aktive Bewältigungsstrategien • Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung • Besondere Begabungen, Ressourcen und Kreativität • Interpersonelle Schutzfaktoren – soziale Kompetenz
Familiäre Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Familienmerkmale • Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung <ul style="list-style-type: none"> – Sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern • Autoritative oder positive Erziehung <ul style="list-style-type: none"> – Positives Familienklima und Kohäsion • Positive Geschwisterbeziehungen • Merkmale der Eltern
Soziale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung • Erwachsene als Rollenmodelle oder eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen • Kontakte zu Gleichaltrigen • Qualität der Bildungsinstitutionen • Einbindung in prosoziale Gruppen

Tab. 3: Klassifikation von personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren

In dieser Expertise wird die Klassifikation nach personalen, familiären und sozialen Ressourcen verwendet. Diese geht über eine lediglich umgebungsbezogene Definition des Begriffs Schutzfaktoren hinaus und wird von der Mehrheit der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler geteilt. Die aktuell diskutierten, zum Großteil empirisch gut gesicherten und im folgenden Kapitel dargestellten Schutzfaktoren sind in Tabelle 3 zusammengestellt. Wir sprechen von psychosozialen Schutzfaktoren, obwohl bei den personalen Faktoren auch körperliche bzw. biologische Faktoren mit einbezogen werden.

Spezifität von Schutzfaktoren

Nicht jeder protektive Faktor entwickelt, wie ausgeführt, generell eine schützende und positive Wirkung. Vielmehr entfalten die unterschiedlichen Faktoren ihre Wirkung oftmals in Abhängigkeit

- a) von bestimmten Altersstufen/sensitiven Phasen,
- b) vom Geschlecht des Kindes,
- c) vom Kontext, der Ausprägung des jeweiligen Faktors und dessen Zusammenspiel mit anderen Faktoren.

Dabei entspricht letztgenannter Punkt der bereits mehrfach erwähnten Moderatorfunktion. Da Schutzfaktoren nicht global wirksam sind, kann angenommen werden, dass sich die in dieser Übersicht genannten Faktoren je nach Situation und Voraussetzung unterschiedlich auswirken. Dies zeigten beispielsweise Laucht und Kollegen (1998) in der Mannheimer Risikokinderstudie: Besonders profitierten hier frühgeborene, das heißt besonders risikobelastete Kinder von einem einfühlsamen Umgang der Mütter mit dem Säugling, während der Effekt bei weniger risikobelasteten Kindern nicht bedeutsam war. Auch der Faktor Geschlecht wird häufig als Moderatorvariable diskutiert (vgl. Tabelle 4). An die Darstellung der einzelnen Schutzfaktoren schließt sich eine zusammenfassende Diskussion der Spezifität von Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf an (siehe Abschnitt 3.5). Programme und Maßnahmen, die aus diesen Schutzfaktoren abgeleitet werden können, werden in einem gesonderten Kapitel vorgestellt (siehe Kapitel 4).

Alter	Jungen	Mädchen
Kleinkind (1.–2. Lebensjahr)	<ul style="list-style-type: none">– Hohes Bildungsniveau– Positive mütterliche Interaktion– Familiäre Stabilität	<ul style="list-style-type: none">– Umgängliches Temperament
Kindheit (2.–10. Lebensjahr)	<ul style="list-style-type: none">– Emotionale Unterstützung in der Familie– Anzahl der Erwachsenen außerhalb des Haushalts, mit denen das Kind gern verkehrt	<ul style="list-style-type: none">– Hohe Problemlösekompetenz– Berufstätige Mutter mit Schulabschluss
Jugendzeit	<ul style="list-style-type: none">– Vorhandensein eines Lehrers bzw. einer Lehrerin als Mentor/Mentorin und Vorbild– Regelmäßige Aufgaben und Verantwortung in der Familie	<ul style="list-style-type: none">– Hohe Selbstachtung– Realistische Bildungsziele– Internale Kontrollüberzeugung

Tab. 4: Geschlechtsspezifische Schutzfaktoren in Abhängigkeit vom Alter (Niebank & Petermann 2002, S. 82)

3.2

Personale Schutzfaktoren

Die personalen Schutzfaktoren oder Ressourcen werden unterteilt in konstitutionelle und physische Faktoren (hier als „körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz“ bezeichnet) (Abschnitt 3.2.1), in kognitive und affektive Schutzfaktoren (Abschnitt 3.2.2) und interpersonelle Schutzfaktoren (Abschnitt 3.2.3).

3.2.1 Körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz

Die biologische Resilienzforschung bezeichnet eine noch relativ junge Richtung, die das Phänomen „Resilienz“ durch körperliche Vorgänge und Bedingungen mit zu erklären versucht. Sie entstand in Anlehnung an vielfältige Studien, die genetische Faktoren oder physiologische Hintergründe von psychiatrischen Erkrankungen zu identifizieren versuchen – eine Forschungsrichtung, der eine große Bedeutung für die Zukunft zugeschrieben wird (Garraalda 2006). Neben Untersuchungen zum allgemeinen Gesundheitszustand gehören zur biologischen Resilienzforschung auch Studien zur Klärung genetischer Anteile, molekulargenetische sowie psycho- und neurophysiologische Studien. Nach einer zusammenfassenden Übersicht zu biologischen Korrelaten werden hier die Faktoren Temperament, erstgeborenes Kind und Geschlecht behandelt.

3.2.1.1 Biologische Korrelate

Die Forschung in diesem Bereich steht noch am Anfang, und es liegen nur wenige Befunde vor (Dante Cicchetti & Valentino 2006; Petermann & Petermann 2005; Werner 2006). Trotzdem wird die Beachtung für biologische Korrelate der Resilienz auch aufgrund sehr spezifischer Ergebnisse immer größer (Holtmann et al. 2004). Einen Ausgangspunkt bilden Untersuchungen zum allgemeinen Gesundheitszustand. Emmy Werner (2006) beklagt die Tatsache, dass selbst der allgemeine Gesundheitszustand häufig in der Forschung vernachlässigt werde. Es sei aber wichtig, dessen Einfluss auf Bewältigungsmöglichkeiten von Kindern zu untersuchen. In der Kauai-Studie korrelierten gesundheitliche Probleme in der frühen Kindheit mit Bewältigungsproblemen im Erwachsenenalter.

In einer Studie von Carlton et al. (2006) erwiesen sich u. a. die körperliche Gesundheit (Selbsteinschätzung zu Sorgen zur Gesundheit im letzten Jahr) und die körperliche Fitness (Selbsteinschätzung im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen) als Prädiktoren für das Wohlbefinden hawaiianischer Jugendlicher. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis durch eine Verbesserung der Selbstachtung durch die genannten Variablen und sehen darin Ansatzpunkte für Interventionsprogramme. In ähnlicher Richtung weist auch Wustmann (2004) auf die Rolle von körperlichen Schutzfaktoren hin. Boone und

3

Leadbeater (2006) fanden einen moderierenden Einfluss der Teilnahme an Teamsportarten auf die depressive Symptomatik von Jungen und Mädchen und erklärten diesen Einfluss neben einer größeren Zufriedenheit mit dem eigenen Körper auch mit einer besseren allgemeinen Fitness, besseren athletischen Fähigkeiten und gesünderen Essgewohnheiten.

Neben diesen allgemeineren Gesundheitsaspekten wurden psycho- und neurobiologische Parameter als mögliche Korrelate der Resilienz untersucht. Eine Meta-Analyse von Ortiz und Raine (2004) belegt einen korrelativen Zusammenhang zwischen einem niedrigen Ruhepuls und aggressiv-dissozialem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ebenfalls wird von geringerer Hautleitfähigkeit und langsameren EEG-Wellen berichtet. Von besonderer Wichtigkeit scheint jedoch die erhöhte basale Herzfrequenz als biologisches Korrelat der Resilienz zu sein. Resiliente Gruppen zeigten dabei eine stärkere Aktivierung des autonomen Nervensystems als unbelastete Kontrollgruppen und eine verstärkte psychophysiologische Orientierungsreaktion. Deutungen der Autoren gehen in Richtung einer leichteren Konditionierbarkeit, auf die eine verstärkte Orientierungsreaktion hinweisen könnte (Raine et al. 1995). Eine gelungene Informationsverarbeitung und bessere Aufmerksamkeitsleistung könnten die starke Aktivierung und die starke Orientierungsreaktion bei nicht fortgesetzt aggressiven Jugendlichen bedingen (Raine & Venables 1996). Negative Konsequenzen von aggressiv-dissozialem Verhalten könnten dadurch schneller und besser gelernt werden und eine höhere Relevanz für zukünftige Handlungen besitzen.

Knyazev und Slobodskaya (2006) untersuchten resiliente, über- und unterkontrollierte Jugendliche hinsichtlich der Aktivität des Behavioral Approach Systems (BAS) und des Behavioral Inhibition Systems (BIS). Resiliente Jugendliche zeigten in beiden neuropsychologischen Systemen niedrigere Aktivitäten. Hart et al. (2005) unterscheiden drei Persönlichkeitstypen (über- und unterkontrolliert und resilient). Die resilienten Kinder zeichneten sich durch eine hohe Ich-Resilienz (Verhalten wird je nach Erfordernissen der Situation angepasst) und flexible Impulskontrolle aus. Sie unterschieden sich von den anderen beiden Gruppen durch eine höhere basale Cortisolausschüttung (gemessen in einer normalen Schulwoche) und eine niedrigere reaktive Ausschüttung (Differenz von Cortisolausschüttung in Prüfungswoche und basaler Cortisolausschüttung). Die Autoren merken an, dass die Studie noch keine Aussagen darüber erlaubt, ob Stress- oder Temperamentsfaktoren für die unterschiedlichen Cortisolausschüttungen verantwortlich sind. (Für einen allgemeinen Überblick zum Stand der Forschung zur HPA-Achse siehe Goodyer [2006].) Cicchetti und Valentino (2006) betonen die mögliche Bedeutung von neuronaler Plastizität bei der Fähigkeit von bestimmten Personen, sich nach traumatischen Ereignissen wieder zu erholen.

Eine Reihe von Studien versucht, funktionale biologische Vorgänge zu analysieren und genetische Grundlagen von Resilienz zu identifizieren, wie dies auch in der Forschung zu den biologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen geschieht (siehe beispiels-

weise Übersichten bei Köhler 2005; Lautenbacher & Gauggel 2004). Die folgenden Studien sollen daher nur exemplarisch den Forschungsansatz illustrieren.

Eine Zwillingsstudie von Kim-Cohen, Moffitt, Caspi und Taylor (2004) mit 1116 Zwillingspaaren im Alter von 5 Jahren konnte zeigen, dass Resilienz in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sowohl durch genetische als auch durch Umwelteinflüsse (mütterliche Wärme, anregende Aktivitäten) beeinflusst wird. Sie verglichen eineiige und zweieiige Zwillingspaare und vermuten, dass viele Gene an der Entstehung von Resilienz beteiligt sind. Die gleiche Gruppe (Caspi et al. 2002) identifizierte in einer epidemiologischen Längsschnittstudie einen genetischen Schutzeffekt gegenüber dem Gewalttransfer in die nächste Generation. Ein funktionaler Polymorphismus im Gen der Monooxidase A (MAOA) moderierte die Auswirkung von Kindesmisshandlung. Jungen mit hoher MAOA-Aktivität entwickelten signifikant seltener aggressive Verhaltensweisen als Jungen mit niedriger Enzymaktivität. In ähnlicher Weise moderierte ein funktionaler Polymorphismus in der Promoterregion des Serotonin-Transporter-Gens (5-HTT) den Einfluss belastender Lebensereignisse im Alter von 21–26 Jahren auf die Depressivität mit 26 Jahren. Caspi et al. (2003) wiesen dies in einer zweiten Untersuchung an derselben Stichprobe nach. Die protektive Wirkung des 5-HTT-Genotyps kommt dabei nur in Gegenwart belastender Lebensereignisse zum Tragen und kann somit als Schutzfaktor im engeren Sinne bewertet werden. Zum Themengebiet Alkoholmissbrauch berichten Meschke und Patterson (2003) in einer Literaturübersicht, dass obwohl bestimmte genetische Marker mit erhöhtem Risiko von Alkoholmissbrauch zusammenhängen, bisher kein spezifisches Gen oder eine Körperfunktion gefunden wurden, die als Schutzfaktor gegen Drogenkonsum wirksam wären.

3

Bewertung und kritische Würdigung

Die biologische Resilienzforschung ist ein relativ junges Gebiet mit einer überschaubaren Befundlage. Aktuell wird vor allem nach Korrelaten der Resilienz auf neuro- und psychophysiologischer und auf molekulargenetischer Ebene geforscht. Holtmann et al. (2004) weisen auf die Gefahr hin, die Rolle biologischer Korrelate mit biologischem Determinismus und Reduktionismus zu verwechseln. Von Relevanz ist vielmehr, die Wechselwirkungen von Genotyp bzw. biologischen Parametern und Umwelteinflüssen zu identifizieren und zu erforschen, inwieweit die Plastizität bestimmter biologischer Parameter für präventive Ansätze zu nutzen ist. Darüber hinaus können biologische Gegebenheiten Grenzen setzen, innerhalb derer Anpassung stattfinden und durch Umweltfaktoren beeinflusst werden kann (Luthar 2006).

3.2.1.2 Temperament

Begriffsbestimmung

Mit „Temperament“ werden allgemein die individuellen, biologisch begründeten und relativ stabilen Unterschiede zwischen Personen in der emotionalen, motorischen und aufmerksamkeitsbezogenen Reaktivität und Selbstregulation bezeichnet. Temperament dient als Sammelbegriff für individuelle Besonderheiten der Persönlichkeit und soge-

nannte Verhaltensdispositionen: Empfindlichkeit gegenüber Reizen, Stärke von Reaktionen, Regulation innerer Zustände (z. B. Aufmerksamkeit, Stimmung). Die meisten Temperamenteigenschaften beziehen sich auf dispositionale Tendenzen, das heißt zeitlich relativ überdauernde Eigenschaften. Allport (1961) definiert Temperament über die Abgrenzung zu dem verwandten Konzept der *Persönlichkeit*: Während sich der Begriff Persönlichkeit auf diejenigen psychophysischen Systeme im Individuum bezieht, die dessen charakteristisches Verhalten und Denken bestimmen, bezeichnet Temperament im engeren Sinne die physiologischen oder konstitutionellen Grundlagen der Persönlichkeit. Allport betont die emotionale bzw. stimmungsmäßige Qualität des Temperaments sowie – verglichen mit anderen Komponenten der Persönlichkeit – dessen relative Unveränderlichkeit.

Nach Thomas und Chess (1977) bezeichnet Temperament das „Wie“ des Verhaltens, also dessen formale Seite, das heißt u. a. Aktivität, Ausdauer und Stimmungslage. Persönlichkeit hingegen schließt sämtliche Komponenten ein, die die Individualität einer Person ausmachen. Zu diesen zählen auch Fähigkeiten (das „Was“ des Verhaltens) und Motive (das „Warum“ des Verhaltens). „Jenseits der vagen Bestimmung des Temperaments als des individualtypischen ‚Wie‘ des Verhaltens“ (Asendorpf 2003, S. 776) besteht keine Einigkeit in der Literatur, was Temperamenteigenschaften von anderen Eigenschaften der Persönlichkeit unterscheidet.

Das interdisziplinäre Interesse am Temperamentkonzept hat eine Vielfalt von Ansätzen hervorgebracht, die den Forschungsgegenstand mit unterschiedlichen Interessen betrachten und von unterschiedlichen Definitionen ausgehen. Temperament ist danach nicht als Eigenschaft zu verstehen, sondern umfasst eine Gruppe miteinander verwandter Eigenschaften. Temperamentdimensionen reflektieren zwar Verhaltenstendenzen, diese führen aber nicht deterministisch und direkt zu bestimmten Verhaltensweisen. Zudem wird von einer biophysiologischen Grundlage des Temperaments ausgegangen, die mit relativer Kontinuität und Stabilität einhergeht (Goldsmith et al. 1987).

Die heutige Temperamentforschung ist dynamisch-interaktionistisch ausgerichtet (Zentner 1998, 2004). Es wird also von einer mittelfristigen Stabilität, aber langfristigen Veränderbarkeit der Temperamentmerkmale ausgegangen. Sie beruht auf Veränderungsprozessen innerhalb der Person und der Umwelt sowie auf Einflüssen der Umwelt auf die Person und umgekehrt. Die folgenden Fragen sind noch unbeantwortet: Sind Temperament und Persönlichkeit voneinander abgrenzbar? Welche Dimensionen zählen zum Temperament? Wie stabil sind Temperamentmerkmale? In welchem Ausmaß sind sie angeboren?

Zu den Temperamentdimensionen werden übereinstimmend lediglich die Aktivität und die Emotionalität gezählt. Rothbart und Bates (1998) definieren Temperament als individuelle, biologisch basierte Differenzen in der emotionalen, motorischen und aufmerksamkeitsbezogenen Reaktivität und Selbstregulation. Reaktivität und Selbstregulation werden dabei als umfassende Konzepte gesehen, die psychologische Prozesse beinhalten,

wie z. B. das spezifische Konstrukt der kardialen Reaktivität oder das allgemeinere Konstrukt negative Emotionalität. Reaktive Parameter des Temperaments können z. B. in Form von Dauer und Intensität emotionaler Reaktionen oder der Variabilität in der physiologischen Erregbarkeit gemessen werden. Selbstregulationsprozesse, wie Aufmerksamkeitssteuerung, modulieren die Reaktivität. Optimalerweise wird durch diese Prozesse ein mittleres Erregungsniveau aufrechterhalten. Thomas und Chess (1977) hingegen bezeichnen Temperament als die spezifische Aktivität, Intensität oder Flexibilität, mit der ein Verhalten ausgeführt wird. Buss and Plomin wiederum sehen Temperament als eine Gruppe vererbter Merkmale, die bereits in früher Kindheit in Erscheinung treten. Eine allgemeingültige Temperamentdefinition existiert nicht (Goldsmith et al. 1987).

Temperamentmerkmal	Definition	Verhaltensbeispiel
1. Negative Emotionalität (Irritabilität)	Ausmaß, in dem das Kind dazu neigt, bei milder Frustration/Enttäuschung mit negativen Emotionen zu reagieren (insbesondere Ärger)	Reagiert explosiv, wenn es eine Tätigkeit wechseln soll
2. Soziale Gehemmtheit	Ausmaß der Verhaltenshemmung angesichts von fremden Kindern bzw. Erwachsenen	Gewöhnt sich nur langsam an neue Menschen und Situationen (Eintritt in Kinderkrippe)
3. Aktivität	Ausmaß und Tempo der motorischen Komponente im Verhalten	Wenn es sich fortbewegt, tut es dies in der Regel rasch (springt oder rennt)
4. Aufmerksamkeit/Ausdauer	Ausmaß, zu dem sich das Kind durch Reize von einer Tätigkeit ablenken lässt und/oder Tätigkeiten aufgibt, wenn sie Schwierigkeiten bereiten	Lässt sich beim Auflesen und Aufräumen von Spielsachen nicht ablenken
5. Sensorische Empfindlichkeit	Stärke eines physischen Reizes, der nötig ist, um eine wahrnehmbare Reaktion hervorzurufen	Reagiert empfindlich auf das Tragegefühl von Kleidung
6. Rhythmisität	Regelmäßigkeit in biologischen Funktionen (insbesondere Schlaf-Wach-Rhythmus, Stuhlgang, Hunger)	Wacht jeden Morgen ungefähr zur selben Zeit auf

Tab. 5: Wichtige Temperamentmerkmale im Kindesalter (Zentner 2004, S. 178)

Erfassung und Messung

Zur Messung des Temperaments eines Kindes stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung. Vor allem werden Temperamentmerkmale über Eltern- bzw. Lehrer- oder Erzieherfragebogen, standardisierte Verhaltensbeobachtungen und physiologische Messungen erhoben (Zentner 2004). Als wichtige Temperamentmerkmale werden heute negative Emotionalität (Irritabilität), soziale Gehemmtheit, Aktivität, Aufmerksamkeit/Ausdauer, sensorische Empfindlichkeit und Rhythmisität angesehen (siehe Tabelle 5 auf Seite 55).

Bezüglich der Messverfahren ist kritisch anzumerken, dass sich oftmals nur mäßige Korrelationen zwischen Beobachtungen und Fragebogen ergeben: Einschätzungen durch Eltern, Lehrkräfte oder Erzieherinnen und Erzieher stützen sich zwar auf langfristige Beobachtungen, sind aber wenig objektiv und z. B. durch Erinnerungsfehler oder Tendenzen zu sozialer Erwünschtheit verzerrt. Verhaltensbeobachtungen hingegen liefern zwar objektivere Daten, stützen sich zumeist jedoch nur auf eine oder wenige Beobachtungssituationen (Asendorpf 2003; Zentner 2004).

Im deutschsprachigen Raum wird der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PFK 9–14) (Seitz & Rausche 1992) und der Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K) (Wagner & Baumgärtel 1978) eingesetzt. Es werden drei Äußerungsbereiche der Persönlichkeit erfasst: Verhaltensstile, Motive und Selbstbildaspekte. Die vier Dimensionen des Verhaltensstils entsprechen Dimensionen des Temperaments: emotionale Erregbarkeit, fehlende Willenskontrolle, extravertierte Aktivität, Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt. Der HAPEF-K wird bei Kindern zwischen 9 und 13 Jahren als Einzel- oder Gruppenverfahren zu diagnostischen Zwecken in der Erziehungsberatung, der Kinderpsychosomatik sowie der Bildungsforschung und -beratung eingesetzt. Teil 2 des Fragebogens umfasst die Skalen Neurotizismus, Reaktion auf Misserfolg und Extraversion, die Nähe zu den Temperamentdimensionen negative Emotionalität und soziale Gehemmtheit aufweisen.

Befundlage

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Temperament und einer positiven oder negativen Entwicklung des Kindes erwies sich nicht das Temperament an sich als ausschlaggebend, sondern vielmehr die günstige oder ungünstige Interaktion zwischen Temperament und sozialer Umwelt (Thomas & Chess 1977; Werneck & Rollett 2002; Zentner 1998). Dieses „Passungs-Modell“ besagt, dass eine optimale Entwicklung dann stattfinden kann, wenn Eigenschaften, Erwartungen und Anforderungen der Umwelt im Einklang stehen mit den Möglichkeiten, Fähigkeiten und dem Verhaltensstil des Individuums. Beispielsweise kann ein ruhiges, sozial sehr zurückhaltendes Kind, das ohne Geschwister wohlbehütet aufwächst, von seinen – vielleicht ebenfalls sehr ruhigen Eltern – als „sehr artig“ wahrgenommen und mit positiven Reaktionen konfrontiert werden, während ein ebenso ruhiges mittleres Kind mit zwei lebhaften Geschwistern durch sein zurückgezogenes Verhalten eher ins Hintertreffen gerät (Werneck & Rollett 2002). Ähnliche Temperamentmerkmale können in unterschiedlichen Kontexten also

sowohl zu einer Passung als auch zu einer Fehlpassung führen. Dennoch kommen viele Studien zu dem Ergebnis, dass von einem positiven oder einfachen Temperament eine protektive Wirkung ausgeht. Dieses einfache Temperament erleichtert die Interaktion mit Versorgungspersonen und verringert die Wahrscheinlichkeit negativer Kettenreaktionen (Bender & Lösel 1998; Bettge 2004; Masten & Reed 2002; Wustmann 2004).

Die systematische Temperamentforschung im Säuglings- und Kleinkindalter wurde mit der New Yorker Längsschnittstudie von Thomas und Chess (1977) begründet (Asendorpf 2003; Zentner 1998). Sie begannen im Jahre 1956 mit einer Längsschnittstudie an 138 Kindern in 87 Familien. Inhaltsanalytisch wurden neun Temperamentdimensionen gebildet, aus denen sich drei Temperamenttypen ableiteten. Diesen ließen sich 65 % aller Kinder zuordnen: Kinder mit einem „einfachen Temperament“ (40 %) zeichnen sich durch einen regelmäßigen Tagesrhythmus, Annäherungsverhalten, Anpassungsfähigkeit und eine mittlere oder positive Stimmungslage aus. „Schwierigen Kindern“ (10 %) fehlt der Tagesrhythmus, sie zeigen weniger Annäherungsverhalten, sind wenig anpassungsfähig und eher negativ gestimmt. „Langsam auftauende Kinder“ (15 %) haben ebenfalls nur geringe Annäherungstendenzen und sind wenig anpassungsfähig, aber mittelmäßig gestimmt. Zwar wurde die Studie immer wieder wegen methodischer Unzulänglichkeiten kritisiert, übte jedoch einen enormen Einfluss auf die Kinder-Temperamentforschung aus (Asendorpf 2003; Zentner 1998). In der neueren Terminologie werden Kinder mit unterkontrolliertem, gehemmt überkontrolliertem und resilientem Temperamenttypus unterschieden (Zentner 2004). Kinder mit unterkontrolliertem Temperament sind zumeist lebhaft, impulsiv und besitzen nur eine geringe Frustrationstoleranz. Überkontrollierte Kinder zeichnen sich durch soziale Gehemmtheit und Gefügsamkeit aus, während bei resilienten Kindern Belastbarkeit, Selbstvertrauen und Geselligkeit vorherrschen (Robins et al. 1998).

In der Kauai-Studie zeichneten sich die Individuen der widerstandsfähigen Gruppe durch Temperamenteigenschaften aus, die positiv auf Familienmitglieder, Lehrerinnen und Lehrer sowie Freunde und Freundinnen wirken und dem Individuum helfen, positive Rückmeldungen von den umgebenden fürsorgenden Erwachsenen zu erhalten (Werner 1994). Zu diesen zählen Robustheit, Energie und ein aktives, sozial verbindliches Wesen (Grossmann 2003). Beobachter bewerteten diese Individuen im Kleinkindalter (2 Jahre) als verträglich, heiter, freundlich, reagierend, selbstvertrauend und kontaktfreudig mit einer positiven sozialen Orientierung (Werner & Smith 2001). Dieser Befund wurde in mehreren Längsschnittstudien repliziert (Werner 2006). Auch die Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie bestätigen den protektiven Einfluss des Temperaments (Laucht 2003). Säuglinge mit positivem Temperament, die in psychosozial belasteten Familien aufwuchsen, hatten im Alter von 11 Jahren deutlich weniger Verhaltensprobleme als Kinder mit einem eher negativen Temperament. In psychosozial unbelasteten Familien trat ein solcher Unterschied nicht auf. Der Schutzfaktor Temperament wird danach also hauptsächlich unter risikoreichen Umständen wirksam.

In der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie zeigten die als resilient eingestuften Jugendlichen, die sich trotz des belastenden Milieus in den Heiminstitutionen psychisch gesund entwickelt hatten, ein flexibleres und stärker annäherungsorientiertes Temperament. Dieser Schutzfaktor hatte auch prognostische Validität für den zweiten Messzeitpunkt 2 Jahre später, das heißt mithilfe dieses Faktors konnte die Anpassung der Jugendlichen zum zweiten Messzeitpunkt vorhergesagt werden (Lösel & Bender 1994). Eine Längsschnittuntersuchung von Matějček (2002) bestätigt die moderierende Wirkung des Temperaments bei Kindern, die in Heimen, SOS-Kinderdörfern oder Pflegefamilien aufwachsen. Positive Ausprägungen verschiedener Temperamentdimensionen gingen mit einer besseren psychosozialen Anpassung im Erwachsenenalter einher: Fragebogenerhebungen und eine qualitative Rekonstruktion der Lebensgeschichte der resilienten Individuen ergaben, dass diese sich durch positive Emotionalität und freundschaftliches Verhalten auszeichneten und Aufmerksamkeit und positives Interesse ihres sozialen Umfeldes auf sich zu ziehen vermochten. In einer Längsschnittstudie an Kindern mit Downsyndrom (Trisomie 21) gingen eine höhere Reaktivität (definiert als die Schnelligkeit oder Flexibilität, mit der sie auf ein neues Aufgabenangebot des Untersuchers eingingen), Ansprechbarkeit auf Personen, Kooperationsbereitschaft und eine positive allgemeine Stimmungslage im Alter von 21 Monaten mit einem günstigeren Entwicklungsstand im Alter von 4½ Jahren einher. Diese mit Beobachtungsskalen erfassten Dimensionen weisen Nähe zu Temperamentdimensionen auf. Reaktivität erwies sich dabei als der weitaus wichtigste Prädiktor (Rauh et al. 1999).

Die Fähigkeit zu Selbstregulation („effortful control“) und zu Selbstkontrolle von Aufmerksamkeit und Verhalten werden allgemein mit weniger psychopathologischen Auffälligkeiten, verbesserter Empathiefähigkeit, sozialer Kompetenz und prosozialem Verhalten in Verbindung gebracht (Masten & Coatsworth 1998; Rothbart et al. 2003). Kochanska, Murray und Harlan (2000) untersuchten in einer Studie mit 106 Kindern und deren Eltern die Zusammenhänge zwischen „effortful control“ und sozialer Entwicklung. Kinder, die im Alter von 22 Monaten eine stärker ausgeprägte „effortful control“ aufwiesen, konnten mit 33 Monaten Gefühle von Ärger und Freude besser regulieren und sich besser beherrschen. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangten Zaslow und Kollegen (1999), die Kinder jugendlicher, größtenteils allein erziehender und von Sozialhilfe lebender Mütter untersuchten. An dieser Studie nahmen 290 Familien teil. Bei Studienbeginn waren die Kinder 30 bis 60 Monate alt. Die Autoren untersuchten Zusammenhänge zwischen der kindlichen Aufmerksamkeit 18 bis 21 Monate nach Studienbeginn einerseits, und der kindlichen Entwicklung 3½ Jahre nach Studienbeginn andererseits. Es zeigte sich, dass hohe Aufmerksamkeit eine positive Entwicklung sowohl auf der kognitiven als auch auf der sozialen Ebene vorhersagte.

Bewertung

Das Konzept des Temperaments nimmt heute wieder einen wichtigen Platz in der Entwicklungspsychologie ein. Besonders die Kinder-Temperamentforschung ist eine rasch expandierende Disziplin, die außerhalb unmittelbar aktiver Forscherkreise im deutsch-

sprachigen Raum jedoch wenig bekannt ist (Zentner 1998, 2004). Während Temperamentkonzeptionen vor dem Zweiten Weltkrieg ihren festen Platz in der akademischen Psychologie des deutschen Sprachraums hatten, verschwanden sie in der Nachkriegszeit daraus. Diese Entwicklung wird nicht selten mit einem Missbrauch des Temperamentbegriffs zur Rechtfertigung rassistischer Theorien im Nationalsozialismus in Zusammenhang gebracht. Zwar standen in der nationalsozialistisch-ideologisch geprägten Psychologie die Begriffe der Rasse und des Typs im Vordergrund, eine gewisse Nähe zu Temperamentkonzeptionen besteht jedoch. Zudem gewannen – zunächst vor allem im angloamerikanischen Raum – umwelttheoretische Strömungen an Einfluss. Diese fassen das Neugeborene als *tabula rasa* und Einwirkungen der Umwelt als entscheidend für die Entwicklung auf, während die Annahme angeborener oder genetisch bedingter Dispositionen – und damit auch das Interesse an der Temperamentforschung – in den Hintergrund trat. Nachdem jedoch verschiedene Studien gezeigt hatten, dass sich Säuglinge bereits in den ersten Lebensmonaten in ihrem Verhalten, z. B. in Schlaf-, Schrei- oder Essgewohnheiten, auf vorhersagbare Weise voneinander unterscheiden und in den 60er- und 70er-Jahren deutlich geworden war, dass umwelttheoretische Ansätze die Varianz in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes nur unzureichend zu erklären vermochten, kam es zu einem Aufschwung der Temperamentforschung. Seit den 90er-Jahren wird dieser zusätzlich durch das hohe Interesse an den Neurowissenschaften und der Genetik positiv beeinflusst (Zentner 2004).

Die vorliegenden Befunde zeigen, dass verschiedene Dimensionen des Temperaments bedeutende Ressourcen für die psychisch gesunde Entwicklung eines Kindes sind. Zu diesen zählen vor allem eine positive Stimmungslage, Flexibilität im Verhalten bzw. gute Selbstregulationsfähigkeiten und eine positive soziale Orientierung. Nach Asendorpf (2003) ist die Nützlichkeit des Temperamentkonzepts jedoch infrage zu stellen: Weder besteht Konsens hinsichtlich der Definition von Temperament noch ist eine der vorliegenden Definitionen geeignet, Temperamenteigenschaften deutlich von anderen Persönlichkeitseigenschaften abzugrenzen. Es ist nicht belegt, dass das Temperament genetisch stärker mitbedingt ist als Motive oder Einstellungen, noch ist die Stabilität von Temperamenteigenschaften im Kindesalter besonders hoch. Dies bedeutet nicht, dass die als Temperamenteigenschaften diskutierten Merkmale nicht bedeutsam wären für das Verständnis individueller Besonderheiten im Kindesalter, sondern dass eine Abgrenzung von anderen Persönlichkeitseigenschaften wenig sinnvoll erscheint. Zudem erschwert die Tatsache, dass – abhängig von der jeweiligen Definition – unter dem Begriff Temperament unterschiedliche Konstrukte gemessen werden, die Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen. In Bezug auf die Untersuchung von Schutzfaktoren kommt hinzu, dass die diskutierten Temperamentdimensionen starke Überlappungen zu anderen Schutzfaktoren aufweisen. So wird beispielsweise die Fähigkeit zur Selbstregulation als eigener Schutzfaktor erfasst (siehe Abschnitt 3.2.2.6), ist aber zugleich Teil der Temperamentdefinition nach Rothbart und Bates (1998); die Dimension Anpassung (Thomas & Chess 1977) überschneidet sich mit einem aktiven und flexiblen Bewältigungsverhalten (siehe Abschnitt 3.2.2.7); Annäherung, Rückzug (Thomas & Chess 1977) oder

soziale Gehemmtheit (Zentner 2004) stehen mit sozialen Kompetenzen (siehe Abschnitt 3.2.3) in Zusammenhang, wobei Kompetenzen im Unterschied zu Temperamentdimensionen die Komponente des Erlernten betonen; die Dimension Stimmungslage (Thomas & Chess 1977) ähnelt den Konstrukten positive Lebenseinstellung, Kohärenzsinn und Optimismus (siehe Abschnitt 3.2.2.2).

Solange kein Konsens hinsichtlich einer Temperamentdefinition besteht und der inkrementelle Nutzen dieses Konzepts nicht hinreichend geklärt ist, wäre daher für die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung zu erwägen, auf den Gebrauch des Begriffs Temperament zu verzichten. Stattdessen könnten die unterschiedlichen Dimensionen von Temperament unabhängig voneinander betrachtet werden. Dies vereinfacht nicht nur die Kommunikation, sondern verbessert die Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse.

3.2.1.3 Erstgeborenes Kind

Dass die Tatsache, als erstes Kind in der Geschwisterfolge geboren zu sein und für eine Weile die ungeteilte elterliche Aufmerksamkeit zu erhalten, eine protektive Wirkung auf die Entwicklung haben könnte, erscheint leicht einleuchtend. Die Frage nach der Bedeutsamkeit der Geburtenreihenfolge für die Persönlichkeitsentwicklung hat schon seit Langem immer wieder Aufmerksamkeit erfahren, beispielsweise in dem Gedankengut der Psychoanalyse. So befasste sich bereits Adler (1928) mit den Charakteristika von erst-, zweit- und drittgeborenen Kindern. Ein neuerer, auf evolutionstheoretischen Annahmen basierender Ansatz stammt von Sulloway (1996). Dieser geht davon aus, dass die Persönlichkeiten von Geschwistern stark variieren, weil sie unterschiedliche, ihrem Alter und ihrer Geburtenreihenfolge entsprechende Strategien verwenden, um die Gunst der Eltern zu erlangen. So identifizierten sich erstgeborene Kinder mit den Eltern sowie den Autoritäten und unterstützten den Status quo, während nachgeborene Kinder eher rebellisch würden.

Befundlage

Der Faktor erstgeborenes Kind wird in mindestens zwei Übersichtsartikeln zu allgemeinen Schutzfaktoren als Schutzfaktor erwähnt (Häfner et al. 2001; Wustmann 2004). Als empirische Basis zitieren diese Aussagen jedoch lediglich die Ergebnisse der Kauai-Studie. In dieser stellte Werner fest, dass „resiliente Jungen oftmals erstgeborene Söhne waren, die die elterliche Aufmerksamkeit nicht mit vielen zusätzlichen Kindern teilen mussten“ (Werner 1994, S. 132) (Übersetzung der Autoren). In Werners späterer Übersicht zu Schutzfaktoren, die in zwei oder mehr Längsschnittstudien repliziert wurden (Werner, 2006), taucht der Faktor erstgeborenes Kind nicht mehr auf. Weitere umfassende Reviews der vergangenen Jahre (Bender & Lösel 1998; Luthar 2006; Masten 2001a; Masten & Reed 2002; Olsson et al. 2003; Rutter 2000) erwähnen das erstgeborene Kind ebenfalls nicht als gesonderten Faktor.

Unseres Wissens liegen nur wenige neuere Studien vor, die den Faktor erstgeborenes Kind direkt als Schutzfaktor untersuchen. Kristensen und Bjerkedal (2007) analysierten

Daten von 241 310 jungen norwegischen Männern, die an der verpflichtenden Militäruntersuchung teilnahmen. Es zeigte sich, dass Erstgeborene, die mit Geschwistern aufgewachsen waren, im Durchschnitt einen leicht höheren IQ (2,3 IQ-Punkte Unterschied) hatten als die jungen Männer, die als nachgeborene Geschwister aufwuchsen. Zweitgeborene Männer, deren großes Geschwister in früher Kindheit starb, hatten einen durchschnittlichen IQ, der dem der durchschnittlichen Erstgeborenen entsprach. Eine ähnliche Beziehung ergab sich für den Vergleich Zweit- und Drittgeborener. Dies zeigt, dass nicht die Geburtenreihenfolge an sich, sondern die Geschwisterposition im Laufe der Kindheit einen Einfluss auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit hat. Die Gründe für diesen Unterschied sind bislang ungeklärt. Jedoch zeigen verschiedene Studien, dass Erstgeborene in der Familie oftmals als disziplinierter, härter arbeitend, erfolgsorientierter und intelligenter eingeschätzt werden als die anderen Kinder (Sulloway 2007). Die gefundenen Unterschiede im Intelligenzquotient – methodische Korrektheit der Studien unterstellt – sind praktisch nicht relevant; ferner kann ein höherer Intelligenzquotient nicht per se als Schutzfaktor gelten (vgl. Abschnitt 3.2.2.9).

Shebloski, Conger und Widaman (2005) fanden einen Zusammenhang zwischen dem Faktor erstgeborenes Kind und dem Selbstwert (vgl. Abschnitt 3.2.2.1). Sie untersuchten 384 Familien zu drei Messzeitpunkten in einjährigen Abständen. Bei der ersten Erhebung waren die teilnehmenden Kinder zwischen 9 und 18 Jahren alt. Es fanden sich keine Unterschiede im Selbstwert zwischen früher und später geborenen Geschwistern. Ein differenzierterer Blick auf die Gruppe der früher geborenen Geschwister ergab jedoch Unterschiede zwischen erstgeborenen und früh in der Geschwisterfolge geborenen, aber nicht erstgeborenen Kindern: Zum ersten und dritten Messzeitpunkt wiesen die Erstgeborenen einen signifikant höheren Selbstwert auf als die früh, aber nicht erstgeborenen Kinder. Zum zweiten Messzeitpunkt konnten keine solchen Unterschiede gefunden werden.

Eine Fragebogenstudie mit 2024 Studierenden aus Österreich, Deutschland, Israel, Norwegen, Russland und Spanien, die jeweils mindestens ein Geschwister hatten (Rohde et al. 2003), lässt ebenfalls nicht auf einen deutlichen protektiven Effekt des Faktors erstgeborenes Kind schließen. Zwar nannten in Familien mit zwei Kindern Erstgeborene, im Vergleich zu ihrem jüngeren Geschwister, häufiger ein Elternteil als diejenige Person, der sie sich am nächsten fühlten. Doch wurden in Familien mit zwei und drei Kindern Letztgeborene übereinstimmend am häufigsten als das von den Eltern bevorzugte Kind beurteilt.

Der Faktor „erstgeborenes Kind“ könnte gar einen Risikofaktor darstellen. Denn mit der Geburt eines Geschwisters werden neue Anforderungen an das erstgeborene Kind gestellt, die erhebliche Anpassungsleistungen erfordern. Eifersucht, Rivalitätsgefühle und Angst vor Liebesverlust können potenzielle Auslöser für Verhaltensprobleme sein. Ein Teilprojekt der Mannheimer Risikokinderstudie untersuchte die Auswirkungen der Geburt eines Geschwisters auf die Entwicklung und Anpassung der Erstgeborenen (Stöhr et al. 2000). Stöhr und Kollegen fanden in der prospektiven Längsschnittstudie mit 362 Kindern über

den Zeitraum von der Geburt bis zum Alter von 4½ Jahren heraus, dass erstgeborene Mädchen von der Geburt eines Geschwisters profitierten, während für die Jungen negative Veränderungen mit der Ankunft eines Geschwisters in Zusammenhang standen. Sie schnitten hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungen schlechter ab, und die Beziehung zur Mutter verschlechterte sich im Vergleich zu einer Gruppe von Jungen gleichen Alters aus Einkindfamilien. Mädchen hingegen zeigten nach der Geburt eines Geschwisters höhere Intelligenzleistungen, weniger Verhaltensauffälligkeiten und eine verbesserte Mutter-Kind-Beziehung im Vergleich zu Altersgenossinnen aus Einkindfamilien.

Das Geschlecht des erstgeborenen Kindes hat hier also eine wichtige Moderatorfunktion: Je nach Geschlecht kann der Faktor erstgeborenes Kind sich im Zusammenhang mit der Geburt eines Geschwisterkindes eher als Risiko- oder als Schutzfaktor auswirken, der bei den Mädchen über die verbesserte Mutter-Kind-Beziehung sowie durch höhere Intelligenzleistungen die Resilienz fördern kann. Die Autoren erklären diesen Befund zum einen mit einer allgemeinen neurobiologischen Reifungsverzögerung der Jungen, die sie vulnerabler macht, zum anderen mit unterschiedlichen familiären Interaktionsmustern: So ist vorstellbar, dass Eltern im Zusammenleben mit einem nachgeborenen Geschwister geschlechtsspezifische Anforderungen an das erstgeborene Kind stellen und dadurch dessen Anpassung an die neue Situation differenziell beeinflussen. Beispielsweise könnten Eltern Mädchen in die Betreuung des Geschwisters stärker einbeziehen, während sie das Nachgeborene vor dem ausgeprägteren Expansivdrang der größeren Brüder stärker in Schutz nehmen. Stöhr und Kollegen weisen darauf hin, dass die Effekte zwar signifikant, aber im Vergleich zu anderen Risikofaktoren in ihrer Effektstärke geringer sind.

Bewertung und kritische Würdigung

Es liegen insgesamt nur wenige Studien vor, die zudem keine konsistenten Ergebnisse zeigen. Obwohl das Thema der Geschwisterreihenfolge häufig diskutiert wurde, ist die empirische Evidenz gering. Die vorliegende Studienlage unterstützt die Hypothese nach einer protektiven Wirkung des Faktors erstgeborenes Kind insgesamt nicht. Viele Übersichtsarbeiten erwähnen diesen Faktor daher nicht mehr. Es gibt jedoch wie berichtet Studien, die darauf hinweisen, dass der Faktor eine protektive Wirkung haben kann. Wahrscheinlich gilt dies jedoch nur, wenn bestimmte Moderatorvariablen vorliegen oder im Hinblick auf bestimmte Aspekte von Resilienz; die Effekte sind dabei sicher eher klein.

3.2.1.4 Weibliches Geschlecht

Befundlage

Das weibliche Geschlecht als möglicher Schutzfaktor wurde vielfach referiert, sodass es – obwohl zu körperlichen Korrelaten der Resilienz zugehörig – in einem eigenen Unterpunkt beschrieben werden soll. Im Allgemeinen wird das weibliche Geschlecht als Schutzfaktor betrachtet, da Mädchen z. B. bis zur Pubertät seltener an psychischen Erkrankungen leiden, was sich jedoch nach der Pubertät z. B. bezogen auf depressive Erkrankungen und Essstörungen ändert (Dornes 2003; Holtmann et al. 2004; Werner

2006). Bei Lernbehinderungen sind Jungen durchgängig häufiger betroffen (McDermott et al. 2006). Ebenso weisen sie mehr externalisierende Verhaltensstörungen auf (Piko et al. 2005).

In einer Längsschnittstudie in Schweden untersuchten Chuang, Lamb und Hwang (2006) Veränderungen der Ich-Resilienz bei Mädchen und Jungen zwischen 2 und 15 Jahren. Ich-Resilienz wird dabei als Persönlichkeitsmerkmal gefasst, das die Fähigkeit beschreibt, sich unter wechselnden Lebensbedingungen und in unterschiedlichen Umgebungen anzupassen. Obwohl die Entwicklung der Resilienz bei Mädchen und Jungen zunächst einen gleichen Verlauf zeigte (Zunahme zwischen 2 bis 3 Jahren, Abnahme bis zu 7 Jahren) nahm die Resilienz bei Jungen im Jugendalter ab, während sie bei Mädchen wieder anstieg. Erst im Jugendalter waren Mädchen resilienter als Jungen, was den zuvor genannten Befunden widerspricht. Insgesamt waren die Werte für Jungen stabiler als für Mädchen.

Daneben gibt es Studien, die keine Geschlechtsunterschiede finden: Rhule, McMahon, Spieker und Munson (2006) stellten keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Anpassungsgrad von Kindern jugendlicher Mütter fest. Flores, Cicchetti und Rogosch (2005) fanden keine Geschlechtsunterschiede bei misshandelten lateinamerikanischen Kindern hinsichtlich ihres Anpassungsgrades. Interaktionen zwischen Schutzfaktoren und Geschlecht waren nicht signifikant, was die Autoren als Hinweis interpretierten, dass Mädchen und Jungen sich auch nicht hinsichtlich der Prädiktoren von Resilienz unterschieden. Aufgrund der kleinen Anzahl von Mädchen in der Untersuchung müssen diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Inkonsistente Befunde zeigten sich für Geschwister von Kindern mit einer chronischen Erkrankung. Studien berichten sowohl von Geschlechtsunterschieden (in unterschiedlichen Richtungen) als auch vom Fehlen solcher Unterschiede (Bellin & Kovacs 2006).

Werner (2006) verweist auf Ergebnisse der Kauai-Studie. Für Mädchen spielten individuelle Schutzfaktoren eine bedeutendere Rolle, während für Jungen externe Unterstützung (in Familie und Gemeinde) einen größeren Einfluss hatten. Diese Ergebnisse geben dem Geschlecht eine eher moderierende als eine direkt schützende Rolle. In diesem Sinne ordnet auch Condly (2006) die Bedeutung des Geschlechts ein. In einer Studie von Brookmeyer, Henrich und Schwab-Stone (2005) waren für Jungen und Mädchen unterschiedliche Schutzfaktoren relevant. Untersucht wurden Faktoren, die einen Einfluss auf das Verüben von Gewalt haben, wenn Schüler bzw. Schülerinnen (11 bis 15 Jahre) Zeugen von Gewalt wurden. Jungen profitierten am meisten von elterlicher Unterstützung; für Mädchen waren prosoziale Kognitionen relevanter. Niebank und Petermann (2002) referieren geschlechtsspezifische Schutzfaktoren, die zusätzlich vom Alter der Kinder abhängig sind (siehe Tabelle 4, S. 50).

Piko (2006) untersucht den Einfluss einer Form von sozialer Kompetenz auf das Rauch- und Trinkverhalten von Jugendlichen. „Communal mastery“ ist dabei definiert als die

Überzeugung, sich selbst im Verband mit anderen in der Gemeinschaft als wirksam zu erleben. Für Jungen spielt diese Variable eine bedeutendere Rolle als Schutz vor dem Rauchen und Trinken als für Mädchen. Rosario et al. (2006) referieren Befunde von homo- und bisexuellen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die männlichen Studienteilnehmer zeigten weniger sexuelles Risikoverhalten, wenn sie in einer religiösen Identität verankert waren. Für die Teilnehmerinnen der Studie waren keine Effekte einer religiösen Identität nachweisbar. Faktoren in der frühen Jugend, die mit der Selbstachtung im späteren Jugendalter zusammenhängen, identifizieren Birndorf et al. (2005). Bei Mädchen wurde eine höhere Selbstachtung vorhergesagt durch ethnische Zugehörigkeit, positive Kommunikation in der Familie, Sicherheit in der Schule und hohe Selbstachtung in der frühen Jugend. Bei Jungen waren das Familieneinkommen, positive Kommunikation in der Familie, Sicherheit in der Schule, Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft und hohe Selbstachtung relevant. Insgesamt zeigten Mädchen eine durchgängig geringere Selbstachtung als Jungen.

Bewertung und kritische Würdigung

Insgesamt ist es fraglich, ob weibliches Geschlecht per se als Schutzfaktor gesehen werden kann. Im Hinblick auf die Mehrzahl psychischer Erkrankungen scheint es einen Schutzfaktor darzustellen, weiblich zu sein. Holtmann et al. (2004) plädieren dafür, die zugrunde liegenden Mechanismen weiter zu erforschen. Daneben wird weibliches Geschlecht oftmals als moderierender Faktor betrachtet, der sich durch Interaktionseffekte mit anderen schützenden Einflüssen darstellen lässt. Es scheint außerdem sinnvoll anzunehmen, dass je nach untersuchten Ergebnisvariablen und Risikobedingungen unterschiedliche Wirkmechanismen vorliegen und der Faktor weibliches Geschlecht danach differenziert diskutiert werden muss. Im Hintergrund der Bewertung geschlechtsspezifischer Schutzfaktoren stehen neben Untersuchungsbefunden immer auch rollenspezifische Erwartungen in unterschiedlichen Kulturen. Einen Eindruck des Einflusses von Rollenerwartungen wie z. B. des starken, tapferen Jungen oder des zurückhaltenden, braven Mädchens geben Pollack (2006) und Jordan (2006). Sie erweitern den Blickwinkel von der Frage, ob eines der Geschlechter einen Schutz darstellt, hin zu geschlechtsspezifischen Schutzfaktoren. Sie versuchen von spezifischen Problemen von Jungen und Mädchen und Anforderungen, die sich ihnen stellen, resilienzfördernde Faktoren abzuleiten und gesellschaftliche Erwartungen kritisch zu beleuchten. Aus unserer Einschätzung stellt diese Forschungsrichtung eine wichtige Ergänzung zu Untersuchungen dar, die die schützende Funktion des Geschlechts zum Gegenstand haben.

3.2.2 Kognitive und affektive Schutzfaktoren

3.2.2.1 Positive Wahrnehmung der eigenen Person

Verschiedene Begriffe beschreiben die Selbstwahrnehmung von Personen. Darunter sind neben Selbstwert, Selbstachtung und Selbstvertrauen auch das Selbstkonzept oder die Identität vertreten. Das Selbstkonzept entwickelt sich nach der sozialkognitiven Theorie

aus den Rückmeldungen anderer Personen über das eigene Verhalten (Flammer & Alsa-ker 2002). Vor allem in der Adoleszenz finden soziale Vergleichsprozesse statt, weshalb die Rückmeldung in dieser Phase besonders wichtig für die Entwicklung des Selbstkonzepts ist. Selbstwert und Selbstachtung bezeichnen eine positive Wahrnehmung der eigenen Person. In der Forschung zu Schutzfaktoren werden vor allem die Begrifflichkeiten Selbstwert und Selbstachtung bzw. positives Selbstkonzept verwendet.

Befundlage

Die positive Wahrnehmung der eigenen Person wurde schon vielfach als Schutzfaktor belegt, und in vielen Literaturübersichten wird eine konsistente Befundlage dazu referiert: zu positivem Selbstkonzept (Kitano & Lewis 2005; Werner 2006; Wustmann 2005), zu Selbstwert oder positiver Selbstwahrnehmung (Heller et al. 1999; Masten 2001a; Masten & Reed 2002; Radke-Yarrow & Brown 1993) und zur Selbstachtung (Dante Cicchetti & Valentino 2006; Deater-Deckard et al. 2006; Masten & Coatsworth 1998; Mullis et al. 2004; Piko & Fitzpatrick 2002; Prelow et al. 2006; Wilcox et al. 2004).

Aktuelle Studien bestätigen die Bedeutung einer positiven Selbstwahrnehmung als Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In einer Längsschnittstudie in den USA (Suarez-Orozco et al. 2006) wurde das psychische Wohlbefinden von Kindern zwischen 9 bis 14 Jahren über einen Zeitraum von 5 Jahren erhoben. Die Kinder stammten alle aus Familien, die in die USA immigriert waren. Das Wohlbefinden der Kinder wurde durch Selbstachtung und Optimismus am besten vorhergesagt. In einer Längsschnittstudie mit Kindern, die in einem Heim aufwuchsen (Legault et al. 2006) konnte durch eine Modelltestung gezeigt werden, dass eine höhere Selbstachtung der Kinder und Jugendlichen mit einer geringeren Ängstlichkeit und weniger aggressiven Verhaltensweisen einherging. McLewin und Muller (2006) fanden sowohl bei in der Kindheit körperlich misshandelten jungen Erwachsenen (n = 294) als auch bei einer Gruppe nicht misshandelter junger Erwachsener (n = 652) einen positiven Zusammenhang zwischen einer positiven Selbstwahrnehmung und einer besseren Anpassung.

Greeff, Vansteenwegen und Ide (2006) untersuchten Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied mit dem Ziel, Schutzfaktoren zu identifizieren. Für die Kinder in ihrer Studie mit 30 Familien stand der Selbstwert in Zusammenhang mit der Einschätzung der Kinder, wie gut ihre Familie sich fordernden Situationen anpassen konnte. In einer Längsschnittstudie verglichen Cowen et al. (1997) nach 1½ Jahren stressresiliente und vom Stress beeinträchtigte Kinder und fanden bei ersteren höhere Ausprägungen des Selbstwertes. Winkler Metzke und Steinhausen (1999a) betrachteten bei 1110 Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren die Auswirkung von Belastungen durch kritische Lebensereignisse. Ein kompensatorischer Faktor war für Mädchen und Jungen ihr Selbstwertgefühl.

Diesen Befunden stehen die Ergebnisse von Piko et al. (2005) gegenüber, die Risiko- und Schutzfaktoren für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei ungarischen

(n = 1240) und US-amerikanischen (n = 1538) Schülern bzw. Schülerinnen untersuchten. Die Selbstachtung war für keine der beiden Gruppen ein Schutzfaktor, für ungarische Mädchen sogar ein Risikofaktor. Sie bewerten diese Ergebnisse als Hinweis darauf, dass psychosoziale Variablen sowohl ein Schutz- als auch ein Risikopotenzial haben können. In einer anderen Studie weisen Piko und Fitzpatrick (2002) darauf hin, dass Kinder mit geringer Selbstachtung eher mit dem Konsum von Drogen beginnen, dieser dann aber ihren Selbstwert verbessert. In einem querschnittlichen Design bleibt nur noch die Korrelation von hohem Selbstwert und Drogenkonsum sichtbar.

Bewertung und kritische Würdigung

Eine sehr breite und konsistente Befundlage zur positiven Wahrnehmung der eigenen Person bestätigt deren schützende Wirkung für die Entwicklung gefährdeter Kinder und Jugendlicher. Eine positive Selbstwahrnehmung entsteht jedoch nicht unabhängig von anderen Entwicklungsbedingungen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass gerade bei jüngeren Kindern ein ausreichendes Ausmaß an positiver Bestätigung Voraussetzung für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes ist. Eine positive Selbstwahrnehmung ist demnach stark mit anderen Schutzfaktoren konfundiert. In einer Längsschnittstudie von Birndorf et al. (2005) wird dies deutlich. Sie untersuchte die Entwicklung der Selbstachtung bei Jugendlichen (8.–12. Klasse) (n = 16489). Die Selbstachtung wurde durch andere Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, positive Familienkommunikation, Sicherheit in der Schule und Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft beeinflusst, wobei sich Mädchen und Jungen in den Prädiktoren für Selbstachtung unterschieden. Eine positive Selbstwahrnehmung ist nach diesem Befund eingebunden in ein Netz weiterer Schutzfaktoren. Modelltestungen könnten den Zusammenhang und die prädiktive Bedeutung dieser Variablen und des positiven Selbstbildes klären. Abgesehen von dieser Einschränkung mag eine bereits entwickelte positive Selbstwahrnehmung unabhängig von anderen Faktoren wirksam sein.

3.2.2.2 Positive Lebenseinstellung und Religiosität

Eine positive Lebenseinstellung wird in der populären Psychologie schon fast als Allheilmittel für viele Arten von Problemen gesehen. Tatsächlich betonen nicht wenige Beiträge auch in der Forschung die Bedeutung von Variablen wie Optimismus, Zuversicht/Hoffnung, Kohärenzsinn und einer positiven Lebenseinstellung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse oder schwieriger Lebensumstände (Bender & Lösel 1998; Bengel et al. 2000; Bettge 2004; Deater-Deckard et al. 2006; Mullis et al. 2004; Werner 2006; Wustmann 2004). Optimismus wird als positive Erwartung im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen und Ergebnisse beschrieben, Hoffnung als zielbezogene Erwartung, die sich zusammensetzt aus einer Bestimmtheit, Ziele entschlossen zu verfolgen und der Überzeugung, dass es Wege zur Zielerreichung gibt (Renner 2002). Alle Begrifflichkeiten beschreiben eine generelle Einstellung von Zuversicht und Vertrauen, dass Dinge sich positiv entwickeln oder einen übergeordneten Sinn oder Wert besitzen. Diese generell positive Einstellung wird auch durch Religiosität beeinflusst. Studien zeigen, dass Religiosität und Optimismus in engem Zusammenhang stehen (Mattis et al. 2003, 2004).

Befundlage

In der Forschung zu Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen belegt bereits die Kauai-Studie (Werner & Smith 2001) bei resilienten Jugendlichen eine größere Zuversicht, dass Dinge sich positiv entwickeln. Wustmann (2004) bringt diese zuversichtliche *Lebenseinstellung* damit in Zusammenhang, dass Jugendliche früh Verantwortung übernehmen mussten und dass diese Tätigkeit ein Kohärenzgefühl bewirkt (Antonovsky 1979), indem sie die Fähigkeit entwickelten, „... Bedeutung und Wert im eigenen Tun sowie Sinn und Zweck in der eigenen Existenz zu sehen“ (Wustmann 2004, S. 105).

Al-Yagon und Margalit (2006) identifizieren eine Untergruppe von resilienten Kindern mit Leseschwäche, die dieses Problem nur isoliert aufwiesen und ansonsten gut angepasst waren. Diese Kinder zeichneten sich durch einen hohen *Kohärenzsinn* und ein geringes Gefühl an Einsamkeit aus. Everall, Altrows und Paulson (2006) untersuchten die Resilienz bei ehemals suizidalen weiblichen Jugendlichen in einer qualitativen Studie (n = 13). Resiliente Jugendliche schafften es, auf positive Aspekte des Lebens zu fokussieren. Sie besaßen *Hoffnung* und *Optimismus für die Zukunft* und konnten einen Sinn im Leben sehen, indem sie anderen halfen oder Dienste für die Gemeinschaft leisteten. Valle, Huebner und Suldo (2006) fanden eine Moderatorfunktion von Hoffnung bei Jugendlichen, die kritischen Lebensereignissen ausgesetzt waren, auf ihr Wohlbefinden. Sie bewerteten das Konstrukt Hoffnung als eine der psychologischen Schlüsselvariablen für die Entwicklung von Jugendlichen. Diese Einschätzung wird auch in einer weiteren Studie belegt: Hagen, Myers und Mackintosh (2005) erhoben Hoffnung für sich, die eigene Situation und verfügbare Ressourcen von Kindern und fanden bei 65 Kindern von inhaftierten Müttern eine signifikante Varianzaufklärung dieser Variablen bezüglich internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, selbst wenn Variablen wie soziale Unterstützung und Stress kontrolliert wurden.

Optimismus erwies sich als Schutzfaktor in einer Untersuchung von Carlton et al. (2006). Unter hawaiianischen Jugendlichen wirkte Optimismus als protektiver Faktor gegenüber internalisierenden Störungen. Darin sehen die Autoren eine Übereinstimmung mit der kognitiv-behavioralen Therapie, die davon ausgeht, dass Depression mit verursacht wird durch eine negative Sicht über sich selbst, die Zukunft und die Welt. In der Studie war Optimismus jedoch kein Schutzfaktor gegenüber externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Die protektive Wirkung von Optimismus konnte ebenfalls in einer Untersuchung bei Jugendlichen aus Immigrantenfamilien nachgewiesen werden. Jugendliche mit großem Optimismus zeigten ein deutlich besseres psychisches Wohlbefinden, verglichen mit Jugendlichen mit geringerer Ausprägung dieser Variable (Suarez-Orozco et al. 2006).

Religiosität kann Kindern und Jugendlichen Werte und Einstellungen vermitteln und wird deshalb oft in engem Zusammenhang mit Lebenseinstellungen gesehen. Gleichfalls kann Religiosität Hoffnung vermitteln (Hagen et al. 2005). Kogan et al. (2005) über-

prüften ein Modell, mit dem der Drogenkonsum von Schulabbrechern abgebildet werden sollte. Eine positive Lebenseinstellung (definiert als Kombination aus Optimismus, positivem Selbstbild und positiven Erwartungen für die Zukunft) wurde positiv beeinflusst durch das Vorhandensein guter Familienbeziehungen und Religiosität. Jugendliche mit einer positiven Lebenseinstellung gebrauchten seltener Drogen als Jugendliche mit negativerer Einstellung. Dieser Effekt wurde im getesteten Modell vollständig modelliert durch die Auswahl von Freunden und Freundinnen, die keiner Risikogruppe angehörten. Dies interpretieren die Autoren, indem sie darauf hinweisen, dass Substanzmissbrauch im Jugendalter vornehmlich ein soziales Phänomen ist und die Einbindung in einen Freundeskreis, in dem wenig Substanzmissbrauch stattfindet, einen guten Schutz darstellt (vgl. Abschnitt 3.4).

Sussman et al. (2006) differenzierten Religiosität in zwei Bereiche, indem sie darauf hinwiesen, dass es spirituelle Praktiken gibt, die Drogenkonsum zum Inhalt haben. Eine generelle Schutzwirkung von Religiosität gegenüber Drogenkonsum wurde in ihrer Studie widerlegt. Der Drogenkonsum von 501 Jugendlichen wurde über ein Jahr erhoben. Wurde der Drogenkonsum als spirituelle Praktik gesehen, führte dies zu einem erhöhten Konsum von Halluzinogenen und Zigaretten (kein Einfluss auf Alkohol-, Stimulantien- und Marihuanakonsum). Eine Schutzfunktion besaß Religiosität nur, wenn sie nicht mit spirituellen Praktiken verbunden war, die Drogenkonsum vorsahen. Jugendliche konsumierten weniger Alkohol, Marihuana und Stimulantien, wenn sie dieser Gruppe angehörten (kein Einfluss auf Konsum von Halluzinogenen und Zigaretten). Dieses Ergebnis bestätigt frühere Forschungsbefunde (Meschke & Patterson 2003).

Die Befunde von Herrenkohl et al. (2005) stehen der ansonsten recht konsistenten Befundlage gegenüber. Sie fanden nur eine sehr schwach ausgeprägte Schutzwirkung einer positiven Zukunftserwartung bei körperlich misshandelten Kindern gegenüber antisozialen Verhaltensauffälligkeiten. Demgegenüber war jedoch die Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft ein Schutzfaktor. Dies wurde von den Autoren jedoch weniger als Beleg für die Auswirkung einer übergeordneten Wertevorstellung gesehen als vielmehr eine Quelle sozialer Unterstützung, die antisoziales Verhalten vermindert. Bei Jugendlichen mit aggressiven oder emotionalen Störungen konnte kein Zusammenhang zwischen einer inneren Stärke bzw. Spiritualität und ihrem Erfolg in Bildungsinstitutionen nachgewiesen werden (Vance et al. 1998). Hingegen zeigte sich bei Birndorf et al. (2005) eine positive Vorhersage von Selbstachtung durch die Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft bei Jungen.

Bewertung und kritische Würdigung

Die Befundlage zur schützenden Funktion einer generellen Einstellung von Zuversicht und Vertrauen, dass Dinge sich positiv entwickeln oder einen übergeordneten Sinn oder Wert besitzen, ist konsistent und gut abgesichert. Es erscheint sinnvoll, nun die Einbindung dieser Variablen in übergeordnete Modelle zu untersuchen, damit ihre Vernetzung mit anderen Einflussgrößen und Schutzfaktoren deutlich wird und Moderatorfunk-

tionen sichtbar werden (Kogan et al. 2005). Auf diesem Weg kann auch die Bedeutung einer positiven Einstellung für präventive Programme für Kinder und Jugendliche weiter herausgearbeitet werden, indem die Beeinflussbarkeit dieser Variablen deutlicher wird.

Schwierigkeiten bei der Befundzusammenfassung ergeben sich daraus, dass Konstrukte immer wieder unterschiedlich definiert werden. Renner (2002) weist darauf hin, dass zum Teil sehr unterschiedliche Konstrukte unter dem Begriff Optimismus subsumiert werden. Eine Studie von Tusaie und Patterson (2006) veranschaulicht dieses Problem und untersucht unterschiedliche Facetten des Konstrukts Optimismus: den dispositionellen, situativen und vergleichenden Optimismus. Ihre Vorüberlegungen beinhalten, dass wenn allein dispositioneller Optimismus mit Resilienz in Zusammenhang steht, bzw. mit den beiden anderen Variablen deckungsgleich ist, interventive Programme wenig Sinn machen. Ihre Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass die drei Variablen nur geringe bis mittlere Überschneidungen aufweisen. Sie schlussfolgern daraus, dass Strategien, die optimistisches Denken in unterschiedlichen Situationen fördern, die Resilienz von Jugendlichen verbessern können und weiter untersucht werden müssen.

Uneinheitlicher sieht die Befundlage bei Studien zum Einfluss von Religiosität und Spiritualität als Schutzfaktor für die kindliche und jugendliche Entwicklung aus. Ihre Bedeutung wird immer wieder hervorgehoben. So weisen z. B. Bellin und Kovacs (2006) darauf hin, dass Religion und Spiritualität zu den Ressourcen und Stärken einer Familie dazugehören, die die Resilienz bei Geschwistern von chronisch kranken Kindern unterstützen können. Condly (2006) sieht in der Einbindung in religiöse Gemeinschaften einen positiven Einflussfaktor auf Kinder, die Risikogruppen angehören. Eine Erklärung für die dennoch uneinheitliche Befundlage könnte sein, dass Religiosität und Spiritualität durch unterschiedliche Mechanismen wirksam sind. Religion kann Werte vermitteln oder eine positive Lebenseinstellung unterstützen (Kogan et al. 2005; Rosario et al. 2006). Daneben können religiöse Gemeinschaften als Quelle sozialer Unterstützung dienen oder Kontakte zu weniger gefährdeten Jugendlichen ermöglichen (Heller et al. 1999; Herrenkohl et al. 2005). Religion ist außerdem nicht immer abgekoppelt von ihren Inhalten wirksam (Sussman et al. 2006) und unterschiedliche Religionen können unterschiedlich vor Risiken schützen (Rosario et al. 2006).

Diese Befunde unterstützen eine differenzierte Betrachtung von Religion und Spiritualität. Unter präventiven und interventiven Gesichtspunkten muss außerdem darauf geachtet werden, dass Religionen auch bestimmte Lebens- und Verhaltensformen verteilen können und dies ein Risiko für gefährdete Kinder und Jugendliche darstellen kann (Rosario et al. 2006). Außerdem kann Religiosität die Entwicklung von Autonomie und Selbstverantwortlichkeit behindern (Mehnert & Koch 2002). Crawford, O'Dougherty Wright und Masten (2006) leiten unterschiedliche Möglichkeiten her, wie Religion wirksam sein könnte und welche Wirkmechanismen in Zukunft untersucht werden sollten: Die Beziehung zu einer höheren spirituellen Macht könnte eine fehlende Elternbindung

ersetzen; Religion könnte Familienbeziehungen stärken, positives Engagement mit Gleichaltrigen unterstützen, positive Mentoren und Mentorinnen bereithalten und generell soziale Unterstützung bieten; Religion könnte außerdem Richtlinien für Verhalten und Werte geben, zur Regulation von Emotionen dienen, Dingen eine übergeordnete Bedeutung geben und dabei helfen, erlebte Traumata umzudeuten oder einzuordnen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Religion auch negative Auswirkungen haben könnte, durch negative Leitbilder, die Verurteilung bestimmter Inhalte und Gewalt, die im Namen von Religionen verübt wird.

3.2.2.3 Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung

Befundlage

Die Bedeutung *kognitiver Fähigkeiten* als protektiver Faktor in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird schon seit den Anfängen der Schutzfaktorenforschung untersucht. In der Kauai-Studie (Werner & Smith 1982, 2001) verfügten resiliente Kinder mit 10 Jahren über besser entwickelte Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten, und sie bemühten sich aktiver um eine Problemlösung. Resiliente Kinder waren nicht besonders talentiert oder hochbegabt, sie nutzten ihre Fähigkeiten nur effektiv aus und zeigten eine gute schulische Leistungsfähigkeit.

Dornes (2003) sieht *Intelligenz* als Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern allgemein, aber auch speziell für die sozial-emotionale Entwicklung. Eine gute Intelligenz erhöhe die Wahrscheinlichkeit für Schulerfolge, was zu größerer inner- und außerfamiliärer Anerkennung und damit zu einem verbesserten Selbstwertgefühl führe. Dadurch suche das Kind mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit auf „abweichenden Pfaden“ (Dornes 2003, S. 32) nach Anerkennung. Auch Deater-Decker et al. (2006) bewerten kognitive Fähigkeiten als starken und konsistenten Prädiktor für Resilienz in Kindheit und Jugendalter. Vergleiche dazu auch die Arbeiten von Alvord und Grados (2005) und Egle und Hoffmann (2000).

Masten et al. (1999) berichteten, dass die elterliche Einschätzung der Intelligenz ihrer Kinder als protektiver Faktor für unterschiedliche Kompetenzbereiche wirkte (schulische Leistung, Verhalten, soziale Kompetenz unter Gleichaltrigen). Sie sehen Intelligenz als Indikator für eine grundlegende Anpassungsfähigkeit, die unter schwierigen Umständen schützend wirkt. In der Studie „Projekt Kompetenz“ (Masten 2001a) konnten ungünstige Lebensumstände von Kindern dann gut gemeistert werden, wenn ihre kognitive Entwicklung normal verlief und sie eine gute Fürsorge erfuhren. Vance et al. (1998) untersuchten Jugendliche mit aggressiven und emotionalen Störungen in einer Einrichtung, bei denen sich kognitive Fähigkeiten (Problemlösen, Denkfähigkeit und Lesefertigkeit) als schützender Faktor für den Erziehungsprozess herausstellte. Lösel und Bender (1994) fanden in Querschnittsvergleichen der Bielefeld-Erlangen-Studie, dass resiliente Kinder tendenziell intelligenter waren. Sie bewerteten eine mindestens durchschnittliche Intelligenz als protektiv. Gleichzeitig halten sie jedoch auch fest, dass die Befunde in der Schutzfaktorenforschung zur Intelligenz nicht konsistent sind (Bender & Lösel 1998).

Diese Einschätzung setzt sich in der Forschung immer mehr durch, obwohl in vielen Studien mit unterschiedlichen Risikogruppen bereits ein schützender Einfluss von Intelligenz gefunden wurde (Luthar 2006). Demgegenüber stehen jedoch Befunde, dass Intelligenz auch als Risikofaktor gelten kann: Resiliente Kinder mit einem hohen IQ leiden unter stärkerem emotionalem Stress und depressiven Symptomen als die Vergleichsgruppe nichtresilienter Kinder aus Risikogruppen (Luthar 1991; Luthar & Ripple 1994). Die Autoren interpretieren diese Befunde durch eine größere Sensitivität intelligenter Kinder gegenüber negativen Einflüssen aus der Umwelt. Gutman, Sameroff und Cole (2003) finden ein Risiko von Intelligenz darin, dass Teenager ihre Talente auch nutzen können, um in Risikosettings näherliegende Vorteile zu suchen, z. B. durch illegale Aktivitäten. Ursprünglich als protektiv eingeschätzte Faktoren (u. a. Intelligenz) wurden von Freitas und Downey (1998) als Risiko identifiziert, da sie bei kriminellen Aktivitäten von Nutzen waren.

Neben der Intelligenz als übergreifendes Konstrukt für kognitive Fähigkeiten (Heller et al. 1999) werden immer mehr auch Einzelfähigkeiten von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihrer protektiven Wirkung untersucht. Die *Sprachentwicklung* nimmt dabei eine wichtige Rolle ein: Rhule et al. (2006) berichten, dass ein höheres Niveau der Sprachentwicklung zu einer positiveren Anpassung im schulischen Umfeld (soziale Einbindung und Verhalten) und zu einer besseren Leistung führte. Sie untersuchten Kinder von minderjährigen Müttern und erklärten die gefundenen Effekte dadurch, dass eine gute Sprachentwicklung eine gute Grundlage für akademische Fertigkeiten legt. Außerdem könne sie ein Indikator für eine adäquate Förderung und Unterstützung durch die Eltern und für eine höhere Intelligenz sein. Eine Studie von Burchinal, Roberts, Zeisel, Hennon und Hooper (2006) bestätigte diese Befunde. Die sprachlichen Fertigkeiten standen in engem Zusammenhang mit schulischer Leistung und wurden von den Autoren als protektiver Faktor für Kinder aus sozialen Risikogruppen bewertet. Buchanan, Flouri und Ten Brinke (2002) untersuchten numerische und kreative Fähigkeiten von Kindern in einer Längsschnittstudie. Eine hohe Ausprägung dieser Variablen im Alter von 7 Jahren stand in Zusammenhang mit einem geringen psychischen Stress im Alter von 30 Jahren.

Gute schulische Leistungen gelten ebenfalls als Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Bender & Lösel 1998; Meschke & Patterson 2003). Sie stehen selbst in engem Zusammenhang mit Intelligenz als stärkstem Prädiktor (Masten & Coatsworth 1998). Martin und Marsh (2006) definieren „academic resilience“ als Konstrukt, das sich aus Selbstwirksamkeitserwartung, wahrgenommener Kontrolle im schulischen Rahmen, Planungsfähigkeit, geringer Ängstlichkeit und Beharrlichkeit zusammensetzt. In ihrer Studie mit 402 Schülern und Schülerinnen konnten Pfadanalysen zeigen, dass „academic resilience“ Selbstachtung, Freude an der Schule und das Eingebundensein in die schulische Gemeinschaft vorhersagen konnte. Eine Einschränkung – bezogen auf die Einschätzung als Schutzfaktor – muss darin gesehen werden, dass keine Risikopopulation untersucht wurde. Carlton et al. (2006) konnten zeigen, dass die schu-

lische Leistung bei Minderheiten und einheimischen hawaiianischen Jugendlichen einen positiven Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden hatte. Die Schutzwirkung war für externalisierende Symptome größer als für internalisierende.

In einer Studie in Berlin (Boehnke et al. 1998) konnte gezeigt werden, dass Schulerfolg die Wahrscheinlichkeit, delinquent zu werden oder sich mit nationalistischen Ideen anzufreunden, senkte. Eine positive und sichere Lernumgebung, hohe, aber erreichbare schulische und soziale Erwartungen und die Tatsache, dass schulischer und sozialer Erfolg so gut wie möglich unterstützt wurde, bewirkten einen negativen Einfluss auf die Delinquenz von Jugendlichen in einer Studie von Christle, Jolivet und Nelson (2005). Kandel et al. (1988) zeigten, dass Jugendliche aus Risikogruppen sich durch die Bestätigung, die sie durch gute schulische Leistungen erhielten, weniger häufig antisozial und kriminell verhielten. Dieser Befund steht in Einklang mit den Ergebnissen der Kauai-Studie (Werner & Smith 1982), in der schulische Leistung eine Quelle der Selbstbestätigung darstellte, die dabei half, negative Erfahrungen in der Familie zu kompensieren (Bender & Lösel 1998; Wustmann 2005). In der Rostocker Längsschnittstudie (Meyer-Probst & Reis 1999), die Kinder von der Geburt bis zum 25. Lebensjahr zu sechs Zeitpunkten untersuchte, hatte der schulische Erfolg zwar Auswirkungen auf aktuelle Befindlichkeiten, nicht jedoch langfristig auf die seelische Gesundheit. Einschränkend muss angemerkt werden, dass diese Studie keine Risikogruppe untersuchte.

Schulische Leistungsfähigkeit wird nicht nur als Schutzfaktor, sondern auch als Ergebnisvariable untersucht. So ordneten Suarez-Orozco et al. (2006) schulische Leistungen als Schlüsselvariable für aktuelles und zukünftiges Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen ein (Masten & Coatsworth 1998). Hart et al. (2005) berichten, dass Kinder eines als resilient charakterisierten Persönlichkeitstyps bessere schulische Leistungen aufwiesen.

Bewertung und kritische Würdigung

Hohe Intelligenz allein reicht nicht aus, um Kinder und Jugendliche gegen Stress und gefährdende Lebensumstände zu schützen. Intelligenz ist kein absoluter Schutzfaktor, da intelligenter Kinder und Jugendliche auch verletzlicher gegenüber traumatischen und emotional verunsichernden Ereignissen sind und auf Stress eher mit internalisierenden Symptomen reagieren (Condly 2006). Die Befunde zur Intelligenz sind zudem nicht konsistent und abhängig von der jeweiligen Operationalisierung (Bender & Lösel 1998). Im Allgemeinen kann eine mindestens durchschnittliche Intelligenz jedoch als eher nützlich und schützend betrachtet werden, da intelligenter Kinder und Jugendliche häufig besser mit schwierigen Lebensumständen zurechtkommen als ihre Altersgenossen (Luthar 2006). Kognitive Fähigkeiten können Resilienz unterstützen, indem sie die Bewältigungsfähigkeiten fördern (Kitano & Lewis 2005). Heller et al. (1999) weisen auf eine effektivere Belastungsverarbeitung bei intelligenten Kindern und Jugendlichen hin.

Intelligenz und schulische Leistungen stehen zwar in engem Zusammenhang, trotzdem zeigen gute Schulleistungen auch dann protektive Effekte, wenn sie nicht mit einer über-

durchschnittlichen Intelligenz zusammenhängen (Radke-Yarrow & Brown 1993; Werner & Smith 2001). Demnach spielt es eine wichtige Rolle, wie Kinder und Jugendliche ihre kognitiven Fähigkeiten nutzen und einsetzen. Intelligenz kann als Grundlage dafür dienen, dass Kinder bestimmte förderliche Kompetenzen aufbauen können (z. B. schulische Leistung, effektives und flexibles Bewältigungsverhalten, Problemlösestrategien). Ob sie dies jedoch tun, scheint von weiteren Variablen abhängig zu sein (Alvord & Grados 2005; Bender & Lösel 1998). Luthar (2006) gibt aus diesem Grund die Empfehlung, das Konstrukt der praktischen Intelligenz zu untersuchen, wie sie Sternberg und Grigorenko (2000) definieren: Praktische Intelligenz ist die Intelligenz, die im Alltagsleben gebraucht wird, um sich an Umgebung und Bedingungen anzupassen, sie auszuwählen und sie zu formen.

3.2.2.4 Internale Kontrollüberzeugung

Rotter (1966) entwickelte bereits früh das Konzept der Kontrollüberzeugung, das sich in internale und externale Kontrollüberzeugung gliedert. Wenn eine Person eintretende Ereignisse vorwiegend als Resultat eigener Handlungen wahrnimmt, entspricht dies einer internalen Kontrollüberzeugung. External meint hingegen, wenn Personen Ereignisse dem Zufall oder dem Handeln anderer zuschreiben.

Befundlage

Eine ausgeprägte internale Kontrollüberzeugung wird in der Resilienzforschung allgemein als protektiv eingeordnet (Heller et al. 1999; Himelein & McElrath 1996; Kitano & Lewis 2005; Mather & Ofiesh 2005). Werner und Smith (1982) stellten fest, dass eine internale Kontrollüberzeugung eine gesunde Entwicklung in Risikopopulationen förderte. Dabei differenzierten sie nach für sie kontrollierbaren Problemen und Ereignissen. Sie waren nicht der Überzeugung, einen Einfluss auf für sie unkontrollierbare Situationen zu haben. Wustmann (2004) benennt dies als realistische Kontrollüberzeugung. Luthar (1991) konnte bei Schülern und Schülerinnen unter zunehmendem Stress einen protektiven Einfluss internaler Kontrollüberzeugung auf die schulische Entwicklung zeigen. Cappella und Weinstein (2001) untersuchten Schüler und Schülerinnen mit Leseschwierigkeiten, die ein großes Risiko hatten, in der Schule immer weiter zurückzubleiben. 15 % dieser Schüler und Schülerinnen zeigten jedoch eine sehr positive Entwicklung und verbesserten sich deutlich hinsichtlich ihrer Lesefähigkeit. Diese Resilienz wurde mit vorhergesagt durch eine internale Kontrollüberzeugung. Die Autoren interpretieren den Effekt auch durch den Zusammenhang zwischen externaler Kontrollüberzeugung und erlernter Hilflosigkeit bei nicht resilienten Schülern bzw. Schülerinnen, die ihre Bemühung um Erfolg aufgeben, wenn sie mehrfach gescheitert sind.

Moran und Eckenrode (1992) konnten einen negativen Einfluss von internaler Kontrollüberzeugung für positive Ereignisse auf die Ausprägung depressiver Symptome bei misshandelten weiblichen Jugendlichen finden. Die Kontrollüberzeugung für negative Ereignisse spielte für die Ausprägung keine Rolle. Demgegenüber zeigten Mädchen, die einen niedrigen Selbstwert und eine niedrige internale Kontrollüberzeugung für positive

Ereignisse besaßen, die höchsten Depressionswerte. Gerber, Ginsberg und Reiff (1992) untersuchten erfolgreiche Erwachsene mit Lernbehinderungen. Für sie war das Gefühl, Kontrolle über das eigene Leben zu haben der entscheidende Faktor. Sie beschreiben, dass Kontrolle durch das Setzen realistischer und erreichbarer Ziele entstand, was wiederum durch eine adäquate Selbstwahrnehmung mitbewirkt wurde.

Watt et al. (1995) fanden keinen Beitrag einer internalen Kontrollüberzeugung zur Resilienz. Sie untersuchten resiliente Erwachsene, die als Kinder unter extremen Bedingungen aufwuchsen (z. B. emotionale Misshandlung) und verglichen sie mit einer Kontrollgruppe von Erwachsenen, die keinen solchen Bedingungen in ihrer Kindheit ausgesetzt waren. Die Autoren fanden keine Unterschiede hinsichtlich der gemessenen internalen Kontrollüberzeugung. Demgegenüber waren die resilienten Erwachsenen subjektiv sehr wohl davon überzeugt, dass es für ihre weitere Entwicklung von großer Bedeutung war, Kontrolle über ihr Leben zu haben.

Bewertung und kritische Würdigung

Condly (2006) sieht eine Begründung für widersprüchliche Ergebnisse darin, dass die Wahrnehmung, dass ein Ereignis internal verursacht ist, noch lange nicht bedeutet, dass es in den eigenen Möglichkeiten liegt, es zu verändern, selbst wenn die Person davon überzeugt ist (Pintrich & Schunk 2002). Hier wird die Verbindung zum Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung angedeutet, das im nächsten Unterpunkt dargestellt werden soll. Syme (1991) sieht in der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensumstände einen übergreifenden protektiven Faktor und gibt dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung damit einen höheren Stellenwert als der Kontrollüberzeugung.

Eine rigide internale Kontrollüberzeugung kann angesichts unkontrollierbarer Ereignisse die Vulnerabilität für emotionale und andere Probleme auch erhöhen. So scheint es sinnvoll, nach kontrollierbaren und unkontrollierbaren Ereignissen zu unterscheiden, wie es bereits Werner und Smith (1982) getan haben oder auch das Rochester Child Resilience Project tat (Cowen et al. 1997). Die Autoren weisen in ihrer Längsschnittstudie nach, dass neben anderen Faktoren auch eine realistische Kontrollüberzeugung für eine resiliente Anpassung entscheidend ist. Die Fähigkeit, zwischen kontrollierbaren und nicht kontrollierbaren Ereignissen zu differenzieren, spielte bei der Unterscheidung von stressresilienten und stressbeeinträchtigten Kindern eine wichtige Rolle. Nach Wustmann (2004) kann ein realistischer Attributionsstil Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle verhindern und die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts unterstützen (Kaluza 1999).

In der Attributionsforschung wird auch danach unterschieden, ob positive und negative Ereignisse oder Lebensumstände unterschiedlich attribuiert werden. Obwohl die Kontrollüberzeugung für negative Ereignisse in der zitierten Studie von Moran und Eckensrode (1992) keine Rolle bei misshandelten weiblichen Jugendlichen spielte, fanden Valentine und Feinauer (1993) einen solchen Effekt bei resilienten Frauen, die sexuel-

len Missbrauch erlebt hatten. Der Attributionsstil der resilienten Frauen beinhaltete die Fähigkeit, den sexuellen Missbrauch als nicht selbstverursacht wahrzunehmen. Die Autoren weisen darauf hin, dass es hierbei weniger um eine allgemeine Schutzwirkung externaler Attribution von negativen Ereignissen geht (Moran & Eckenrode 1992) als vielmehr um eine externe Kontrollüberzeugung, die sich spezifisch auf die Missbrauchssituation bezieht. Lansford et al. (2006) fanden ähnliche Ergebnisse bei missbrauchten Kindern, die durch externe „feindselige“ Attributionen vor internalisierenden Störungen geschützt wurden.

Die Erhebung einer internalen Kontrollüberzeugung allein scheint in der Resilienzforschung nicht ausreichend zu sein. Vielmehr muss nach kontrollierbaren und unkontrollierbaren Ereignissen und auch nach der Attribution positiver und negativer Ereignisse differenziert werden, da auch die externe Attribution negativer Ereignisse eine Schutzwirkung aufweisen kann. Es zeigen sich zudem Hinweise, dass eine interne Kontrollüberzeugung um die Komponente der Selbstwirksamkeitserwartung ergänzt oder sogar ersetzt werden muss. In der aktuellen Forschung spielt das Konstrukt der internalen Kontrolle allein kaum mehr eine Rolle. Vielmehr wird es in Studien integriert, die es als Bestandteil anderer Konzepte (z. B. Erklärungsstil) aufgreifen oder durch verwandte Konstrukte ergänzen.

3.2.2.5 Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit entstammt aus der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1977) und wird definiert als eine subjektive Gewissheit, Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Er meint damit eine situationsspezifische Selbstwirksamkeit, die in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommt. In der Resilienzforschung ist Selbstwirksamkeit als Definition überwiegend als generalisierte Überzeugung operationalisiert, die eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz (Hohmann & Schwarzer, im Druck) beinhaltet. Sie setzt sich zusammen aus der Überzeugung, dass es Handlungsmöglichkeiten gibt, die zu erwünschten Ergebnissen führen und dass man diese Handlungen selbst ausführen kann. Selbstwirksamkeit beeinflusst das Denken, Fühlen und Handeln und bestimmt Zielsetzungen, Anstrengung und Ausdauer mit. Sie stellt einen Schlüssel zur kompetenten Selbstregulation dar (Schwarzer 2002).

Befundlage

In der Resilienzforschung ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung schon vielfach als Schutzfaktor aufgezeigt worden (Deater-Deckard et al. 2006; Luthar 2006; Mullis et al. 2004; Wustmann 2005). Werner und Smith (2001) belegen in der Kauai-Studie, dass resiliente Kinder im Alter von 10 Jahren davon überzeugt waren, selbst wirksam zu sein. Fingerle, Freytag und Julius (1999) zeigen, dass die schützende Wirkung von Selbstwirksamkeit vor allem in der Motivation für und die Ausführung von aktiven Bewältigungsversuchen liegt. Nach Wustmann (2004) entwickeln resiliente Kinder aufgrund ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugung Zuversicht und Vertrauen in sich selbst, „was letzt-

lich mit einer größeren Selbstsicherheit, positiveren Selbsteinschätzung und mehr Eigenaktivität einherging“ (S. 104). Sie beschreibt eine positive Spirale, bei der kleine Erfolgserlebnisse entscheidend zum Aufbau einer Selbstwirksamkeitsüberzeugung beitragen können.

Lösel und Bender (1994) bewerten in der Bielefeld-Erlangen-Studie (oder auch: Bielefelder Invulnerabilitätsstudie) die Erfahrung von Selbstwirksamkeit als protektiv für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Suarez-Orozco et al. (2006) konnten bei Kindern aus Immigrantenfamilien einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung und dem Wohlbefinden zeigen. Die Jugendlichen wurden über 5 Jahre hinweg von den Autoren begleitet. Martin und Marsh (2006) konnten Selbstwirksamkeitsüberzeugung als Prädiktor für akademische Resilienz in einer Stichprobe von australischen Schülern und Schülerinnen untermauern. Selbstwirksamkeit bezog sich dabei vornehmlich auf den schulischen Leistungsbereich. Die Autoren weisen darauf hin, dass es wichtig ist, die Selbstwirksamkeitserwartung von Schülern und Schülerinnen zu stärken, um einen positiven Einfluss auf akademische Resilienz zu bewirken.

Zwei inhaltlich spezifischere Studien beziehen sich auf den Zusammenhang einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich des Verzichts auf das Rauchen. Van Zundert, Engels und Van Den Eijnden (2006) fanden in einer Studie mit holländischen Kindern und Jugendlichen (11–15 Jahre) einen Schutzeffekt bezüglich des Rauchens, wenn eine eher ablehnende Einstellung zum Rauchen auf eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung traf. Chang et al. (2006) konnten die Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktor für den Beginn und die Beendigung des Rauchens bei 2151 Schülern und Schülerinnen belegen. Die taiwanesischen Kinder und Jugendlichen wurden über 3 Jahre begleitet.

Bewertung und kritische Würdigung

Die Befunde zur Selbstwirksamkeitserwartung sind recht konsistent und vielfach repliziert. In Deutschland wird die Bella-Studie (Bettge & Ravens-Sieberer 2005) in näherer Zukunft Ergebnisse zu dieser Variable liefern, die als möglicher Schutzfaktor mit erhoben wird. Der schon angedeutete Zusammenhang zwischen der Erwartung, selbst wirksam zu sein und daraus resultierenden aktiven Bewältigungsversuchen scheint die referierten Ergebnisse mit erklären zu können; er sollte im Rahmen der Resilienzforschung genauer untersucht werden. Im Gegensatz zu einer internalen Kontrollüberzeugung beinhaltet das Konstrukt der Selbstwirksamkeit zusätzlich die Überzeugung, als selbst verursacht wahrgenommene Ereignisse auch beeinflussen zu können. Möglicherweise sind Befunde aus diesem Grund auch konsistenter als bei der internalen Kontrollüberzeugung. Für präventive und interventive Ansätze ist es wichtig, sich auf Möglichkeiten zu konzentrieren, wie eine Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst und verbessert werden kann. Schwarzer (2002) nennt hierzu drei mögliche Interventionswege: eigene Erfolgserfahrungen durch Etappenziele vermitteln, Verhaltensmodelle bereitstellen oder die als kritischer eingeschätzte Möglichkeit, jemanden von seiner Selbstwirksamkeit zu überzeugen.

Wise und Rosqvist (2006) verwenden in ihrer Studie die Konstrukte „optimistischer“ bzw. „pessimistischer Erklärungsstil“ und zeigen damit eine Verbindung der zuvor genannten Konstrukte der Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Optimismus auf: Mit einem optimistischen Erklärungsstil werden positive Ereignisse als internal, stabil und global eingeordnet, das heißt, dass angenommen wird, das Ergebnis selbst verursacht zu haben, weiter erfolgreich zu sein und auch in anderen Lebensbereichen Erfolg zu haben. Negative Ereignisse werden external attribuiert und als wenig stabil und spezifisch eingeordnet. Auf diese Weise können negative Auswirkungen kritischer Lebensereignisse und schwieriger Lebensumstände eingedämmt werden. Die Autoren zeigen Zusammenhänge zwischen Erklärungsstil und Wohlbefinden (körperliche und psychische Gesundheit) auf. Sie ordnen einem optimistischen Erklärungsstil schützende Wirkung in diesem Zusammenhang zu. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Konstrukt „optimistischer Erklärungsstil“, das vor allem im therapeutischen Bereich entwickelt wurde, in der Resilienzforschung von Bedeutung ist, und weitere Studien dies genauer untersuchen können.

3.2.2.6 Selbstkontrolle und Selbstregulation

Selbstkontrolle und Selbstregulation sind zwei Konstrukte, die häufig dem Temperament von Kindern zugeordnet werden (vgl. Abschnitt 3.2.1.2) und außerdem in engem Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien stehen (vgl. Abschnitt 3.2.2.7). Da sie jedoch überwiegend als einzelne Schutzfaktoren in der Resilienzforschung untersucht werden, sollen empirische Ergebnisse dazu in einem eigenen Unterpunkt aufgeführt werden. Ausgegangen wird in den Studien häufig von einer Definition der Selbstkontrolle, wie sie Block und Block (1980) abgeleitet haben. Selbstkontrolle ist demnach der Grad an Kontrolle, den jemand über die eigenen Emotionen hat und wie diese Kontrolle moduliert wird. Der Schlüsselaspekt ist dabei die Durchlässigkeit der Ich-Grenzen gegenüber Einflüssen von außen. Menschen mit hoher Selbstkontrolle können sich nach Block und Block (1980) von Umwelteinflüssen und Störungen abschotten und ihre Impulse modulieren. Das Ausmaß an Über- bzw. Unterkontrolle bestimmt mit, wie Menschen im Allgemeinen auf unterschiedlichste Situationen und Einflüsse reagieren.

In enger Verbindung zum Konstrukt Selbstkontrolle steht bei den Autoren die Ich-Resilienz, die die Persönlichkeitsstruktur darstellt, die Impulse *reguliert* und deshalb die Anpassung an unterschiedliche Umweltbedingungen bestimmt. Das Konzept der Selbstkontrolle nach Block und Block (1980) hat in der Forschung Weiterentwicklungen erfahren. Rothbart und Bates (1998) unterscheiden zwischen reaktiver Kontrolle (gemeint ist z. B. Selbstkontrolle nach der Definition von Block und Block [1980]) und „effortful control“, die eine stärkere *willentliche* Komponente beinhaltet. Im Gegensatz zu reaktiver Kontrolle bietet „effortful control“ die Möglichkeit, Aufmerksamkeit dorthin zu lenken, wo sie notwendig ist und Verhalten zu hemmen *oder* zu aktivieren. Dabei können auch dominante Handlungsmöglichkeiten zurückgestellt und untergeordnete aktiviert werden; es ist möglich zu planen und Fehler zu erkennen.

Befundlage

Die Konstrukte Selbstkontrolle und Ich-Resilienz (nach Block und Block [1980]) werden als Schutzfaktoren referiert (Condly 2006; Heller et al. 1999) und auch in aktuellen Studien weiter erforscht. So untersuchen Hart et al. (2005) drei Persönlichkeitstypen: resiliente Kinder (hohe Ich-Resilienz und flexible Selbstkontrolle), überkontrollierte Kinder (niedrige Ich-Resilienz und hohe Selbstkontrolle) und unterkontrollierte Kinder (niedrige Ich-Resilienz und niedrige Selbstkontrolle). Die Unterscheidbarkeit dieser drei Typen wird in ihrer Studie belegt. Chuang et al. (2006) können in einer Längsschnittstudie in Schweden zeigen, dass Ich-Resilienz und Selbstkontrolle mit schulischer Anpassung und Verhaltensproblemen in Zusammenhang standen.

Über 13 Jahre lief die Studie, die Erstgeborene aus 137 Familien untersuchte. Lehrerinnen und Lehrer schätzten ein, dass ich-resilientere und weniger unterkontrollierte Kinder schneller Instruktionen lernten und weniger unterkontrollierte Jungen bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen aufwiesen. Weniger ich-resiliente und eher überkontrollierte Jungen wiesen mehr internalisierende Verhaltensprobleme auf. Bei jugendlichen Mädchen bestand hingegen kein Zusammenhang zwischen Selbstkontrolle und internalisierenden Symptomen. Weniger ich-resiliente und unterkontrollierte Mädchen zeigten mehr aggressives und delinquentes Verhalten. Auch Jungen mit weniger Selbstkontrolle verhielten sich häufiger aggressiv. Die Studie ergab zudem, dass das Ausmaß an Selbstkontrolle über die Zeit relativ stabil war. Die Zusammenhänge mit dem Konstrukt der Ich-Resilienz geben Hinweise darauf, dass die Regulation der Selbstkontrolle möglicherweise wichtiger ist als die Selbstkontrolle selbst. Einschränkungen im Hinblick auf eine mögliche Schutzfaktorenrolle ergeben sich durch das Fehlen von Entwicklungsrisiken für die untersuchten Kinder.

Flores et al. (2005) untersuchten zwei Gruppen lateinamerikanischer Kinder, die körperliche Misshandlungen erfahren bzw. nicht erfahren hatten. Ihre Ergebnisse zeigen auf, dass eine höhere Ich-Resilienz und eine leichte Überkontrolliertheit mit einer besseren Anpassung einhergehen. Für eine als resilient bewertete Anpassung war die Ich-Resilienz als Fähigkeit, das Ausmaß an Selbstkontrolle je nach Stressor zu modifizieren, der stärkste Prädiktor. Dabei bestanden im Gegensatz zu vorangegangenen Untersuchungen der Autoren (Cicchetti et al. 1993) keine Unterschiede zwischen misshandelten und nicht misshandelten Kindern. Die Autoren halten ihre Bewertung als Schutzfaktoren dennoch aufrecht, da allein die Tatsache, einer lateinamerikanischen Minderheit anzugehören, bereits ein Risikofaktor darstelle.

Das Konstrukt „effortful control“ wurde von Spinrad et al. (2006) als möglicher Schutzfaktor bei 214 Kindern im Alter von 4,5 bis 7,5 Jahren im Abstand von 2 Jahren untersucht und einer reaktiven Kontrolle wie z. B. Über- und Unterkontrolliertheit (nach Block und Block [1980]) gegenübergestellt. Ausgewählt wurden Kinder, die ein Risiko besaßen, internalisierende oder externalisierende Verhaltensprobleme zu entwickeln. Die Autoren fanden ihre Hypothese bestätigt, zwei Formen der Selbstkontrolle zu unterscheiden, da

sie jeweils eigene prädiktive Beiträge zu einer resilienten Anpassung und zur Beliebtheit von Kindern zeigten. Eine resiliente Anpassung wurde durch die 2 Jahre frühere „effortful control“ vorhergesagt, die durch die Eltern eingeschätzte Beliebtheit ihrer Kinder wiederum durch ihre Resilienz. Daraus schlussfolgern die Autoren, dass Resilienz eine Mediatorrolle in der Beziehung zwischen „effortful control“ und Beliebtheit spielt.

Li-Grining et al. (2006) untersuchten 445 Kinder von Müttern mit geringem Einkommen, die vornehmlich aus ethnischen Minderheiten stammten. Von den Kindern wurden mit 2 bis 4 Jahren und 16 Monate später Daten erhoben. Für Kinder, deren Mütter den Arbeitsplatz verloren oder von Sozialhilfe leben mussten, war eine hohe „effortful control“ mit einer besseren Entwicklung verbunden. Dieser Zusammenhang galt nicht, wenn Mütter nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen waren oder einen Arbeitsplatz fanden. Insgesamt zeigten Kinder, die ihr Verhalten leichter kontrollieren und ihre Aufmerksamkeit besser fokussieren konnten, eine bessere kognitive Entwicklung. Die Autoren schlussfolgern: „Children’s ability to manage their own behavior may serve as a set of personal resources that can draw upon when confronted with environmental stressors“ (Li-Grining et al. 2006).

Bewertung und kritische Würdigung

Die Unterscheidung von Selbstkontrolle und Ich-Resilienz hat sich in der Forschung als sinnvoll herausgestellt, da beide Konstrukte unterschiedliche Varianzaufklärungen leisten (Hart et al. 2005) und neben der Selbstkontrolle Aspekte der Steuerung und Regulation dieser Kontrolle berücksichtigt werden. Bezogen auf die Selbstkontrolle erklärt Condly (2006) die Schutzwirkung damit, dass ein Kind sich durch das Ausblenden von Emotionen, Empathie und Compliance die Möglichkeit schaffen kann, die Anzahl zusätzlicher Probleme, mit denen es sich beschäftigen muss, zu reduzieren. Dies kann ein Kind darin unterstützen, erfolgreich mit einer schwierigen Umgebung umzugehen. Diese Einschätzung macht bereits die Nähe der beschriebenen Variablen zum Bewältigungsverhalten von Kindern und Jugendlichen deutlich, das in Abschnitt 3.2.2.7 beschrieben werden soll. Bezogen auf die Selbstregulation halten Alvord und Grados (2005) fest, dass wenn ein Kind fähig ist, seine Emotionen und sein Verhalten zu steuern und sich selbst zu beruhigen, es eher positive Aufmerksamkeit von anderen bekommen und gesunde soziale Beziehungen haben wird. Es wird unabhängiger sein und Dinge und Situationen besser einordnen können.

Insgesamt sind Befunde zur Selbstregulation konsistenter als zur Selbstkontrolle allein. Untersuchungen zum Konstrukt „effortful control“ als einer willentlichen Steuerung der Selbstkontrolle unterstützen diese Einschätzung. Es scheint weniger wichtig zu sein, ob ein Kind eher über- oder unterkontrolliert ist als vielmehr, wie es je nach Situation und Erfordernissen das Ausmaß an Kontrolle flexibel anpassen kann. Kritisch muss angemerkt werden, dass das Konstrukt der Ich-Resilienz schon eine große Nähe zu Ergebnisvariablen in der Schutzfaktorenforschung aufweist und ein Zusammenhang mit resilienter Anpassung deshalb sehr wahrscheinlich ist. Der Nutzen des Konstrukts liegt

jedoch darin, dass es den Fokus weg von statischen Ausprägungen einer Variablen wie Selbstkontrolle hin zu einer flexiblen Anpassung je nach Erfordernissen von außen lenkt und damit die Dynamik von Resilienzphänomenen mehr in den Vordergrund rückt und den Weg ebnet, resiliente Anpassung differenziert zu beschreiben.

3.2.2.7 Aktive Bewältigungsstrategien

In kritischen Lebenssituationen oder unter risikoreichen und gefährdenden Lebensbedingungen sind effektive Bewältigungsmöglichkeiten von großer Bedeutung. Strategien zur Belastungsverarbeitung und Stressbewältigung sind vielfältig. Es gibt unterschiedliche Systematisierungsversuche. Folkman und Lazarus (1988) unterscheiden z. B. emotionsbezogenes Coping, das sich auf die Bewältigung der durch kritische Lebensereignisse ausgelösten negativen Emotionen zentriert, und problemorientiertes Coping, das eher aktive Problemlösungsversuche und die Suche nach Unterstützung und Hilfe beinhaltet. Endler und Parker (1990) beschreiben außerdem die Strategie der Vermeidung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Personen es vermeiden, über ein Problem nachzudenken oder davor fliehen. Den Studien in der Resilienzforschung liegt kein einheitliches Konzept von Bewältigungsstrategien zugrunde. Häufig findet man jedoch die zuvor genannten Unterscheidungen, obwohl diese in der Copingforschung nicht von allen Autoren geteilt wird.

Befundlage

Bereits Werner und Smith (1982) haben auf die protektive Wirkung einer flexiblen Nutzung von Bewältigungsstrategien in der Kauai-Studie hingewiesen. Im Züricher-Adoleszenten-Psychopathologie-Projekt (Steinhausen & Winkler Metzke 2001; Winkler Metzke & Steinhausen 1999a) wurden 1100 Jugendliche hinsichtlich des Zusammenhangs von belastenden Lebensereignissen auf der einen Seite und Bewältigungsstrategien und Selbstaufmerksamkeit auf der anderen Seite untersucht. Aktives Bewältigungsverhalten schützte vor internalisierenden Störungen, wobei diese Schutzwirkung bei hoher Belastung deutlich größer war als bei mittlerer und niedriger Belastung. Problemvermeidende Strategien erhöhten die Vulnerabilität für internalisierende Störungen. Bei Jungen ging die Problemvermeidung mit stärkeren externalisierenden Verhaltensproblemen einher als bei Mädchen. Insgesamt war die protektive Wirkung aktiver Bewältigungsstrategien auf die psychische Befindlichkeit für Mädchen stärker als für Jungen. Dies führen die Autoren darauf zurück, dass mit aktiver Bewältigung in der von ihnen verwendeten Definition vor allem die Nutzung sozialer Ressourcen gemeint war: Für Mädchen sind diese Unterstützungssysteme wichtiger, und sie können diese auch besser nutzen.

Legault et al. (2006) wählten als Indikatoren für eine resiliente Anpassung das Ausmaß an Ängstlichkeit und aggressivem Verhalten von 220 Jugendlichen, die außerhalb der Familie aufwuchsen. Entgegen ihrer Erwartung konnte kein Zusammenhang zwischen dem Bewältigungsstil (aktiv oder vermeidend) und Ängstlichkeit gefunden werden. Demgegenüber war eine geringere Aggressivität mit stärkerem aktiven Coping und weniger vermeidenden Strategien verbunden. Die Autoren schlussfolgern, dass vermeidende

Bewältigungsstrategien weniger förderlich für die psychische Anpassung sind und man außerdem von unterschiedlichen Mustern bei internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen ausgehen muss.

Bei weiblichen Sportlerinnen mit einem Durchschnittsalter von etwa 16 Jahren konnten Yi, Smith und Vitaliano (2005) zeigen, dass resiliente Jugendliche (definiert als Widerstandskraft gegenüber Krankheiten bei einer großen Anzahl an negativen Lebensereignissen) mehr problemorientierte Bewältigungsstrategien zeigten und nach sozialer Unterstützung suchten. Nichtresiliente Sportlerinnen verwendeten häufiger Vermeidungsstrategien und machten andere für ihre Situation verantwortlich. Vermeidung wird von den Autoren als Risiko gesehen, dass Stress und emotionale Aktivierung aufrechterhalten werden und dies die Immunabwehr unterdrücken könnte.

In einer qualitativen Studie (Everall et al. 2006) gaben ehemals suizidale weibliche Jugendliche einen Einblick, wie sie suizidale Krisen überwunden haben. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien sahen sie es als hilfreich an, sich schwierigen Gefühlen gestellt und sich anderen mitgeteilt zu haben. Ihnen half, die Perspektive zu wechseln und sich mit Menschen zu vergleichen, denen es noch schlechter ging. Die eigene Wahlfreiheit und Kontrollmöglichkeiten zu sehen und wieder selbst zu handeln, die eigene Unabhängigkeit zu erproben, Zukunftsperspektiven zu entwickeln und einen Sinn im Leben zu finden, waren darüber hinaus wichtige Strategien zur Bewältigung suizidaler Krisen.

Resilienzfaktoren von Familien konnten Greeff et al. (2006) in einer Untersuchung mit Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied identifizieren. Im Gegensatz zu den anderen Studien konnte hier auch die Anwendung einer Vermeidungsstrategie als schützend eingeordnet werden. Die Autoren erklärten dieses unerwartete Ergebnis damit, dass es hilfreich sein könnte, bestimmte Verhaltensweisen des erkrankten Familienmitglieds zu ignorieren bzw. das Ausleben von Konflikten zu vermeiden. Die eigene Einschätzung, Probleme sowohl auf emotionaler als auch auf problembezogener Ebene bewältigen zu können, stellte für afroamerikanische Jugendliche in einer Studie von Prelow et al. (2006) einen wichtigen Schutzfaktor dar; er pufferte die Auswirkungen risikoreicher Lebensbedingungen auf depressive Symptome ab.

Die Auswirkungen der Terroranschläge vom 11. September 2001 in den USA untersuchten Noppe et al. (2006) bei 973 Jugendlichen und ihren Lehrerinnen und Lehrern. Sie nahmen an, dass Resilienz durch eine große Flexibilität im Denken, der Offenheit gegenüber neuen Informationen und Aufmerksamkeitsprozessen unterstützt wird. Resilienz wurde erreicht, wenn Jugendliche dadurch ein kohärentes Erklärungsmodell entwickeln konnten und dabei unterstützt wurden.

Bewertung und kritische Würdigung

In der Resilienzforschung zeigt sich eine Tendenz, dass aktive und problembezogene Bewältigungsstrategien eher mit resilienter Anpassung bei schwierigen Lebensumstän-

den einhergehen. Jedoch können auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogenes Coping in bestimmten Situationen eine schützende Wirkung entfalten: Yi et al. (2005) schätzen Vermeidungsstrategien als hilfreich für den Umgang mit unkontrollierbaren Stressfaktoren ein, halten jedoch auch fest, dass sie den Gebrauch adaptiverer Strategien verhindert. Proaktives Coping führt auf Dauer dazu, dass neue Fähigkeiten erworben und Ressourcen erschlossen werden, die auch für den Umgang mit zukünftigen Stressoren wichtig sein können. Es scheint daher wichtiger zu sein, Bewältigungsstrategien flexibel einsetzen zu können, als sich nur auf einen Copingbereich zu stützen (Chen & George 2005; DeMatteo & Marczyk 2005; Radke-Yarrow & Brown 1993).

Die flexible Nutzung von Copingstrategien wird in engem Zusammenhang mit Intelligenz gesehen. Heller et al. (1999) sowie Kitano und Lewis (2005) sehen Intelligenz als unterstützenden Faktor, der effektivere und flexiblere Bewältigung fördert und eng verwandt mit Problemlösestrategien ist. Daneben sind Bewältigungsstrategien eng verknüpft mit Selbstregulationsfähigkeit und mit dem Konstrukt der Ich-Resilienz, das auch durch die Anpassung an unterschiedliche Umweltbedingungen bestimmt wird.

Die Befunde zu Bewältigungsstrategien als Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zeigen, dass unterschiedliche Strategien je nach Situation und Risiken unterschiedlich wirksam sein können. Die differenzierte Betrachtung des Konstrukts ist deshalb sehr wichtig. Insgesamt ist der schützende Effekt unterschiedlicher Bewältigungsstrategien in den meisten Studien durch eine Wechselwirkung von Stress und Coping belegt bzw. wurde unter Stressbedingungen untersucht (Wills 1986). Schon die Definition des Begriffs setzt das Vorhandensein fordernder oder problematischer Bedingungen voraus, weshalb von Resilienzeffekten im engeren Sinne auszugehen ist.

3.2.2.8 Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung

Eine realistische Selbsteinschätzung bestimmt mit, welche Ziele sich eine Person setzt und wie wahrscheinlich es ist, dass sie diese Ziele erreicht. Auch für das Konstrukt Zielorientierung besteht ein enger Zusammenhang zu Selbstregulationsfähigkeiten. Eine gute Selbstregulation kann dann eingesetzt werden, wenn Personen ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten gut einschätzen können und auf ein Ziel hinarbeiten.

Befundlage

Bereits in der Kauai-Studie (Werner & Smith 1982) zeichneten sich resiliente Jugendliche durch eine gute Planungskompetenz aus. Sie konnten sich eigene realistische Berufs- und Lebensziele setzen und deren Verwirklichung anstreben. Sie planten ihre Zukunft bewusst und realistisch. Wustmann (2004) sieht die protektive Wirkung dieser Planungskompetenz darin, dass Zielvorstellungen Orientierung und Sicherheit vermitteln (Alvord & Grados 2005). Beardslee und Podorefsky (2002) sehen eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen als entscheidenden Faktor für die Resilienz von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil an.

Bender und Lösel (2005) bewerten eine realistische Planung als wichtig für Frauen, die Misshandlung und Vernachlässigung erfahren haben, um den Transfer von Gewalt in die nächste Generation zu durchbrechen. Gerber et al. (1992) untersuchten 181 Personen mit Lernbehinderungen, die beruflich sehr erfolgreich geworden waren. Erfolgreiche Erwachsene setzten sich gewollt Ziele, auf die sie hinarbeiten konnten. Damit konnten sie realistischen und erreichbaren Bestrebungen folgen und sich besser darauf fokussieren bzw. konzentrieren. Sich Ziele zu setzen, wurde zum Selbstläufer, wenn das Gefühl von Erfolg entstand, selbst wenn nur kleine Ziele erreicht wurden. Erfolgreiche Erwachsene hatten einen Plan und verfolgten ihn hartnäckig. Ihre Zielorientierung war stark, und sie ließen sich nur schwer davon abbringen oder ablenken. Die Befunde von McDermott et al. (2006) sind den zuvor genannten Ergebnissen inhaltlich verwandt. Sie fanden bei resilienten Kindern mit einer Lernbehinderung eine höhere Disziplin bei Lerninhalten und eine positive Einstellung zum Lernen, was sie als Indikatoren für eine höhere Kompetenzmotivation sahen. Everall (2006) konnte in einer qualitativen Studie mit 13 resilienten Jugendlichen, die eine suizidale Krise überwunden hatten, zeigen, dass ihnen zielgerichtete und sinnvolle Aktivitäten dabei halfen.

Bewertung und kritische Würdigung

Eine realistische Selbsteinschätzung und gute Zielorientierung werden sehr einheitlich als schützende Faktoren referiert. Für die Zukunft wird es wichtig sein, den Fokus auf die Frage zu legen, wie eine realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung bei Kindern und Jugendlichen aus Risikogruppen gefördert werden kann. Hier könnten Fragen auftauchen, wie z. B. Feedback in Schule und zu Hause aussehen muss, damit eine realistische Selbsteinschätzung entsteht, und wie eine Zielorientierung z. B. durch viele kleine erfolgreiche Schritte gefördert werden kann (Gerber et al. 1992).

3.2.2.9 Besondere Begabungen, Ressourcen und Kreativität

Befundlage

Sich auf die eigenen Stärken und Fähigkeiten zu konzentrieren und diese zu nutzen, erwies sich in einer Studie von Gerber et al. (1992) als Schutzfaktor bei erfolgreichen Erwachsenen mit einer Lernbehinderung. Matějček (2003) beschreibt, wie wichtig die Nutzung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten für Kinder ist, die im Heim aufwachsen, da sie dadurch Akzeptanz in der Kindergruppe und eine Selbstwertstärkung erreichen, die für ihre Entwicklung sehr förderlich ist. Dies kann sich auf Fähigkeiten in den unterschiedlichsten Bereichen beziehen (Sport, Geschicklichkeit, Technik, Musik, Naturwissenschaften, Schauspiel, Kunst).

Bender und Lösel (2005) sowie Masten und Coatsworth (1998) fassen zusammen, dass sich die protektive Wirkung von besonderen Talenten und die dadurch erhaltene Bestätigung unter vielfältigen Risikobedingungen bestätigen ließ. Zum Teil wird Kreativität in Studien gesondert hervorgehoben. So halten Gerber et al. (1992) fest, dass für Personen mit Lernbehinderungen die Kreativität bezüglich Strategien, Techniken und Mechanismen, um die eigene Leistungsfähigkeit zu verbessern, wichtig ist. Die kreativen

Fähigkeiten von Kindern im Alter von 7 Jahren ($n = 5591$) sagten in einer Studie von Buchanan et al. (2002) neben anderen Faktoren deren besseres Wohlbefinden mit 33 Jahren voraus.

Bewertung und kritische Würdigung

Möglicherweise erfüllen besondere Talente und die Nutzung von Ressourcen kompensatorische Funktionen, z. B. als alternative Quelle von Bestätigung und Selbstwert unter ansonsten risikoreichen Lebensbedingungen. Eine Ressourcenperspektive wird deshalb auch in Therapie- und Interventionsansätzen immer stärker betont und genutzt. Hinsichtlich der protektiven Wirkung von Kreativität muss sicherlich berücksichtigt werden, in welche Richtung eine kreative Idee zielt. Wie beim Faktor Intelligenz diskutiert, ist es möglich, dass kreative Ideen in eine Richtung weisen, die eine Anpassung nicht fördern.

3.2.3 Interpersonelle Schutzfaktoren – soziale Kompetenz

Der Begriff „soziale Kompetenz“ beschreibt Fertigkeiten, die immer wieder in der Resilienzforschung untersucht werden und als sehr bedeutsam für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eingeschätzt werden. Die Fähigkeiten, mit anderen Menschen adäquat in Kontakt zu treten, Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, andere Menschen einschätzen und sich in sie hineinversetzen zu können sowie Verantwortung und soziale Aufgaben zu übernehmen, gelten als wichtige Teilbereiche von sozialer Kompetenz.

Befundlage

In der Resilienzforschung haben bereits frühe Studien wie z. B. die Kauai-Studie von Werner und Smith (1982) gezeigt, dass die soziale Kompetenz von Kindern, die unter Risikobedingungen aufwachsen, entscheidend dazu beiträgt, ob sie mit den Bedingungen gut zurechtkommen, das heißt als resilient eingeschätzt werden können oder nicht. Schon in der Grundschule schafften es resiliente Kinder, gut mit ihren Klassenkameraden auszukommen (Werner 1994). Sie zeichneten sich insgesamt durch eine positive soziale Orientierung aus (Werner & Smith 2001). Die schützende Wirkung guter sozialer Kompetenzen wurde in verschiedenen Literaturübersichten als protektiv bewertet: Meschke und Patterson (2003) fassen zusammen, dass die soziale Kompetenz von Kindern und Jugendlichen ein Schutzfaktor gegenüber Substanzmissbrauch darstellt. Wilcox et al. (2004) sehen die Resilienz von Menschen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, verbunden mit sozialen Fähigkeiten. Chen und George (2005) benennen als Schutzfaktoren die soziale Verantwortung und die Unabhängigkeit vom Einfluss anderer Menschen.

Aktuelle Studien halten die Einschätzung von sozialer Kompetenz als wichtigen Schutzfaktor aufrecht und bestätigen ältere Studien. Dort zeigte sich der schützende Einfluss von sozialen Fertigkeiten bei Kindern, die unter stressreichen Bedingungen aufwachsen

(Luthar 1991), von der Fähigkeit sexuell missbrauchter Kinder soziale Unterstützung zu finden (Valentine & Feinauer 1993) und von sozialer Responsivität bei resilienten Schülerinnen und Schülern, die unter stressreichen Bedingungen lebten (Blocker & Copeland 1994). Cowen et al. (1997) konnten im Rochester Child Resilience Project als Indikator für stressresiliente Schülerinnen und Schüler eine gute Fähigkeit nachweisen, soziale Probleme zu lösen. Vance et al. (1998) untersuchten Jugendliche mit ausgeprägtem aggressivem Verhalten oder emotionalen Störungen. Die Fähigkeit, mit Gleichaltrigen und Erwachsenen zurechtzukommen und gemocht zu werden, erwies sich als wichtiger Schutzfaktor für eine positive Entwicklung. Bei resilienten Kindern, die Misshandlungen erfahren hatten, zeigten sich ähnliche Ergebnisse in einer Studie von Flores et al. (2005). Als Schutzfaktor wurde u. a. die Fähigkeit identifiziert, eine positive Beziehung zu einem Erwachsenen aufzubauen.

Neben der Fähigkeit, mit anderen gut zurechtzukommen, wurde in Studien zur Resilienz auch das Konstrukt „Prosozialität“ untersucht. Obwohl in Studien unterschiedlich operationalisiert, liegt der gemeinsame Nenner dieser Variablen im Bestreben, positive soziale Erwartungen zu erfüllen. Vitaro et al. (2005) untersuchten Kindergartenkinder mit hyperaktiv-unaufmerksamem oder aggressiv-oppositionellem Verhalten. Obwohl diese Kinder ein hohes Risiko besaßen, die spätere Schullaufbahn nicht zu beenden, konnte eine hohe Ausprägung der Variablen Prosozialität einen schützenden Einfluss ausüben. Kinder, denen soziale Bestätigung wichtig war, erfüllten die sozialen Erwartungen anderer besser, erhielten Bestätigung von Lehrerinnen und Lehrern sowie Gleichaltrigen und beendeten die Schule mit größerer Wahrscheinlichkeit. Prosoziale Kognitionen wirkten bei weiblichen Jugendlichen, die Gewalt erlebt hatten, als Schutzfaktor davor, selbst Gewalt auszuüben. Dies belegte eine Längsschnittstudie über ein Jahr von Brookmeyer et al. (2005). Für männliche Jugendliche spielten prosoziale Kognitionen hingegen keine Rolle. Eine Verwandtschaft mit prosozialer Orientierung ist in der Präferenz resilienter Jugendlicher zu sehen, sich weniger in Freundschaften mit antisozialen Jugendlichen zu engagieren. Dieser Befund ergab sich in einer breit angelegten Längsschnittstudie in Australien mit 1286 Kindern einer Kohorte, die unter Risikobedingungen aufwuchsen (Vassallo et al. 2004). Piko (2006) konnte zeigen, dass hohe Werte bezüglich der Variablen „communal mastery“ ein wichtiger Schutzfaktor bei männlichen Jugendlichen gegenüber dem Rauchen und Trinken waren. Das Konstrukt bezeichnet die Überzeugung, sich selbst im Verbund mit anderen in der Gemeinschaft als wirksam zu erleben.

Bewertung und kritische Würdigung

Soziale Kompetenz gilt in der Resilienzforschung als ein wichtiger Schutzfaktor in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die widrigen Lebensumständen oder Ereignissen ausgeliefert sind. Die bisherige Befundlage bestätigt diese Einschätzung. Kritisch ist anzumerken, dass soziale Kompetenz sehr unterschiedlich erfasst wird. Bei einigen Einzelfertigkeiten wie z. B. „communal mastery“ ist die Befundlage noch vergleichsweise dünn. Für die schützende Funktion von sozialer Kompetenz besteht eine hohe Evidenz,

die auch augenscheinlich nachvollziehbar ist. Wer mit anderen Menschen gut zurechtkommt und sie gut einschätzen kann, kann sie als Quelle von sozialer Unterstützung, Information und Bestätigung nutzen und wird sich leichter damit tun, sich in sozialen Rollen und Gruppengefügen zurechtzufinden oder sich in heiklen Situationen zu schützen. Für diese zugrunde liegenden Mechanismen, durch die soziale Kompetenz wirksam wird, besteht in der Resilienzforschung noch weiterer Klärungsbedarf, da Studien bisher eher untersuchen, was wirksam ist aber nicht, wie dies geschieht. Dennoch reicht die Befundlage aus, um die präventive und interventive Förderung von sozialer Kompetenz als sinnvoll einzustufen. Vance et al. (1998) heben z. B. die Bedeutung von Interventionen, die soziale Fertigkeiten fördern, für Jugendliche mit aggressiven Verhaltensweisen oder emotionalen Störungen hervor, da sie eine positive Entwicklung fördern können.

3.3 Familiäre Schutzfaktoren

Die Bedeutung familiärer Schutzfaktoren liegt darin, dass die Familie die unmittelbarste und überdauernde Umwelt für ein Kind darstellt und aus diesem Grund sehr einflussreich ist (Bartol 2006; Luthar 2006). Familiäre Merkmale sind zumeist beeinflussbar und deshalb für präventive oder interventive Ansätze nutzbar. Sie betonen nicht einseitig die Fähigkeiten von Kindern für die Bewältigung kritischer Lebensbedingungen, sondern auch die Verantwortlichkeit von Familie und Gesellschaft, um Kindern Bedingungen zu bieten, unter denen eine positive Entwicklung und Resilienz gegenüber kritischen Ereignissen möglich wird. Neben strukturellen Familienmerkmalen werden in diesem Abschnitt Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung, der Geschwisterbeziehung und Merkmale der Eltern anhand der Befundlage hinsichtlich schützender Eigenschaften eingeschätzt. Aspekte der Unterstützung durch Verwandte werden unter sozialer Unterstützung subsumiert (siehe Abschnitt 3.4.1).

3.3.1 Strukturelle Familienmerkmale

In der Resilienzforschung werden strukturelle Familienmerkmale in ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bewertet. Zu diesen Merkmalen zählen z. B. der sozioökonomische Status, alltägliche häusliche Abläufe oder die Zusammensetzung der Familie. Wustmann (2004) fasst zusammen, dass es sich in den meisten Studien als protektiv gezeigt hat, wenn Familien nach einer geregelten Tagesstruktur lebten, sich Rituale z. B. für das gemeinsame Essen oder für Geburtstagsfeiern entwickelt hatten, oder es gemeinsame Unternehmungen mit der gesamten Familie gab (Luthar 2006). Die Bedeutung einer geregelten Struktur in den alltäglichen Abläufen kann durch viele aktuelle Studien belegt werden.

Befundlage

Ivanova und Israel (2006) untersuchten die Bedeutung der *familiären Stabilität* für Kinder aus Familien, die auf psychologische Hilfen angewiesen waren. Bei 70 Kindern zwischen 7 und 16 Jahren erwiesen sich eine geregelte Tagesstruktur und Routinen im familiären Zusammenleben als protektiv gegenüber der Entwicklung von Verhaltensproblemen. Depressive Symptome der Eltern waren nur dann hinderlich für die kindliche Anpassung und Entwicklung, wenn die von Kindern eingeschätzte familiäre Stabilität niedrig war. In einer weiteren Studie konnten die Autoren (Ivanova & Israel 2005) die Bedeutung familiärer Stabilität für 158 Schülerinnen und Schüler im Alter von 17 bis 23 Jahren nachweisen. Die Regelmäßigkeit von alltäglichen Familienaktivitäten und -ereignissen moderierte den Einfluss eines pessimistischen Attributionsstils auf depressive Symptome. Sie schützte diese Schüler davor, klinisch bedeutsame depressive Symptome zu entwickeln, indem sie ein Gefühl von Kontrolle und Vorhersehbarkeit förderte. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse von Giallo und Gavidia-Payne (2006), die 49 Geschwister von behinderten Kindern im Alter von 7 bis 16 Jahren untersuchten. Geschwister, die regelmäßige und konsistente Familienroutinen erlebten, hatten weniger Anpassungsschwierigkeiten als Kinder, die weniger Regelmäßigkeit erfuhren. In der gleichen Studie wurde der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und Anpassungsschwierigkeiten der Kinder durch elterlichen Stress und einige familiäre Resilienzfaktoren moderiert. Die Bedeutsamkeit von der Aufrechterhaltung von alltäglichen Routinen, Strukturen und Abläufen allgemein konnte auch beim Erleben traumatischer Ereignisse aufgezeigt werden.

Neben der familiären Stabilität wird der schützende Einfluss eines ausreichenden *sozioökonomischen Status* in der Resilienzforschung untersucht. Birndorf et al. (2005) fanden einen Zusammenhang bei männlichen Jugendlichen zwischen Selbstachtung und einem Familieneinkommen, das über der Armutsgrenze lag. Cappella und Weinstein (2001) fanden einen indirekten Einfluss des sozioökonomischen Status in einer Längsschnittstudie, die resiliente Kinder untersuchte, die trotz Schwierigkeiten in der Schule ihre Leistungen über die Zeit deutlich verbessern konnten. Kinder aus Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status zeigten eine höhere interne Kontrollüberzeugung, höhere Leistungsbestrebungen und nahmen an speziellen Kursen teil. Hierdurch erklärte sich ein Teil der Leistungsverbesserungen über die Zeit. Für Kinder von minderjährigen Müttern, die nach Rhule et al. (2006) ein höheres Risiko für eine schlechtere Entwicklung haben, spielte der sozioökonomische Status der Familie hingegen keine Rolle für eine positive Anpassung.

Auch zur *Zusammensetzung der Familie* wurden Studien durchgeführt. Eitle (2005) konnte darlegen, dass die Tatsache, bei beiden leiblichen Eltern zu leben, einen schützenden Einfluss gegenüber dem Konsum von Drogen hatte, wenn der Kontakt zu konsumierenden Gleichaltrigen gering war. Für Teenager aus Familien mit nicht traditionellen Strukturen zeigte sich eine höhere Wahrscheinlichkeit zum Drogenkonsum. Einschränkungen ergaben sich dadurch, dass für Jugendliche, deren Kontakt zu konsu-

mierenden Gleichaltrigen hoch war, die traditionelle Zusammensetzung der Familie ein Risikofaktor für Drogenkonsum war. Die Autoren erklären diesen Befund damit, dass es für Familien mit traditioneller Zusammensetzung weniger wahrscheinlich ist, Wohnorte zu wechseln und so der Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen länger bestehen bleibt als bei nicht traditionell zusammengesetzten Familien.

Eine Längsschnittstudie von Jordan und Lewis (2005) kommt zu einer anderen Bewertung der Bedeutung der Familienzusammensetzung. Sie untersuchten Kinder und Jugendliche von der 7. bis zur 12. Klasse. Eine positive Vater-Kind-Beziehung verringerte die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen, Alkohol zu konsumieren. Dabei spielte es keine Rolle, ob der Vater in der Familie lebte oder nicht. Die Qualität der Beziehung war in dieser Studie wichtiger als die Struktur der Familie. Einschränkend muss angemerkt werden, dass in der Studie keine expliziten Risikobedingungen vorlagen. Werner und Smith (2001) berichteten von weiteren strukturellen Merkmalen, die sich über die Zeit als bedeutsam für resiliente Personen im Alter von 40 Jahren in der Kauai-Studie erwiesen hatten. Dazu gehörten neben der Tendenz, ältere Mütter zu haben auch die Tatsache, aus Familien zu stammen, in denen es weniger als vier Kinder gab und der Altersabstand zwischen den Geschwistern mehr als 2 Jahre betrug. Auch der Status als erstgeborenes Kind erwies sich als protektiv.

Bewertung

Obwohl einige Überblicksartikel eine schützende Wirkung eines ausreichenden sozioökonomischen Status benennen, können aktuelle Studien dieses Bild nicht vollständig nachzeichnen. Zwar berichtet Masten (2001a) von Korrelationen zwischen sozioökonomischem Status und verschiedenen Bereichen von angepasstem Verhalten, die sich durch viele Studien hindurchziehen (Masten & Reed 2002), aktuelle Studien lassen jedoch Zweifel aufkommen, ob die Bewertung als Schutzfaktor durchgängig zu rechtfertigen ist. Ein ausreichender sozioökonomischer Status kann aus unserer Sicht vielmehr bestimmte Möglichkeiten eröffnen und so die Ausprägung anderer schützender Variablen moderieren. Ob diese Möglichkeiten genutzt werden, ist damit nicht zwingend festgelegt (Rhule et al. 2006). Diese Einschätzung soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Tatsache, als Kind in Armut aufzuwachsen, als bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung nachgewiesen ist (Dodge et al. 2006; Erhart et al. 2007; Robila & Krishnakumar 2006).

Befunde zur Familienzusammensetzung sind ebenfalls nicht konsistent. Die Studie von Jordan und Lewis (2005) schätzt die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern als relevanter ein als die reine Familienstruktur. Zusammenhänge zwischen traditionellen Familienstrukturen und einer besseren Entwicklung von Kindern und Jugendlichen konnten durch die Beziehungsqualität erklärt werden. Diese Einschätzung scheint auch dadurch unterstützt zu werden, dass in der Resilienzforschung bei familiären Faktoren ein deutlicher Fokus auf die Untersuchung der Beziehungsqualität gelegt wird und strukturelle Merkmale eine untergeordnete Rolle spielen.

Die familiäre Stabilität scheint als einziges hier dargestelltes Merkmal der Familienstruktur eine konsistente Rolle als Schutzfaktor in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter Risikobedingungen zu spielen. Die Bedeutung einer Alltagsstruktur, die konsistent und vorhersehbar ist, sowie die Wichtigkeit wiederkehrender Rituale zu bestimmten Familienereignissen werden in aktuellen Studien immer wieder hervorgehoben. Aus diesem Grund ist es wichtig, Familien beim Etablieren solcher Strukturen zu unterstützen, gerade wenn unveränderliche Risikobedingungen vorliegen, die die Entwicklung von Kindern gefährden.

3.3.2 Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung

Die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern ist ein sehr facettenreiches und komplexes Geschehen, das durch die unterschiedlichsten Variablen beeinflusst und konstituiert wird. Kennzeichen der Eltern-Kind-Beziehung nehmen sowohl in der Entwicklungspsychologie als auch in der Resilienzforschung einen zentralen Stellenwert ein. Luthar (2006) fasst als schützende Kräfte in der Familie Bindung, Erziehung und elterliche Unterstützung zusammen. Sie bewertet frühe Beziehungserfahrungen in der Familie als grundlegend für eine überdauernde resiliente Entwicklung. Die in der Resilienzforschung untersuchten Konstrukte weisen je nach zugrunde liegender Definition Überschneidungen und Verwandtschaften auf und beeinflussen sich gegenseitig. Aus Gründen der Übersichtlichkeit soll dennoch im folgenden Überblick zwischen den Bereichen Bindung/positive Beziehung zu den Eltern, Erziehungsstil und Familienklima unterschieden werden.

3.3.2.1 Sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern

Eine der frühesten Entwicklungsaufgaben, die ein Kind zu bewältigen hat, ist nach Bowlby (1999) der Aufbau einer sicheren Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen. Auf Seiten des Kindes ist eine sichere Bindung durch eine überwiegend positive Kontaktaufnahme zu den Eltern gekennzeichnet, auf Seiten der Eltern durch Wärme, Zuwendung und Sensibilität gegenüber dem Kind. Ein sicher gebundenes Kind beruhigt sich in Anwesenheit eines Elternteils und besitzt genügend Rückhalt, um sein Umfeld zu erkunden. Die Bindung eines Kindes an seine Bezugsperson(en) ist eines der wichtigsten Konstrukte in der Entwicklungspsychologie und wird oft als die Grundlage für eine positive Entwicklung überhaupt gesehen (Svanberg 1998).

Die theoretische Erarbeitung des Konstrukts (Bowlby 1999) wurde unterstützt durch die Beobachtungen von Ainsworth et al. (1978), die ein breites Wissen über die Rolle von Sicherheit in den ersten Lebensjahren von Kindern schufen und mit dem Fremde-Situations-Test zudem ein Instrumentarium zur Verfügung stellten, mit dem die Bindungsqualität von Kindern klassifiziert werden konnte. Neben einer sicheren Bindung wurden ängstlich vermeidende und ängstlich ambivalente Kinder identifiziert. In Abwesenheit von kritischen Lebensereignissen haben sich die Bindungskategorien von Ainsworth

et al. (1978) als sehr konsistent und solide erwiesen. Daneben wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass nicht jeder weitere Entwicklungsschritt von einer sicheren Bindung abhängig ist (Sroufe et al. 2005). Die Konstrukte „Bindung“ und „Beziehung“ sind eng miteinander verwandt und werden in der Resilienzforschung oft parallel verwendet. Beziehungserfahrungen mit den Eltern tragen zum Aufbau einer Bindung bei, wie auch die Bindungsqualität die Beziehung mit bedingt. Aufgrund der engen Verwandtschaft beider Konstrukte sollen sie unter einem gemeinsamen Unterpunkt berücksichtigt werden.

Befundlage

Die Befundlage zu Bindung und Beziehung ist sehr breit und bezieht sich auf die unterschiedlichsten Risikokonstellationen. McLewin und Muller (2006) sehen Bindungssicherheit als eine innere Ressource, die adaptive Bewältigung unterstützt. In ihrer Studie verglichen sie junge Erwachsene mit und ohne körperliche Misshandlungserfahrungen in der Kindheit. Eine sichere Bindung, die mit einer positiven Selbstwahrnehmung einherging, sagte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit eine geringere Ausprägung psychopathologischer Symptome voraus. Unter der Risikobedingung eines HIV-infizierten Elternteils zeigte sich bei deren Kindern nach 3 Jahren ein geringerer emotionaler Stress und nach 6 Jahren ein positiverer Blick in die Zukunft, verbunden mit einem niedrigeren sexuellen Risikoverhalten, wenn diese Jugendlichen eine positive Bindung zu ihren Eltern hatte (Rotheram-Borus et al. 2006). Für Kinder von minderjährigen Müttern war eine sichere Bindung im Alter von 1 Jahr ein knapp signifikanter Schutzfaktor für die soziale Anpassung in der 3. Klasse (Rhule et al. 2006). Im australischen Temperament-Projekt (Vassallo et al. 2004), das die Entwicklung von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter begleitete ($n = 1286$), zeigten resiliente Jugendliche, die unter verschiedensten Risikobedingungen aufwuchsen, eine positive Eltern-Kind-Beziehung, die sich durch eine größere Bindungssicherheit, -qualität und mehr Wärme in der Beziehung auszeichnete.

Kissgen und Suess (2005) fassen Ergebnisse des Minnesota Parent Child Project zusammen, das seit 1975 u. a. untersucht, wie sich die Bindungsqualität eines Kindes auf dessen weitere Entwicklung auswirkt und welche protektiven Faktoren sich trotz hoher Risikobelastungen in Familien auffinden lassen. Sicher gebundene Kinder der Studie wurden von Kindergärtnerinnen bezüglich ihres Selbstwertes, ihres Selbstvertrauens und der Ich-Resilienz als besser beurteilt. Im Spiel zeigten sicher gebundene Kinder häufiger Personenbezüge mit konstruktiven Lösungswegen für Konflikt- und Problemthemen. In realen sozialen Situationen waren sicher gebundene Kinder in der Lage, Konflikte konstruktiv zu lösen, reagierten mit mehr Empathie, waren beliebter und suchten nur in Belastungssituationen die Unterstützung der Erzieherinnen. In einer weiteren Publikation zur Minnesota-Studie beschreiben Sroufe et al. (2005), dass die Bindungssicherheit und Beziehungserfahrungen in der Familie die soziale Kompetenz mit Gleichaltrigen beeinflusst. Gleichzeitig machen sie deutlich, welche Mechanismen für diesen Zusammenhang verantwortlich sein können: Auf motivationaler Ebene kann ein grundlegendes Gefühl von Zugehörigkeit entstehen sowie die Einschätzung, dass Beziehungen be-

lohnenden Charakter haben; es können Einschätzungen gefördert werden, dass man von anderen Rückmeldungen bekommt und sich in der sozialen Welt zurechtfinden kann; durch eine sichere Bindung wird die Fähigkeit unterstützt, Spaß am Spiel und an Entdeckungen zu haben; auf emotionaler Ebene können Gefühle und Aktivierung besser reguliert werden, und in Beziehungen können Erwartungen von Gegenseitigkeit und Empathie entstehen.

Eine *positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil* erwies sich in der Resilienzforschung ebenfalls als schützend. Dass die Qualität der Beziehung entscheidender ist als die Struktur der Familie, konnte in der bereits zitierten Längsschnittstudie von Jordan und Lewis (2005) nachgewiesen werden. Eine positive Vater-Kind-Beziehung verringerte die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen, Alkohol zu konsumieren. Dabei spielte es keine Rolle, ob der Vater in der Familie lebte oder nicht. Bei der Untersuchung von 290 Familien mit jungen Müttern (durchschnittlich 16,6 Jahre alt), die Sozialhilfe erhielten, konnte nach 18 und 42 Monaten beobachtet werden, dass eine emotional positive Beziehung zwischen Mutter und Kind die Ausprägung von Verhaltensproblemen beim Kind negativ und die kognitive Entwicklung positiv beeinflusste (Zaslow et al. 1999). Auch aus dem Züricher Adoleszenten-Psychopathologie-Projekt (Winkler Metzke & Steinhausen 1999b) mit 1110 10- bis 17-jährigen Probanden konnte berichtet werden, dass Wärme und Unterstützung durch die Eltern als Schutzfaktor gegenüber internalisierenden Störungen bei hohen Belastungen durch Lebensereignisse wirkte. Kidd et al. (2006) konnten zeigen, dass eine gute Beziehung zu den Eltern einen Schutzfaktor gegenüber Suizidversuchen darstellte.

Mütterliche Wärme erwies sich als Schutzfaktor für eine positive Entwicklung in einer Kohorte von 1116 Zwillingen, die unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen aufwuchsen (Kim-Cohen et al. 2004). Die mütterliche Feinfühligkeit und Responsivität gegenüber ihrem Kind wird vor allem in der frühen Entwicklung als bedeutsam angesehen. Niccols und Feldmann (2006) konnten für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen zeigen, dass die mütterliche Sensitivität für ihr 2-jähriges Kind und dessen Bedürfnisse mit einem angemessenerem Verhalten (hinsichtlich sozialer Interaktionen und dem Befolgen von Anweisungen) und weniger externalisierenden Verhaltensproblemen einherging. Allgemein konnte nachgewiesen werden, dass die Feinfühligkeit von Müttern gegenüber ihren Kindern mit einer sichereren Bindung an die Mutter verbunden war, was wiederum einen Schutzfaktor für die weitere Entwicklung des Kindes darstellt (McElwain & Booth-LaForce 2006). Kinder von responsiven Müttern, die den verschiedensten psychosozialen Risiken ausgesetzt waren, konnten sich in der Grundschule gegenüber ihren Lehrerinnen und Lehrern sozial kompetenter verhalten als Kinder, deren Mütter wenig responsiv waren. Diese Befunde konnten Burchinal et al. (2006) in einer Studie mit 75 afroamerikanischen Kindern sichern. Die elterliche Erziehung, die sich auch durch Anregung der Kinder auszeichnete, schützte die Kinder außerdem davor, Verhaltensprobleme zu entwickeln und stand im Zusammenhang mit besseren mathematischen Leistungen. Burchinal et al. (2006) wiesen jedoch auch darauf hin, dass der

schützende Effekt der Responsivität sich ins Gegenteil verkehrte, wenn Kinder sehr großen sozialen Risiken ausgesetzt waren.

Orbuch et al. (2005) untersuchten Kinder, die 3 Jahre nach einer Tumorbehandlung nach wie vor rezidivfrei waren. Kinder, die ihre Beziehung zu den Eltern als positiver und besser einschätzten, zeigten eine höhere Lebensqualität als Kinder mit einer schlechteren Beziehung zu ihren Eltern. Darüber hinaus gingen die Autoren der Frage nach, ob es einen Unterschied macht, die Beziehung zum Vater oder zur Mutter zu betrachten. Obwohl die Qualität der Beziehung zur Mutter im Durchschnitt besser eingeschätzt wurde als zum Vater, war letztere bedeutsamer für die Lebensqualität der Kinder. Die Autoren erklären dies dadurch, dass die Väter ihr Verhalten durch die Krankheit des Kindes möglicherweise deutlicher verändern als Mütter und dies einen stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität des Kindes verursacht.

Neben der Frage, ob die Beziehung zu Vater und Mutter eine unterschiedliche Bedeutung für ihre Kinder hat, ist eine Risikokonstellation für Kinder auch die Nichtverfügbarkeit eines oder beider Elternteile. Schmidt-Denter (2000) untersuchte in der Kölner Längsschnittstudie die Entwicklung von Trennungs- und Scheidungskindern. Zu vier Zeitpunkten nach der Trennung der Eltern (unmittelbar nach der Trennung, nach 15 und 30 Monaten und nach 6 Jahren) wurden die Daten von Eltern und Kindern erhoben. Kinder, die anfängliche Belastungen gut bewältigten, erlebten zum 2. und 3. Erhebungszeitpunkt mehr liebevolle Zuwendung durch die Mutter, häufigere Gespräche mit der Mutter über den Vater und mehr Unternehmungen mit ihrer Mutter. Bei Kindern, die durch die Trennung wenig belastet waren, fielen die Beurteilungen der Beziehung zum jeweils anderen Elternteil durch Väter und Mütter positiver aus. Trotz enormer Risikobelastungen wie Scheidung der Eltern, psychopathologischer Symptome der Eltern oder einer disharmonischen Familie zeigten resiliente Kinder in der Kauai-Studie eine stabile, emotional positive und enge Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson (Werner & Smith 1982). Auch für Kinder und Jugendliche, die ohne engen Bezug zu den Eltern aufwachsen, ist eine gute Beziehung zu einer erwachsenen Person von Bedeutung. Eine Studie von Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren, die im Heim aufwuchsen, konnte zeigen, dass eine positive Beziehung zur weiblichen Betreuungsperson in geringerer Ängstlichkeit und weniger aggressivem Verhalten resultierte (Legault et al. 2006).

Bewertung

Das Konstrukt „Bindung“ ist in seiner theoretischen Einbindung als grundlegender Bestandteil einer positiven Entwicklung allgemein konzeptualisiert worden. Der Begriff stammt aus der Entwicklungspsychologie und ist nicht primär unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung kritischer Lebensereignisse oder risikoreicher Lebensbedingungen erforscht und entwickelt worden. Die grundlegende Bedeutung einer sicheren Bindung für eine positive Entwicklung auch unter nicht explizit risikoreichen Bedingungen steht außer Zweifel und ist vielfach belegt. Vor diesem Hintergrund kann eine sichere Bindung nicht als Schutzfaktor nach strengerer Definition eingeordnet werden. Dennoch steht

nach der aktuellen Befundlage außer Frage, dass sicher gebundene Kinder auch unter Risikobedingungen zumeist einen Vorteil für eine gute Anpassung und Entwicklung gegenüber Kindern aufweisen, die keine sichere Bindung zu einer erwachsenen Bezugsperson haben. In der Minnesota-Längsschnittstudie (Sroufe 2005) wurde die Bedeutung von Bindungssicherheit für eine resiliente Entwicklung von Risikokindern grundsätzlich belegt. Darüber hinaus prüften die Autoren jedoch auch unterschiedliche Modelle, wie die Bindungsqualität mit anderen Variablen zusammenwirkt. Ihre Schlussfolgerungen besagen, dass Bindung auf unterschiedliche Art und Weise wirksam werden kann und dies davon abhängt, welche Variablen zusätzlich untersucht und welche Ergebniskriterien verwendet werden. Neben direkten Einflüssen werden auf diese Weise indirekte Einflüsse sichtbar oder die Bedeutsamkeit der Bindungsvariablen wird stark verkleinert. Dennoch bewerten die Autoren Bindung als einen sehr einflussreichen Faktor, vor allem, wenn man Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen über einen längeren Zeitraum beobachtet – selbst wenn dabei ein direkter Rückbezug auf frühe Bindungserfahrungen nicht mehr sichtbar ist.

Berücksichtigt man neben publizierten Studien auch Literaturübersichten, so wird deutlich, dass fast alle die schützende Funktion einer sicheren Bindung oder einer positiven Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson benennen. Meschke und Patterson (2003) fassen z. B. zusammen, dass eine gute Beziehung mit wenigstens einem Elternteil oder einer anderen wichtigen Erwachsenenperson eine schützende Rolle gegenüber dem Alkoholkonsum bei Jugendlichen aufweist. Scott Heller et al. (1999) betonen die Funktion einer sensitiven, sicheren und konstanten Betreuungsperson für misshandelte Kinder besonders in den frühen Entwicklungsjahren. Sie beschreiben, dass die Bindung für diese Kinder stark davon abhängig ist, wie verfügbar und responsiv die Bezugsperson ist und dass die Kinder aus dieser Beziehung auch ihr Selbstbild und ihren Selbstwert ableiten. Die Bedeutung einer positiven Beziehung mit mindestens einer Bezugsperson wird auch in weiteren Übersichtsartikeln betont (Bender & Lösel 1998; Luthar 2006; Masten & Coatsworth 1998; Masten & Reed 2002; Mullis et al. 2004). Sie spielt nicht nur für gefährdete Kinder und Jugendliche eine große Rolle, sondern ist auch für die normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung (Luthar 2006; Masten & Coatsworth 1998). Hier scheint es weniger bedeutsam zu sein, ob es sich dabei um Vater oder Mutter handelt (Luthar 2006). Luthar (2006) fasst die Befundlage so zusammen: „Early experience places people on probabilistic trajectories of relatively good or poor adaptation, shaping the lens through which subsequent relationships are viewed and the capacity to utilize support resources in the environment“ (S. 756).

3.3.2.2 Autoritative und positive Erziehung

In der Minnesota-Studie (Sroufe et al. 2005) zeigte sich, dass doppelt so viel Varianz bezüglich der Freundschaften in der mittleren Kindheit vorhergesagt werden konnte, wenn neben Variablen für die Bindungssicherheit zusätzlich Aspekte der Erziehung berücksichtigt wurden, wie z. B. eine angemessene Anregung und Führung im Alter von 2 bis 3 ½ Jahren, als ohne solche Erziehungsvariablen. Dies veranschaulicht bereits die Wich-

tigkeit des Erziehungskontextes für eine resiliente Entwicklung von Kindern und Jugendlichen neben der Bindungs- und Beziehungsqualität. In der Resilienzforschung wurde und wird untersucht, welche Erziehungsstile für Kinder und Jugendliche, die unter Risikobedingungen aufwuchsen, von schützender Wirkung sind und waren. Häufig wird dabei auf eine Unterscheidung von Erziehungsstilen nach Baumrind (1968) zurückgegriffen, die mit einigen Abänderungen und Ergänzungen immer noch große Popularität in der aktuellen Erziehungsdiskussion genießt. Baumrind (1968) unterscheidet den autoritativen, autoritären und permissiven Erziehungsstil. Autoritative Erziehung zeichnet sich nach Baumrind (1968) durch ein warmes, unterstützendes, aber trotzdem forderndes und Grenzen setzendes Elternverhalten aus. Sie beinhaltet emotionales Engagement der Eltern und eine offene, partnerschaftliche Kommunikation mit den Kindern. In der autoritativen Erziehung wird die Selbstständigkeit und Autonomie der Kinder unterstützt und die Eltern vermitteln ihren Kindern Verhaltenserwartungen, die deren Kompetenzen fördern. Die Einhaltung dieser Erwartungen wird von den Eltern kontrolliert. Für aufgestellte Regeln geben sie ihren Kindern verständliche Erklärungen.

Autoritäre Eltern fordern nach Baumrind (1968) von ihren Kindern strikten Gehorsam. Dabei steht die Achtung der elterlichen Autorität und nicht das Interesse an den Handlungsmotivationen des Kindes im Vordergrund. Permissive Eltern versuchen, das Verhalten ihrer Kinder so wenig wie möglich zu reglementieren, stellen wenig Anforderungen an ihr Kind und erlauben ihm, sein Verhalten selbst zu regulieren. Der autoritative Erziehungsstil wird in der Forschung mit einer positiven Entwicklung von Kindern verbunden (Bettge 2004; Sheridan et al. 2005; Wustmann 2004). Erziehungsstile beinhalten zumeist Bindungs- und Beziehungsaspekte (z. B. Wärme und Responsivität gegenüber dem Kind), weshalb sich Überschneidungen mit dem vorigen Unterpunkt nicht vermeiden lassen. Neben übergreifenden Erziehungsstilen werden in der Resilienzforschung auch einzelne Komponenten von Erziehungsverhalten hinsichtlich ihrer schützenden Funktion untersucht.

Befundlage

Eine dieser Komponenten ist das *Aufstellen und Durchsetzen von Regeln* und das *Grenzensetzen*. Petermann und Petermann (2005) sehen in der Erziehungskompetenz der Eltern, die klare Grenzen setzen, auf die Einhaltung von Regeln bestehen und eindeutige soziale Normen und prosoziales Verhalten vermitteln, einen zentralen Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung gegenüber der Entstehung aggressiver Verhaltensweisen. Studien in der Resilienzforschung konnten diese Einschätzung untermauern. So untersuchten Macaulay et al. (2005) bei 2129 Jugendlichen den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und den Erziehungspraktiken der Eltern (elterliche Kontrolle, Disziplin und drogenspezifische Erwartungshaltung gegenüber ihren Kindern). Eine effektive elterliche Erziehung, die sich auch durch Grenzensetzen und Einhalten von Regeln (Disziplin) auszeichnete, besaß einen direkten Schutzeffekt gegenüber dem Drogenkonsum Jugendlicher. Dieser Effekt blieb auch dann bestehen, wenn Erziehungsaspekte wie

das Wissen über Drogen, die eigene Einstellung dazu und die Normen der Gleichaltrigen statistisch kontrolliert wurden. Die Autoren schlussfolgern, dass Erziehungsaspekte wie Disziplin, elterliche Kontrolle bzw. Monitoring und die Kommunikation mit den eigenen Kindern eine signifikante schützende Rolle bezüglich des Drogenkonsums spielen. Einschränkend muss für diese Studie angemerkt werden, dass nicht explizit Jugendliche unter Risikobedingungen untersucht wurden. Im Rochester Child Resilience Project (Cowen et al. 1990) erfuhren resiliente Kinder nach dem ersten Studienjahr trotz schwieriger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse konsistente disziplinäre Erwartungen, die dem Alter angepasst waren.

Beim Durchsetzen von Regeln und Grenzen scheint es zum einen von Bedeutung zu sein, dass dies konsistent erfolgt (Goldstein & Rider 2005), und zum anderen, *wie* Eltern dabei vorgehen. So ist eine „raue und harsche“ Disziplinierung (im englischen Originaltext „harsh and hostile“) von Kindern wenig förderlich. Zaslow et al. (1999) halten für Kinder von minderjährigen Müttern, die von Sozialhilfe lebten, fest, dass ein wenig raue und harsche Disziplinierung schützend wirkt. Auch im australischen Temperament-Projekt (Vassallo et al. 2004) erfuhren resiliente Kinder, die sich trotz hoher Risikokonstellationen nicht antisozial verhielten, eine enge Supervision und konsequente, aber gleichzeitig weniger strafende Erziehungstechniken. Die Beziehung zwischen Eltern und ihren resilienten Kindern in dieser Untersuchung verbesserte sich während des Jugendalters. Dies sehen die Autoren als Hinweis dafür, dass Eltern sich trotz Schwierigkeiten in der Entwicklung ihrer Kinder nicht entmutigen lassen sollten.

Der *autoritative Erziehungsstil* beinhaltet neben einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind auch das Durchsetzen von Regeln und Grenzen und das Wissen über Aktivitäten und Aufenthaltsorte des eigenen Kindes. Eine autoritative Erziehung wird nicht nur als förderlich für die allgemeine Entwicklung gesehen, sondern gilt auch als Schutzfaktor für Kinder und Jugendliche, die unter Risikobedingungen aufwachsen. Vitaro et al. (2005) untersuchten hyperaktive Kinder und Kinder, bei denen ein Aufmerksamkeitsdefizit vorlag. Durch ihre Erkrankung trugen diese Kinder ein höheres Risiko, die Schule vorzeitig abzubrechen. Wenn die Eltern es jedoch schafften, die Einhaltung von Regeln durchzusetzen und sie außerdem gern mit ihren Kindern zusammen waren, wirkte dies schützend gegenüber einem Schulabbruch. Die Autoren erklären die Effekte eines autoritativen Erziehungsstils dadurch, dass die emotionale Zugewandtheit der Eltern bei ihren Kindern ein Gefühl der Bindung und Verpflichtung gegenüber elterlichen Werten fördert. Darüber hinaus hilft ihnen die vermittelte Disziplin, riskante Situationen zu vermeiden und Verhaltensweisen zu entwickeln, die für schulischen Erfolg notwendig sind.

Das Risiko italienischer Jugendlicher ($n = 679$), in der Schule in eine Opferrolle zu geraten oder selbst andere zu schikanieren („bullying“), untersuchte eine Studie von Baldry und Farrington (2005). Für die Jugendlichen stellte es einen Schutzfaktor dar, wenn ihre Eltern einen unterstützenden und autoritativen Erziehungsstil pflegten. Eine

solche positive Erziehung förderte das Wohlbefinden der Jugendlichen und unterstützte die Entwicklung einer angemessenen sozialen Kompetenz. Sie schützte davor, andere zu schikanieren oder selbst in eine Opferrolle zu geraten. Die Qualität der Erziehung war für die Entwicklung von Jugendlichen in einer Längsschnittstudie über 10 Jahre von Masten et al. (1999) wichtig. Eine gute Erziehung zeichnete sich dabei dadurch aus, dass Eltern ihren Kindern eine gute Strukturierung boten, die Einhaltung von Regeln durchsetzten und eine hohe Erwartungshaltung bezüglich Leistung und Sozialverhalten an ihre Kinder hatten. Darüber hinaus war die Beziehung zum Kind durch Wärme und Nähe gekennzeichnet. Für verschiedene Kompetenzbereiche war diese Erziehungsqualität von Bedeutung, selbst wenn die Intelligenz und der sozioökonomische Status statistisch kontrolliert wurden. Die Erziehung im Kindesalter hatte auch dann noch einen Effekt auf die Kompetenz im Jugendalter, wenn das aktuelle Erziehungsverhalten mit einbezogen wurde. Eine positive Erziehung, die von Rhule et al. (2006) in ähnlicher Weise wie autoritative Erziehung definiert wurde, war ein Schutzfaktor für die positive Entwicklung von Kindern minderjähriger Mütter.

Wenn ihr Verhalten gegenüber ihren 10-jährigen Kindern durch Wärme in der Beziehung, Monitoring und Kommunikation über Drogengefahren gekennzeichnet war, verminderte dies das Risiko der Kinder, Drogen zu konsumieren (5 Jahre später). Eine Längsschnittuntersuchung mit afroamerikanischen Jugendlichen ($n = 2867$), die in ärmlichen Verhältnissen lebten, führten Vazsonyi, Pickering und Bolland (2006) durch. Effektives Erziehungsverhalten bedingte eine positive Entwicklung der Jugendlichen mit, die gekennzeichnet war durch gesundheitsförderliches und wenig gewalttätiges Verhalten. In einem effektiven Erziehungsverhalten (emotionale Wärme und konsequente Disziplin) sehen die Autoren einen der wichtigsten Bestandteile einer resilienten Entwicklung.

Das Wissen um die Aktivitäten und Aufenthaltsorte des eigenen Kindes, das auch mit dem englischen Begriff *Monitoring* bezeichnet wird, ist ein weiterer Aspekt der Erziehung, dem in der Resilienzforschung Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Cleveland et al. 2005). So konnten Piko, Fitzpatrick und Wright (2005) feststellen, dass elterliches Monitoring bei Jugendlichen ein wichtiger Schutzfaktor gegenüber externalisierenden Verhaltensstörungen war. In die gleiche Richtung deuten die Ergebnisse von Kliewer et al. (2006) in einer Studie in Panama und Costa Rica. Dort stand Monitoring bei Jugendlichen aus Risikogruppen in Zusammenhang mit einem geringeren Risiko, Drogen zu konsumieren und in Gewalttätigkeiten involviert zu sein. Simons-Morton und Chen (2005) belegen Monitoring als einen direkten Schutzfaktor gegenüber fortschreitenden Alkoholkonsum bei Jugendlichen.

Bewertung

Erziehungsstile und -praktiken sind wichtige Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung. Ähnlich wie bei den Konstrukten „Bindung“ und „Beziehung“ ist ihre Wichtigkeit für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auch unter wenig ri-

sikoreichen Bedingungen unbestritten. Die schützende Wirkung eines autoritativen Erziehungsstil ist jedoch auch für Risikogruppen vielfach belegt und zieht sich sehr konsistent durch die Literatur (Masten & Coatsworth 1998; Masten & Reed 2002; Meschke & Patterson 2003; Sheridan et al. 2005). Daneben sind Erziehungsstile, die zwar nicht autoritativ genannt, aber ähnlich definiert werden, immer wieder als Schutzfaktor zitiert worden (Bartol 2006; Bender & Lösel 1998; Chen & George 2005; Luthar & Goldstein 2004). Auch wenn einzelne Faktoren der Erziehung wie Monitoring oder das Durchsetzen von Regeln und Einhalten von Grenzen wichtige schützende Einflussgrößen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind, ist inzwischen unbestritten, dass die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Kind einen entscheidenden Bestandteil von Erziehung darstellt. Das Konstrukt der autoritativen Erziehung wurde in den zitierten Studien zum Teil über eine unterschiedliche Anzahl von Indikatoren erhoben. Dennoch sind die Ergebnisse sehr konsistent und wurden für verschiedenste Risikogruppen und Ergebnisvariablen berichtet.

Aufgrund der sehr breiten und konsistenten Befundlage zu erzieherischen Vorgehensweisen ist es die vorrangige Aufgabe, nach Möglichkeiten zu suchen, wie Eltern in ihrer Erziehungskompetenz auch unter schwierigen Bedingungen unterstützt werden können. Leider ist es häufig so, dass Eltern von Kindern, die unter Risikobedingungen aufwachsen, wichtige Aspekte einer effektiven Erziehung nicht verwirklichen können (Petermann & Petermann 2005). Es kommt darauf an, Eltern Möglichkeiten an die Hand zu geben, ihre Kinder effektiver zu erziehen und ihnen die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

3.3.2.3 Positives Familienklima und Kohäsion

Die Kohäsion oder das Klima in der Familie sind Charakteristika, die sich auf die gesamte Familie und nicht allein auf das Verhalten der Eltern ihren Kindern gegenüber beziehen. Gleichwohl sind die Eltern wichtige Gestalter des Klimas in der Familie. Eine der Definitionen von familiärer Kohäsion, wie sie in der Resilienzforschung verwendet wird, stammt von Turnbull und Turnbull (1997), die darin das Ausmaß der emotionalen Bindung der Familienmitglieder untereinander und den Grad an Unabhängigkeit sehen, den Mitglieder in der Familie erleben. Olson (1993) beschreibt unterschiedliche Ausmaße an Kohäsion, wobei eine sehr hohe familiäre Kohäsion als wenig förderlich bewertet wird, da sie mit einer Überidentifikation mit der Familie, hohem Konsens und geringer individueller Autonomie verbunden ist. Auch eine sehr niedrige Kohäsion, die sich in hoher Autonomie und geringer Bindung und emotionaler Beteiligung äußert, wird negativ bewertet. In der Resilienzforschung ist der Begriff Kohäsion zumeist positiv konnotiert und wird als hohes empathisches Interesse füreinander aufgefasst, das aber gleichzeitig Raum für Eigenständigkeit und Unabhängigkeit lässt. Das Konstrukt „Familienklima“ ist in der Resilienzforschung eng verwandt mit Kohäsion und wird oft parallel verwendet und ähnlich definiert. Dennoch beinhaltet es abweichende Aspekte, die z. B. auch aus den zuvor dargestellten Bereichen Erziehungsstil und Beziehung übernommen und kombiniert werden.

Befundlage

Die Bedeutung der familiären Kohäsion wird zumeist darin gesehen, dass ein Gefühl der Zusammengehörigkeit Sicherheit gibt, die gerade in Umbruchsituationen oder Krisenzeiten besonders stabilisierend wirken kann (Wustmann 2004). Dieser Einschätzung folgen Kliwer et al. (2006) in der Erklärung ihrer Befunde aus einer Untersuchung in Panama und Costa Rica, die den Drogenkonsum bei ca. 10 000 Jugendlichen erhob, die selbst Zeugen von schwerer Gewalt und Drogenkonsum waren. Zwar ging insgesamt das Erleben von Gewalt mit einem höheren Drogenkonsum einher, jedoch wirkten eine höhere familiäre Kohäsion und ein engeres Monitoring durch die Eltern schützend gegenüber dem eigenen Konsum. Dieser schützende und stabilisierende Effekt fand sich sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Jugendlichen der Studie. Neben der effektiveren Erfüllung des Bedürfnisses nach Sicherheit erklärten die Autoren die schützende Wirkung einer höheren familiären Kohäsion auch dadurch, dass die Eltern ihren Kindern ein Gefühl von Interesse und Bedeutung vermittelten.

Auch ein positives Familienklima allgemein wird als schützend für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen betrachtet (Masten & Reed 2002). Dies konnten Bettge und Ravens-Sieberer (2005) bereits in einer Vorstudie der BELLA-Studie mit 883 Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren belegen, in der die psychische Gesundheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem positiven Familienklima in Zusammenhang stand. Positive Erfahrungen in der Familie konnten eine positive Entwicklung von Kindern fördern, die ein behindertes Geschwister hatten (Giallo & Gavidia-Payne 2006). Untersucht wurden Kinder zwischen 7 und 16 Jahren. Für sie spielten positive familiäre Erfahrungen eine größere Rolle als das subjektive Stresserleben für die Anpassung in Bereichen wie psychische Symptomatik, Beziehung zu Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Kogan et al. (2005) konnten zeigen, dass positive Familienbeziehungen mit einem geringeren Drogenkonsum bei afroamerikanischen Jugendlichen einhergingen, die die Schule abgebrochen hatten. Dieser Effekt wirkte indirekt über eine positivere Lebenseinstellung und die Auswahl von Freunden und Freundinnen.

Bewertung

Eine kohäsive Familie hängt mit positiveren Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen unter Risikobedingungen zusammen. Obwohl eine förderliche Wirkung auch für Kinder unter wenig risikoreichen Lebensumständen besteht, scheint eine hohe familiäre Kohäsion besonders wichtig zu sein, wenn ungünstige Umstände oder kritische Lebensereignisse die Entwicklung beeinflussen. Dies kann z. B. aus den Befunden von Kliwer et al. (2006) abgeleitet werden. Sie weisen auf das effektivere Erfüllen des Bedürfnisses nach Sicherheit hin, wenn Familien kohäsiv sind. Kinder und Jugendliche, die kritischen Lebensereignissen und ungünstigen Lebensumständen ausgesetzt sind, könnten ein größeres Bedürfnis nach Sicherheit haben, das durch eine höhere Kohäsion besser erfüllt werden kann. Vor diesem Hintergrund könnte familiäre Kohäsion als Schutzfaktor in strengem Sinne eingestuft werden, wenn weitere Studien differenzielle Effekte bei Kindern und Jugendlichen mit hohen bzw. niedrigen Risiken bestätigen. Die Effekte des

Familienklimas sind schwieriger zu bewerten, da in den Studien unter diesem Konstrukt unterschiedliche Charakteristika der Familie zusammengefasst werden. Ein positives Familienklima konstituiert sich in den meisten Studien aus förderlichen Aspekten der Bindung, Erziehung und Beziehung und steht mit einer resilienten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang.

3.3.3 Positive Geschwisterbeziehung

Gute Beziehungen zwischen Geschwistern werden allgemein als förderlich für eine positive Entwicklung gesehen. Richmond, Stocker und Rienks (2005) konnten nachweisen, dass Veränderungen in der Qualität der Geschwisterbeziehungen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder hatten. Wurde die Beziehung wärmer und war sie weniger von Konflikten geprägt, so zeigten sich weniger depressive Verstimmungen; demgegenüber ging eine schlechtere Beziehungsqualität mit vermehrten externalisierenden Problemen einher. Diese Effekte scheinen unabhängig von der Beziehung zu den Eltern zu existieren (Pike et al. 2005). Allgemein wird angenommen, dass die frühen Geschwisterbeziehungen ein Umfeld bieten, in dem moralisches Denken, Konfliktlösung und soziales Verständnis geübt und erprobt werden können (Volling 2003). In der Resilienzforschung ist von Interesse, ob Geschwisterbeziehungen unter risikoreichen und gefährdenden Lebensumständen Schutzwirkung entfalten können. Volling (2003) unterscheidet verschiedene Aspekte der Geschwisterbeziehung, die sie aus Studien herleitet: Neben Wärme, Nähe und emotionaler Bindung werden auch Konflikt bzw. Rivalität und der Status als wichtige Aspekte referiert. Studien in der Schutzfaktorenforschung beziehen sich zumeist auf die emotionale und unterstützende Komponente der Geschwisterbeziehung.

Befundlage

Lamarche et al. (2006) untersuchten den Zusammenhang von reaktiver Aggression bei Kindern und der Gefahr, in eine Opferrolle zu geraten. Die reaktive Aggression, die sich in einer affektiven, defensiven, impulsiven und feindseligen Art äußert, auf Bedrohungen oder Provokationen zu reagieren, war ein erheblicher Risikofaktor, in eine Opferrolle zu gelangen. Als protektiv erwies sich für diese Kinder jedoch, wenn sie u. a. eine Geschwisterbeziehung hatten, die sich durch prosoziales Verhalten auszeichnete. Eine Erklärung sehen die Autoren darin, dass diese Kinder mehr positive Erwartungen über Beziehungen entwickeln konnten und dadurch mehr positive Interaktionen initiierten. McElwain und Booth-LaForce (2006) konnten zeigen, dass sowohl positive Geschwister- als auch Freundschaftsbeziehungen mit einem geringeren Ausmaß an aggressivem Verhalten in Zusammenhang standen. Darüber hinaus erwies sich eine positive Beziehung in einem der beiden Bereiche als protektiv, wenn es in der anderen Beziehung schlecht lief. Trotz Problemen in Freundschaftsbeziehungen zeigten sich bei einer guten Geschwisterbeziehung weniger Auswirkungen auf eine gelungene Anpassung. In einer Längsschnittstudie von East, Khoo und Reyes (2006) über 5 Jahre mit 3 Erhebungszeitpunkten wurde die Auswirkung einer warmen Geschwisterbeziehung auf

Drogenkonsum und sexuelles Risikoverhalten untersucht. Der Vorhersageeffekt war zwar gering, dennoch zeigte sich auch hier ein tendenziell schützender Effekt. Eine warme und unterstützende Geschwisterbeziehung bildete sich vor allem bei Kindern von allein-erziehenden Müttern heraus. Matějček (2003) beschreibt die Beziehung zwischen Geschwistern als charakteristischen Resilienzfaktor für erfolgreiche Kinder und Jugendliche aus Pflegefürsorge (Heim oder SOS-Kinderdorf). Dabei war es nicht entscheidend, ob es sich um leibliche, adoptierte oder andere Geschwisterbeziehungen handelte. In der Kölner Längsschnittstudie (W. Beelmann 2002; Schmidt-Denter 2000), die die familiären Anpassungsprozesse nach elterlicher Trennung und Scheidung untersuchte, konnte gezeigt werden, dass eine gute Beziehung zu Geschwistern von besonderer Bedeutung war und häufig bei Kindern zu finden war, die subjektiv besser mit der Situation zurechtkamen.

Bewertung

Eine positive Beziehung zu Geschwistern kann als Schutzfaktor dienen. Dies wird in aktuellen Studien belegt und auch in Übersichtsartikeln referiert (Bartol 2006; Bellin & Kovacs 2006). Werner (2006) sieht die Schutzwirkung unterstützender Geschwister in mehr als zwei Längsschnittstudien als repliziert an. In der Resilienzforschung wurde zumeist der Einfluss der Geschwisterbeziehung auf das jüngere Geschwister untersucht. Noch wenig ist darüber bekannt, inwieweit Alter, Altersabstände, Geschlechterkombinationen oder Stellung in der Geschwisterreihe eine Rolle spielen.

3.3.4 Merkmale der Eltern

Merkmale der Eltern wie Bildung, Gesundheit, Bewältigungsstil, aber auch Qualität der Paarbeziehung wird in der Resilienzforschung ebenfalls eine Bedeutung zugemessen. Die Qualität der Paarbeziehung bzw. der Umgang der Eltern miteinander wird dabei vornehmlich in Studien untersucht, die Trennungs- und Scheidungsfamilien zum Gegenstand haben. Dabei wird die Trennung der Eltern als Risikofaktor eingeordnet, und der Umgang der Eltern nach der Trennung hinsichtlich protektiver Wirkung für das Kind untersucht. Die übrigen genannten Variablen werden zumeist in Studien mit erhoben, kontrolliert oder auch nur deskriptiv beschrieben.

Befundlage

Das *Bildungsniveau* der Mutter spielte bereits in der Kauai-Studie von Werner und Smith (2001) eine Rolle, die festhalten konnte, dass Mütter von resilienten Kindern eher einen höheren Bildungsstand aufwiesen als die von nicht resilienten Kindern. Im ersten Jahr des Rochester Child Resilience Project (Cowen et al. 1990) besaßen Eltern von stressresilienten Kindern einen etwas höheren Bildungsstand als Eltern von Kindern, die durch stressende Lebensumstände in ihrer Anpassung beeinträchtigt waren. Demgegenüber zeigte eine Studie von Vance, Fernandez und Biber (1998), die den erzieherischen Fortschritt bei Kindern und Jugendlichen mit schweren aggressiven Verhaltensstörungen

oder emotionalen Beeinträchtigungen untersuchte, keinen Einfluss einer höheren Bildung der Eltern oder einer konstanten beruflichen Beschäftigung.

Im Rochester Child Resilience Project (Cowen et al. 1990) konnten im ersten Untersuchungsjahr neben Aussagen über die Bedeutung des Bildungsgrades auch weitere Charakteristika der Eltern als bedeutsam für eine resiliente Entwicklung von Kindern festgehalten werden. Dazu gehörten ein positives Selbstbild, die Verfügbarkeit von Unterstützung und eine allgemeine Lebenszufriedenheit. In einer späteren Verlaufserhebung innerhalb der Projekte erwiesen sich weitere Charakteristika der Eltern als schützend: die *psychische Gesundheit* der Eltern im Jahr zuvor, ihre positive Erwartung gegenüber den Kindern und eigene, als adaptiv bewertete Bewältigungsstrategien (Cowen et al. 1997). Als Erklärungsmodell für die Bedeutung der elterlichen Gesundheit bietet Schnabel (2001) an, dass je weniger belastet einzelne Familienangehörige sind, umso mehr Ressourcen für die Bewältigung einer familiären Anpassung an schwierige Lebensumstände zur Verfügung stehen. Gleichzeitig diene das Bewältigungs- oder Gesundheitsverhalten als Lernmodell für Kinder. Meschke und Patterson (2003) fassen zusammen, dass eine Abstinenz der Eltern schützend gegenüber dem Konsum von Drogen bei ihren Kindern wirkt.

Die *Qualität der elterlichen Beziehung* ist ein wichtiges Merkmal von Familien. In der Resilienzforschung konnte ihre Bedeutung als Schutzfaktor herausgearbeitet werden und wird in Übersichtsartikeln referiert (Chen & George 2005; Meschke & Patterson 2003). In der Kölner Längsschnittstudie (W. Beelmann 2002; Schmidt-Denter 2000) wurde untersucht, wie sich Familien nach Trennung und Scheidung an die veränderten Umstände anpassen und welche Auswirkungen dies für die Kinder in der Familie hat. Als Risiko für Kinder und Jugendliche wird die Tatsache einer Trennung oder Scheidung bewertet. Schützend im Sinne einer geringeren kindlichen Symptombelastung war es, wenn es zwischen den ehemaligen Ehepartnern möglich war, einen Konsens zu bilden. Die Beziehung zwischen den ehemaligen Partnern spielte eine herausragende Rolle für die Symptombelastung von Kindern und Jugendlichen. Chen und George (2005) sehen bei Konflikten zwischen den Eltern deren emotionale Kapazität reduziert, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen. Für Kinder in Familien, in denen die Eltern sich trennen, sehen sie einen Schutzfaktor darin, wenn Eltern emotional geführte Konflikte nicht in Anwesenheit der Kinder austragen. Insgesamt scheint es für Kinder wichtig zu sein, dass ihre Eltern in die Partnerschaft investieren – trotz belastender Begleitumstände. So zeigte eine Studie von Retzlaff et al. (2006), dass es für die Resilienz in Familien mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind wichtig war, dass Eltern ihre Partnerschaft pflegten und ein gutes Familienfunktionsniveau aufrechterhielten.

Bewertung

Das Bildungsniveau der Eltern erwies sich in aktuellen Studien nicht konsistent als schützender Faktor und wenn, dann nur mit kleiner Effektstärke. Eine Erklärung könnte darin gesehen werden, dass eine Vielzahl von Variablen den Einfluss des Bildungsgrades

auf die Schutzwirkung für Kinder und Jugendliche moderieren kann. Möglicherweise wird der Effekt eines höheren Bildungsgrades durch Faktoren wie Erziehungsstil oder Beziehung zu den Kindern moderiert und tritt nur noch indirekt in Erscheinung. Ähnlich wie beim sozioökonomischen Status vermutet, könnte der Bildungsgrad zwar eine Ressource darstellen, ihre Nutzung jedoch von weiteren Umständen abhängig sein. Die psychische Gesundheit der Eltern als potenzieller Schutzfaktor ist in der aktuellen Forschung weniger häufig anzutreffen. Die Einordnung von psychischer Krankheit der Eltern als Risikofaktor ist hingegen unbestritten. Bezüglich der Qualität der Partnerschaft weisen aktuelle Studien in die Richtung, dass eine harmonische Beziehung oder zumindest eine konstruktive Art, Konflikte zu lösen, schützend für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist.

Hetherington (2006) gibt in einem Überblicksartikel zu bedenken, dass ein gewisses Ausmaß an Konflikten zwischen Eltern und deren Umgang damit auch Modellfunktion haben kann. Konflikterlebnisse, die mit Respekt, Erklärungen, Kompromissen und positiv gesteuertem Affekt einhergehen und bei denen Lösungen gefunden werden, können Kinder und Jugendliche auch zu kompetenten Problemlösern machen. Dieser Dimension wird in der Resilienzforschung eher unter dem Aspekt des Familienklimas oder der Beziehungen in der Gesamtfamilie Rechnung getragen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die Qualität der elterlichen Beziehung auch indirekt schützend wirkt. Schoppe-Sullivan et al. (2007) konnten zeigen, dass die Zufriedenheit mit der Partnerschaft einen Einfluss auf die Qualität des Erziehungsverhaltens gegenüber fordernden und anstrengenden Säuglingen hatte, was sich wiederum schützend auf die kindliche Entwicklung auswirken kann.

3.4 Soziale Schutzfaktoren

3.4.1 Soziale Unterstützung

Die Unterstützung durch andere Menschen in belastenden oder gefährdenden Lebenssituationen wird generell als hilfreich und förderlich eingeschätzt. Aus diesem Grund hat die wahrgenommene soziale Unterstützung auch Berücksichtigung in der Forschung zur Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen gefunden. Soziale Unterstützung kann dabei durch unterschiedliche Personen (inner- und außerfamiliär) und Institutionen sowie auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen (emotional, instrumentell oder informationell). Eine Schwierigkeit stellen die in der Forschung zahlreichen unterschiedlichen Ansätze zur Operationalisierung und Erhebung sozialer Unterstützung dar (Schulz & Schwarzer 2003). Dies erschwert die Integration der Ergebnisse in der Copingforschung. Schulz und Schwarzer (2003) unterscheiden zwischen sozialer Inte-

gration (dem quantitativen Ausmaß an struktureller Einbindung einer Person) und sozialer Unterstützung. Letztere legt den Schwerpunkt auf den qualitativ funktionalen Aspekt und kann weiter unterschieden werden in wahrgenommene bzw. erwartete und tatsächlich erhaltene Unterstützung.

Ähnliche Konstrukte, die zum Teil zur sozialen Unterstützung hinzugerechnet werden, sind das Bedürfnis und die Suche nach sozialer Unterstützung, die jedoch in der Resilienzforschung entweder wenig berücksichtigt oder aber zum Bewältigungsverhalten gezählt werden (vgl. Abschnitt 3.2.2). Im deutschsprachigen Raum unterscheiden die Dimensionen der Berliner Social Support Skalen (BSSS) (Schulz & Schwarzer 2003) zwischen wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung, dem Bedürfnis und der Suche nach sozialer Unterstützung und dem protektiven Abpuffern (indirekte Form der sozialen Unterstützung, indem jeder versucht, den anderen vor zusätzlichen Belastungen zu schützen). Mit einer sechsten Skala können Daten von Bezugspersonen erhoben werden. Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) (Fydrich & Sommer 2003; Fydrich et al. 2007) beinhaltet die Skalen emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung und soziale Integration. Außerdem können auch Belastungen aus dem sozialen Netzwerk erfasst werden, womit auch dem Befund Rechnung getragen wird, dass soziale Einbindung nicht immer nur unterstützenden Charakter hat. Ergänzende Skalen des Fragebogens sind „Reziprozität“, „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ und „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“.

Der kurze Überblick über die Formen sozialer Unterstützung macht deutlich, wie viele unterschiedliche Aspekte damit gemeint sein können. Die konzeptionellen Unterschiede spiegeln sich auch in der Resilienzforschung wider, die sich an den gleichen Erhebungsverfahren orientiert und das Konstrukt ebenso variantenreich operationalisiert. Das Spektrum reicht von der Erfassung einzelner Aspekte von sozialer Unterstützung bis hin zur Verwendung mehrdimensionaler Verfahren. Da die Unterstützung durch Verwandte den gleichen konzeptionellen Bedingungen unterliegt, wird sie – obwohl noch zugehörig zu familiären Schutzfaktoren – unter diesem Unterpunkt mit berücksichtigt und dargestellt.

Befundlage

Dass die Auswirkungen von *sozialer Unterstützung* nicht vernachlässigt werden dürfen, zeigte bereits die Kauai-Studie von Werner und Smith (1982). Auch aktuelle Studien messen dem Konstrukt weiterhin Bedeutung bei. Eine Längsschnittstudie (Heponiemi et al. 2006) untersuchte die Beziehung zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und der Entwicklung depressiver Symptome über 5 Jahre. Nach diesem Zeitraum zeigten solche Kinder und Jugendliche eine Verringerung depressiver Tendenzen, die ein größeres Ausmaß an sozialer Unterstützung wahrnahmen. Die Studie kontrollierte Persönlichkeitsvariablen wie Feindseligkeit und Ärger. Everall, Altrous und Paulson (2006) referieren Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Jugendlichen, die eine suizidale Phase überwunden haben. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten von der

Bedeutung sozialer Unterstützung durch mindestens eine bedeutsame Person in ihrem Leben. Darüber hinaus konnte Unterstützung durch Gleichaltrige oder Erwachsene außerhalb der Familie wichtig sein. Ähnliche Ergebnisse erbrachte auch eine Studie von Kaslow et al. (2005) mit jungen Erwachsenen. Als Schutzfaktor für sozial und ökonomisch benachteiligte afroamerikanische Männer und Frauen erwies sich soziale Unterstützung. Untersucht wurden Personen, die sich nach einem Suizidversuch in stationärer Behandlung befanden, und eine Kontrollgruppe, die einen nicht notfallmäßigen Klinikaufenthalt absolvierte. Die Gruppen konnten hinsichtlich des Ausmaßes an sozialer Unterstützung unterschieden werden. Die Autoren bewerten soziale Unterstützung, unter der sie soziales Eingebundensein, emotionale und materielle Unterstützung, positive soziale Interaktionen und Liebe verstehen, als einen Schlüsselfaktor gegenüber suizidalem Verhalten. McLewin und Muller (2006) konnten die schützende Rolle sozialer Unterstützung bei jungen Erwachsenen nachweisen, die in der Kindheit körperliche Misshandlungen erfahren hatten.

Weniger eindeutige Ergebnisse zeigen andere aktuelle Studien. Greeff, Vansteenwegen und Ide (2006) untersuchten Resilienzfaktoren bei Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied. Jeweils ein Elternteil der Studie erfüllte die Kriterien einer DSM-IV-Diagnose, was als Risikofaktor für die familiäre Entwicklung angesehen wurde. Die Studie untersuchte verschiedene Aspekte sozialer Unterstützung und ihre Bedeutung sowohl für die Eltern als auch für ihre Kinder. Für die Kinder erwies sich die erfahrene emotionale Unterstützung als wichtig, die Mobilisierung von professioneller Unterstützung hatte jedoch sowohl für Eltern als auch für ihre Kinder keine Bedeutung. Eine Erklärung sehen die Autoren darin, dass Familien, die nach einer bestimmten Unterstützung suchen, nicht notwendigerweise auch davon profitieren. Die Integration in eine Gemeinschaft, die dort gefundene Unterstützung und die Einschätzung, dass die Gemeinschaft eine Ressource darstellt, interpretierten die Autoren demgegenüber als schützend für die Familie. Jackson (2005) untersuchte die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen auf das adaptive Verhalten bei 432 Kindern zwischen 8 und 12 Jahren. Soziale Unterstützung von engen Freunden und Freundinnen, Eltern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Klassenkameradinnen und -kameraden bewirkte adaptives Verhalten nur dann, wenn wenig kritische Lebensereignisse erlebt wurden. Soziale Unterstützung besaß nur dann einen schützenden Effekt, wenn die Anzahl negativer Lebensereignisse gering war. Bettge und Ravens-Sieberer (2005) fanden in einem Pretest der BELLA-Studie zwar einen negativen Zusammenhang zwischen sozialer und familiärer Unterstützung und psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen, dieser war jedoch nicht signifikant. Die Autoren werten dies als einen ersten Hinweis, dass personale und familiäre Ressourcen wichtiger für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind als soziale.

In der Resilienzforschung existieren auch Studien, die keine schützenden Effekte sozialer Unterstützung nachweisen können. Adelman (2005) referiert die Ergebnisse einer Studie mit etwas mehr als 130 000 Schülerinnen und Schülern. Im Zentrum des Interesses standen dabei Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und

Jugendlichen und deren Auswirkungen auf positive und negative Verhaltensweisen. Die Unterstützung von anderen (Freunde/Freundinnen, Lehrerinnen/Lehrer, andere Erwachsene, Mitglieder der Kirchengemeinde und der Polizei) stand in dieser Untersuchung nicht mit weniger negativem Verhalten in Zusammenhang. Eine Erklärung wird darin gesehen, dass diese Studie nicht ausschließlich Risikogruppen untersuchte, die Unterstützung aber vornehmlich an Jugendliche gerichtet wurde, die negatives Verhalten zeigten und dieses eher neutralisiert als in positive Richtung verändert wurde. Murdock und Bolch (2005) untersuchte den Zusammenhang zwischen Schulklima und schulischer Anpassung von homo- und bisexuellen Jugendlichen sowie den moderierenden Effekt von sozialer Unterstützung von Familie, Lehrerinnen und Lehrer sowie engen Freunden und Freundinnen. Soziale Unterstützung konnte Auswirkungen eines schlechten Schulklimas gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie nicht abmildern. Fehlende soziale Unterstützung, verknüpft mit einer negativen Schulumgebung, erwies sich jedoch als Risikofaktor.

Bender und Lösel (1997) finden weniger einen schützenden als vielmehr einen stabilisierenden Effekt sozialer Unterstützung in der Gleichaltrigengruppe. Ihre Ergebnisse entstanden in einer Studie über 2 Jahre, die den Einfluss von sozialer Unterstützung und Gleichaltrigenbeziehungen auf aggressives und delinquentes Verhalten von Jugendlichen aus Hochrisikogruppen zwischen der mittleren und späten Adoleszenz untersuchte. Die Zugehörigkeit einer Clique und die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung dort standen eher mit negativen Ergebnissen in Zusammenhang. Weder Jungen noch Mädchen änderten ihr Problemverhalten aufgrund der erhaltenen Unterstützung. Die Autoren sehen vielmehr einen stabilisierenden Effekt für antisoziales Verhalten, wenn soziale Unterstützung erfahren wird. Daraus ergebe sich, dass soziale Unterstützung und die Beziehung zu Gleichaltrigen sowohl schützende als auch vulnerabilisierende Effekte haben kann, z. B. je nach Ausmaß des bereits vorhandenen antisozialen Verhaltens.

Familiäre soziale Unterstützung neben der durch die Eltern erwies sich in der Kauai-Studie (Werner & Smith 1982) als relevant. Wenn emotionale Unterstützung durch ein anderes Familienmitglied neben der Mutter geleistet wurde, z. B. durch ein älteres Geschwister oder Großeltern, so konnten Belastungen für Mädchen auch einen positiven Reifungsprozess bewirken. Zusammenfassend berichtet Werner (2006), dass unterstützende Großeltern als Schutzfaktor gegenüber Armut, elterlicher psychischer Erkrankung, Kindesmissbrauch und Scheidung der Eltern belegt werden konnten. In ihrer Studie wurde der größte Anteil an Varianz hinsichtlich der Qualität der Anpassung von inzwischen 40-jährigen Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Studie u. a. durch die Anzahl der Quellen für emotionale Unterstützung aufgeklärt, die die Teilnehmenden im Alter zwischen 2 und 10 Jahren u. a. auch durch Verwandte erhielten. Für Kinder, die unter risikoreichen Bedingungen aufwachsen, kann die soziale Unterstützung durch Verwandte eine kritische Variable sein, die über die Entwicklung dieser Kinder mit entscheidet. Sie kann direkte als auch indirekte förderliche Wirkung für Kinder entfalten, indem sie entweder auf Kinder direkt zielt oder die Eltern in ihrer Anpassung unterstüt-

zen, was auf indirektem Weg wieder den Kindern zugute kommt (Dunn et al. 2006; Elder & Conger 2000; McLoyd 1997).

Bewertung und kritische Würdigung

Bender und Lösel (1997) sehen die Ergebnisse zur Beziehung zwischen sozialen Ressourcen und den Problemen von Jugendlichen als sehr uneinheitlich. Diese Bewertung kann aus unserer Sicht auch unter Berücksichtigung der aktuellen Befundlage immer noch aufrechterhalten werden. Bender und Lösel (1997) erklären dies durch die Komplexität des Konstrukts „soziale Unterstützung“ und dadurch, dass in der Forschung unterschiedliche Aspekte in vielfältigen Forschungskontexten und mit unterschiedlichen Methoden untersucht werden. Außerdem sei es schwierig, die schützenden Effekte von sozialen Ressourcen zu bewerten, da andere Variablen eine große zusätzliche Rolle spielen wie z. B. Alter, Art und Schwere von Verhaltensproblemen, Untersuchungsmethoden, Geschlecht und andere Moderatorvariablen. Auch diese Einschätzung entspricht immer noch der aktuellen Befundlage. Es scheint außer Frage zu stehen, dass soziale Unterstützung einen Effekt auf Kinder und Jugendliche hat, die unter risikoreichen und entwicklungsgefährdenden Bedingungen aufwachsen. Die uneinheitliche Befundlage macht jedoch deutlich, dass diese Effekte sehr differenziert betrachtet werden müssen, z. B. je nachdem, welche Risikobedingungen vorliegen, wie alt die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sind, ob es sich um Mädchen oder Jungen handelt und welche zusätzlichen Rahmenbedingungen vorliegen. Soziale Unterstützung kann sich z. B. sowohl an die Kinder direkt als auch an deren Eltern richten (Lee et al. 2006; Zaslow et al. 1999) und dadurch auf unterschiedlichen Wegen wirksam sein. Darüber hinaus hat es eine Bedeutung, welche Form sozialer Unterstützung geleistet wird und durch wen. Die Resilienzforschung zu sozialer Unterstützung macht deutlich, dass viele Moderatorvariablen eine Rolle spielen können, weshalb eine abschließende Bewertung unterschiedlicher Formen von sozialer Unterstützung nach wie vor schwer ist. Der Aspekt, dass soziale Unterstützung auch negative Auswirkungen haben kann, ist in der Resilienzforschung noch weitgehend unberücksichtigt geblieben. Möglicherweise kann der Schlüssel von sozialer Unterstützung in korrektiven Beziehungserfahrungen liegen, die so differenziert noch nicht betrachtet wurden.

3.4.2 Erwachsene als Rollenmodelle und Beziehung zu Erwachsenen

Vielfach zeigten resiliente Kinder und Jugendliche z. B. in der Kauai-Studie (Werner 1993) eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie, der auch eine Funktion als Rollenmodell besaß. Dabei geht es nicht um eine allgemeine, von diversen Erwachsenen geleistete Unterstützung, sondern darum, dass zu einer Bezugsperson außerhalb der Familie eine Vertrauensbeziehung besteht, die auf unterschiedliche Art und Weise eine schützende Funktion gewähren kann. Eine spezielle Form von sozialer Unterstützung hat in der Resilienzforschung immer wieder Berücksichtigung erfahren.

Befundlage

Für Mädchen im späten Jugendalter war die Verfügbarkeit einer Lehrerin bzw. eines Lehrers als Mentorin bzw. Mentor oder das Rollenmodell in der Kauai-Studie (Werner 1993) ein wichtiger Prädiktor für ihren Anpassungsgrad im Erwachsenenalter. Für Jungen spielte diese Tatsache zwar eine etwas weniger wichtige Rolle, doch zeigte sich in der Studie insgesamt, dass alle resilienten Jugendlichen wenigstens zu einer Person eine Beziehung hatten, die sie bedingungslos akzeptierte – ungeachtet ihres Temperaments, ihrer Attraktivität oder Intelligenz. DuBois und Silverthorn (2005) untersuchten die Auswirkungen einer Beziehung zu einem Mentor bzw. einer Mentorin auf die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein Mentor bzw. eine Mentorin war definiert als ein Erwachsener neben den Eltern, der eine wichtige positive Rolle oder Veränderung im Leben bedeutete. Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit einer solchen Beziehung besaßen eine höhere Wahrscheinlichkeit für schulischen und beruflichen Erfolg, für geringeres Problemverhalten (Bandenzugehörigkeit, Schlägereien, Risikoverhalten), für besseres psychisches Wohlbefinden und für eine bessere Gesundheit. Die Autoren merken einschränkend an, dass die schützende Wirkung einer Mentorenbeziehung weniger bedeutsam war im Vergleich zu den Auswirkungen von Risikofaktoren. Sie plädieren deshalb dafür, die Förderung von Beziehungen zu Mentoren bzw. Mentorinnen in umfassendere Interventionen zu integrieren. Die Bedeutung eines Mentors bzw. einer Mentorin in der Schule als Schutzfaktor konnten Vance, Fernandez und Biber (1998) ebenfalls für Jugendliche belegen, die aggressive Verhaltensprobleme zeigten oder unter schweren emotionalen Störungen litten.

Lösel und Bender (1994) leiten aus der Bielefeld-Erlangen-Studie ab, dass zu den sozialen Ressourcen, die eine schützende Wirkung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben, eine stabile emotionale Beziehung entweder zu einem Elternteil oder einer anderen Vertrauensperson gehört. Darüber hinaus seien soziale Modelle von Bedeutung, die zu konstruktivem Bewältigungsverhalten ermutigen. Für Grundschülerinnen und -schüler mit Verhaltensproblemen, die ein Risiko für ihre Entwicklung darstellten, konnte Baker (2006) eine gute Beziehung zur Lehrperson als Schutzfaktor für die schulische Entwicklung und Anpassung untermauern. Sie besaßen einen Vorteil gegenüber Grundschülerinnen bzw. -schülern mit Verhaltensproblemen, die keine gute Beziehung zur Lehrperson aufweisen konnten. Für Jugendliche, die nicht zu Hause lebten, spielte eine gute und tragfähige Beziehung zu einer weiblichen erwachsenen Bezugsperson eine wichtige Rolle (Legault et al. 2006). Sie zeigten ein geringeres Ausmaß an körperlich aggressivem Verhalten und eine geringere Ängstlichkeit, wenn die Qualität der Beziehung gut war.

Bewertung und kritische Würdigung

Eine positive Beziehung zu einer wichtigen erwachsenen Bezugsperson wird in der Resilienzforschung sehr konsistent als bedeutsamer Schutzfaktor bewertet. Neben den aktuellen Studien referieren auch Literaturzusammenfassungen immer wieder die Bedeutsamkeit dieser Variablen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter

risikoreichen und gefährdenden Lebensbedingungen: z. B. für Kinder mit Lernbehinderungen (Mather & Ofiesh 2005), für hyperaktive Kinder (Chen & Taylor 2005) und für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Mattejat 2002). Die Bedeutung für Kinder und Jugendliche scheint dabei auf unterschiedlichen Ebenen zu liegen. Zum einen wird die Beziehungsebene immer wieder als wichtig hervorgehoben, auf der Kinder und Jugendliche bedingungslose Wertschätzung, Vertrauen, Unterstützung und eine Stärkung ihres Selbstwertes und Selbstvertrauens erfahren (DeMatteo & Marczyk 2005; Masten & Reed 2002; Mather & Ofiesh 2005). Zum anderen können Erwachsene als Rollenmodelle für z. B. prosoziales und nicht aggressives Verhalten (Alvord & Grados 2005; DeMatteo & Marczyk 2005) oder für konstruktives Bewältigungsverhalten dienen (Lösel & Bender 1994; Wustmann 2004). Insgesamt kann es als gesichert angesehen werden, dass eine starke und günstige Beziehung zu einer kompetenten, prosozialen und unterstützenden erwachsenen Bezugsperson einen der wichtigsten Schutzfaktoren darstellt (Masten & Coatsworth 1998; Masten & Reed 2002). Wenn Eltern diese Erfahrung nicht bereitstellen können, kann die Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie eine große Bedeutung gewinnen und Erfahrungen vermitteln, die in der Familie nicht gemacht werden können.

3.4.3 Kontakte zu Gleichaltrigen

Die Beziehung zu Gleichaltrigen spielt in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Außerhalb der Resilienzforschung ist es inzwischen unbestritten, dass sich eine gute und befriedigende Beziehung zu Gleichaltrigen positiv auf das allgemeine Wohlbefinden auswirkt (Lindberg & Swanberg 2006). In der Forschung zu Schutzfaktoren wird darüber hinaus untersucht, ob die Beziehung zu Freunden und Freundinnen sowie Peers unter Risikobedingungen auch eine schützende Wirkung entfalten kann. Dabei werden unterschiedliche Wirkmechanismen vermutet, wie sie z. B. Wustmann (2004) zusammenfasst. Protektive Wirkungen von Freundschaftsbeziehungen und Peerkontakten können Erholung, Unterhaltung, Rat, emotionaler Beistand, positives Feedback, Ablenkung von schwierigen Situationen und Ablenkung vom Ernst des Alltags im sozialen Spiel sein. Es können Möglichkeiten für Perspektivübernahme und Empathie geschaffen und die Kommunikationsfähigkeit, Impulskontrolle, Kreativität und interpersonales Bewusstsein gefördert werden. Innerhalb prosozialer Beziehungen können wirksame Modelle gefunden werden. Gerade in der Adoleszenz intensivieren sich Beziehungen zu Gleichaltrigen; die Zeit, die mit Gleichaltrigen verbracht wird, nimmt zu, und Liebesbeziehungen werden wichtig (Collins & Roisman 2006). Studien greifen häufig einzelne Aspekte der beschriebenen Wirkmechanismen heraus oder beschränken sich darauf, das Vorhandensein eines Schutzeffekts zu überprüfen.

Befundlage

Eine Gruppe von Studien in der Resilienzforschung untersucht die Auswirkungen von *Freundschaftsbeziehungen zu prosozialen Gleichaltrigen*. Masten und Reed (2002)

sehen in einer solchen Beziehung einen allgemeinen Schutzfaktor für psychosoziale Resilienz. Diese Einschätzung wird von Bartol (2006) geteilt, der in prosozialen Beziehungen einen wichtigen Schutz gegenüber antisozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen sieht. Sie unterstützten die Entwicklung von Empathie und verstärkten die Fähigkeit zur Selbstregulation und prosoziales Verhalten. Außerdem verhinderten Freundschaften zu Gleichaltrigen, die sich sozial angepasst verhalten, eine verzerrte und feindselige Einschätzung anderer Personen. Bollmer et al. (2005) konnten diese Bewertung untermauern. Sie untersuchten rund 100 Kinder im Alter zwischen 10 und 13 Jahren. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen externalisierendem Verhalten und der Tendenz, andere Kinder zu schikanieren, wurde abgemildert, wenn diese Kinder eine Freundschaftsbeziehung von hoher Qualität pflegten. Die Autoren interpretieren diesen Effekt dadurch, dass eine Freundschaftsbeziehung adäquate Gleichaltrigenbeziehungen vermittelt und somit eine bessere Empathiefähigkeit entsteht, soziale Kompetenzen erlernt und eine negative Einstellung zu aggressivem Verhalten erworben werden kann.

Eine Freundschaftsbeziehung hatte hingegen keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen internalisierenden Problemen und der Gefahr, in eine Opferrolle zu gelangen. Herrenkohl et al. (2005) konnten nachweisen, dass Jugendliche, die als Kinder körperlich misshandelt wurden und ein hohes Risiko für antisoziales Verhalten trugen, weniger von diesen Verhaltensweisen zeigten, wenn sie Kontakte zu Gleichaltrigen pflegten, die antisoziales Verhalten missbilligten. Dies galt auch für eine Vergleichsgruppe, die keine körperliche Misshandlung erlebt hatte. Prosoziales Verhalten von Freunden und Freundinnen konnte bei einer Untersuchung mit Zwillingen als schützender Faktor nachgewiesen werden (Lamarche et al. 2006). Der in der Studie gefundene Zusammenhang zwischen reaktiver Aggression der untersuchten Kinder und der Gefahr, in eine Opferrolle zu geraten, wurde geringer, wenn diese Kinder Freunde bzw. Freundinnen besaßen, die sich prosozial verhielten. Möglicherweise können über die Freunde und Freundinnen Wege gefunden werden, wie kritische soziale Situationen gelöst und Eskalationen verhindert werden können. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass solche Freundschaften den Ausdruck reaktiver Aggressionen verringern. Kogan et al. (2005) untersuchten afroamerikanische Jugendliche, die die Schule vorzeitig abgebrochen hatten. Sie besaßen ein geringeres Risiko, Drogen zu konsumieren, wenn sie Kontakte zu angepassten Gleichaltrigen pflegten, die regelmäßig zur Schule gingen, wenig Risikoverhalten zeigten, eine Ausbildung absolvierten oder Zukunftspläne in diese Richtung hatten.

Criss et al. (2002) untersuchten, inwieweit sich Freundschaften und Beziehungen zu Gleichaltrigen auf die Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme auswirkten. Sie verfolgten die Entwicklung von Kindern aus 585 Familien zwischen dem 5. Lebensjahr und der 2. Klasse, die familiären Belastungen ausgesetzt waren. Die *Akzeptanz von Gleichaltrigen* ließ sich als Schutzfaktor gegenüber externalisierendem Verhalten belegen, wenn die Kinder Benachteiligungen, elterliche Konflikte oder eine harsche und feindselige Erziehung erfuhren. Freundschaften moderierten die Auswirkungen einer harschen Erziehung. In der Beziehung zu Gleichaltrigen wird ein wichtiger Schutzfaktor

tor gesehen, der die Entwicklung von Kindern aus Hochrisikogruppen in angepasste Bahnen lenken kann. Dabei werden drei unterschiedliche Wege vermutet, wie dies geschehen kann. Zum einen könnten unterschiedliche Arten von Beziehungen auch unterschiedliche Bedürfnisse von Kindern befriedigen. Kinder, denen soziale Kompetenzen aufgrund familiärer Konflikte fehlen, könnten diese Erfahrungen durch die Interaktion mit Gleichaltrigen machen. Darüber hinaus vermittelten Freunde und Freundinnen, dass bestimmte Arten, soziale Situationen zu interpretieren und sich in ihnen zu verhalten nicht angebracht seien. Freunde und Freundinnen könnten die Einstellung zu Schule und Lehrkräften verbessern helfen.

Anerkennung durch Gleichaltrige erwies sich im Züricher Adoleszenten-Psychopathologie-Projekt (Steinhausen & Winkler Metzke 2001; Winkler Metzke & Steinhausen 1999a) als protektiv gegenüber internalisierenden Störungen und stand außerdem mit psychischem Wohlbefinden in Zusammenhang (Schrepferman, Eby et al. 2006). In einer Studie von Legault et al. (2006) erlebten Jugendliche eine geringere Ängstlichkeit und zeigten weniger aggressives Verhalten, wenn sie eine größere Zahl enger Freundschaften pflegten. Fox und Boulton (2006) zeigten, dass die Gefahr für Kinder mit Defiziten in der sozialen Kompetenz, in eine Opferrolle zu geraten sank, wenn sie eine größere Anzahl von Freunden bzw. Freundinnen besaßen und der „beste Freund“ bzw. die „beste Freundin“ in der Gleichaltrigengruppe akzeptiert war. Jugendliche, die eine suizidale Krise überwunden hatten (Everall et al. 2006) beschrieben es als wichtig, dass sie ein soziales Netz und Freundschaften entwickeln konnten. Sie erfuhren dadurch ein Gefühl der Zugehörigkeit, Kameradschaft und Akzeptanz. Enge Freunde und Freundinnen dienten als Zuhörer und ermutigten in schwierigen Situationen. Partnerschaften vermittelten Geduld, Verständnis und Fürsorge.

Ein sehr differenziertes Bild zeichnet die bereits unter dem Unterpunkt „soziale Unterstützung“ (siehe Abschnitt 3.4.1) referierte Längsschnittuntersuchung von Bender und Lösel (1997) mit Jugendlichen aus Hochrisikogruppen, die in Heimen aufwuchsen. Die Mitgliedschaft in einer Clique erwies sich dabei als ein stabilisierender Faktor auf das Verhalten der Jugendlichen und konnte sowohl als Risiko- als auch als Schutzfaktor dienen, je nachdem, wie groß das Ausmaß antisozialen Verhaltens war. Das Ausmaß des Problemverhaltens verringerte sich durch die *Mitgliedschaft in einer Clique* nicht. Dieser Effekt wird mit dadurch erklärt, dass Jugendliche sich Freunde bzw. Freundinnen suchen, die ihnen selbst ähneln und so eine Verhaltensänderung eher unwahrscheinlicher wird. Murdock und Bolch (2005) belegten in einer Studie, dass enge Freundschaften von homo- und bisexuellen Jugendlichen die negativen Auswirkungen eines schlechten Schulklimas nicht abmildern konnten.

Bewertung und kritische Würdigung

Studien, die die Auswirkungen von Kontakten zu Gleichaltrigen untersuchen, zeigen, dass diese wichtige Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind. Ob sie immer als Schutzfaktor wirken, ist schon deshalb fraglich, weil Studien

belegen, dass Kontakte zu Jugendlichen, die nicht prosozial ausgerichtet sind, auch vulnerabilisierende Effekte haben können (Bender & Lösel 1997; Masten & Coatsworth 1998). Als konsistentes Ergebnis zeigt sich jedoch, dass Kontakte zu prosozialen Kindern, Jugendlichen oder auch Gruppen schützende Wirkungen entfalten können. Schwierig dabei ist es, wie Bender und Lösel (1997) zeigen, dass Kinder und Jugendliche sich zumeist Freunde bzw. Freundinnen und Kontakte zu Gleichaltrigen suchen, die ihnen ähnlich sind. Für gefährdete Kinder und Jugendliche könnte deshalb der Weg zu prosozialen Gleichaltrigen nicht immer der nahe liegendste sein. Insgesamt ist noch weitgehend ungeklärt, welche Mechanismen für die Schutzwirkung verantwortlich sind. Erklärungsansätze reichen von der Möglichkeit, prosoziales Verhalten und soziale Kompetenz zu erlernen, über die Möglichkeit zur Perspektivübernahme bis hin zu Unterstützungsfunktionen, die einen großen Überschneidungsbereich zu sozialer Unterstützung aufweisen (siehe Abschnitt 3.4.1).

3.4.4 Qualität der Bildungsinstitutionen

Kinder und Jugendliche verbringen im Allgemeinen einen Großteil des Tages in der Schule, weshalb der schulische Einfluss auf die Entwicklung nicht zu unterschätzen ist. Das schulische Umfeld beeinflusst das Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern. Erfahrungen, die in der Schule gemacht werden, haben Auswirkungen auf die Gesundheit (Lindberg & Swanberg 2006; Suarez-Orozco et al. 2006). In der Resilienzforschung wurden schulische Bedingungen hinsichtlich ihrer schützenden Eigenschaften für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter Risikobedingungen untersucht. Wustmann (2004) referiert, dass in der Schutzfaktorenforschung davon ausgegangen wird, dass schulische Bedingungen den Aufbau von Selbstwirksamkeit, hoher Effizienzerwartung und eines positiven Selbstbildes unterstützen können und somit protektiv für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wirken.

Befundlage

Die *Verbundenheit mit der Schule* stellte sich für 10- bis 11-jährige Kinder, die schon früh aggressive Verhaltensweisen zeigten, als Schutzfaktor gegenüber dem Fortsetzen aggressiven Verhaltens heraus (Sprott et al. 2005). Für Kinder, die den unterschiedlichsten Risiken ausgesetzt waren, konnte eine starke Verbindung mit der Schule gewaltsame und sonstige Verstöße gering halten und gegenüber dem Einfluss delinquenter Gleichaltriger als Schutz dienen. Die Autoren nehmen an, dass positive Erfahrungen in der Schule Risikofaktoren und frühere aggressive Verhaltensweisen kompensieren können, sodass gewalttätiges Verhalten nicht eskaliert. Die Verbundenheit mit der Schule könne aus der Erfahrung entstehen, dass es dort Personen gibt, die sich für das Kind interessieren. Dieses Gefühl könne zu einer Verringerung gewalttätigen Verhaltens führen, aus Angst, eine wichtig gewordene Beziehung wieder zu verlieren. Zwar sei eine Verbundenheit mit der Schule für alle Kinder von Bedeutung, für Kinder, die gefährdenden Lebensumständen ausgesetzt sind, jedoch von besonderer.

Herrenkohl et al. (2005) konnten zeigen, dass ein hohes Verpflichtungsgefühl gegenüber der Schule als Schutzfaktor eingeordnet werden kann: Kinder, die körperliche Misshandlungen erfahren hatten, zeigten weniger antisoziales Verhalten, wenn sie ein höheres Verpflichtungsgefühl aufwiesen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie Gewalt ausübten, delinquent wurden oder sonstige Verfehlungen begingen, war geringer. Entgegen den Ergebnissen der referierten Studien konnten Henrich, Brookmeyer und Shahar (2005) keinen schützenden Effekt einer Verbundenheit mit der Schule feststellen. Sie untersuchten den Zusammenhang des Erlebens und eigenen Ausübens von Gewalt. Auch Ozer (2005) fand keinen schützenden Effekt einer engen Verbindung zur Schule auf die psychische Befindlichkeit bei Kindern, die Gewalterfahrungen gemacht hatten. Wenn keine besonderen Risikobedingungen vorlagen, zeigte sich jedoch ein Zusammenhang zwischen Verbundenheit mit der Schule und psychischem Befinden (depressive Symptome und Ängstlichkeit) zwischen der 7. und 8. Klasse.

Eine *positive Beziehung zu einer Lehrerin bzw. einem Lehrer* erwies sich in einer Studie von Baker (2006) als protektiv gegenüber den Auswirkungen von Entwicklungsrisiken von Grundschülerinnen und Grundschülern. Insgesamt bewertet der Autor die Ergebnisse aus einer Studie mit 1310 Schülerinnen und Schülern so, dass eine effektive Lehrer-Schüler-Beziehung auch über die Grundschule hinaus förderlich ist und in ihr ein Schutzfaktor speziell für solche Schülerinnen und Schüler liegt, die Verhaltensprobleme aufweisen. Al-Yagon und Margalit (2006) konnten für Grundschülerinnen und -schüler mit Leseschwierigkeiten den schützenden Effekt einer guten Beziehung zum Lehrer bzw. zur Lehrerin nachweisen, die Gefühle der Einsamkeit verringerten und das Kohärenzgefühl der Kinder verbesserten. Auch Piko, Fitzpatrick und Wright (2005) konnten als Schutzfaktor für amerikanische Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit festhalten, mit Lehrkräften über Probleme sprechen zu können. Darüber hinaus war es für sie wichtig, insgesamt mit der Schule zufrieden zu sein.

Eine Studie von Christle, Jolivet und Nelson (2005) untersuchte schulische Schutz- und Risikofaktoren gegenüber der Delinquenz von Jugendlichen. Die Ergebnisse von drei verschiedenen Schultypen von Grund- bis weiterführender Schule zeigten, dass Schule protektiv wirken kann, wenn sie positive und sichere Lernumgebungen bietet, hohe, aber erreichbare schulische und soziale Erwartungen setzt und Schülerinnen und Schüler beim Erfüllen dieser Erwartungen unterstützt. Hoch qualifizierte Lehrkräfte und effektive und ermutigende Anleitungen können dabei den negativen Auswirkungen von Armut, die Schülerinnen und Schüler erleben, entgegenwirken. Ähnliche Faktoren untersuchen Opp und Wenzel (2003) in einer laufenden Studie, die das Schulklima, professionelles Lehrerhandeln, Schülerpartizipation, Schulökologie und Kooperation zum Gegenstand hat. Bennett, Elliott und Peters (2005) konnten für Kindergartenkinder, die sie über 1 Jahr begleiteten, zeigen, dass eine adäquate Ausstattung der Einrichtung, ein unterstützendes Klima für die Betreuerinnen und Betreuer sowie ein geringes Ausmaß an Verhaltensproblemen in der Gruppe schützend für die Kinder wirkte. Sie sehen darin Bestandteile eines Kindergartens, die mit einer besseren Selbstkontrolle von Kindern in

Zusammenhang stehen und ihre Verhaltensprobleme positiv beeinflussen. Noppe, Noppe und Bartell (2006) berichten, dass die Resilienz von Kindern und Jugendlichen, die mit den Terroranschlägen vom 11. September 2001 konfrontiert waren, entscheidend durch die Aufrechterhaltung schulischer Routinen und Strukturen mitbestimmt wurde.

Bewertung und kritische Würdigung

Viele schulische und auch vorschulische Faktoren können für die Resilienz von Kindern und Jugendlichen eine Bedeutung haben. Die Verbundenheit mit einer Schule kann die Übernahme förderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen unterstützen (DeMatteo & Marczyk 2005; Herrenkohl et al. 2005; Meschke & Patterson 2003; Sprott et al. 2005) und auf diese Weise protektiv wirken. Eine positive Beziehung zu einer Lehrerin bzw. einem Lehrer kann ebenfalls förderliche Funktionen haben (Al-Yagon & Margalit 2006; Baker 2006; Piko et al. 2005). Masten und Coatsworth (1998) fassen zusammen, dass der Besuch von effektiven Schulen einen Schutzfaktor darstellen kann. Dazu gehöre ein klares Schulkonzept, verantwortliche und qualitativ hochwertige Anweisungen und Aufgabenstellungen, eine Überprüfung der Fortschritte der Schülerinnen bzw. Schüler und Personalentwicklung. Studien definieren effektive Schulen unterschiedlich. Dennoch zeigen sich Übereinstimmungen darin, dass folgende Bestimmungsstücke dabei von Bedeutung sind (Wustmann 2004): angemessene Leistungserwartungen, konsistente und gerechte Regeln, konstruktives Feedback, Partizipationsmöglichkeiten, aktives Interesse der Lehrkräfte an den Schülerinnen und Schülern, respektvoller Umgang, positive Peerkontakte, enge Zusammenarbeit mit Eltern, zusätzliche Angebote und insgesamt ein wertschätzendes Schulklima. Durch positive schulische Erfahrungen können Selbstwert und Selbstkontrolle gefördert werden (Heller et al. 1999), die ihrerseits eine resiliente Entwicklung unterstützen (vgl. Abschnitt 3.2.2). Neben der Schule wird künftig den vorschulischen Bildungsinstitutionen (Kindertagesstätten) eine große Bedeutung zukommen (siehe Kliche et al. 2008).

3

3.5 Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf

Die Entwicklungspsychologie hat die Bedeutung von Phasen und Übergängen in Kindheit und Jugend herausgearbeitet. Dies gilt insbesondere auch für Gesundheit und Wohlbefinden, Risikoverhalten und Vorsorgeverhalten. Daher wird wie bereits erwähnt eine Altersspezifität der Schutzfaktoren angenommen. Lebensabschnitte bilden danach wichtige Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit (Seiffge-Krenke 2007). Die Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen muss differenziell im Kontext verschiedener Altersabschnitte gesehen werden. Im Verlauf der Entwicklung sind Phasen erhöhter Vulnerabilität hinsichtlich spezifischer Gesundheitsbedrohungen zu beobachten (z. B. Drogenkonsum, aggressives Ver-

Altersgruppe	Beispiele für Schutzfaktoren
Säuglingsalter	<ul style="list-style-type: none"> – Positive Aufmerksamkeit von Familienmitgliedern/Freunden/Freundinnen – Positive soziale Orientierung eines Kindes – Wenig kindbedingter Elternstress
Kleinkindalter	<ul style="list-style-type: none"> – Eigenständige Suche nach neuen Erfahrungen – Positive soziale Orientierung – Deutliche Fortschritte in der Kommunikation, Motorik und Selbstständigkeitsentwicklung
Grundschulalter	<ul style="list-style-type: none"> – Gutes Auskommen mit Mitschülerinnen und Mitschülern – Gutes Sprach- und Lesevermögen – Optimale Nutzung eigener Fertigkeiten – Viele Interessen sowie Realisieren von vielfältigen Aktivitäten und Hobbys – Positives Selbstkonzept
Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> – Hohe Eigenverantwortlichkeit – Viele soziale Fertigkeiten – Selbstsicheres Verhalten (vor allem bei Mädchen) – In positiver Weise soziale Unterstützung einfordern

Tab. 6: Altersspezifische Ausprägung von Schutzfaktoren (Werner 1993, nach Petermann & Petermann 2005, S. 42)

halten) (Greve & Suhling 2007; Scheithauer & Petermann 1999; Silbereisen & Pinquart 2005; Wustmann 2004). Verschiedene Autoren haben auf altersspezifische Risiko- und Schutzfaktoren hingewiesen und legten Übersichten vor, z. B. gegliedert nach frühkindlicher Phase, Kindheit und Jugend (Lehmkuhl & Lehmkuhl 2004; Rollett & Werneck 2002). Werner (1993, nach Petermann & Petermann 2005) wählt in ihrer Übersicht eine andere Einteilung und listet Beispiele für bedeutsame Schutzfaktoren in unterschiedlichen Altersgruppen bzw. auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen auf (vgl. Tabelle 6). Auch wenn wir hier von unterschiedlichen Phasen sprechen, in denen verschiedene Schutzfaktoren wirksam sind, ist die Entwicklung dennoch als ein Prozess zu sehen, der über die Zeit verläuft (transaktionales Geschehen). Beispielsweise beeinflussen im Kleinkindalter vorhandene Schutzfaktoren auch die Entwicklung von Schutzfaktoren im Grundschulalter, die sich dann wiederum im Jugendalter auswirken können. Das Zusammenspiel protektiver Mechanismen über die Zeit ist jedoch noch kaum untersucht. Die Gesundheitsförderung muss sich differenziell auf die jeweiligen Entwicklungsphasen und Veränderungen in der Entwicklung einstellen und ihre Konzepte daran orientieren (Lohaus & Klein-Heßling, im Druck; Silbereisen & Weichold 2007).

3.6

Interkulturelle Aspekte und Migration

Die bisher berichteten Befunde sind überwiegend an amerikanischen und westeuropäischen Probanden und Stichproben erhoben worden. Sie können nicht auf andere Kulturen übertragen werden. Gerade in der Prävention und Gesundheitsförderung verdienen jedoch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund besondere Beachtung. Sie sind speziellen Risiken, Stressoren oder Belastungen ausgesetzt: Die fehlende soziale Integration der Familie in das „neue“ Land, die Sprachbarriere, die Identitätsentwicklung unter fremden Bedingungen (Identitätsdiffusion) und der eventuell unsichere Aufenthaltsstatus sind Beispiele für solche Belastungen (siehe auch Castro 2005; Lanfranchi 2006; Suarez-Orozco et al. 2006). Es ist davon auszugehen, dass Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung dieser Kinder eine besonders große Rolle spielen. Sie bringen über ihre eigene Kultur auch „eigene“ Schutzfaktoren mit, z. B. starke familiäre Kohäsion in Familien aus traditionellen Gesellschaften. Resilienzfördernde Faktoren bei Kindern von Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie Asylsuchenden können auch Schule und Kindertagesstätten als strukturgebende Instanz sowie kompetente Lehrerinnen und Lehrer als emotional stützende Bezugspersonen sein (Lanfranchi 2006). Besondere Bedeutung kommt dem Faktor „sichere Bindung an eine primäre Bezugsperson“ zu (in Anbetracht der unsicheren äußeren Situation). Bei Castro (2005) wird die Entwicklung einer bikulturellen Identität als Schutzfaktor diskutiert.

3

MASSNAHMEN ZUR STÄRKUNG VON SCHUTZFAKTOREN



Die Ergebnisse der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung legen nahe, dass Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche vor gesundheitlichen Problemen schützen sollen, über eine alleinige Orientierung an Risikofaktoren hinausgehen müssen. Da die Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten und Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen mindestens ebenso wichtig scheint wie die Reduktion oder Abschwächung von Risikofaktoren, sollten Schutzfaktoren verstärkt Berücksichtigung finden. Beide Strategien dienen letztendlich demselben Ziel. Als umfassende Präventionsprogramme werden daher häufig solche benannt, die sich sowohl auf Schutz- als auch auf Risikofaktoren beziehen. Es liegen strukturierte und manualisierte Interventionsprogramme vor, die sich an Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersstufen richten und teilweise für die Durchführung in Schulen oder Kindertagesstätten konzipiert sind. Diese Form der Intervention wird im Fokus von Kapitel 4 stehen.

Ein Umdenken von der Defizit- zur Ressourcenorientierung ist jedoch nicht nur in diesem Interventionskontext zu verzeichnen. Auch die Psychotherapie und die Beratung orientieren sich verstärkt an Schutzfaktoren und Ressourcen. So wurde in der Psychotherapie die Ressourcenaktivierung als ein schulenübergreifender Wirkfaktor identifiziert. Die Ressourcenaktivierung bezieht sich auf alle individuellen und interpersonellen Ressourcen der Patienten und Patientinnen. Die Ressourcen sind während des gesamten therapeutischen Prozesses bedeutsam. So tragen sie zur Veränderungsmotivation von Patienten und Patientinnen bei und ermutigen sie, selbst Verantwortung für den weiteren therapeutischen Verlauf zu übernehmen (Röper 2004). Durch den Fokus auf die Stärken des Menschen – bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Psychopathologie – findet ein Perspektivenwechsel statt.

Im Folgenden wird zunächst die Vielfalt von Programmen und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebenskompetenz beschrieben (Abschnitt 4.1). Danach werden exemplarisch Beispiele für Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren in verschiedenen Altersstufen beschrieben (Abschnitt 4.2). Die Auswahl stellt keine Bewertung der Programme dar. Vorangestellt wird eine Übersicht der Programme, zu denen den Autorinnen und dem Autor publizierte Berichte und Darstellungen zugänglich sind. Die Übersicht kann jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Das Problem der Evaluation und des Wirksamkeitsnachweises wird in Abschnitt 5.2 behandelt.

4.1 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebenskompetenz

Viele Maßnahmen, die die positive Entwicklung und Resilienz der Kinder und Jugendlichen zum Ziel haben, stammen aus den Bereichen der *Prävention* und *Gesundheitsförderung*. In den letzten Jahrzehnten wurden vor allem personenbezogene Präventionsprogramme zur Stärkung von Schutzfaktoren entwickelt. Von der WHO wurde zudem der Begriff *Lebenskompetenzprogramme* geprägt. Das Konzept der Lebenskompetenz wird häufig in gesundheitsbezogene Theorien eingebettet und als Strategie der Gesundheitsförderung verstanden (Bühler & Heppekausen 2005). Aus den USA stammende umfassende und langfristig angelegte *Multikomponentenprogramme* integrieren mehrere Interventionsebenen und Programmkomponenten. Nur wenige Programme, die auf die Förderung von Resilienz- und Schutzfaktoren abzielen, werden unter dem Schlagwort *Resilienzförderung* geführt: Es finden sich Programme, die eine Stärkung der Schutzfaktoren beabsichtigen, dies jedoch nicht explizit im Titel führen.

4

4.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Maßnahmen der Prävention zielen auf die Verringerung des Erkrankungsrisikos und die Förderung der Gesundheit. Sie beziehen sich sowohl auf körperliche als auch psychische Krankheiten (Naidoo & Wills 2003). Die Präventionsforschung im Kinder- und Jugendbereich ist international sehr umfangreich und hat mittlerweile auch im deutschen Sprachraum ihren Niederschlag gefunden. Seit der Ottawa-Charta der WHO im Jahre 1986 (World Health Organization 1986) hat das Konzept der Gesundheitsförderung der Prävention und gesundheitlichen Vorsorge einen neuen Akzent gegeben, das heißt, neben der Verhinderung von Krankheiten wird auch die Förderung von Gesundheit als Aufgabe definiert (Beelmann 2006; Helmes & Bengel 2007). Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde in der Ottawa-Charta als umfassende Programmatik formuliert und zielt „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (World Health Organization 1986, zitiert nach Franzkowiak & Sabo 1993, S. 96). Um dies zu realisieren, setzt das Konzept nicht nur an der Veränderung individueller Verhaltensweisen an, sondern sieht das Ziel auch in einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt. Es sollen die sozialen, ökologischen, strukturellen und individuellen Voraussetzungen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil geschaffen werden.

Eine moderne Prävention und Gesundheitsförderung folgt keinem kategorialen Denken, sondern sieht sich als übergreifende Konzeption, die zu jedem Zeitpunkt eingesetzt werden kann (Helmes & Bengel 2007). So kombinieren Interventionsprogramme die Abschwächung von Risiken mit der Förderung von Protektivfaktoren. Das Programm „Gesundheit und Optimismus (GO!)“ (siehe Abschnitt 4.2.5) kombiniert beispielsweise

störungsspezifische Komponenten, die sich auf potenzielle Risikofaktoren für die Entwicklung von Ängsten und Depressionen beziehen, mit allgemeinen gesundheitsfördernden Programmbausteinen wie z. B. dem Training sozialer Fertigkeiten (Manz et al. 2001).

4.1.2 Aspekte der Klassifikation

In den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung finden folgende drei Betrachtungsebenen und Klassifikationsmöglichkeiten häufig Verwendung: eine Einteilung der Maßnahmen nach der **Risikobelastung** der Zielgruppen (universelle, selektive und indizierte Programme), eine Einteilung in **spezifische versus unspezifische** sowie in **person- versus systemorientierte** Maßnahmen. Diese werden im Folgenden kurz erläutert.

Einteilung der Maßnahmen nach der Risikobelastung der Zielgruppen:

- *Universelle Maßnahmen* zielen auf die Allgemeinbevölkerung. Sie sind unabhängig von individuellen Risikofaktoren, der Anzahl, dem Ausmaß und der Intensität kindlicher Symptome.
- *Selektive Maßnahmen* beschränken sich auf Individuen oder Subgruppen mit erhöhtem Risiko für die zukünftige Entwicklung einer psychischen Störung. Sie sind abhängig von biologischen oder sozialen Risikofaktoren, aber unabhängig von Anzahl, Ausmaß und Intensität individueller Symptome.
- *Indizierte Maßnahmen* fokussieren auf Individuen mit ersten Symptomen einer psychischen Störung, die die Diagnosekriterien dieser Störung noch nicht vollständig erfüllen. Sie sind unabhängig von biologischen oder sozialen Risikofaktoren, aber meist korreliert mit ihnen. Darüber hinaus sind sie abhängig von Anzahl, Ausmaß und Intensität individueller Symptome (Munoz et al. 1996, zitiert nach Heinrichs et al. 2006).

Das „Triple P – Positive Parenting Program“ (siehe Abschnitt 4.2.1) berücksichtigt alle drei Perspektiven: Es umfasst fünf Stufen, die ein Zuschneiden der Intervention auf die spezifischen Bedürfnisse und Defizite der Eltern ermöglichen. Neben universellen Informationen über Erziehung werden Kurzberatungen für spezifische Erziehungsprobleme sowie erweiterte Interventionen auf Familienebene für Eltern von Kindern mit deutlichen Verhaltensproblemen angeboten (Kuschel & Hahlweg 2005).

Einteilung in spezifische versus unspezifische Maßnahmen:

- *Spezifische Maßnahmen* richten sich auf die Verhinderung spezieller Störungen und sollen deren Inzidenz (das heißt die Neuerkrankungsrate) verringern. Für die Planung spezifischer Maßnahmen sind u. a. ausreichende Kenntnisse über die Entstehung der Erkrankung erforderlich (Perrez 1998). Zu den spezifischen Programmen ist beispielsweise „Gesundheit und Optimismus (GO!)“ (siehe Abschnitt 4.2.5)

zu zählen, das auf die Prävention von Angststörungen und Depression bei Jugendlichen zielt.

- *Unspezifische Maßnahmen* der Gesundheitsförderung dienen der allgemeinen Verbesserung der biopsychosozialen Lebensbedingungen. Hier steht nicht die Vermeidung einer bestimmten Erkrankung im Vordergrund, sondern es werden Strategien entwickelt, mit deren Hilfe die Bevölkerung insgesamt gesünder leben kann. Die Förderung von Schutzfaktoren spielt hier eine besonders große Rolle. Das Programm „Kinder Stärken!“ ist ein Beispiel für eine unspezifische Maßnahme (siehe Abschnitt 4.2.3).

Einteilung in person- versus systemorientierte Maßnahmen:

- *Personorientierte Maßnahmen* zur Verhaltensänderung (Verhaltensprävention) beziehen sich auf individuelle, verhaltensabhängige Faktoren mit dem Ziel, Individuen darin zu unterstützen, ungesunde Verhaltensweisen abzubauen und adaptives Verhalten aufzubauen.
- *Systemorientierte Maßnahmen* (Verhältnisprävention) beziehen sich auf sozialstrukturelle bzw. ökologische Faktoren und zielen darauf ab, die Umwelt- oder Lebensbedingungen zu verbessern. Sie setzen dabei an den gesetzlichen Rahmenbedingungen oder strukturellen Gegebenheiten an. Das Jugendschutzgesetz, das u. a. den Alkoholausschank, Verkauf von Tabakwaren und die Abgabe von Filmen oder Computerspielen an Jugendliche regelt, kann als Maßnahme der Verhältnisprävention angesehen werden.

Ein weiteres Merkmal zur Klassifikation von Präventionsmaßnahmen ist das **Handlungsfeld**, das heißt der **Ort**, an dem die Maßnahme angeboten wird, sowie die **Adressaten** der Maßnahme. Obwohl die Zielperson letztendlich immer das Kind ist, unterscheiden sich die Programme darin, in welcher Weise versucht wird, Einfluss auf die zukünftige Entwicklung des Kindes zu nehmen. Als *Interventionsorte* kommen die natürliche Umgebung der Familie (home based), Schulungszentren und die Schule (center based, school based) oder die Gemeinde (community based) infrage. Interventionen in der Familie selbst oder in der Schule sind im Bereich der Förderung von Schutzfaktoren am häufigsten zu finden. Auch das mediale Umfeld von Kindern und Jugendlichen eignet sich als Träger von Prävention und Gesundheitsförderung. Die in Deutschland größte und wohl bekannteste massenkommunikative Maßnahme ist die Aidskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Gib Aids keine Chance“.

Direkte *Adressaten* können entweder das Kind selbst, Eltern oder auch Lehrer/Lehrerinnen bzw. Erzieher/Erzieherinnen sein. Bei den sogenannten kindzentrierten Ansätzen stellen die Kinder selbst die direkten Zielpersonen dar (Heinrichs et al. 2002). Beispielsweise vermittelt das Programm „FAUSTLOS“ den Kindern alters- und entwicklungsadäquate prosoziale Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger und Wut. Anstatt die Kompetenzförderung der Kinder selbst

in den Vordergrund zu stellen, wird bei *kontextorientierten Maßnahmen* mit einflussreichen Bezugspersonen, z. B. den Eltern, an entwicklungsförderlichen Erziehungspraktiken gearbeitet, um so die positive Entwicklung des Kindes zu sichern (Cierpka 2005a). Dies ist beispielsweise bei „Triple P“ der Fall. Als besonders wichtig und vielversprechend können diejenigen kontextorientierten Maßnahmen angesehen werden, die an der Feinfähigkeit und am Erziehungsstil der Eltern ansetzen.

Bei Präventionsprogrammen im Kindes- und Jugendalter ist eine weitere Ordnungsdimension sinnvoll. Da unterschiedliche Entwicklungsphasen und -aufgaben sowie die altersspezifischen Schutzfaktoren berücksichtigt werden müssen (vgl. Abschnitt 3.5), bietet sich eine Unterteilung nach dem **Alter** der betreffenden Kinder und Jugendlichen an: Programme liegen sowohl für das *Säuglings- und Kleinkindalter*, für den Abschnitt *Kindergarten/Kindertagesstätte/Vorschule*, für Kinder im *Grundschulalter* als auch für das *Jugendalter* vor. Während es beispielsweise im Kleinkindalter um die Förderung einer sicheren Bindung und der Kompetenzen in kognitiven und sozial-emotionalen Fertigkeiten innerhalb der Familie geht, müssen die späteren Interventionen auch andere Beziehungskontexte wie die Zusammenarbeit zwischen dem Zuhause und der Schule, den Beziehungen zu Mitschülerinnen und Mitschülern sowie Freunden und Freundinnen mit einbeziehen (Cierpka 2005a).

Bei den meisten Maßnahmen zur Stärkung von Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter handelt es sich um strukturierte Programme zur Verhaltensprävention, das heißt, die Programme wenden sich direkt an die Kinder und Jugendlichen oder an ihre Bezugspersonen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Vielfalt solcher Programme gegeben. Selbstverständlich können und sollten die hier beschriebenen Schutzfaktoren auch über eine Verhältnisprävention gestärkt werden; beispielsweise wäre eine Stärkung des sozioökonomischen Status von Familien über familienpolitische Maßnahmen denkbar, oder es wäre eine Veränderung der Situation in Schulen durch die Bildungspolitik (z. B. Gesunde Schule) möglich. Wie diese Beispiele zeigen, reicht eine Verhältnisprävention deutlich über die hier beschriebenen psychologischen Mechanismen und Ansätze hinaus und beinhaltet politische, rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Aspekte. Aufgrund dieser Komplexität werden hier keine Maßnahmen zur Verhältnisprävention vorgestellt. Auch community-based Ansätze und massenmediale Prävention im Kindes- und Jugendalter können leider nicht berücksichtigt werden.

4.1.3 Lebenskompetenzprogramme

Der Begriff *Lebenskompetenzförderung* hat seit den 90er-Jahren rasche Verbreitung erfahren (Bühler & Heppekausen 2005). Nach Definition der WHO ist lebenskompetent, wer folgende zehn „Life Skills“ (Lebensfertigkeiten) besitzt: die Fertigkeit Entscheidungen zu treffen, Problemlösefertigkeit, kreatives Denken, kritisches Denken, effektive Kommunikationsfertigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Selbstwahrnehmung,

Empathie sowie Emotions- und Stressbewältigung. Lebenskompetenzförderung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie diesen Kanon an Fertigkeiten vermitteln und steigern will (World Health Organization 1994). Insofern geht sie über Ansätze, die einzelne Fertigkeiten fokussieren, wie z. B. Stressbewältigungsprogramme, hinaus. Lebenskompetenzförderung kann als Umsetzungsstrategie des Risiko- und Schutzfaktorenmodells sowie des Resilienzansatzes gesehen werden, da der Fokus auf der Stärkung von Schutzfaktoren und nicht auf der Reduktion der Risiken liegt.

Die WHO empfiehlt in ihrer Veröffentlichung „Life skills education in schools“, die oben genannten Lebensfertigkeiten bei der Entwicklung von Interventions- und Präventionsprogrammen im Kindes- und Jugendalter mit einzubeziehen. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Ansatz sei auf Bühler und Heppekausen (2005) verwiesen, die in ihrer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebenen Publikation einen fundierten Überblick über zugängliche und evaluierte deutschsprachige Programme zur Lebenskompetenzförderung geben. Ihre Dokumentation beinhaltet neben einer Beschreibung auch eine Beurteilung der Programme anhand wissenschaftlicher und praxisorientierter Kriterien. Die bei ihnen genannten Programme sind in Tabelle 7 (siehe S. 127 ff) mit aufgeführt. Im Zusammenhang mit der Untersuchung von Schutzfaktoren stellt sich die Frage, ob die einzelnen Life-Skills empirisch untersucht sind und als Schutzfaktoren bezeichnet werden können. Zunächst fällt auf, dass es sich bei allen Life-Skills um sogenannte personale Schutzfaktoren handelt. Familiäre und soziale Schutzfaktoren werden hier nicht berücksichtigt. Da die Life-Skills spezifisch für die kindzentrierte Gesundheitsförderung in Schulen formuliert sind, hat das sicherlich seine Berechtigung.

Am breitesten ist die Befundlage für den Punkt *Selbstwahrnehmung*, der sich konsistent als Schutzfaktor erwiesen hat. Untersucht wurden u. a. die Konstrukte „positives Selbstkonzept“, „Selbstwert“ und „Selbstachtung“ (siehe Abschnitt 3.2.2.1). Beachtet werden muss hier, dass eine positive Selbstwahrnehmung stark mit anderen Schutzfaktoren konfundiert ist. Die Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung setzt ein gewisses Maß an positiver Bestätigung und Zuwendung voraus und hat u. a. Einfluss auf die Entwicklung von Kommunikationsfertigkeiten und interpersonellen Beziehungen, wobei Art und Größe dieser Zusammenhänge noch nicht hinreichend untersucht sind.

Zur *interpersonellen Beziehungsfertigkeit* gehört nach der Definition der WHO neben der Fähigkeit, Freundschaften zu schließen, auch die soziale Unterstützung durch Familienangehörige und die Fähigkeit, Freundschaften konstruktiv zu beenden. Im Bereich der Schutzfaktorenforschung korrespondiert der Faktor „soziale Kompetenz“, der – basierend auf einer breiten Befundlage – als protektiv bewertet werden kann. Untersucht wurden u. a. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu finden; soziale Responsivität; das Bestreben, positive soziale Erwartungen zu erfüllen; die Fähigkeit, soziale Probleme zu lösen, sowie soziale Verantwortung (siehe Abschnitt 3.2.3). Soziale Kompetenz ist als Konstrukt breit gefächert und wird sehr unterschiedlich operationalisiert und erfasst,

daher besteht hier eine Überschneidung zu anderen von der WHO aufgeführten Life-Skills, wie beispielsweise der Kommunikationsfähigkeit.

Unter dem Punkt *effektive Kommunikationsfertigkeit* wird die Fähigkeit genannt, sozial angepasst Meinungen und Bedürfnisse zu äußern, aber auch die Fähigkeit, in Notsituationen Unterstützung zu finden. Es liegen keine Studien vor, die eine *effektive Kommunikationsfertigkeit* als isolierten Faktor betrachten, es gibt jedoch u. a. in der Kauai-Studie (Werner & Smith 2001) Hinweise darauf, dass es sich hierbei um einen Schutzfaktor handeln könnte. Auch der Punkt *Problemlösefertigkeit*, definiert als die Fähigkeit, Probleme im Alltag konstruktiv anzugehen, wurde in keiner der untersuchten Studien als isolierter Faktor betrachtet. Hier geben Befunde aus der Kauai-Studie (Werner & Smith 2001) ebenfalls Hinweise auf eine protektive Funktion.

Die beiden Life-Skills *Entscheidungen treffen* und *kritisches Denken* beziehen sich – wie auch der Punkt *kreatives Denken* – auf die Fähigkeit, Informationen zu analysieren und zu bewerten bzw. Handlungsmöglichkeiten daraus abzuleiten. Damit weisen sie eine konzeptuelle Nähe zu den Konstrukten Intelligenz bzw. kognitive Fähigkeiten auf (siehe Abschnitt 3.2.2.3). Die Befunde zu Intelligenz sind nicht einheitlich. Es gibt viele Studien, die zeigen, dass eine mindestens durchschnittliche Intelligenz eine prinzipiell schützende Wirkung hat. Allerdings kann eine überdurchschnittliche Intelligenz auch zum Risikofaktor werden, in dem Sinne, dass intelligentere Kinder eine höhere Sensitivität gegenüber negativen Ereignissen aufweisen. Gute kognitive Fähigkeiten scheinen Resilienz zu unterstützen, indem sie die Bewältigungsfähigkeiten fördern. Die protektive Wirkung von Kreativität wurde in zwei Studien belegt (siehe Abschnitt 3.2.2.9). Es muss jedoch beachtet werden, dass kreative Ideen, wie sicherlich auch kritisches Denken, in eine Richtung weisen können, die eine Anpassung nicht fördern.

Strategien zur *Emotions- und Stressbewältigung* können insgesamt als Schutzfaktoren angesehen werden, wobei zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien unterschieden werden muss. Es zeigt sich eine Tendenz, dass aktive und problembezogene Bewältigungsstrategien eher mit resilienter Anpassung einhergehen, wobei auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogenes Coping in bestimmten Situationen eine schützende Wirkung entfalten können.

Empathiefähigkeit wurde in der Schutzfaktorenforschung nicht wie die anderen Life-Skills als Schutzfaktor, sondern als Indikator für die resilienzförderliche Wirkung von Schutzfaktoren untersucht. So wird die Fähigkeit zu Selbstregulation und Selbstkontrolle mit einer verbesserten Empathiefähigkeit in Verbindung gebracht (siehe Abschnitt 3.2.2.6). Weitere Schutzfaktoren, welche mit einer erhöhten Empathiefähigkeit einherzugehen scheinen, sind eine sichere Bindung (siehe Abschnitt 3.2.2.1) und Freundschaftsbeziehungen zu Gleichaltrigen (siehe Abschnitt 3.4.3).

4.1.4 Multikomponentenprogramme

In den USA wurden in den 1990er-Jahren umfassende Multikomponentenprogramme ausgearbeitet, die unterschiedliche Interventionsebenen und Programmkomponenten kombinieren und zumeist über mehrere Jahre hinweg angelegt sind (Petermann, im Druck). Einzelne Komponenten werden mit den Kindern in der Schule, andere mit den Eltern außerhalb der Schule durchgeführt. Daher sind diese Programme vom Inhalt her umfassend und unterstützen beispielsweise nicht nur die Entwicklung akademischer Fähigkeiten, sondern trainieren auch den Aufbau prosozialen Verhaltens und helfen den Eltern, ein positives Erziehungsverhalten aufzubauen (Heinrichs et al. 2002).

Multikomponentenprogramme haben den Vorteil, die verschiedenen Kontexte, in denen Kinder aufwachsen, zu berücksichtigen. Zudem können durch die mehrjährige Dauer eher langfristige Effekte erzielt werden als durch kurze Interventionen. Demgegenüber stehen die Kostspieligkeit der Programme sowie der erhöhte Aufwand, der den Familien abverlangt wird. Beispiele für Multikomponentenprogramme sind „Fast Track“ (Families and schools together) (Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) 1999a, 1999b) oder „Early Risers“ (Bloomquist et al. 2005). Für genauere Informationen zu diesen Programmen sei auf die jeweilige Website verwiesen: www.fasttrack-project.org und www.psychiatry.umn.edu/psychiatry/research/earlyrisers.

4

4.2 Beispiele für Interventionen

Mittlerweile liegt eine Vielzahl an Interventionsprogrammen vor, die die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren integrieren, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken sowie die Auftretenshäufigkeit von Verhaltensstörungen zu vermindern. Dabei sollten die Interventionen von den Adressaten und Adressatinnen eine hohe Akzeptanz erfahren und kostengünstig sein. Die Interventionsprogramme sollten auf theoretischen Annahmen basieren, die empirisch begründet sind. Die zugrunde liegenden Theorien sollten explizit benannt werden (Beelmann 2006; Heinrichs et al. 2002; Schmidt-Denter 2007). So basiert z. B. das Programm Triple P (Abschnitt 4.2.1) u. a. auf verhaltensanalytischen Modellen, die auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen für dysfunktionales Verhalten (bezogen auf die Eltern-Kind-Interaktion) fokussieren (Hahlweg et al. 2001). Ein solches Programm sollte ferner direkt beim Zielverhalten (bei den Kindern, Jugendlichen, Eltern oder anderen Zielgruppen) ansetzen. Dies setzt ein Manual voraus, das die weitere Verbreitung des Programms erleichtert. Neben der zielintendierten Implementierung sollte die Wirksamkeit einer Maßnahme empirisch bestätigt sein. Es sollte also der Nachweis erbracht werden, dass die genannten Ziele tatsächlich erreicht werden (Beelmann 2006; Heinrichs et al. 2002; Schmidt-Denter 2007).

Klassifiziert man Maßnahmen hinsichtlich des Alters, so sind Programme für jüngere Kinder im Vorschulalter unterrepräsentiert. Dies trifft sowohl für den deutschsprachigen Raum (Bühler & Heppekausen 2005) als auch für die angloamerikanische Literatur (Peters 2005) zu. Universelle Zielgruppen stehen zumeist im Fokus der Lebenskompetenzprogramme. Die Interventionen finden vor allem im schulischen Setting statt. Gleichzeitig liegen aber auch Programme für risikobelastete Zielgruppen vor. Beispielsweise ist das Programm „Gesundheit und Optimismus (GO!)“ (siehe Abschnitt 4.2.5) u. a. als indizierte Maßnahme konzipiert und wendet sich an Jugendliche, die bereits Auffälligkeiten in Form von spezifischen Ängsten, wiederholten Verstimmungen o. Ä. zeigen. Für einige Zielgruppen besteht noch ein deutlicher Entwicklungs- bzw. Evaluationsbedarf der Programme. So sind beispielsweise eine Reihe von Projekten für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt, allerdings kaum evaluiert worden (Lenz 2006).

Bei den spezifischen Maßnahmen liegt international die meiste Forschung zur Prävention externalisierender Störungen und zur Suchtprävention vor (siehe Beelmann 2006; Cierpka 2005b). Auch der Bereich der Gewaltprävention ist im deutschsprachigen Raum gut bearbeitet. Internalisierende Störungen, zu denen beispielsweise Angststörungen und Depression zählen, sind hingegen unterrepräsentiert (Kaluza & Lohaus 2006): Sechs von zehn gesundheitspsychologisch fundierten Programmen zielen hier auf Suchtprävention. Nur je zwei Programme haben die Prävention von Depression und Angststörungen sowie die Verbesserung der individuellen Stressbewältigung zum Ziel. Unspezifische Programme zur allgemeinen Entwicklungsförderung finden sich in geringerer Zahl.

Eine vollständige Vorstellung der zahlreichen Interventionsprogramme kann hier nicht geleistet werden. Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf in deutscher Sprache erschienene Publikationen, wobei Interventionen aus dem angloamerikanischen Raum nur exemplarisch Erwähnung finden. Zudem muss eine mögliche Verzerrung aufgrund der Publikationspraxis in Betracht gezogen werden: Neben der Vielzahl an publizierten Programmen liegen möglicherweise weitere Programme vor, die in der Praxis entwickelt und mit Erfolg angewendet werden; sie werden jedoch nicht veröffentlicht und sind damit nur schwer zugänglich. Tabelle 7 gibt eine Übersicht über die uns vorliegenden Interventionsprogramme, die hier nach dem Alter der Zielgruppe geordnet sind. Zu einer umfassenderen Beschreibung und Bewertung der veröffentlichten Interventionsprogramme sei auf die verschiedenen Übersichtsarbeiten bzw. die angegebene Literatur verwiesen (Bühler & Heppekausen 2005; Cierpka 2005a; Kaluza & Lohaus 2006).

Interventionsprogramm	Adressaten / Adressatinnen	Ziele
Altersstufenübergreifend		
Triple P – Positive Parenting Program (Hahlweg et al. 2001)	Eltern allgemein, Eltern mit Defiziten in der Erziehungskompetenz, Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern	Förderung eines positiven Erziehungsstils
Freiheit in Grenzen (Schneewind 2005a, 2005b)	Eltern	Förderung der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes durch Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz
Systematic Training for Effective Parenting (STEP) (Kühn et al. 2006) (a)	Eltern	Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz und einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung
Starke Eltern – Starke Kinder (Honkanen-Schoberth 2002) (a)	Eltern	Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz
Säuglinge und Kleinkinder		
Steps toward effective and enjoyable parenting (STEEP) (Suess & Kissgen 2005)	Eltern	Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung
Eltern-Säuglings-Sprechstunden (a)	Eltern	Förderung der elterlichen Feinfühligkeit und Responsivität im Umgang mit dem Baby
Kindergarten/Kindertagesstätte/Vorschule		
Kinder Stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte (Fröhlich-Gildhoff et al. 2007)	Kinder in der Kindertageseinrichtung, Eltern, Erzieherinnen/Erzieher	Förderung der seelischen Widerstandskraft der Kinder gegenüber Krisen und Belastungen
EFFEKT (Lösel et al. 2006)	Kindergartenkinder, Eltern	Prävention von Problemen des Sozialverhaltens
Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten	Eltern, Erzieherinnen/Erzieher	Verminderung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten in der

Interventionsprogramm	Adressaten / Adressatinnen	Ziele
(PEP) (Hanisch et al. 2006) PAPILIO (Scheithauer et al. 2005)		Familie über eine Verbesserung der Erziehungskompetenzen der Eltern
Verhaltenstraining für Schülerinnen und Schüler (b)	Kindergartenkinder	Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen, Vermeidung bzw. Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten, Prävention von Substanzmissbrauch und gewalttätigem Verhalten
FAUSTLOS (Schick & Cierpka 2005)	Kindergartenkinder, Schülerinnen/Schüler der 1.–3. Klasse	Prävention aggressiven und impulsiven Verhaltens
Grundschule		
Verhaltenstraining für Schulanfänger (Petermann et al. 2002) (c)	Schülerinnen und Schüler der 1. und 2. Klasse	Prävention von aggressiven und hyperkinetischen Verhaltensproblemen
Klasse 2000 (Bölskei et al. 1997) (c)	Schülerinnen und Schüler der 1.–4. Klasse	Körperwahrnehmung und positive Einstellung zur Gesundheit, soziale Kompetenz und Selbstwertgefühl, kritischer Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen, Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes
Komm, wir finden eine Lösung (Zwenger-Balink 2004) (c)	Schülerinnen und Schüler der 1.–4. Klasse	Gewaltprävention
Ich bin ich – Gesundheitsförderung durch Selbstverwirklichung (Krause et al. 2000) (c)	Schülerinnen und Schüler der 1–4. Klasse	Selbstwertstärkung und -stabilisierung
Bleib locker (Klein-Heßling & Lohaus 2000) (b)	Schülerinnen und Schüler der 1.–4. Klasse, trainingsbegleitend: Eltern	Stressbewältigung
Fit und stark fürs Leben (Burow et al. 1998) (c)	Schülerinnen/Schüler der 1., 2., 3. und 4. sowie 5. und 6. Klasse	1. und 2. Klasse: Prävention von Aggression, Rauchen und

Interventionsprogramm	Adressaten / Adressatinnen	Ziele
		Sucht; 3. und 4. Klasse: Prävention von Aggression, Stress und Sucht; 5. und 6. Klasse: Prävention des Rauchens
Eigenständig werden (Wiborg & Hanewinkel 2001) (c)	Schülerinnen und Schüler der 1.–6. Klasse	Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung (Sucht- und Gewaltprävention)
Prävention im Team (PIT) (Aßhauer & Hanewinkel 1996) (c)	Schülerinnen und Schüler der Grundschule und der Sekundarstufe I	Prävention von Gewalt, Diebstahl und Sucht
Freunde für Kinder (Barrett et al. 2003) (c)	Kinder von 7–12 Jahren	Prävention von Angst und Depression
Sozialtraining in der Schule (Petermann et al. 1999) (c)	Schülerinnen und Schüler der 3.–6. Klasse	Prävention von Verhaltensstörungen wie Aggression, Angst, soziale Unsicherheit und hyperkinetisches Verhalten
Weiterführende Schule/Jugendalter		
ProACT + E (Spröber et al. 2006)	Schülerinnen und Schüler der 5. Klasse, Lehrerinnen und Lehrer, Eltern	Reduktion aggressiver Verhaltensweisen der Schülerinnen und Schüler sowie Förderung positiven Sozialverhaltens
GeKOKids (Franze et al. 2007)	Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Klasse	Stärkung der Gesundheitskompetenz
Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (ALF) (Walden et al. 1998) (c)	Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Klasse	Prävention des Gebrauchs und Missbrauchs von Tabak und Alkohol
MindMatters (c)	Schülerinnen und Schüler der 5.–10. Klasse, Lehrerinnen und Lehrer der Sekundarstufe I, Schulleiter und -leiterinnen, nicht unterrichtendes Personal, Eltern, schulisches Umfeld	Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten aller Schulmitglieder

Interventionsprogramm	Adressaten / Adressatinnen	Ziele
Erwachsen werden (Wilms 2004) (c)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 10–16 Jahren	Prävention des Missbrauchs psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol, illegale Substanzen)
Soester Programm (Petermann 1999) (c)	Schülerinnen und Schüler der 5.–13. Klasse	Prävention von Substanzmissbrauch
Trainingsprogramm zur Prävention von Essstörungen (Dannigkeit et al. 2005)	Schülerinnen und Schüler der 6. und 8. Klasse	Prävention von Essstörungen
Leipziger Programm – Unterrichtsvorschläge zur Anwendung des Soester Programms und ALF (Müller et al. 2001) (c)	Schülerinnen und Schüler der 6.–8. Klasse	Prävention des Gebrauchs und Missbrauchs von Tabak, Alkohol, Medikamenten sowie illegalen Drogen
Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule (BESS) (Jerusalem & Mittag 1997) (b)	Schülerinnen und Schüler der 6.–10. Klasse	Gesundheitsförderung in der Schule mit Fokus auf Sucht- und Drogenprävention
Stark im Leben (Hinz 2005) (b)	Schülerinnen und Schüler der 7. und 8. Klasse	Nikotinprävention, Mager-suchtprävention, Selbstsicherheit und Standfestigkeit, Reduktion von Risikoverhalten und Ergreifen von Schutzmaßnahmen, Hilfe holen können, bessere Körperwahrnehmung
LARS&LISA (Pössel et al. 2004) (c)	Jugendliche im Alter von 12–16 Jahren	Prävention von Depression
SNAKE (Beyer & Lohaus 2005) (b)	Schülerinnen und Schüler der 8. und 9. Klasse	Erweiterung und Verbesserung der Bewältigungsstrategien im Umgang mit potenziellen Stressoren
Fit for Life (Jugert et al. 2002) (c)	Ursprüngl. sozial benachteiligte Jugendliche und junge Erwachsene; auch allg. Haupt- und Realschülerinnen bzw. -schüler	Aufbau sozialer Kompetenzen zur beruflichen und gesellschaftlichen Integration

Interventionsprogramm	Adressaten / Adressatinnen	Ziele
Training mit Jugendlichen (F. Petermann & Petermann 2003) (c)	Jugendliche im Alter von 13–20 Jahren	Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten
Gesundheit und Optimismus (GO!) (Manz et al. 2001)	Jugendliche im Alter von 14–18 Jahren (gesunde Jugendliche oder besondere Risikogruppen, die bereits Auffälligkeiten in Form von spezifischen Ängsten o. Ä. zeigen)	Prävention von Ängsten und Depression
Ecstasy-Präventionsprogramm (Freitag & Kähnert 1998) (c)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14–22 Jahren	Risikoreduzierter Umgang mit Ecstasy
A.C.T. – Aktivierendes Kompetenz Training (Hazard & Lehmann 1997) (c)	Jugendliche ab 14 Jahren, Erwachsene	Förderung und Stabilisierung der Gesundheit: gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Stimmungsmanagement, soziale Beziehungen
Wer hat das Zeug zum Unternehmer? – Training zur Förderung unternehmerischer Potenziale (Schmitt-Rodermund & Schröder 2004) (c)	Schülerinnen und Schüler ab der 9. Klasse, und alle Personen in einer Phase der beruflichen (Um-)Orientierung	Reflexion und Förderung des unternehmerischen Interesses
Verrückt? Na und! (Winkler et al. 2007)	Schülerinnen und Schüler von 15–25 Jahren, Lehrerinnen und Lehrer	Förderung der psychischen Gesundheit
Just be Smokefree (Wiborg et al. 2004) (b)	Jugendliche und junge Erwachsene	Unterstützung beim Rauchstopp

a = zitiert nach Cierpka (2005a)

b = zitiert nach Kaluza und Lohaus (2006)

c = zitiert nach Bühler und Heppekausen (2005)

Tab. 7: Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren

In den folgenden Abschnitten werden Programme für verschiedene Altersstufen exemplarisch vorgestellt: Säuglinge und Kleinkinder (siehe Abschnitt 4.2.2), Kindergarten, Kindertagesstätte und Vorschule (siehe Abschnitt 4.2.3), Grundschule (siehe Abschnitt 4.2.4) und Jugendalter (siehe Abschnitt 4.2.5) sowie ein altersstufenübergreifendes Programm (siehe Abschnitt 4.2.1). Die Auswahl der vorgestellten Interventionen erfolgte mit dem Ziel, einen Einblick in die Vielfalt der vorliegenden Interventionen zu geben, daher wurden Programme mit verschiedenem theoretischem Hintergrund sowie unterschiedlichen Zielsetzungen und Methoden gewählt. Ein weiterer Gesichtspunkt für die Auswahl war das Vorliegen einer empirischen Evaluierung der Programme. Die Auswahl lässt keine Rückschlüsse auf die Güte oder Wertigkeit des jeweiligen Programms zu.

4.2.1 Altersstufenübergreifend: Triple P – Positive Parenting Program

Triple P stellt ein mehrstufiges präventives Programm zu positiver Erziehung dar, das von der Arbeitsgruppe um Sanders in Australien am „Parenting and Family Support Centre“ entwickelt wurde (Hahlweg et al. 2001; Kuschel & Hahlweg 2005). In Deutschland wurde Triple P durch die Technische Universität Braunschweig in Zusammenarbeit mit der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie eingeführt. Das Programm zielt auf die Vermittlung von Strategien, die Eltern dabei unterstützen, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, es in seiner Entwicklung zu fördern und effektiv mit problematischen Verhaltensweisen umzugehen. So verbessert Triple P die Eltern-Kind-Beziehung und das Erziehungsverhalten, erhöht das Kompetenzgefühl und die Bewältigungsstrategien der Eltern und beugt emotionalen und Verhaltensproblemen der Kinder vor. Da Triple P an Verhalten und Kompetenzen der Eltern ansetzt, und so zu Veränderungen bei den Kindern führen soll, wird es zu den familien- oder elternzentrierten Programmen gezählt (Cierpka 2005a). Es ist zunächst für eine universelle Zielgruppe konzipiert; jedoch besteht die Möglichkeit, die Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Inhalt und Dauer spezifisch anzupassen: Auf fünf verschiedenen Stufen werden von der universellen Prävention bis hin zur familientherapeutischen Intervention unterschiedlich umfassende Bausteine angeboten. Materialien sind altersgruppenübergreifend für Säuglinge, Kleinkinder, Kindergartenkinder und Grundschulkinder erhältlich (Heinrichs et al. 2002). Mittlerweile liegt auch eine Programmerweiterung für Teenager vor (Ralph & Sanders 2002, 2003, 2006). Die standardisierte Ausbildung zu Triple-P-Trainerinnen und -Trainern für Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer sowie Fachkräften aus den Bereichen Sozial- und Diplompädagogik sowie Diplom-Psychologie wird mittlerweile an unterschiedlichen Orten in Deutschland angeboten und beinhaltet eine zeitbegrenzte Ausführungserlaubnis mit Verlängerungsoption.

Theoretischer Hintergrund

Triple P nimmt Bezug auf verschiedene theoretische Grundlagen (Hahlweg et al. 2001; Kuschel & Hahlweg 2005):

- Modelle sozialer Lerntheorie zur Eltern-Kind-Interaktion
- Verhaltensanalytische Modelle, die auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen für dysfunktionales Verhalten (bezogen auf die Eltern-Kind-Interaktion) fokussieren
- Operante Lernprinzipien (z. B. kontingentes Belohnen oder Verstärkerprogramme)
- Erwerb sozialer Kompetenzen, verbaler Ausdrucksfähigkeit und Problemlösestrategien
- Sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura als Grundlage für die Beeinflussung elterlicher Attributionen, Erwartungen und anderer Kognitionen
- Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren, besonders zu Stress, Erziehungsverhalten und Partnerschaftsqualität.

Programmübersicht

Die theoretischen Grundlagen werden auf fünf Interventionsebenen mit steigendem Intensitätsgrad umgesetzt. Die unterschiedlichen Stufen erlauben ein Zuschneiden der Intervention auf die spezifischen Bedürfnisse und Defizite der Eltern. Stufe 1 umfasst universelle Informationen über Erziehung, u. a. mittels Medien und Informationsmaterial, Stufe 2 Kurzberatungen für spezifische Erziehungsprobleme, Stufe 3 Kurzberatungen und aktives Training, Stufe 4 intensives Elternt raining (einzeln, in der Gruppe oder in Selbstanleitung) und Stufe 5 erweiterte Interventionen auf Familienebene. Ein Überblick der Triple-P-Interventionsebenen, gegliedert nach Zielgruppe, Interventionsmethoden und möglichen Zielverhaltensweisen, ist in Tabelle 8 auf Seite 134 zu finden.

Evaluation und Effektivität

Die australischen Forschungsergebnisse, die auf einer Reihe von kontrollierten und breit angelegten Untersuchungen basieren, können folgendermaßen zusammengefasst werden (Kuschel & Hahlweg 2005): In allen Untersuchungen zeigte sich eine klinisch und statistisch bedeutsame Reduktion kindlicher Verhaltensprobleme, eine deutliche Verbesserung des elterlichen Befindens und Kompetenzerlebens sowie eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm. Diese Effekte blieben auch bei Nachuntersuchungen stabil. Dabei wurden die Wirksamkeit der einzelnen Interventionsstufen sowie die Anwendung des Programms für verschiedene Familienkonstellationen (z. B. Alleinerziehende, Paare mit niedriger Partnerschaftsqualität, Familien mit einem lernbehinderten Kind) überprüft. Daher ist davon auszugehen, dass es sich bei Triple P um einen effektiven Mehrebenenansatz handelt.

Für den deutschsprachigen Raum wird die Wirksamkeit verschiedener Triple-P-Komponenten derzeit in einer Studie an den Standorten Braunschweig und Köln an Familien mit Kindern im Vorschulalter überprüft (Kuschel & Hahlweg 2005). Erste Ergebnisse zeigen, dass Triple P auch in Deutschland erfolgreich implementiert werden kann und sich als wirksam erweist (Heinrichs et al. 2006): Ein Jahr nach Durchführung des Programms berichteten die 129 Mütter der Experimentalgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe deutliche Verbesserungen ihres Erziehungsverhaltens sowie eine Reduktion externalisierender und internalisierender kindlicher Verhaltensstörungen. Zudem verringerte sich

Interventions- ebene	Zielgruppe	Interventions- methoden	Mögliche Ziel- verhaltensweisen
<i>1. Universelle Informa- tionen über Erziehung</i>	Alle Eltern, die an In- formationen zur För- derung der Entwick- lung ihrer Kinder inte- ressiert sind	Kurze schriftliche oder mündliche Informa- tion, Selbsthilfemate- rialien, Gruppenprä- sentationen, Medien- einsatz	Alltägliche Verhaltens- probleme, wie Weinen oder Schwierigkeiten zu teilen
<i>2. Kurzberatung für spezifische Erziehungs- probleme</i>	Eltern mit spezifischen Sorgen um das Ver- halten oder die Ent- wicklung ihrer Kinder	Kurzes Programm (1–4 Sitzungen à 15 Min.) zum Umgang mit einigen konkreten Verhaltensproblemen, face-to-face oder tele- fonisch	Probleme mit Wutan- fällen, Essenszeiten, Toilettentraining oder dem Zubettgehen etc.
<i>3. Kurzberatung und aktives Training</i>	Eltern mit spezifischen Sorgen um das Ver- halten oder die Ent- wicklung ihrer Kinder und Defiziten in Erzie- hungsfertigkeiten	Kurzes Programm (4 Sitzungen à 15 Min.), zusätzlich Rollenspiele	Wie auf Ebene 2, au- ßerdem andauernde Essensprobleme, Angstmanagement o. Ä.
<i>4. Intensives Eltern- training</i>	Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen; Eltern, die intensives Training positiver Er- ziehungsfertigkeiten möchten	Intensives Programm, fokussiert auf Eltern- Kind-Interaktion; An- wendung, Erweiterung und Generalisierung von Erziehungsferti- gkeiten auf ein breites Feld von kindlichen Verhaltensweisen; ent- weder unter Selbst- anleitung, in Gruppen oder als Einzelinter- vention	Generelle Erziehungs- sorgen, aggressives Verhalten, oppositio- nelles Verhalten, Auf- merksamkeitsprob- leme, Lernschwierig- keiten u. a.
<i>5. Erweiterte Interven- tionen auf Familien- ebene</i>	Eltern von Kindern mit deutlichen Verhaltens- problemen oder Kin- dern in Multi-Prob- lem-Familien	Intensives therapeuti- sches Programm mit zusätzlichen Modulen wie Stimmungs- und Stressmanagement, Hausbesuche und Partnerunterstützung	Andauernde Verhal- tensstörungen, Bezie- hungskonflikte, De- pression der Eltern etc.

Tab. 8: Triple-P-Interventionsebenen (Kuschel & Hahlweg 2005)

ihre psychische Belastung, während ihre Partnerschaftszufriedenheit anstieg. Die Väter berichteten lediglich über eine Verbesserung ihres Erziehungsverhaltens.

Mittlerweile liegt eine beträchtliche Anzahl an Forschungsbemühungen und Publikationen zu Triple P vor. Das Programm wird größtenteils positiv bewertet und findet Verbreitung in der Praxis (Cierpka 2005a). Kritisch anzumerken ist, dass die meisten Studien von nur einer Forschungsgruppe stammen – den Triple-P-Konstrukteuren und -Verwertern selbst. Dies muss kein Nachteil sein, jedoch wäre eine Replikation der Ergebnisse von unabhängiger Seite wünschenswert. Für weitere Informationen zu Triple P sei auf die Website www.triplep.de verwiesen. Diese wird von der PAG Institut für Psychologie AG herausgegeben und bietet Informationen sowohl für Eltern als auch für Fachleute.

4.2.2 Säuglinge und Kleinkinder: Steps toward effective and enjoyable parenting (STEEP)

STEEP™ wurde von Martha Erickson und Byron Egeland im Kontext der Minnesota-Längsschnittstudie entwickelt, um Mütter aus sogenannten Hoch-Risiko-Konstellationen beim Aufbau einer gelingenden Beziehung zu ihren Kindern zu unterstützen (Egeland & Erickson 2004). Das wichtigste Ziel besteht in einer Sensitivitätssteigerung der Mütter gegenüber den Signalen der Säuglinge. Das Programm setzt bereits in der Schwangerschaft an und wird mindestens bis zum 2. Lebensjahr des Kindes fortgeführt. STEEP™ zählt somit zu den elternzentrierten selektiven Präventionsprogrammen und dient neben der Resilienzförderung auch der Verhinderung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. STEEP™ wurde 1999 von Gerhard Suess übersetzt und unter der Bezeichnung „Projekt Frühintervention“ in Deutschland implementiert. Das Programm ist aktuell Teil des Projekts „Wie Elternschaft gelingt“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (www.fruehehilfen.de/index.php?id=1978). Die Ausbildung zur STEEP™-Beraterin (160 Stunden) wird an mehreren Orten in Deutschland angeboten. Voraussetzung hierfür ist ein abgeschlossenes Hochschulstudium im sozialen, pädagogischen oder psychologischen Bereich sowie darüber hinaus einschlägige Berufspraxis.

Theoretischer Hintergrund

STEEP™ basiert auf den Grundgedanken der Bindungstheorie von Bowlby (1999), die davon ausgeht, dass mit dem Aufbau einer sicheren Bindung zu den Eltern in den ersten 3 Lebensjahren ein wichtiger Grundstein für die weitere Persönlichkeitsentwicklung gelegt wird. (siehe Abschnitt 3.3.2.1). In der Minnesota-Längsschnittstudie wird die Bedeutung von Bindungssicherheit für eine resiliente Entwicklung von Risikokindern betont (Sroufe 2005). Im STEEP™-Programm werden Erkenntnisse aus der Bindungsforschung in praktisches Handeln umgesetzt. Wichtige Elemente sind Beziehungsorientierung, individualisierte Hilfeplanung statt eines festen Curriculums und ressourcenorientiertes Vorgehen (Suess & Kissgen 2005).

Die Entwicklung einer sicheren Bindung hängt stark von der Verfügbarkeit und Responsivität (Condly 2006) sowie den Bindungserfahrungen der Eltern ab (Egeland et al. 1988, zitiert nach Suess & Kissgen 2005). Eltern, die selbst eine schwierige Beziehung zu ihren Eltern hatten und Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren mussten, haben oft Schwierigkeiten, eine positive Beziehung zu ihren eigenen Kindern aufzubauen. Im STEEP™-Programm wird auf beiden Ebenen interveniert. Auf der Verhaltensebene wird die Feinfühligkeit der Eltern per Videoanalyse trainiert, auf der Repräsentationsebene werden die eigenen Kindheitserfahrungen der Eltern reflektiert und ihre Auswirkungen auf den konkreten Umgang mit dem Kind beobachtet und bearbeitet.

Programmübersicht

STEER™ besteht aus einer Kombination von Einzel- und Gruppensetting, die abwechselnd im wöchentlichen Turnus stattfinden. Schon vor der Geburt des Kindes werden 14-tägig Hausbesuche gemacht, bei denen Beziehungserfahrungen der Mutter, aber auch lebenspraktische, alltägliche Probleme und Erfahrungen mit dem Mutterwerden thematisiert werden. Nach der Geburt des Kindes werden die Besuche durch eine videogestützte Interaktionsberatung mit dem Namen „Seeing is Believing“ (SIB™) ergänzt, wobei sich die STEEP™-Beraterin zunächst auf die Ressourcen der Mutter konzentriert und jegliche Kritik vermeidet. Als zusätzliche Interventionsgrundlage werden methodische Instrumente zu Bindung und Feinfühligkeit eingesetzt wie das NCAST (Caregiver/Parent-Child Interaction Manual), die Feinfühligkeitsskala oder das AAI (Adult Attachment Interview). Im Gruppensetting treffen sich zehn von einer STEEP™-Beraterin betreute Eltern-Kind-Paare, wobei die Kinder zunächst anwesend sind. Nach einer gemeinsamen „Spiel-Zeit“ und einem gemeinsamen Essen werden die Kinder betreut und die Eltern, meist Mütter, führen eine von der STEEP™-Beraterin moderierte Gesprächsrunde. Ziele des Gruppenangebotes sind die Verhinderung sozialer Isolation, Hilfe bei der allgemeinen Lebensbewältigung sowie die Förderung einer positiven Elternrolle. Zusätzlich wird entwicklungspsychologische Beratung angeboten, um den Eltern realistische Informationen über die Entwicklung und das Verhalten ihrer Kinder zu bieten.

STEER™ betont in besonderem Maße die therapeutische Beziehung. Die STEEP™-Beraterinnen sollen nicht aus einer distanten, professionellen Haltung agieren, sondern ein Klima des Vertrauens, des Respekts und der Wertschätzung schaffen. Sie sollen sich als Menschen mit all ihren Schwächen zeigen, um in einer Modellfunktion realistische Lebenskompetenz zu vermitteln.

Evaluation und Effektivität

Das englischsprachige Original-STEER™-Programm wurde 1987 von den Autoren in einer einjährigen Interventionsstudie im Kontrollgruppendesign evaluiert. Es zeigte sich ein gemischtes Bild zum Programmerfolg. Die Mütter in der Interventionsgruppe hatten ein besseres Verständnis für die Entwicklung ihres Kindes, eine höhere Kompetenz in der Bewältigung des eigenen Lebensalltags sowie eine verminderte Neigung zu depressiver Symptomatik. In der Interaktion mit ihrem Kind erzielten sie höhere Feinfühligkeits-

werte (Egeland & Erickson 2004). Jedoch konnten entgegen der Hypothesen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Bindungsqualität gefunden werden. Kissgen und Suess (2005) führen einen Deckeneffekt als mögliche Ursache dieser Ergebnisse an und weisen darauf hin, dass sich nach 2 Jahren in der Interventionsgruppe ein leichter Anstieg an sicherer Bindung und eine geringere Auftretenshäufigkeit des unsicher-vermeidenden und des desorganisierten Bindungstyps zeigte, während die Zahlen in der Kontrollgruppe gegenläufig waren. Die deutschsprachige Version von STEEP™ wird aktuell evaluiert, Ergebnisse liegen noch nicht vor.

4.2.3 Kindergarten, Kindertagesstätte und Vorschule: Kinder Stärken!

Das Programm „Kinder Stärken“ wurde im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg entwickelt und 2005 bis 2007 in vier Kindertagesstätten im süddeutschen Raum implementiert und evaluiert (Fröhlich-Gildhoff et al. 2007). Es handelt sich um eine unspezifische Präventionsmaßnahme zur Resilienzförderung, die einen ganzheitlichen Ansatz auf mehreren Interventionsebenen verfolgt. Neben der Förderung der Kinder sieht das Programm eine Unterstützung der Eltern durch Kurse und Beratung, die Fortbildung von Erzieherinnen und die Vernetzung der Kindertagesstätten mit unterstützenden Institutionen vor.

4

Theoretischer Hintergrund

Das Programm orientiert sich eng an Erkenntnissen der Resilienzforschung. Es wird davon ausgegangen, dass Kindertagesstätten zu immer wichtigeren Sozialisationsinstanzen werden, die nicht nur die Kinder früh und über längere Zeiträume in ihrer Entwicklung begleiten, sondern auch Zugang zu den Eltern haben. Im Mittelpunkt des Programms steht eine ressourcenorientierte Förderung von Selbstwert, sozialer Kompetenz und Problemlösefähigkeiten mit dem Ziel, den Kindern präventiv unterschiedliche Wege aufzuzeigen, wie sie mit belastenden Situationen erfolgreich umgehen können.

Programmübersicht

Das Programm setzt auf vier Ebenen an:

1. Förderung der Kinder: Die Kinder durchlaufen in Kleingruppen von acht bis zehn Kindern ein zehnwöchiges Trainingsprogramm. Das Programm ist zielorientiert manualisiert aufgebaut und beinhaltet die folgenden Grundthemen: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und Problemlösefertigkeiten.
2. Fortbildung der Erzieherinnen: Die Erzieherinnen erhalten Fortbildungen zum Thema Resilienzförderung mit dem Ziel einer ressourcenorientierten Sichtweise und Haltung. Zusätzlich finden einmal im Monat Fallsupervisionen statt.
3. Unterstützung der Eltern: Für die Eltern werden eine wöchentliche offene Familiensprechstunde mit Möglichkeit zur Einzelberatung sowie Elternkurse eingerichtet. Die

Kurse werden in Gruppen von bis zu zehn Personen in sechs 90-minütigen Einheiten durchgeführt. Der Ablauf orientiert sich an einem Manual, jedoch sollte genug Zeit für die Bearbeitung individueller Anliegen eingeräumt werden. Ziel der Kurse ist neben Informationsvermittlung und dem Austausch mit anderen Eltern, den Eltern (wieder) Spaß und Freude an der Beziehung und Erziehung ihrer Kinder zu vermitteln.

4. Vernetzung: Die Kindertageseinrichtungen werden darin unterstützt, dauerhafte Netzwerkstrukturen zu familienunterstützenden Institutionen wie etwa Erziehungsberatungsstellen, dem Jugendamt, Kirchen oder Vereinen aufzubauen, um im Bedarfsfall schnelle Hilfe leisten zu können.

Evaluation und Effektivität

Das Projekt wurde von den Entwicklern bzw. Entwicklerinnen während der Implementierung begleitend in einem Kontrollgruppendesign evaluiert (Fröhlich-Gildhoff et al. 2007). Zusätzlich zu standardisierten Tests und Fragebogen wurden vertiefende Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Programm insbesondere die kognitive Entwicklung der Kinder fördert und Entwicklungsrückstände kompensieren kann. Auf der Verhaltensebene konnten keine Effekte festgestellt werden. Die Elternkurse wurden von den Eltern ausnahmslos als positiv bewertet, die Akzeptanz war jedoch zwischen den Einrichtungen sehr unterschiedlich; 80 % der Eltern einer ländlichen, aber nur 15 % einer städtischen Einrichtung nahmen an dem Kurs teil. Die nicht teilnehmenden Eltern konnten jedoch teilweise über die Familiensprechstunde erreicht werden. Da das Programm von der Kindertagesstätte, also einer allgemein akzeptierten Institution, angeboten wurde, konnte eine besondere Niederschwelligkeit des Zugangs festgestellt werden, sodass insbesondere sozial benachteiligte Familien mit dieser Form der Prävention gut erreicht und unterstützt werden konnten.

4.2.4 Grundschule: FAUSTLOS

FAUSTLOS fokussiert Gewaltprävention durch die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Es basiert auf dem amerikanischen Programm „Second Step“ (Beland 1988, 1991) und wurde von Cierpka und Mitarbeitern dem deutschen Kulturraum angepasst (Schick & Cierpka 2003). Bei dem Programm handelt es sich um einen universellen, kindzentrierten Ansatz, der in zwei Versionen vorliegt: Ein Curriculum wurde speziell für den Kindergarten, ein anderes für die Grundschule entwickelt. FAUSTLOS vermittelt alters- und entwicklungsadäquate prosoziale Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger und Wut. FAUSTLOS wird über mehrere Jahre von den betreuenden Erzieherinnen bzw. den zuständigen Lehrerinnen durchgeführt, die in einem eintägigen Fortbildungsseminar durch das Heidelberger Präventionszentrum (www.faustlos.de) geschult werden.

Theoretischer Hintergrund

FAUSTLOS basiert auf dem Modell des sozialen Informationsaustausches nach Crick und Dodge (1994, zitiert nach Cierpka 2003). Nach diesem Modell durchläuft ein Kind in jeder sozialen Situation in mehreren Schritten einen zirkulären sozial-emotionalen Regulierungsprozess, der in eine mehr oder weniger adäquate Reaktion mündet:

1. Wahrnehmung von Signalen,
2. Interpretation der Signale auf der Basis von Attributionsschemata, Art der Beziehung, vergangenen Interaktionen, Selbstevaluationen u. a.,
3. Klären der eigenen Ziele,
4. Handlungsentwürfe und Pläne, wobei Konsequenzen der Handlungen antizipiert und abgewogen werden,
5. Entscheidung für eine Antwort.

Insbesondere bei den Schritten 4 und 5 wird auf eine innere „Datenbasis“ zurückgegriffen, die aus mehreren Bausteinen besteht: Gedächtnis, erworbene Regeln, soziale Schemata, soziales Wissen und Affekt-Ergebnis-Verknüpfung.

Programmübersicht

In 51 (Grundschule) bzw. 28 (Kindergarten) Lektionen, die sich in ihrem didaktischen Aufbau eng an die pädagogischen Anforderungen einer Schulstunde anlehnen, werden Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger und Wut vermittelt. Im Grundschulcurriculum sind diese drei Bereiche gleichmäßig in Lektionen unterteilt, die aufeinander aufbauend in den ersten 3 Schuljahren im Rahmen des regulären Unterrichts vermittelt werden. Die *Empathiefähigkeit* der Kinder wird gefördert, indem sie lernen, den emotionalen Zustand anderer Menschen zutreffend einzuschätzen, die Perspektive anderer Menschen zu übernehmen und emotional angemessen auf diese zu reagieren (Schick & Cierpka 2005). Im Bereich *Impulskontrolle* wird ein Problemlöseverfahren, das insbesondere die Elemente Brainstorming, die Methode des lauten Denkens und verbale Selbstinstruktionen beinhaltet, erlernt, und es werden einzelne sozial kompetente Verhaltensweisen eingeübt. Zum besseren Umgang mit Ärger und Wut werden Techniken zur Stressreduktion vermittelt, wobei die Kinder lernen, wie sie Auslöser von Ärger und Wut erkennen, sie mit dem Gebrauch positiver Selbstverstärkungen und Beruhigungstechniken verbinden und somit in eine sozial verträgliche Richtung lenken (Schick & Cierpka 2005).

Für die Effektivität des Programms ist es wichtig, dass die Lehrkräfte das Curriculum in der vorgesehenen Reihenfolge und Durchführung umsetzen. Zu diesem Zweck wird ein „FAUSTLOS-Koffer“ mit Unterrichtsmaterialien herausgegeben, in dem die einzelnen Schritte und Lektionen detailliert beschrieben sind. Jede Unterrichtsstunde basiert auf einer Fotofolie, auf der eine zum Thema der jeweiligen Lektion passende soziale Situation dargestellt ist. Anhand des Fotos wird das Thema kognitiv erarbeitet und in Rollenspielen praktisch geübt. Zuletzt werden Möglichkeiten der Übertragung auf den Lebensalltag der Kinder besprochen.

Evaluation und Effektivität

Die Wirksamkeit der FAUSTLOS-Curricula wurde mehrfach erprobt. In Pilotstudien zum Originalcurriculum „Second Step“ konnte bereits gezeigt werden, dass sich das Programm förderlich auf die unterrichteten „violence prevention skills“ auswirkt sowie einen Rückgang von körperlichen und verbalen Aggressionen zur Folge hat. Auch in einer der ersten Pilotstudien im deutschsprachigen Raum konnte eine zunehmende Ablehnung aggressiver Verhaltensweisen zur Konfliktlösung nachgewiesen werden (Beland 1988; Grossman et al. 1997; Hahlweg et al. 1998; zitiert nach Schick & Cierpka 2005).

In der von 1998 bis 2001 im Auftrag des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg an 21 Heidelberger und Mannheimer Grundschulen durchgeführte Evaluationsstudie im Kontrollgruppendesign konnten darüber hinaus Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit der Kinder nachgewiesen werden (vgl. Beelmann 2006; Schick & Cierpka 2003). Die Kinder, die an dem FAUSTLOS-Curriculum teilgenommen hatten, legten nach Aussage ihrer Eltern ihre ängstlich/depressiven Verhaltensweisen zunehmend ab und wirkten weniger zurückgezogen und scheu. Auch die selbstberichteten „Kontrollverlustängste“ der Kinder nahmen signifikant ab.

Die Lehrkräfte, wie auch die Schülerinnen und Schüler beurteilten das Curriculum durchweg als „sehr gut“ bis „gut“ und 77 % der Lehrerinnen gaben an, FAUSTLOS auch in ihren nächsten Klassen einsetzen zu wollen, da sich die Lektionen deutlich spürbar auf das Klassenklima und das Sozialverhalten ausgewirkt hätten, was sich wiederum positiv im Lernklima niederschlagen würde (Schick & Cierpka 2003). Kritisch anzumerken ist, dass Studien zur längerfristigen Stabilität und zur Generalisierbarkeit der berichteten Ergebnisse bislang noch ausstehen.

4.2.5 Jugendalter: Gesundheit und Optimismus (GO!)

GO! wurde am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Dresden innerhalb eines BMBF-Forschungsprojektes zur primären Prävention von Angststörungen und Depression entwickelt (Manz et al. 2001). Es kombiniert störungsspezifische Komponenten mit allgemeinen gesundheitsfördernden Programmbausteinen. GO! ist für den Einsatz im schulischen Setting mit klinisch unauffälligen Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren konzipiert, kann jedoch auch im sozialpädagogischen oder (sub-)klinischen Bereich eingesetzt werden. Ziele sind die Modifikation kognitiver Verzerrungen, der Abbau dysfunktionaler Verhaltensweisen (vor allem Vermeidungsverhalten), die Vermittlung von Stressbewältigungstechniken (z. B. Entspannung, systematisches Problemlösen) und die Förderung sozialer Kompetenzen. Schulungen zum GO!-Moderator bzw. zur GO!-Moderatorin werden von der Universität Dresden für Personen mit Vorerfahrungen im psychologisch/pädagogischen Bereich und der Arbeit mit Gruppen angeboten.

Theoretischer Hintergrund

Den Jugendlichen wird ein integratives kognitiv-behaviorales „Vierkomponentenmodell“ der Angst- und Depressionsentstehung vermittelt, das auf mehrere Störungstheorien zurückgreift. Zusätzlich zu einem allgemeinen Diathese-Stress-Modell werden ein psychophysiologisches Modell der Panikstörung, ein kognitives Modell der sozialen Phobie sowie Ansätze zur Depressionsentstehung (dysfunktionale Kognitionen, erlernte Hilflosigkeit, verhaltenstheoretische Modelle) integriert.

Programmübersicht

GO! wird in Gruppen von acht bis zwölf Jugendlichen durchgeführt, wobei auf eine Homogenität der Gruppe hinsichtlich des Bildungsstandes, psychische Belastung und Geschlecht geachtet werden sollte. In acht Sitzungen à 90 Minuten werden die Jugendlichen über die Grundlagen von Stress, Angst und Depressionen informiert. Bei den Einheiten zu Angst wird insbesondere über die Bedeutung von Fehleinschätzungen von Gefahr sowie über typische Aufschaukelungsprozesse informiert. Bei den Einheiten zu Depressionen werden unangemessene negative Überzeugungen identifiziert und durch realitätsnähere Alternativen ersetzt. Auf der Verhaltensebene beinhaltet GO! Bewältigungsstrategien wie Selbstkonfrontationsübungen, Aktivitätsaufbau und das Training sozialer Kompetenzen.

Evaluation und Effektivität

Die Wirksamkeit des Programms wurde von den Autoren in einer quasi-experimentellen Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign und Messwiederholung an Gymnasias-tinnen und Gymnasiasten geprüft (Manz et al. 2001). Die Studie konnte zeigen, dass GO! langfristig positive psychoedukative Effekte aufweist. Bezüglich der Veränderung von potenziellen Risikofaktoren für die Entwicklung ängstlich-depressiver Symptomatik konnten im Sechs-Monats-Follow-up hypothesenkonforme Programmeffekte in den Bereichen dysfunktionale Kognitionen, Vermeidungsverhalten und soziale Probleme nachgewiesen werden; es handelte sich um kleine Effekte, die zum Teil langfristig (15-Monats-Katamnese) nicht stabil waren. Die Effekte zeigten zudem einen deutlichen Zusammenhang mit der Güte der Programmumsetzung, was die Bedeutung einer intensiven Schulung der Moderatoren und Moderatorinnen hervorhebt. Die Mehrheit der befragten Schülerinnen und Schüler bewertete das Programm positiv und schätzte den persönlichen Nutzen als groß ein.

In einer Schweizer Evaluationsstudie des Programms konnten diese Ergebnisse prinzipiell repliziert werden (Balmer et al. 2007), jedoch zeigte sich, dass die Effekte nur begrenzt auf andere Schulformen generalisierbar sind. Weiterbildungsschülerinnen und -schüler (entspricht deutschen Realschülerinnen und -schülern) konnten nicht in gleichem Ausmaß von der Intervention profitieren wie Gymnasiasten und Gymnasiastinnen.

**FRAGEN UND
PROBLEME DER
SCHUTZFAKTOREN-
FORSCHUNG**



5.1 Forschungsmethodische Fragen und Probleme

Die forschungsmethodischen Fragen und Probleme im Bereich Schutzfaktoren unterscheiden sich nicht von der sozialwissenschaftlichen Forschung im Allgemeinen und der (Entwicklungs-)Psychologie im Besonderen. Abschnitt 5.1 soll die grundsätzlichen Fragen und Probleme benennen, er kann jedoch nicht alle Themen ausführlich und detailliert abhandeln (vgl. Tabelle 9). Nachfolgend wird hauptsächlich auf die Frage der Definition der Konstrukte, ihre Spezifität sowie die Abgrenzung und Überlappung der Merkmale eingegangen. Die adäquate Definition des Konstrukts bzw. des zu untersuchenden Merkmals ist eine Grundvoraussetzung, die – wie in Kapitel 3 deutlich geworden ist – in der Schutzfaktorenforschung nicht erfüllt ist.

Die in diesem Fachheft betrachteten Merkmale können als Konstrukte oder Faktoren bezeichnet werden, die einer theoretischen Einordnung und Fundierung bedürfen. Ausgenommen sind hiervon natürlich Faktoren wie z. B. das Geschlecht. Nur ein präzise definiertes Konstrukt lässt sich für eine Erfassung operational beschreiben und in messbare Kategorien übertragen. Häufig sind die Konstrukte nur mangelhaft definiert. Die Autoren der Studien berichten in ihren Arbeiten nicht immer, was sie unter dem untersuchten Faktor genau verstehen (z. B. Definition von Temperament, autoritative Erziehung, soziale Unterstützung).

Die Schutzfaktoren sind nicht immer klar voneinander abzugrenzen (z. B. Temperament, positive Lebenseinstellung); Schwierigkeiten bei der Befundzusammenfassung ergeben sich daraus, dass Konstrukte immer wieder verschieden definiert werden. Renner (1999) weist darauf hin, dass zum Teil sehr unterschiedliche Konstrukte unter dem Begriff Optimismus subsumiert werden. Die Abgrenzung zu Risikofaktoren gelingt oft nicht, Protektivfaktoren werden häufig lediglich als das Gegenteil von Risiken interpretiert.

Definition der Konstrukte, Spezifität der Konstrukte Abgrenzung und Überlappung
Operationalisierung und Messung der Konstrukte
Design, Kontrolle der Einflussfaktoren
Stichprobe, Stichprobengröße, Auswahl der Probanden und Probandinnen Rücklauf und Selektion

Tab. 9: Übersicht zu forschungsmethodischen Fragen und Problemen

tiert (Bender & Lösel 1997). Manche Faktoren können sowohl schützend als auch risikoe erhöhend wirken (sogenannte Ambiguität), beispielsweise die Einbindung in ein soziales Netzwerk.

Zu den definitorischen Problemen kommt die Überschneidung zwischen potenziellen Schutzfaktoren und dem späteren Ergebnis wie positive Anpassung und Resilienz. Das Konstrukt der Ich-Resilienz beispielsweise weist eine große Nähe zu Ergebnisvariablen in der Schutzfaktorenforschung auf, ein Zusammenhang mit resilienter Anpassung ist deshalb sehr wahrscheinlich. Die flexible Nutzung von Copingstrategien wird in engem Zusammenhang mit Intelligenz gesehen. Heller et al. (1999) und Kitano und Lewis (2005) sehen Intelligenz als unterstützenden Faktor, der effektivere und flexiblere Bewältigung fördert und eng verwandt mit Problemlösestrategien ist. Daneben sind Bewältigungsstrategien eng verknüpft mit Selbstregulationsfähigkeit und mit dem Konstrukt der Ich-Resilienz, das auch durch die Anpassung an unterschiedliche Umweltbedingungen bestimmt wird. Das Konstrukt „Familienklima“ ist in der Resilienzforschung eng verwandt mit Kohäsion und wird oft parallel verwendet und ähnlich definiert. Dennoch beinhaltet es oft etwas abweichende Aspekte, die z. B. auch aus den zuvor dargestellten Bereichen Erziehungsstil und Beziehung übernommen und kombiniert werden.

Die *Annahme generell wirkender Schutzfaktoren* wird kontrovers diskutiert (siehe Kapitel 3): Die Wirkungsweise von Schutzfaktoren ist jeweils von der spezifischen Variablenkonstellation (z. B. von sensitiven Entwicklungsperioden, dem Geschlecht und anderen Faktoren) abhängig. Es muss ein differenzieller Ansatz gewählt werden, der die spezifischen protektiven Mechanismen aufdecken kann. Aufgrund der enormen Komplexität solcher Ansätze besteht neben dem theoretischen Konsens in der Wissenschaft bisher erst wenig empirisch fundiertes Wissen. Für das Studiendesign bedeutet dies den Einschluss zahlreicher unterschiedlicher Variablen, mehrere Messzeitpunkte, verteilt über einen längeren Zeitraum, möglichst genaue Kontrolle interner und externer Störfaktoren, die gerade in Längsschnittstudien auftreten. Dies erfordert aufwändige Planungsleistungen, nur schwer realisierbare Designs und hohe personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen.

Einige der diskutierten Schutzfaktoren können je nach Kontext schützendes oder risikoreiches Potenzial haben (Spezifität der Faktoren): In Kapitel 3 wird dies für Religiosität am Beispiel des Drogen- und Genussmittelkonsums ausgeführt. Ein weiteres Beispiel bildet Intelligenz: Hohe Intelligenz allein reicht nicht aus, um Kinder und Jugendliche gegen Stress und gefährdende Lebensumstände zu schützen. Intelligenz ist kein perfekter Schutzfaktor, da intelligentere Kinder und Jugendliche auch verletzlich gegenüber traumatischen und emotional verunsichernden Ereignissen sind und auf Stress eher mit internalisierenden Symptomen reagieren. Im Allgemeinen kann eine mindestens durchschnittliche Intelligenz jedoch als eher nützlich und schützend betrachtet werden, da intelligentere Kinder und Jugendliche häufig besser mit schwierigen Lebensumständen zurechtkommen als ihre Altersgenossen (Bender & Lösel 1997).

In der Resilienzforschung besteht eine Tendenz, dass aktive und problembezogene Bewältigungsstrategien eher mit resilienter Anpassung bei schwierigen Lebensumständen einhergehen. Trotzdem zeigen einige Studien, dass auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogenes Coping in bestimmten Situationen eine schützende Wirkung entfalten können. Studien, die die Auswirkungen von Kontakten zu Gleichaltrigen untersuchen, zeigen, dass dies wichtige Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind.

Messprobleme ergeben sich, da die zu erfassenden Konstrukte oftmals sehr komplex sind. Unterschiedliche Messinstrumente erfassen möglicherweise unterschiedliche Aspekte eines Konstrukts und können dadurch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus verschiedenen Studien, in denen unterschiedliche Messinstrumente zum Einsatz kamen (z. B. Erfassung sozialer Ressourcen). Daraus folgt eine möglichst multimodale Erhebung. Beachtet werden muss ferner, dass die Daten in der Regel (nur) auf Selbsteinschätzungen der Probanden beruhen, die verzerrt sein können (z. B. Anzahl guter Freunde bzw. Freundinnen wird überschätzt; Erklärung: wishful thinking).

Probleme ergeben sich jedoch auch, weil die verwendeten Messinstrumente sich unterscheiden, sodass die Ergebnisse nur schwer oder gar nicht vergleichbar sind, oder es werden nur einzelne Aspekte des Konstrukts untersucht: Lächeln des Säuglings als Indikator für Temperament kann nicht die Breite der diskutierten Temperamentdimensionen abdecken. Das Konstrukt der autoritativen Erziehung wurde in den zitierten Studien zum Teil über eine unterschiedliche Anzahl von Indikatoren erhoben. Dennoch sind die Ergebnisse sehr konsistent und wurden für verschiedenste Risikogruppen und Ergebnisvariablen berichtet. Die konzeptionellen Unterschiede in der Definition von sozialer Unterstützung spiegeln sich auch in der Resilienzforschung wider; das Spektrum reicht von der Erfassung einzelner Aspekte von sozialer Unterstützung bis hin zur Verwendung mehrdimensionaler Verfahren.

Die Erfassung der Konstrukte mit unterschiedlich geeigneten und messtheoretisch fundierten Instrumenten kann auch am Beispiel der Erfassung von Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen illustriert werden: Bei den Messinstrumenten ist zu beachten, dass sie psychische Gesundheit und Lebensqualität altersspezifisch erfassen. Die Entwicklungsaufgaben und zentralen Lebensbereiche mit ihren entsprechenden Rollanforderungen verändern sich dynamisch und unterscheiden sich von denen Erwachsener. Die Messinstrumente müssen verschiedenen inhaltlichen und methodischen Ansprüchen genügen: Werden alle inhaltlichen Dimensionen des zu beurteilenden Konstrukts erfasst? Werden die subjektiven Größen nach Möglichkeit auch von den Kindern selbst und nicht nur von den Eltern beantwortet? Sind alle psychometrischen Anforderungen an Tests gewährleistet? Ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen muss Gruppenunterschiede zwischen gesunden und psychisch auffälligen bzw. chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen abbil-

den. Ebenfalls sollten sich Unterschiede im Ausmaß personaler, familiärer und sozialer Ressourcen, über die Kinder und Jugendliche verfügen, in der Beurteilung der Lebensqualität widerspiegeln (Bettge & Ravens-Sieberger 2003; Naglieri & LeBuffe 2006). Auch die verwendeten Skalen zu den Kriterien „erfolgreiche Anpassung“ und „Resilienz“ unterscheiden sich: Die Resilienzskalen bei Schumacher et al. (2005), bei Hjemdal et al. (2006) sowie eine Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bei Hinz et al. (2006) sollen hier beispielhaft erwähnt werden.

Eine wichtige Frage der Präventionsforschung betrifft den Stellenwert von Querschnittstudien. Viele der vorgestellten Befunde stammen aus Querschnittstudien und können den Entwicklungsverlauf nicht abbilden. Die Vorteile von Längsschnittstudien liegen auf der Hand: Erfassung der Entwicklungsveränderungen über die Zeit, Ableitung von kausalen Interpretationen, Stabilität der Konstrukte untersuchbar. Demgegenüber sind die Nachteile ebenfalls evident: Aufwand und Kosten, Drop-out-Problem, Kontrolle von Entwicklungs- und Alterseffekten. Hinzu kommen die bekannten Probleme der Designs wie Randomisierung und Kontrollgruppen. Die Stichprobenauswahl bzw. die Selektion in der Stichprobe ist bei Längsschnittstudien wegen des hohen Risikos von Datenausfällen über die Zeit besonders zu beachten. Das Verhältnis von Grundgesamtheit zur Stichprobe ist entscheidend für die Aussagekraft (Selektion im Zugang und im Rücklauf).

Zusammenfassende Abhandlungen und Übersichten zu Assessmentfragen in der Entwicklungspsychologie finden sich bei Shonkoff und Meisels (2000). Übersichten zur entwicklungspsychologischen Versuchsplanung siehe Hager und Hasselhorn (2007) sowie Werner (2006), zur Datenerhebung Lohaus (2007), zur Analyse von Längsschnittstudien Rietz und Rudinger (2007) sowie Fergusson und Horwood (2001), zu Auswertungsmethoden siehe von Eye (2007). Weitere Arbeiten zur Versuchsplanung und Forschungsmethodik finden sich bei von Eye und Schuster (2000), Masten (2001a), Masten und Reed (2002), Luthar (2006) sowie Bergman (1996). Von Elm et al. (2007) haben einen fundierten Leitfaden für die Durchführung von entwicklungspsychologischen Studien vorgelegt (STROBE-Statement).

5

5.2 Evaluation von Programmen und Interventionen

Kann mit den Maßnahmen und Programmen tatsächlich die Ausprägung von Schutzfaktoren gestärkt werden? Bei welchen Zielgruppen ist ein Programm erfolgreich? Der Beleg der Wirksamkeit eines Programms ist die zentrale Forderung einer Evaluation. Der Wirksamkeitsnachweis ist jedoch insbesondere in der Prävention und Gesundheitsförderung ein inhaltlich und forschungsmethodisch komplexes Problem, das in der Regel nicht vollständig gelöst werden kann. Daher müssen viele Programme den Nachweis

einer mittel- und langfristigen Wirksamkeit schuldig bleiben. Ohne hier die gesamte Problematik der Effektmessung diskutieren zu können, soll verdeutlicht werden, dass der oft fehlende oder unvollständige Wirksamkeitsbeleg nicht primär bzw. nicht allein in der Verantwortung der Programmdurchführenden liegt. Forschungsmethodische Fragen wie Kriterienauswahl, Messbarkeit, Zeitlatenz und Kontrolle der Rahmenbedingungen sowie Forschungsaufwand/zeitliche und finanzielle Ressourcen begrenzen die Möglichkeiten.

5.2.1 Befunde von Evaluationsstudien

Die Evaluationen zu Interventionsprogrammen treffen in der Regel Aussagen für einen Zeitraum von bis zu 1 Jahr nach Abschluss der Maßnahme. Eine nennenswerte Forschung zu längeren Zeitintervallen fehlt bis heute, obwohl diese aus einer langfristigen Entwicklungsperspektive von großer Bedeutung wäre. Aus den wenigen Langzeituntersuchungen, die vor allem aus dem Bereich der entwicklungsbezogenen Frühförderung stammen und längerfristig positive Wirkungen zeigen, können bisher allgemeine Versorgungsprinzipien abgeleitet werden (Beelmann 2006). In einer Zusammenschau der Ergebnisse aus 23 internationalen quantitativen Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen führen die Interventionen zu einer durchschnittlichen Verbesserung von etwa einem Drittel bis einer halben Standardabweichung eines jeden Erfolgsmaßes. Das heißt, es werden um ca. 15 bis 25 % geringere Belastungsraten gefunden. Auch die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen liegt im internationalen und deutschsprachigen Raum in dieser Größenordnung (Heinrichs et al. 2002). Neuere Überblicksarbeiten kommen eher zu geringeren Wirksamkeitsschätzungen als ältere mit vergleichbaren Fragestellungen. Es bieten sich verschiedene Erklärungen an (Beelmann 2006):

- Neuere Meta-Analysen bedienen sich meist zuverlässiger und eher konservativer Auswertungsmethoden.
- Die Erfolgsmessungen der umfangreichen und neueren Evaluationsstudien beruhen auf breiten und zuverlässigen Messinstrumenten.
- Mit zunehmender psychosozialer Versorgung wird es schwieriger, unbehandelte Kontrollgruppen zu rekrutieren.

Die Effektstärken müssen gegen mögliche Selektionseffekte und Verzerrungen durch methodische Einflussgrößen abgesichert werden. Ein zentrales Argument gegen integrative Ergebnisse ist der publication-bias (das heißt größere Publikationswahrscheinlichkeit signifikanter Ergebnisse). Diese Annahme ist plausibel, jedoch ist die Existenz groß angelegter und nicht publizierter Präventionsstudien mit negativen Ergebnissen, u. a. wegen der üblichen Berichtspflicht gegenüber Geldgebern, nicht zu erwarten. Ferner ist die Anzahl nicht publizierter Arbeiten, die nötig wäre, um einen berechneten Effekt so weit zu reduzieren, dass er statistisch bedeutungslos würde (sogenannte fail-safe-N), zumeist recht hoch. Daher dürfte es sehr unwahrscheinlich sein, dass die mittleren zu beobachtenden Effekte allein das Ergebnis selektiver Publikationsstrategien sind; den-

noch ist zumindest eine partielle Verzerrung nicht auszuschließen. Häufig wird ferner ein negativer Zusammenhang zwischen den verschiedenen Indikatoren der methodischen Qualität (Randomisierung und Vergleichbarkeit der Versuchsgruppen, Validitätsgefährdungen) und der Wirksamkeit beobachtet: Je methodisch besser die Studie, desto weniger Effektivität wird gefunden. Die Frage, ob das methodische Vorgehen mit der ermittelten Effektivität systematisch zusammenhängt, stellt sich daher bei jeder Analyse neu. Systematische Vergleiche zeigen, dass die Ergebnisse aus relativ gut kontrollierten Quasi-Experimenten denen aus randomisierten Studien durchaus vergleichbar sind (Beelmann, 2006).

Die vorliegenden deutschsprachigen, gesundheitspsychologisch fundierten Programme für Kinder und Jugendliche gelangen zu insgesamt positiven Evaluationsergebnissen. Kaluza und Lohaus (2006) sowie Heinrichs et al. (2002) berichten über eine hohe Akzeptanz bei den Zielgruppen der Interventionsprogramme, Wissenszuwachs, erfolgreiche Förderung von Kompetenzen, Zunahme der Zielverhaltensweisen und Reduktion unerwünschter Verhaltensweisen. Es werden jedoch selten hohe Effektstärken gefunden. Die Effektstärken variieren, und die Effekte zeigen sich nicht konsistent bei allen eingesetzten Datenquellen. Der forschungsmethodische Standard der Evaluationsstudien im Bereich psychologische Gesundheitsförderung gilt dabei als positiv. Neun der zehn bei Kaluza und Lohaus (2006) beschriebenen Programme wurden im Rahmen eines randomisierten oder eines quasi-experimentellen Kontrollgruppendesigns evaluiert, wobei die Follow-up-Zeiträume zwischen 3 und 15 Monaten variierten.

Kleine bis moderate Effektschätzungen finden sich im Bereich dissozialer Verhaltensstörungen und Suchtprobleme, insbesondere wenn „harte“ Verhaltensmaße als Erfolgskriterien verwendet werden. Insgesamt wurden bei den Programmen zur allgemeinen Entwicklungsförderung höhere Wirkungen erzielt. Jedoch traten hier große Ergebnisunterschiede auf, sodass allgemeine Aussagen trotz großer Anzahl an Untersuchungen schwierig sind (Bühler & Kröger 2006). Für den Bereich der Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen liegt eine Vielzahl an Interventionen vor. Für fast alle Lebenswelten, in denen Jugendliche heranwachsen, lassen sich nach Bühler und Kröger (2006) effektive Maßnahmen bestimmen, die den Substanzkonsum verhindern, verzögern oder reduzieren: In der Familie sind dies vor allem kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings; in der Schule sind es interaktive Programme, z. B. aufbauend auf dem Konzept der Lebenskompetenz; Medienkampagnen sind als flankierende, nicht jedoch alleinige Maßnahmen zur Verhaltensänderung wirksam; auch gesetzgeberische Maßnahmen zur Beeinflussung des Preises von Substanzen und der legalen Altersgrenze des Konsums wirken sich positiv aus. Jedoch sind weitere qualitativ hochwertige Studien nötig, um die Befundlage abzusichern. Differenziertere Aussagen zur Wirksamkeit von Suchtprävention finden sich in der Expertise von Bühler und Kröger (2006).

Gezielte (das heißt selektive und indizierte) Präventionsmaßnahmen weisen generell höhere Effektstärken auf als universelle Strategien. Die Differenzen sind methodisch und

inhaltlich zu erwarten: Mit sinkender Prävalenz des Problems, wie es bei universellen Strategien im Gegensatz zu selektiver oder indizierter Verbreitung vorliegt, entwickeln sich mehr Personen der Zielgruppe auch ohne Intervention günstig. Viele weisen Ausgangswerte auf, die gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe kaum verbessert werden können. Eine Rechtfertigung universeller Präventionsmaßnahmen muss daher vom Standpunkt der erzielbaren Wirksamkeit kritisch beurteilt werden (Heinrichs et al. 2002). Verhaltenstherapeutisch fundierte Elterntrainings zur Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Vor- und Grundschulalter scheinen mit Effektstärken von etwa .70 bis .86 effektiver zu sein als der Durchschnitt der Programme (Beelmann 2006). Multi-Komponenten-Programme weisen Effektstärken im mittleren Bereich auf, die etwas unter denen von Elterntrainings zu liegen scheinen. Multimodale, strukturierte, fähigkeitsorientierte und interaktive Programme, die lerntheoretisch fundiert sind, sind solchen, die allein auf Information und Aufklärung setzen, überlegen.

Fragen zur differenziellen Indikation, zur optimalen Durchführung, zur notwendigen Intensität der Programme und Art der Implementierung lassen sich mit dem derzeitigen Forschungsstand noch nicht ausreichend beantworten (Kaluza & Lohaus 2006). Die Analyse der Wirksamkeit einzelner Programmkomponenten ist bisher die Ausnahme. Der berechtigten Forderung nach solchen Studien stehen einige forschungsmethodische Probleme entgegen, die in Abschnitt 5.2.2 im Überblick referiert werden.

5.2.2 Probleme von Wirksamkeitsstudien

Studien, die die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Steigerung von Schutzfaktoren untersuchen, müssen dieselben Probleme und Fragestellungen lösen wie die Erfolgsforschung in anderen Feldern (z. B. Psychotherapieforschung, Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen). Zwei Probleme sind in der Präventionsforschung besonders akzentuiert: die bereits in Abschnitt 5.1 besprochene Definition und Messung der Konstrukte (Erfolgskriterien) sowie die Latenz der Effekte. Der Zeitpunkt, an dem sich die Intervention in bestimmten Merkmalen auswirken soll, liegt oft in ferner Zukunft. Kurzfristig kann dagegen häufig nur die Akzeptanz der Intervention, eine Veränderung der Einstellung oder ein Wissenszuwachs dokumentiert werden. Tabelle 10 gibt einen Überblick zu Problemen von Wirksamkeitsstudien; dabei wiederholen sich Aspekte aus der Schutzfaktorenforschung (siehe Tabelle 9).

Die Praxis erwartet von der Forschung zu Recht Aussagen zum begründeten Einsatz und zur Wirksamkeit von Programmen zur Stärkung der Schutzfaktoren. In den vorangegangenen Abschnitten sollte deutlich geworden sein, welche Probleme und Schwierigkeiten bei solchen Evaluationsstudien auftreten. Darüber hinaus besteht häufig ein Missverhältnis zwischen den Ressourcen und Aufwendungen für die Maßnahme an sich und den Mitteln und Möglichkeiten einer Evaluation. Das Budget für eine externe – das heißt eine von den Personen, die die Maßnahme durchführen, unabhängige – Evalua-

Definition und Auswahl der Erfolgskriterien
Operationalisierung und Messbarkeit
Direkte versus indirekte Veränderungsmessung
Stichprobengewinnung und Drop-out
Ausgangswerteproblem und Regression zur Mitte
Nicht messbare Effekte, nicht intendierte Effekte
Zwischenzeitliches Geschehen
Einflussfaktoren, Konfundierung und Wechselwirkung
Zeitdauer und Abstand zu Intervention und Messzeitpunkten
Transfer und Implementierung in die Praxis

Tab. 10: Forschungsmethodische Fragen bei Wirksamkeitsstudien

tion ist sehr gering oder gar nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Ergebnisse zeitnah vorliegen müssen, um über eine Weiterförderung zu entscheiden. Häufig wird gefordert, die Studien und Befunde sollten den Prinzipien der „Evidenzbasierten Medizin“ (EbM) genügen. Dies ist richtig, mitunter wird jedoch dabei fälschlicherweise angenommen, dass nur Ergebnisse aus einer oder mehreren randomisierten kontrollierten Studien verwendet werden dürfen (Level 1 und 2). EbM bedeutet hingegen, die bestmögliche Evidenz für die Patientenversorgung bzw. im Bereich der Prävention von Zielgruppen heranzuziehen. Liegen keine randomisierten Studien vor, so sind selbstverständlich Studien mit geringerer wissenschaftlicher Güte (Level 3 oder geringer) zu beachten. Die Forderung nach einer wissenschaftlichen Evaluation und Begleitforschung ist sicher berechtigt, jedoch in vielen Fällen nicht durchführbar, zu aufwändig und/oder unrealistisch (siehe Tabelle 10). Gerade in der Prävention und Gesundheitsförderung können randomisierte und kontrollierte Studiendesigns seltener angewendet werden. Hier sollen nur beispielhaft einige methodische Aspekte benannt werden, die die Präventionsforschung und insbesondere die Evaluation eines präventiven Programms erschweren.

Bereits bei der Planung einer Evaluationsstudie kann es zu einer mehr oder minder großen Vorselektion kommen (wenn beispielsweise bei einer schulzentrierten Maßnahme nur überdurchschnittlich motivierte Lehrkräfte oder nur Gymnasialklassen teilnehmen). Hier muss die Frage sorgfältig abgeschätzt werden, ob die untersuchte Population repräsentativ für einen gesamten Versorgungsbereich ist. Mit der Beobachtungsdauer

steigt die Wahrscheinlichkeit der Abbrecher. Gründe für den Abbruch können im Kindes- und Jugendalter u. a. Umzug, Krankheit oder Schulwechsel sein. Dies betrifft insbesondere die katamnestiche Erreichbarkeit.

Bei Datenerhebungen, die Monate oder Jahre nach der Teilnahme an einem Präventionsprojekt stattfinden, stellt sich die Frage, ob deren Ergebnisse ausschließlich auf das Projekt zurückzuführen sind. Je mehr Zeit zwischen der Intervention und der Ergebniserfassung liegt, desto größer wird der Einfluss zwischenzeitlichen Geschehens. Besonders Kinder und Jugendliche unterliegen entwicklungsbedingt vielfältigen Einflüssen wie etwa der Pubertät, sodass die Maßnahme nur als ein Wirkfaktor unter vielen interpretiert werden kann. Präventive Programme, insbesondere im Bereich der Substanzprävention (Drogen, Alkohol, Nikotin), konkurrieren mit weiteren Informationen, die durch Medien, Freunde bzw. Freundinnen oder andere Quellen vermittelt werden.

Auch wenn die Durchführung einer primärpräventiven Maßnahme standardisiert und in einem Manual beschrieben ist, entspricht die Intervention nie vollständig dem im Manual festgelegten Programm. Die Umsetzung interaktiver Programme variiert je nach Präferenzen und Motivation der Programmvermittelnden und in Abhängigkeit der Grupsituation. Dies erschwert die Verallgemeinerung der Ergebnisse einer Evaluation auf andere Programmvermittler und -vermittlerinnen sowie auf Gruppen.

Interventionsabhängige Veränderungen sind programmunspezifische Effekte, die nicht durch das Programm an sich hervorgerufen werden, sondern dadurch, dass überhaupt eine Intervention stattfindet. Beispielsweise kann die Aufmerksamkeit, die Probanden während einer Intervention erfahren, sie zu einer größeren Anstrengung veranlassen. Auch wiederholte Leistungserfassung (Retestung) kann Performanzverbesserungen bewirken, die nicht auf das Programm, sondern auf die zunehmende Testvertrautheit zurückzuführen sind. Da programmgebundene und interventionsgebundene Wirkungen gemeinsam auftreten, sind diese bei fehlender experimenteller Kontrolle nicht voneinander zu trennen.

Zentral ist die Art der Veränderungsmessung. Darunter versteht man die Messung von Veränderungen einer oder mehrerer Variablen an einem Individuum, wobei diese Veränderung als Abbildung intra-individueller Prozesse aufgefasst wird. Es werden zwei unterschiedliche Zugangsweisen unterschieden:

- Indirekte Veränderungsmessung: Diese klassische Form der Veränderungsmessung erfolgt über die Bildung von Differenzen zwischen zwei Messzeitpunkten, einmal vor und einmal nach der Intervention. Ein besonderes Validitätsrisiko stellen hier Retest-Effekte dar.
- Direkte Veränderungsmessung: Hier wird eine von der Person subjektiv erlebte Veränderung direkt eingestuft (keine Messung vor der Intervention), wobei die Aussagen zur Umschreibung der Veränderung in Komparativform gekleidet sind (z. B. besser, schlechter). Probleme dieser Methode sind wie bei retrospektiven Einschätzungen:

Abhängigkeit von Gedächtnisleistungen, die Gefahr von Antworttendenzen und letztlich die Ungewissheit über das tatsächliche Ausgangsniveau.

Einen Aspekt gilt es zu bedenken: In der Regel müssen auch evaluierte Programme beim Transfer an die jeweiligen Praxisbedingungen (z. B. Zeitaufwand, Zielgruppe, Rahmenbedingungen) angepasst werden. Streng genommen sind damit die Entwicklungs- und Evaluationsbedingungen nicht mehr gewährleistet; es kann nicht erwartet werden, dass die Effekte in dem veränderten Kontext in gleicher Weise realisiert werden können. Bei einer Implementierung eines Programms in die Praxis muss daher immer mit einer etwas geringeren Effektivität gerechnet werden.

Bühler und Kröger (2006) stellen ein Sechs-Phasen-Modell von Uhl (1998) vor, das die Einführung von Präventionsmaßnahmen beschreibt. Dieses kann für die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung adaptiert werden:

- *Phase 1* – Grundlagenforschung: Basis für die Entwicklung von Programmen, die u. a. die Erfassung von epidemiologischen Daten zur Identifikation von Problem-bereichen, das Formulieren von Theorien und die Entwicklung reliabler und valider Messinstrumente erfasst.
- *Phase 2* – Präventionsforschung: Sie formuliert und untersucht kausale Modelle, die auf der Grundlagenforschung aufbauen. Hier ist die Risiko- und Schutzfaktorenforschung angesiedelt, die die wichtigsten Prädiktoren für psychische Störungen bzw. das Ausbleiben psychischer Störungen identifizieren soll.
- *Phase 3 und 4* – Konzeptualisierung und Entwicklung: Konkrete Maßnahmen werden konzeptualisiert und entwickelt. Erste Pilotevaluationen werden durchgeführt.
- *Phase 5* – Überprüfung: In dieser Phase befindet sich z. B. die schulische Suchtpräventionsforschung. In großem Maßstab werden unter kontrollierten Bedingungen Machbarkeit, Effektivität und negative Auswirkungen untersucht. Ziel dabei ist die Optimierung der Maßnahmen.
- *Phase 6* – Routinisierung: Diese Phase bildet den Abschluss der wissenschaftlich basierten Einführung. Die Programme werden routinemäßig unter Kontrolle der Qualität von einem großen Anwenderkreis eingesetzt.

Dieses Modell stellt den Ablauf idealtypisch und nachvollziehbar dar. Der Praktiker benötigt jedoch eine Entscheidungshilfe, die es ihm ermöglicht, über die Wertigkeit und Qualität einer Maßnahme oder eines Programms zu urteilen. Eine Lösung für das Problem stellt eine Qualitätsbeurteilung mittels Checklisten dar. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können und sollen mit Checklisten auf ihre Qualität geprüft werden (Dierks et al. 2001; Kliche et al. 2004). Checklisten können nicht fehlende Evaluationsstudien ersetzen, bieten jedoch dem Anwender eine Hilfe zur Beurteilung von Interventionsmaßnahmen und Programmen an. Dies gilt in besonderer Weise auch für die Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren. Kliche und Kollegen (2004) schlagen ein Begutachtungsverfahren vor, das auf der Basis internationaler evidenz-basierter Studien und Checklisten die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie

Hauptdimension	Unterdimension
Konzeptqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung • Stimmigkeit • Begründungsgrundlage • Zielgruppenbestimmung • Zielgruppenverständnis
Planungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Hintergrundanalyse • Berücksichtigung anderer Akteure • Wissenschaftliche Fundierung • Gestaltung des Angebots • Auswahl von Kooperationspartnern
Mitwirkende	<ul style="list-style-type: none"> • Personalzuweisung für die Aktivität • Qualifikation • Qualifizierung vor dem Programm • Kooperation und Koordination
Verbreitung des Angebots (Streuwege, Reichweite, Medien)	<ul style="list-style-type: none"> • Streuung des Angebots • Vermittlung des Angebots • Arbeitsmethoden des Angebots
Verlaufsgestaltung und Projektmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Lenkung der Aktivität • Bearbeitung kritischer Verlaufereignisse • Prüfung externer Leistungen
Erfolgskontrolle und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtbild • Wirkungserhebung • Erfassung von Akzeptanz • Erfassung der Nutzer und Nutzerinnen des Angebots
Unterstützung nachhaltiger Wirksamkeit und Qualitätsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliches Lernen • Qualitätsentwicklung • Weiterführende Angebote

Tab. 11: Qualitätsdimensionen präventiver Programme (nach Kliche et al. 2004)

Konzeptqualität systematisiert (vgl. Tabelle 11). Diese Qualitätsdimensionen werden auf Dokumentationsbogen mit halb offenen Fragen und geschlossenen Items exploriert. Die Dokumentationsbogen sollten von den Einrichtungen bzw. Programmautoren einer Expertenbegutachtung zugänglich gemacht werden.

ZUSAMMENFASSUNG



Die Resilienzforschung hat eine große Zahl protektiver Faktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter Risikobedingungen vorgeschlagen und untersucht. Diese Schutzfaktoren und die empirische Befundlage wurden gegliedert nach personaler, familiärer und sozialer Ebene vorgestellt. Der Forschungsstand ist teilweise noch uneinheitlich und weist Lücken auf, es fehlen insbesondere Daten zu den Wechselwirkungen der Schutzfaktoren. Dennoch lassen sich Faktoren ableiten und empirisch stützen, denen eine schützende Wirkung zugeschrieben wird. Daraus lassen sich Empfehlungen für Maßnahmen zur Stärkung dieser Faktoren bei Kindern und Jugendlichen ableiten.

Auf der **personalen Ebene** zeigt sich, dass viele Faktoren eine schützende Wirkung entfalten können. Kinder und Jugendliche, die sich selbst positiv wahrnehmen und eine *positive Lebenseinstellung* besitzen, scheinen eine größere Resilienz gegenüber gefährdenden Lebensumständen zu besitzen. Zu *kognitiven Fähigkeiten* und Intelligenz ist die Befundlage nicht ganz einheitlich. Eine zumindest *durchschnittliche Intelligenz* scheint jedoch eine schützende Funktion zu haben. Die *schulische Leistung* wird konsistent als resilienzförderlicher Faktor eingeschätzt, genau wie eine *realistische Selbsteinschätzung* und *Zielorientierung*. Daneben hat sich eine *ausgeprägte Selbstwirksamkeit* als schützend erwiesen, die eng mit *aktiven Bewältigungsversuchen* zusammenhängt. Sich selbst als wirksam zu erleben, beinhaltet die Einschätzung, Einfluss auf Ereignisse nehmen zu können. Da in bestimmten Situationen jedoch auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogene Bewältigungsstrategien förderlich sein können, besitzt vor allem die Fähigkeit, Bewältigungsstrategien flexibel einzusetzen, eine schützende Funktion. *Soziale Kompetenz* von Kindern und Jugendlichen wird durchgängig als wichtiger Schutzfaktor bewertet. Auch *besondere Begabungen* können unter gefährdenden Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche eine kompensatorische Funktion erfüllen. Bezüglich des *Geschlechts* ist die Befundlage uneinheitlich. Vieles deutet darauf hin, dass das Geschlecht eher als Moderatorvariable einzuschätzen ist und die Frage nach geschlechtsspezifischen Schutzfaktoren weiter untersucht werden muss.

Wenn man die Befunde der Resilienzforschung zu personalen Faktoren betrachtet, so finden sich immer auch solche Schutzfaktoren, die nicht nur unter Risikobedingungen schützend wirken, sondern die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auch allgemein fördern – z. B. soziale Kompetenz, kognitive Fertigkeiten und Selbstregulationsfähigkeiten. Auch wenn bei solchen Befunden eine eindeutige Klassifikation als Schutzfaktor schwer fällt, sind sie dennoch eine wichtige Grundlage für die allgemeine Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen sowohl unter Risiko- als auch unter Entwicklungsbedingungen ohne besondere Risiken. Personale Schutzfaktoren sind für jüngere Kinder im Allgemeinen weniger wichtig, da sie mehr auf emotionale Unterstützung von außen angewiesen sind als Jugendliche.

Personale Faktoren dürfen jedoch nicht überbetont werden, da sie ihrerseits durch die Umwelt geformt werden können. Eine Sichtweise, die sich primär auf die personalen Faktoren konzentriert, könnte schnell zu Schuldzuschreibungen gegenüber Kindern und

Jugendlichen (und Eltern) führen, die nicht über diese schützenden Eigenschaften verfügen bzw. sich nicht resilient zeigen. Darüber hinaus könnten selbst resiliente Kinder in der Lage sein, sich noch besser zu entwickeln, wenn sie nicht unter risikoreichen Bedingungen leben müssen. Der Fokus sollte daher nicht allein auf das Kind gerichtet werden, vielmehr muss gleichfalls mit dem Umfeld (u. a. Eltern, Lehrkräfte) gearbeitet werden, um Kindern die bestmöglichen Entwicklungsbedingungen zu eröffnen und sie vor gefährdenden Lebensbedingungen zu schützen. Interventionen zur Förderung personaler Schutzfaktoren sind dennoch sinnvoll, da sie Kinder darin stärken, auch mit widrigen Lebensumständen und kritischen Lebensereignissen umgehen zu können.

Auf der Ebene **familiärer Schutzfaktoren** zeigt sich, dass strukturelle Familienmerkmale eine geringere Bedeutung haben als Beziehungs-, Bindungs- und Erziehungsqualität. Obwohl ein niedriger *sozioökonomischer Status* einen bedeutenden Risikofaktor darstellt, sind finanziell günstige Verhältnisse nicht per se schützend. Die Befunde zur *Familienzusammensetzung* sind nicht konsistent. Allein die *familiäre Stabilität*, die sich durch wiederkehrende Abläufe und Rituale beschreiben lässt, besitzt eine Schutzwirkung für Kinder und Jugendliche unter Risikobedingungen. Einer *sicheren Bindung* sowie einer *positiven Beziehung* zu mindestens einer Elternperson wird konsistent eine schützende Wirkung zugemessen, was unter den verschiedensten Risikobedingungen belegt ist. Auch indirekte Wirkungen sind zu vermuten, in der Weise, dass eine sichere Bindung auch für die Entwicklung personaler Schutzfaktoren von Bedeutung ist.

Ein *Erziehungsstil*, bei dem klare Regeln aufgestellt und konsequent durchgesetzt werden, scheint gegenüber vielfältigen Risikobedingungen zu schützen. Diese Wirkung kann sich allerdings nur auf der Basis einer positiven Beziehung zum Kind oder Jugendlichen entfalten. Eine feindselige oder abwertende Regeldurchsetzung hat negative Effekte. Ein *positives Familienklima* und eine *kohäsive Familie*, die genug Raum zur eigenen Entfaltung lässt, stehen mit einer positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang. Auch eine *positive und unterstützende Geschwisterbeziehung* ist in der Forschung als protektiv belegt worden. Dabei ist jedoch noch wenig bekannt, welchen Einfluss Altersabstand, Geschwisterkonstellationen und Geschlecht haben. Die Befundlage zum *Bildungsniveau der Eltern* ist uneinheitlich. Möglicherweise kann der Bildungsgrad, ähnlich wie der sozioökonomische Status, eher als Ressource eingeordnet werden. Die *psychische Gesundheit der Eltern* ist nach der aktuellen Befundlage weniger als Schutzfaktor, sondern vielmehr als die Abwesenheit eines Risikofaktors zu bewerten. Großen Einfluss hat die *Qualität der Beziehung der Eltern* untereinander. Dabei steht eine harmonische Beziehung mit einer resilienten Entwicklung in Zusammenhang. Eine förderliche Wirkung wird jedoch auch beschrieben, wenn Kinder und Jugendliche bei Konflikten der Eltern erleben, dass diese konstruktiv gelöst werden können.

Familiäre Schutzfaktoren spielen in der Resilienzforschung eine zentrale Rolle. Viele der genannten Faktoren sind förder- und veränderbar, sodass eine wichtige gesellschaftliche

Aufgabe darin besteht, für Familien Bedingungen zu schaffen und ihnen Unterstützungsangebote an die Hand zu geben, die sie befähigen, schützende Faktoren für Kinder und Jugendliche unter gefährdenden Lebensbedingungen zu realisieren. Vielfach stehen die für Kinder und Jugendliche gefährdenden Bedingungen jedoch in engem Zusammenhang mit Beeinträchtigungen der gesamten Familie (z. B. durch einen niedrigen sozioökonomischen Status) oder liegen gerade in der Tatsache, dass das familiäre Funktionieren beeinträchtigt ist (z. B. durch fehlende sichere Bindung an ein Elternteil). Hier ist es wichtig, kompensatorische Möglichkeiten außerhalb der Familie zu suchen. Auch Familien mit hoher Kohäsion und positiver Erziehung können jedoch an Grenzen stoßen, beispielsweise wenn das Kind permanent schädigenden Einflüssen von außen ausgesetzt ist.

Der Schwerpunkt der Forschung zu **sozialen Schutzfaktoren** liegt im Bereich der *sozialen Unterstützung*. Es handelt sich um ein sehr komplexes Konstrukt, das in den Studien unterschiedlich operationalisiert wird. Insgesamt steht soziale Unterstützung mit einer resilienten Entwicklung in Zusammenhang. Eine Differenzierung nach Art und Quelle der Unterstützung, Risikobereich und Zielperson bzw. deren Bedürfnissen ist jedoch unerlässlich. Als eine spezifische Form von sozialer Unterstützung kann eine *gute Beziehung zu einer erwachsenen Person* außerhalb der Familie eingeordnet werden. Eine solche Beziehung hat sich konsistent als protektiv erwiesen. Eine gute *Beziehungsqualität* eröffnet Möglichkeiten, auf Kinder und Jugendliche einen positiven Einfluss zu nehmen. Dabei ist es von geringerer Bedeutung, welches Alter, Geschlecht oder welche Funktion diese Person hat, wichtiger ist vielmehr, dass sie förderliche Eigenschaften besitzt und unterstützend wirkt. Bezogen auf Gleichaltrige ist vor allem der *Kontakt zu prosozialen Peers* oder Gruppen ein Schutzfaktor gegenüber vielfältigen Risikobedingungen. Studien zeigen jedoch auch, dass Kinder und Jugendliche häufig den Kontakt zu Gleichaltrigen suchen, die ihnen ähnlich sind. So sind durch den Kontakt zu Risikogruppen auch verhaltensstabilisierende oder vulnerabilisierende Effekte möglich.

Die *Qualität der Bildungsinstitution* ist ein sehr komplexer Bereich, bei dem sich allgemein eine gute *Schulqualität* und ein *positives Schulklima* als förderlich herausgestellt haben. Schützende Faktoren liegen dabei auf der Ebene der Beziehungen in der Schule, dem pädagogischen Vorgehen, der Unterstützung und Akzeptanz der Schülerinnen und Schüler sowie der Ausstattung und Sicherheit. Es ist anzunehmen, dass dies vergleichbar auch für den vorschulischen Bereich der Kindertagesstätten gilt.

Zu dieser dritten Ebene von Schutzfaktoren kann resümierend gesagt werden, dass soziale Faktoren eine Möglichkeit darstellen können, kompensatorische Erfahrungen zu machen, die z. B. in der Familie fehlen oder aufgrund anderer gefährdender Bedingungen nicht oder nur unzureichend gemacht werden konnten. Dabei scheint es von großer Bedeutung zu sein, dass die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen mit den vorhandenen sozialen Ressourcen übereinstimmen. Zum einen kann von einer guten Bezie-

hung zu einer Person außerhalb der Familie eine schützende Wirkung ausgehen. Zum anderen sind auf institutioneller Ebene Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche wichtig, die ihnen positive Erfahrungen ermöglichen und keinesfalls bisherige negative Erwartungen und Erfahrungen fortführen oder zu einer zusätzlichen Belastung werden. Dies beinhaltet eine gesellschaftliche Verantwortung, auf die Bedürfnisse von benachteiligten Kindern ein besonderes Augenmerk zu richten und individuelle Unterstützungsmöglichkeiten zu finden.

Betrachtet man alle drei Kategorien von Schutzfaktoren (personal, familiär und sozial), so kann man zusammenfassen, dass für eine resiliente Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung ist, wie Kinder und Jugendliche in Beziehungen eingebunden sind und diese erleben. Gerade in den ersten Lebensjahren ist das Angewiesensein auf fürsorgliche Erwachsene offensichtlich. Frühe Bindungserfahrungen bestimmen mit, wie erste Entwicklungsaufgaben gelöst werden können, wodurch auch die Art und Weise des Umgangs mit späteren Aufgaben beeinflusst wird. Eine gute Beziehung zu Eltern oder unterstützenden erwachsenen Bezugspersonen hat sich als konsistenter Schutzfaktor bei den unterschiedlichsten Lebens- und Entwicklungsbedingungen erwiesen. Durch die Einbindung in positive Beziehungen ist es möglich, personale Schutzfaktoren zu fördern und Kindern und Jugendlichen kompensatorische Erfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten zu vermitteln. Dies darf jedoch nicht von der Notwendigkeit ablenken, Risikobedingungen für Kinder und Jugendliche in ihrem Lebensumfeld zu minimieren. Zum einen muss bedacht werden, dass selbst die „besten Eltern“ oder sozialen Beziehungen – verbunden mit vielen personalen Schutzfaktoren – an ihre Grenzen stoßen, wenn Kinder und Jugendliche fortwährend gefährdenden Bedingungen und Risiken ausgesetzt sind. Zum anderen hätten Kinder und Jugendliche, die sich selbst unter Risikobedingungen noch positiv entwickeln, beim Vorliegen förderlicher Bedingungen die Möglichkeit zu einer noch besseren Entwicklung. Vor diesem Hintergrund wird die gesellschaftliche Verantwortung deutlich, für Kinder, Jugendliche und ihre Familien Risikobedingungen zu reduzieren sowie protektive Bedingungen zu schaffen, die eine positive Entwicklung fördern und Familien in ihren Bewältigungsmöglichkeiten unterstützen.

Ein wesentliches Ergebnis der Resilienzforschung hinsichtlich des Zusammenspiels der Faktoren ist, dass einzelne Schutzfaktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden dürfen, da sie nicht unabhängig voneinander wirken und sich gegenseitig beeinflussen können. Es scheint notwendig und sinnvoll, zu Modelltestungen überzugehen, die verschiedene Merkmale, die sich als relevant erwiesen haben, miteinander in Beziehung setzen und in ihrem Zusammenwirken untersuchen. Die bisherige Befundlage weist darauf hin, dass Schutzfaktoren in verschiedenen Risikobereichen unterschiedlich wirksam sind und dass auch die Auswahl von Ergebnisvariablen einen großen Einfluss auf die gefundenen Effekte hat. Dies erhöht die Komplexität der Resilienzforschung beträchtlich und macht eine differenzierte Sichtweise notwendig. Auch die Wechselwirkungen von Genotyp bzw. biologischen Grundlagen und Umwelteinflüssen sind bisher noch nicht

ausreichend untersucht. Die neurowissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass nicht nur die sozialen und psychischen Merkmale, sondern auch viele biologische Faktoren eine prinzipielle Veränderbarkeit (Plastizität) aufweisen.

Eine Vielzahl von relevanten Moderatorvariablen erschwert die Bewertung der Wirkungsweise und Wirkungsrichtung der Schutzfaktoren. So muss die unterschiedliche Relevanz von Schutzfaktoren in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren wie Geschlecht und Bildungsniveau beachtet werden. Hinzu kommt die Kontext- und Phasenabhängigkeit vieler Schutzfaktoren. Das Beispiel der Religiosität mit sowohl negativer als auch positiver Wirkung je nach Kontext soll hier genannt werden. Als Beispiel für die Abhängigkeit vieler Schutzfaktoren von bestimmten Altersphasen können verallgemeinernd personale Schutzfaktoren angeführt werden, die für jüngere Kinder allgemein weniger wichtig sind, da diese stärker auf Unterstützung von außen angewiesen sind. In vielen Studien zeigt sich, dass die Schutzfaktoren untereinander in Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Es ist anzunehmen, dass diese Wechselwirkung wiederum phasen- und kontextabhängig ist. Einige Faktoren sind für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auch unter wenig risikoreichen Bedingungen unbestritten, z. B. Bindung und Beziehung sowie Erziehungsstile und -praktiken. Andere wiederum, wie die Kohäsion der Familie, entfalten ihre Wirkung vor allem unter Risikobedingungen.

Ein umfassendes, differenziertes und empirisch fundiertes **Modell** zur Wirkung von Schutz- und Risikofaktoren kann bei der derzeitigen, zum Teil inkonsistenten Befundlage und aufgrund fehlender Daten nicht formuliert werden. Es lassen sich jedoch einige prinzipielle Aussagen zu Schutzfaktoren aus dem aktuellen Forschungsstand ableiten:

- Schutzfaktoren entfalten ihre Wirkung in Abhängigkeit von Risikokonstellationen und Umgebungsbedingungen. Das Ausmaß der vorliegenden Belastung bzw. der Risikokonstellation nimmt Einfluss auf die Wirkung der Schutzfaktoren.
- Schutzfaktoren können generelle und spezifische protektive Wirkungen entfalten.
- Der Effekt von mehreren Schutzfaktoren kann sich aufaddieren oder auch multiplikativ wirken.
- Kinder und Jugendliche durchlaufen Phasen unterschiedlicher Vulnerabilität.
- Manche Schutzfaktoren entfalten ihre Wirkung in Abhängigkeit von der jeweiligen Entwicklungsphase.
- Schutzfaktoren können zu Risikofaktoren werden und umgekehrt.
- Schutzfaktoren stehen in Wechselwirkung mit anderen Merkmalen und Faktoren, sie können die Wirkung anderer Merkmale beeinflussen (moderierende Wirkung).
- Einige Schutzfaktoren sind beeinflussbar und veränderbar (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung), andere sind nicht veränderbar (z. B. Geburtenreihenfolge).

Die **Forschung zu Schutzfaktoren** steht einer Reihe von konzeptionellen und methodischen Problemen gegenüber, die auch eine Bewertung der Interventionsprogramme erschweren. Sie muss künftig

- mehr Daten über längerfristige Wirkungen vorlegen,
- die Prozessforschung verstärken,
- die Effekte von Programmen dokumentieren,
- den Transfer der Maßnahmen in die Versorgungspraxis begleiten
- und den ökonomischen Nutzen belegen bzw. zumindest die ökonomische Bilanz beschreiben.

Jedoch können **Prävention und Gesundheitsförderung** nicht abwarten, bis alle Schutzfaktoren empirisch belegt sind und ein umfassendes Modell der Schutzfaktoren und ihrer Wirkung in verschiedenen Entwicklungsphasen sowie unter verschiedenen Risiko- bzw. Belastungsbedingungen vorliegt. Sie sind schon jetzt gefordert, Maßnahmen und Programme zur Unterstützung und Stärkung der Kinder und Jugendlichen zu entwickeln und anzubieten. Obwohl die Forschung und Entwicklung von Interventionsmaßnahmen und die Evaluations- und Wirksamkeitsforschung nicht zu allen Faktoren hinreichende Belege und empirische Daten liefern kann, bieten die vorgestellten Befunde zu den Schutzfaktoren Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren.

Unabhängig davon, welche Schutzfaktoren adressiert werden, setzen erfolgreiche Präventionsstrategien frühzeitig ein, fördern Kinder langfristig, systematisch sowie entwicklungsorientiert und berücksichtigen alterstypische Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen. Sie sollten die unterschiedlichen relevanten Lebensbereiche der Kinder ansprechen (z. B. Freizeit, Elternhaus, Schule) und damit verbundene potenzielle Risikobedingungen abmildern sowie den Aufbau von Schutzfaktoren fördern. Die Maßnahmen sollten bedarfsorientiert gestaltet sein und universelle, selektive und indizierte Präventionsangebote miteinander kombinieren (Mehrebenenprogramme).

Die Qualität der strukturierten Präventionsprogramme, die Umsetzung und Implementierung sowie ein Ansetzen auf mehreren Handlungsebenen (Kinder, Eltern, Umfeld) sind wichtig für eine erfolgreiche Entwicklungsförderung. Inhalte und Struktur eines Präventionsprogramms sollten auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sein, da Wechselwirkungen zwischen der Art der Intervention und den individuellen Voraussetzungen eines Kindes bestehen. Beispielsweise scheinen Kinder aus benachteiligten Familien eher hochstrukturierte Programme zu benötigen, während Kinder aus der sozialen Mittelschicht größere Gewinne aus offenen Curricula ziehen.

Die Programme müssen eine kontinuierliche, langfristige Förderung der psychosozialen Kompetenz gewährleisten und die Kinder und Jugendlichen bei der Bewältigung von normativen Entwicklungsaufgaben und -problemen unterstützen. Sie müssen aber auch je nach Risikokonstellation spezifische Inhalte umfassen, die sich am Entwicklungsstand orientieren (Informationsvermittlung, Einstellungsförderung, Bezug der allgemeinen Kompetenzen auf die spezifische Risikoverhaltensweise). Programme zur Förderung von Resilienz sollten auf spezifische Risikosituationen oder Risikogruppen (selektive



Prävention) zugeschnitten werden, um größtmögliche Wirkung zu erzielen. Aber auch unspezifische „Breitenprogramme“ sind wirksam. Ihr Vorteil besteht darin, dass sie eine große Zahl von Personen erreichen und nicht bestimmte Zielgruppen stigmatisieren. Personale Faktoren wie positive Lebenseinstellung und positive Selbstwahrnehmung, realistische Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeitserwartung, Zielorientierung, flexibel einsetzbare Bewältigungsstrategien und Erfahrungen im Umgang mit herausfordernden Situationen sind wichtige Zielgrößen für Maßnahmen.

Darüber hinaus kommt der Förderung von sozialer Unterstützung in allen Altersstufen hohe Bedeutung zu. Die Maßnahmen dürfen sich nicht nur an Kinder und Jugendliche allein richten, sondern müssen auch und vor allem die Eltern und Angehörigen sowie das soziale Umfeld mit einbeziehen. Programme und Maßnahmen, die Eltern oder Bezugspersonen darin unterstützen, zu ihrem Kind eine sichere Bindung aufzubauen, sind von besonderer Bedeutung. Außerdem sind die Partnerschaftsqualität der Eltern sowie ihre Erziehungskompetenz und -qualität wichtige Zielgrößen, da sie die Grundlagen für die Entwicklung ihrer Kinder mit bestimmen. Darüber hinaus sind Programme zur Verbesserung der Erziehungsbedingungen insgesamt, der Schulqualität und des Schulklimas sowie zur Schaffung eines gewaltfreien Umfelds relevante Maßnahmen, die eine resiliente Entwicklung unterstützen. Damit wird deutlich, dass Maßnahmen auf personaler, sozialer sowie familiärer Ebene getroffen werden müssen. Die meisten der bisher publizierten Interventions- und Präventionsprogramme setzen bei personalen Faktoren und hier in der Familie oder der Schule an. Weniger Angebote wurden bisher für den Einsatz im Bereich der vorschulischen Betreuung (Kinderkrippen, Kindergarten und Horte) konzipiert.

ANHANG



7.1

Dokumentation der Literaturrecherche

Grundlage der Expertise zu gesundheitlichen Schutzfaktoren Kinder und Jugendlicher bildet eine umfassende Literaturrecherche. Als Quellen wurden die gängigen Literaturdatenbanken sowie das Internet herangezogen. Um einen Überblick über die vorliegenden empirischen Forschungsergebnisse zu erhalten, wurden zunächst narrative Reviews zu Schutz- und Resilienzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen der Jahre 1995 bis 2006 recherchiert. Diese dienten der vorliegenden Expertise als inhaltliche Grundlage. Kritisch anzumerken ist bei allen uns vorliegenden Reviews die fehlende Darstellung der Recherchestrategie. Eine Beurteilung der Artikel hinsichtlich der Vollständigkeit der einbezogenen Forschungsbefunde wird dadurch erschwert.

Mittels der Reviews konnten die Befunde bis Ende 2004 gut erfasst und dokumentiert werden. Um auch aktuellere Publikationen einzubeziehen, wurde für die Expertise eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum von 2005 bis 2006 durchgeführt. Diese erfolgte mittels folgender Suchstrategie:

Verwendete Datenbanken: PsycInfo, Psynindex

Suchbegriffe: resilience, resilien*, protective factor*, protective function*, protective effect*

Sucheinschränkungen: Die Suche wurde auf den Zeitraum von 2005 bis 2006 und die Altersgruppe Kinder/Jugendliche beschränkt. Es wurden nur englisch- und deutschsprachige Publikationen einbezogen. Kommentare und Editorials wurden ebenso wie Dissertation Abstracts als Publikationstypus ausgeschlossen.

Erläuterungen zur Suchstrategie: Weder PsycInfo noch Psynindex führen den Begriff „protective factor“ als Suchbegriff im Thesaurus auf. Der Begriff „resilience“ ist als Suchbegriff vorhanden. Jedoch ergab eine Überprüfung uns bereits vorliegender Studien, dass viele relevante Artikel nicht über „resilience“, sondern über „psychosocial factors“, „risk factors“, „adaptation“, „adolescent development“, „health“ oder andere verwandte Konzepte verschlagwortet sind. Dies erschwert eine systematische Suche. Daher wurden sowohl eine Suche mit „resilience“ als Subject Heading, als auch eine Freitextsuche mit den oben aufgeführten trunkierten Suchbegriffen in Titel und Abstract durchgeführt. Die in den Datenbanken erzielten Treffer wurden anhand der Abstracts auf ihre Relevanz für die Expertise überprüft. Weitere relevante Artikel wurden über die Literaturverzeichnisse der Datenbanktreffer recherchiert.

Dokumentation der Recherchestrategie in PsycInfo:

S1: DE „resilience (psychological)“

S2: TI (resilien* or protective factor* or protective function* or protective effect*)
S3: AB (resilien* or protective factor* or protective function* or protective effect*)
S4: (S3 or S2 or S1)
S5: (S3 or S2 or S1) Limiters – Publication Year: 2005–2006; Language: English, German; Age Groups: Childhood, Neonatal, Infancy, Preschool Age, School Age, Adolescence
S6: PZ (comment or column or editorial or letter)
S7: PT dissertation abstract
S8: (S6 or S7)
S9: (S5 not S8)
Für die Suche in Psyn dex wurden die Sucheinschränkungen entsprechend den Vorgaben der Datenbank angepasst.

Internetrecherche: Eine Internetsuche zu Längsschnittstudien und Interventionsprogrammen ergänzte die Literaturrecherche. Eine Auflistung der verwendeten Websites folgt in Abschnitt 7.2.

7.2 Dokumentation der Websites

7.2.1 Längsschnittstudien

BELLA-Studie
www.bella-studie.de

Britische Kohortenstudie
www.esds.ac.uk/longitudinal/access/bcs70

Chicago-Längsschnittstudie
www.waisman.wisc.edu/cls

Christchurch Gesundheits- und Entwicklungsstudie
www.chmeds.ac.nz/research/chds

Dunedin Multidisziplinäre Gesundheits- und Entwicklungsstudie
www.otago.ac.nz/research/centres/res_cen_dnhealthdev.html

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
www.kiggs.de

„Mater-Universität von Queensland“-Studie zur Schwangerschaft
www.ansoc.uq.edu.au/index.html?page=15537&pid=15531



Minnesota-Eltern-Kind-Projekt
www.education.umn.edu/ICD/Parent%2DChild

Nationale Studie zur kindlichen Entwicklung (GB)
www.esds.ac.uk/longitudinal/access/ncds

7.2.2 Interventionen

Early Risers
www.psychiatry.umn.edu/psychiatry/research/earlyrisers

Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training (EFFEKT)
www.effekt-training.de

Fast Track
www.fasttrackproject.org

FAUSTLOS: Gewaltprävention durch Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen
www.faustlos.de

Freiheit in Grenzen
www.freiheit-in-grenzen.org

Mind Matters
www.mindmatters-schule.de

STEEP
www.zepira-hamburg.de/steep-fruehehilfen.html

Starke Eltern – Starke Kinder
www.starkeeltern-starkekinder.de

STEP
www.instep-online.de

Triple P – Positive Parenting Program
www.triplep.de

Verrückt? Na und!
www.verrueckt-na-und.de/html/start.html

7.3 Literaturverzeichnis

- Adelmann, P. K. (2005): Social environmental factors and preteen health-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36 (1), 36–47.
- Adler, A. (1928): Characteristics of the first, second and third child. *Children*, 3, 14–52.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005): Enhancing resilience in children: a proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (3), 238–245.
- Al-Yagon, M., & Margalit, M. (2006): Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 21 (1), 21–37.
- Anthony, E. J. (1974): The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child and his family* (pp. 529–544). New York, NY: Wiley.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey Bass.
- Asendorpf, J. B. (2003): Temperament. In: H. Keller (Hg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (3. Aufl., pp. 775–814). Bern, Göttingen: Hans Huber.
- Arhauer, M., & Hanewinkel, R. (1996): *Evaluationsbericht des Projektes „Prävention im Team“ (PIT)*. Kiel: IFT-Nord.
- Baker, J. A. (2006): Contributions of teacher-child relationships to positive school adjustment during elementary school. *Journal of School Psychology*, 44 (3), 211–229.
- Baldry, A., & Farrington, D. P. (2005): Protective factors as moderators of risk factors in adolescence bullying. *Social Psychology of Education*, 8 (3), 263–284.
- Balmer, K., Michael, T., Munsch, S., & Margraf, J. (2007): Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Evaluation des schulbasierten Programms GO! – Schweiz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (2), 57–66.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
- Barrett, P., Webster, H., & Turner, C. (2003): *Freunde für Kinder*. München: Ernst Reinhardt.
- Bartol, C. R. (2006): Resilience and antisocial behavior. In: C. R. Bartol & A. M. Bartol (Eds.), *Current perspectives in forensic psychology and criminal justice* (pp. 79–92). Thousand Oaks, CA, London: Sage Publications.
- Baumrind, D. (1968): Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255–272.
- Baumrind, D. (1989): Rearing competent children. In: W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349–378). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Beelmann, A. (2006): Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 151–162.
- Beelmann, W. (2002): Kindliche Symptombelastung und familiäre Anpassungsleistungen nach einer ehelichen Trennung. In: T. Fabian, G. Jacobs, S. Nowara & I. Rode (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Rechtspsychologie*. Münster: LIT Verlag.
- Beland, K. (1988): *Second Step. A violence-prevention curriculum. Grades 1–3*. Seattle, WA: Committee for Children.
- Beland, K. (1991): *Second Step. A violence-prevention curriculum. Preschool-kindergarten*. Seattle, WA: Committee for Children.
- Bellin, M. H., & Kovacs, P. J. (2006): Fostering resilience in siblings of youths with a chronic health condition: a review of the literature. *Health & Social Work*, 31 (3), 209–216.
- Bender, D., & Lösel, F. (1997): Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661–678.
- Bender, D., & Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. In: J. Margraf, J. Siegrist & S. Neuner (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitsstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (pp. 117–145). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Bender, D., & Lösel, F. (2005): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (pp. 317–346). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2000): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (5. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bennett, P., Elliott, M., & Peters, D. (2005): Classroom and family effects on children's social and behavioral problems. *Elementary School Journal*, 105 (5), 461–480.
- Bergman, L. R. (1996): Measurement and data quality in longitudinal research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 28–32.
- Bettge, S. (2004): *Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung*. Technische Universität Berlin (unveröffentlichte Dissertation).
- Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2003): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Das Gesundheitswesen*, 65 (3), 167–172.
- Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2005): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die BELLA-Studie. *Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 17 (4), 214–222.
- Beyer, A., & Lohaus, A. (2005): Stressbewältigung im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52, 33–50.
- Birndorf, S., Ryan, S., Auinger, P., & Aten, M. (2005): High self-esteem among adolescents: Longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37 (3), 194–201.
- Block, J. H., & Block, J. (1980): The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In: W. A. Collins (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology: Development of cognition, affect, and social relations* (Vol. 13, pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blocker, L. S., & Copeland, E. P. (1994): Determinants of resilience in high-stressed youth. *High School Journal*, 77 (4), 286–293.
- Bloomquist, M. L., August, G. J., Lee, S. S., Berquist, B. E., & Mathy, R. (2005): Targeted prevention of antisocial behavior in children: The early risers 'skills for success' program. In: R. G. Steele & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of mental health services for children, adolescents, and families* (pp. 201–214). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Boehnke, K., Hagan, J., & Merckens, H. (1998): Right-wing extremism among German adolescents: Risk factors and protective factors. *Applied Psychology: An International Review*, 47 (1), 109–126.
- Bölskei, P. L., Hollederer, A., Jordan, S., & Fenzel, H. (1997): Suchtprevention an Schulen – besondere Aspekte des Nikotinabusus: Effekte nach einer vierjährigen Intervention durch das Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm Klasse2000. *Prävention und Rehabilitation*, 9, 82–88.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. (2003): Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In: S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156–181). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bollmer, J. M., Milich, R., Harris, M. J., & Maras, M. A. (2005): A friend in need: the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (6), 701–712.
- Boone, E. M., & Leadbeater, B. J. (2006): Game on: Diminishing risks for depressive symptoms in early adolescence through positive involvement in team sports. *Journal of Research on Adolescence*, 16 (1), 79–90.
- Bowlby, J. (1999): Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (pp. 17–26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brookmeyer, K. A., Henrich, C. C., & Schwab-Stone, M. (2005): Adolescents who witness community violence: Can parent support and prosocial cognitions protect them from committing violence? *Child Development*, 76 (4), 917–929.
- Buchanan, A., Flouri, E., & Ten Brinke, J. (2002): Emotional and behavioural problems in childhood and distress in adult life: Risk and protective factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 521–527.
- Bühler, A., & Heppekausen, K. (2005): *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bühler, A., & Krüger, C. (2006): *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs* (Vol. 29). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burchinal, M., Roberts, J. E., Zeisel, S. A., Hennon, E. A., & Hooper, S. (2006): Social risk and protective child, parenting, and child care factors in early elementary school years. *Parenting: Science and Practice*, 6 (1), 79–113.

- Burow, F., Afshauer, M., & Hanewinkel, R. (1998): *Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Cappella, E., & Weinstein, R. S. (2001): Turning around reading achievement: Predictors of high school students' academic resilience. *Journal of Educational Psychology*, 93 (4), 758–771.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K. J., et al. (2006): Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52 (4), 291–308.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., et al. (2002): Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851–854.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., et al. (2003): Influence of life-stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 30, 386–389.
- Castro, F. G. (2005): A cultural approach for promoting resilience among adjudicated mexican american youth. In: K. H. Barrett & W. H. George (Eds.), *Race, culture, psychology, and law* (pp. 327–341). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cederblad, M. (1996): The children of the Lundby study as adults: A salutogenic perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 38–43.
- Chang, F.-C., Lee, C.-M., Lai, H.-R., Chiang, J.-T., Lee, P.-H., & Chen, W.-J. (2006): Social influences and self-efficacy as predictors of youth smoking initiation and cessation: A 3-year longitudinal study of vocational high school students in Taiwan. *Addiction*, 101 (11), 1645–1655.
- Chen, J.-D., & George, R. A. (2005): Cultivating resilience in children from divorced families. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13 (4), 452–455.
- Chen, W., & Taylor, E. (2005): Resilience and self-control impairment. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 257–278). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Christle, C. A., Jolivette, K., & Nelson, C. M. (2005): Breaking the school to prison pipeline: Identifying school risk and protective factors for youth delinquency. *Exceptionality*, 13 (2), 69–88.
- Chuang, S. S., Lamb, M. E., & Hwang, C. P. (2006): Personality development from childhood to adolescence: A longitudinal study of ego-control and ego-resiliency in Sweden. *International Journal of Behavioral Development*, 30 (4), 338–343.
- Cicchetti, D., Rogosch, M. L., & Holt, K. D. (1993): Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 626–647.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006): An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.)*, (pp. 129–201). New York, Oxford: John Wiley & Sons.
- Cierpka, M. (2003): Sozial-emotionales Lernen mit FAUSTLOS. *Psychotherapeut*, 48, 247–254.
- Cierpka, M. (2005a): Besser vorsorgen als nachsorgen. Möglichkeiten der psychosozialen Prävention. In: M. Cierpka (Hg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (pp. 59–85). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cierpka, M. (Ed.) (2005b): *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cleveland, M. J., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Pomery, E. A., & Brody, G. H. (2005): The impact of parenting on risk cognitions and risk behavior: A study of mediation and moderation in a panel of african american adolescents. *Child Development*, 76 (4), 900–916.
- Collins, A. W., & Roisman, G. I. (2006): The influence of family and peer relationships in the development of competence during adolescence. In: A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 79–103). Cambridge: Cambridge University Press.
- Condly, S. J. (2006): Resilience in children: a review of literature with implications for education. *Urban Education*, 41 (3), 211–236.
- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) (1999a): Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631–647.
- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) (1999b): Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 648–657.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., Kim, J. Y., Fagen, D. B., & Magnus, K. B. (1990): The rochester child resilience project: Overview and summary of first year. *Development and Psychopathology*, 2, 193–212.

- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., Kim, J. Y., Fagen, D. B., & Magnus, K. B. (1997): Follow-up study of young stress-affected and stress-resilient urban children. *Development and Psychopathology*, 9, 565–577.
- Crawford, E., Wright, M. O. D., & Masten, A. S. (2006): Resilience and spirituality in youth. In: E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagener & P. L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 355–370). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002): Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: a longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*, 73 (4), 1220–1237.
- Dannigkeit, N., Köster, G., & Tuschen-Caffier, B. (2005): Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 79–91.
- Deater-Deckard, K., Ivy, L., & Smith, J. (2006): Resilience in gene-environment transactions. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 49–63). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- DeMatteo, D., & Marczyk, G. (2005): Risk factors, protective factors, and the prevention of antisocial behavior among juveniles. In: K. Heilbrun, N. E. S. Goldstein & R. E. Redding (Eds.), *Juvenile delinquency: Prevention, assessment, and intervention* (pp. 19–44). Oxford: Oxford University Press.
- Dierks, M.-L., Walter, U., Windel, I., & Schwartz, F. W. (2001): *Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Dodge, K. A., Malone, P. S., Lansford, J. E., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2006): Toward a dynamic developmental model of the role of parents and peers in early onset substance use. In: A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dornes, M. (2003): Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: G. J. Suess & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (3. Aufl., pp. 25–64). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DuBois, D. L., & Silverthorn, N. (2005): Natural mentoring relationships and adolescent health: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 95 (3), 518–524.
- Dunn, J., Fergusson, E., & Maughan, B. (2006): Grandparents, grandchildren, and family change in contemporary Britain. In: A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 299–318). Cambridge: Cambridge University Press.
- East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006): Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10 (4), 188–199.
- Egeland, B., & Erickson, M. F. (2004): Lessons from STEEP™. Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 213–242). New York: Guildford Press.
- Egle, U. T., & Hoffmann, S. O. (2000): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung* (pp. 3–22). Stuttgart: Schattauer.
- Eitle, D. (2005): The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30 (5), 963–980.
- Elder, G. H., & Conger, R. D. (2000): *Children of the land: Adversity and success in rural America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Endler, S. N., & Parker, D. A. J. (1990): Multidimensional assessment of coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Siebere, U., & Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 800–809.
- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006): Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84 (4), 461–471.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001): The Christchurch health and development study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 287–296.
- Fingerle, M., Freytag, A., & Julius, H. (1999): Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Implikationen für die (heil-)pädagogische Gestaltung von schulischen Lern- und Lebensumwelten. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 50, 302–309.

- Flammer, A., & Alsaker, F. D. (2002): *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter*. Bern: Hans Huber.
- Flores, E., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2005): Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated latino children. *Developmental Psychology*, 41 (2), 338–351.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988): Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475.
- Fox, C. L., & Boulton, M. J. (2006): Friendship as a moderator of the relationship between social skills problems and peer victimisation. *Aggressive Behavior*, 32 (2), 110–121.
- Franze, M., Fendrich, K., Hoffmann, W., Weiß, A., & Splieth, C. (2007): GeKoKids – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule: Studiendesign und erste Ergebnisse. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (Supplement 1), 103.
- Franzkowiak, P., & Sabo, P. (1993): Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten. In: P. Franzkowiak & P. Sabo (Hrsg.), *Dokumente der Gesundheitsförderung* (pp. 11–59). Mainz: Peter Sabo.
- Freitag, M., & Kähnert, H. (1998): *Suchtprävention: Das Ecstasy-Projekt*. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- Freitas, A. L., & Downey, G. (1998): Resilience: A dynamic perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 263–285.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna, M., Dörner, T., Engel, E.-M., & Kraus-Grüner, G. (2007): Kinder Stärken! Resilienzförderung in der Kindertagesstätte unter systematischer Einbindung der Eltern. *Prävention*, 2, 55–60.
- Fydrich, T., & Sommer, G. (2003): Diagnostik sozialer Unterstützung. In: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (pp. 79–98). Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007): *F-SOZU – Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Göttingen: Beltz Test.
- Gabriel, T. (2005): Resilienz – Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51 (2), 207–217.
- Garraalda, M. E. (2006): Editorial introduction. In: M. E. Garraalda & M. Flament (Eds.), *Working with children and adolescents. An evidence-based approach to risk and resilience* (pp. x–xiii). Oxford: Jason Aronson.
- Gerber, P. J., Ginsberg, R., & Reiff, H. B. (1992): Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25 (8), 475–487.
- Giallo, R., & Gavidia-Payne, S. (2006): Child, parent and family factors as predictors of adjustment for siblings of children with a disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 937–948.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., et al. (1987): Roundtable: What is temperament? *Child Development*, 58, 505–529.
- Goldstein, S., & Rider, R. (2005): Resilience and the disruptive disorders of childhood. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 203–222). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Goodyer, I. M. (2006): The hypothalamic-pituitary-adrenal axis: Cortisol, DHEA, and psychopathology. In: M. E. Garraalda & M. Flament (Eds.), *Working with children and adolescents. An evidence-based approach to risk and resilience* (pp. 45–66). Oxford: Jason Aronson.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & Ide, M. (2006): Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *American Journal of Family Therapy*, 34 (4), 285–300.
- Greve, W., & Suhling, S. (2007): Jugendkriminalität. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 591–601). Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. E. (2003): Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklung über den Lebenslauf. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 15–33). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K., & Schepank, H. (2001): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 46, 403–408.
- Hagen, K. A., Myers, B. J., & Mackintosh, V. H. (2005): Hope, social support, and behavioral problems in at-risk children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 211–219.
- Hager, W., & Hasselhorn, M. (2007): Entwicklungspsychologische Versuchsplanung. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 615–624). Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Kuschel, A., Miller, Y., Lübcke, A., Köppe, E., & Sanders, M. R. (2001): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Triple P – ein mehrstufiges Programm zu positiver Erziehung. In: S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (pp. 405–423). Göttingen: Hogrefe.

- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C., et al. (2006): Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 117–126.
- Hart, D., Burock, D., London, B., Atkins, R., & Bonilla-Santiago, G. (2005): The relation of personality types to physiological, behavioural, and cognitive processes. *European Journal of Personality*, 19 (5), 391–407.
- Hazard, B. P., & Lehmann, F. (1997): *A.C.T. Aktivierendes Kompetenz Training. Neue Wege in der Gesundheitsförderung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006): Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 82–96.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K., & Perez, M. (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 170–183.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999): Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23 (4), 321–338.
- Helmes, A., & Bengel, J. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (pp. 949–960). Göttingen: Hogrefe.
- Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., & Shahar, G. (2005): Weapon violence in adolescence: Parent and school connectedness as protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37 (4), 306–312.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kivimäki, M., Pulkki, L., Puttonen, S., & Keltikangas-Järvinen, L. (2006): The longitudinal effects of social support and hostility on depressive tendencies. *Social Science & Medicine*, 63 (5), 1374–1382.
- Herrenkohl, F. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994): Resilient early school age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301–309.
- Herrenkohl, T. I., Tajima, E. A., Whitney, S. D., & Huang, B. (2005): Protection against antisocial behavior in children exposed to physically abusive discipline. *Journal of Adolescent Health*, 36 (6), 457–465.
- Hetherington, E. M. (1989): Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development*, 60, 1–14.
- Hetherington, E. M. (2006): The influence of conflict, marital problem solving and parenting on children's adjustment in nondivorced, divorced and remarried families. In: A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 203–237). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hetherington, E. M., & Kelley, J. (2002): *For better or for worse: Divorce reconsidered*. New York, NY: Norton.
- Himelein, M. J., & McElrath, J. A. V. (1996): Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 747–758.
- Hinz, A. (2005): *Stark im Leben. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in den Klassen 7 und 8*. Tübingen: DGVT.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., & Brähler, E. (2006): Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52 (1), 26–32.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006): A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 39 (2), 84–96.
- Hohmann, C., & Schwarzer, R. (im Druck): Selbstwirksamkeitserwartung. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Holtmann, M., Poustka, E., & Schmidt, M. H. (2004): Biologische Korrelate der Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13 (4), 201–211.
- Holtmann, M., & Schmidt, M. H. (2004): Resilienz im Kinder- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13 (4), 195–200.
- Honkanen-Schobert, P. (2002): *Starke Kinder brauchen starke Eltern*. Berlin: Urania.
- Ivanova, M. Y., & Israel, A. C. (2005): Family stability as a protective factor against the influences of pessimistic attributional style on depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (2), 243–251.
- Ivanova, M. Y., & Israel, A. C. (2006): Family stability as a protective factor against psychopathology for urban children receiving psychological services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (4), 564–570.
- Jackson, Y. (2005): Testing the compensatory and immunity models of children's adaptive behaviors: The role of appraisal. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (3), 369–380.

- Jerusalem, M., & Mittag, W. (1997): Schulische Gesundheitsförderung: differentielle Wirkungen eines Interventionsprogramms. *Unterrichtswissenschaft*, 25, 133–149.
- Jordan, J. V. (2006): Relational resilience in girls. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 79–90). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Jordan, L. C., & Lewis, M. L. (2005): Paternal relationship quality as a protective factor: Preventing alcohol use among african american adolescents. *Journal of Black Psychology*, 31 (2), 152–171.
- Jugert, G., Rehder, A., Notz, P., & Petermann, F. (2002): *Soziale Kompetenz bei Jugendlichen* (2., korr. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Kaluza, G. (1999): Optimismus und Gesundheit: Gibt es eine salutogene Konstruktion subjektiver Realität? *Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 11 (1), 51–57.
- Kaluza, G., & Lohaus, A. (2006): Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (3), 119–134.
- Kandel, E., Mednick, S. A., Kirkegaard-Sorensen, L., Hutchings, B., Knop, J., Rosenberg, R., et al. (1988): IQ as protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 224–226.
- Kaslow, N. J., Sherry, A., Betha, K., Wyckoff, S., Compton, M. T., Grall, M. B., et al. (2005): Social risk and protective factors for suicide attempts in low income african american men and women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (4), 400–412.
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006): The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (4), 386–395.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2004): Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development*, 75, 651–658.
- Kissgen, R., & Suess, G. J. (2005): Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEP™-Programm. *Frühförderung interdisziplinär*, 24, 124–133.
- Kitano, M. K., & Lewis, R. B. (2005): Resilience and coping: Implications for gifted children and youth at risk. *Roeper Review*, 27 (4), 200–205.
- Klein-Heßling, J., & Lohaus, A. (2000): *Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2., erw. und aktual. Auflage des Trainingsmanuals zu „Bleib locker“). Göttingen: Hogrefe.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., et al. (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten*. Weinheim: Juventa.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U., & Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 125–132.
- Kliewer, W., Murrelle, L., Prom, E., Ramirez, M., Obando, P., Sandi, L., et al. (2006): Violence exposure and drug use in central american youth: Family cohesion and parental monitoring as protective factors. *Journal of Research on Adolescence*, 16 (3), 455–478.
- Knyazev, G. G., & Slobodskaya, H. R. (2006): Personality types and behavioural activation and inhibition in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 41 (8), 1385–1395.
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000): Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36 (2), 220–232.
- Kogan, S. M., Luo, Z., Murry, V. M., & Brody, G. H. (2005): Risk and protective factors for substance use among african american high school dropouts. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (4), 382–391.
- Köhler, T. (2005): *Biologische Grundlagen psychischer Störungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., & Kupfer, D. J. (1997): Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.
- Krause, C., Hannich, H. J., Stückle, C., Widmer, C., Rohde, C., & Wiesmann, U. (2000): *Selbstwert stärken – Gesundheit fördern. Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr*. Donauwörth: Auer.
- Kristensen, P., & Bjerkedal, T. (2007): Explaining the relation between birth order and intelligence. *Science*, 316 (5832), 1717.
- Kühn, T., Petcov, R., & Pliska, L. (Hrsg.) (2006): *STEP – Das Elternbuch. Kinder ab sechs Jahre* (2. Aufl.). München: Beltz.

- Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005): Gewaltprävention – Allianz von Eltern, Kindergarten und Schule. In: M. Cierpka (Hg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (pp. 152–172). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lamarche, V., Brendgen, M., Boivin, M., Vitaro, F., Parusse, D., & Dionne, G. (2006): Do friendships and sibling relationships provide protection against peer victimization in a similar way? *Social Development*, 15 (3), 373–393.
- Lanfranchi, A. (2006): Resilienzförderung von Kindern bei Migration und Flucht. In: R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (pp. 119–138). Heidelberg: Carl-Auer.
- Laucht, M. (1999): Risiko- versus Schutzfaktor? Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 303–314). München: Reinhardt.
- Laucht, M. (2003): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 53–71). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1998): Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 6–20.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1999): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 71–93). München: Reinhardt.
- Lautenbacher, S., & Gauggel, S. (2004): *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lawlor, D. A., Najman, J. M., Batty, G. D., O’Callaghan, M., Williams, G. M., & Bor, W. (2006): Early life predictors of childhood intelligence: Findings from the Mater-University study of pregnancy and its outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20, 148–162.
- Lee, L.-C., Halpern, C. T., Hertz-Picciotto, I., Martin, S. L., & Suchindran, C. M. (2006): Child care and social support modify the association between maternal depressive symptoms and early childhood behaviour problems: An US national study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (4), 305–310.
- Legault, L., Anawati, M., & Flynn, R. (2006): Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28 (9), 1024–1038.
- Lehmkuhl, U., & Lehmkuhl, G. (2004): Die Beziehung zwischen frühen Entwicklungsbedingungen und psychischer Stabilität. In: B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (pp. 9–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lenz, A. (2006): Kinder psychisch kranker Eltern. Unterstützungsbedarf und präventive Hilfen. *Prävention*, 29 (1), 16–20.
- Li-Grining, C. P., Votruba-Drzal, E., Bachman, H. J., & Chase-Lansdale, P. L. (2006): Are certain preschoolers at risk in the era of welfare reform? The moderating role of children’s temperament. *Children and Youth Services Review*, 28 (9), 1102–1123.
- Lindberg, L., & Swanberg, I. (2006): Well-being of 12-year-old children related to interpersonal relations, health habits and mental distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (3), 274–281.
- Lohaus, A. (2007): Datenerhebung. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 625–634). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., & Klein-Hefling, J. (im Druck): Besondere Lebensabschnitte. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., & Jausch, S. (2006): Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 127–139.
- Lösel, F., & Bender, D. (1994): Lebenstüchtig trotz schwieriger Kindheit. Psychische Widerstandskraft im Kindes- und Jugendalter. *Psychoskope*, 15 (7), 14–17.
- Lösel, F., & Bender, D. (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 37–58). München: Reinhardt.
- Luthar, S. (1991): Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600–616.
- Luthar, S. (2006): Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd. ed., Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation, pp. 739–795). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000a): The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543–562.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000b): Research on resilience: response to commentaries. *Child Development*, 71 (3), 573–575.
- Luthar, S., & Goldstein, A. (2004): Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (3), 499–505.
- Luthar, S., & Ripple, C. H. (1994): Sensitivity to emotional distress among intelligent adolescents: A short-term prospective study. *Development and Psychopathology*, 6, 343–357.
- Macaulay, A. P., Griffin, K. W., Gronewold, E., Williams, C., & Botvin, G. J. (2005): Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 49 (2), 67–83.
- Manz, R., Junge, J., Neumer, S., & Margraf, J. (2001): Primary prevention of anxious and depressive symptoms in adolescents. First results from a quasi-experimental study. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9 (3), 229–241.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2006): Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43 (3), 267–281.
- Masten, A. S. (2001a): Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227–238.
- Masten, A. S. (2001b): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie* (pp. 192–219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998): The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53 (2), 205–220.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D., Neeman, J., Gest, S. D., Tellegen, A., & Garmezy, N. (1995): The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Development*, 66, 1635–1659.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999): Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143–169.
- Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002): Resilience in development. In: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York: Oxford University Press.
- Matějček, Z. (2003): Schutzfaktoren in der psychosozialen Entwicklung ehemaliger Heim- und Pflegekinder. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 72–83). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mather, N., & Ofiesh, N. (2005): Resilience and the child with learning disabilities. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 239–255). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mattejat, F. (2002): Kinder depressiver Eltern. In: H. Braun-Scharm (Hg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 231–245). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Mattis, J. S., Fontenot, D. L., & Hatcher-Kay, C. A. (2003): Religiosity, racism, and dispositional optimism among African Americans. *Personality and Individual Differences*, 34, 1025–1038.
- Mattis, J. S., Fontenot, D. L., Hatcher-Kay, C. A., Grayman, N. A., & Beale, R. L. (2004): Religiosity, optimism, and pessimism among African Americans. *Journal of Black Psychology*, 30 (2), 187–207.
- McDermott, P. A., Goldberg, M. M., Watkins, M. W., Stanley, J. L., & Glutting, J. J. (2006): A nationwide epidemiologic modeling study of LD: Risk, protection, and unintended impact. *Journal of Learning Disabilities*, 39 (3), 230–251.
- McElwain, N. L., & Booth-LaForce, C. (2006): Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 247–255.
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006): Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30 (2), 171–191.
- McLoyd, V. C. (1997): Children in poverty: Development, public policy, and practice. In: I. E. Siegel & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology: Child Psychology in practice* (5th ed., pp. 135–208). New York: Wiley.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2002): Religion und Gesundheit. In: R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A–Z* (pp. 459–462). Göttingen: Hogrefe.
- Meschke, L. L., & Patterson, J. M. (2003): Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 23 (4), 483–514.

- Meyer-Probst, B., & Reis, O. (1999): Von der Geburt bis 25: Rostocker Längsschnittstudie (ROLS). *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1), 59–68.
- Moran, P. B., & Eckenrode, J. (1992): Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 743–754.
- Müller, A., Schmidt, M., Reißig, B., & Petermann, H. (2001): *Praxis schulischer Sucht- und Drogenprävention. Unterrichtsmaterial für die Klassenstufen 6–8*. Schwarzenberg: Move.
- Mullis, R. L., Cornille, T. A., Mullis, A. K., & Huber, J. (2004): Female juvenile offending: A review of characteristics and contexts. *Journal of Child and Family Studies*, 13 (2), 205–218.
- Munoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996): Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116–1122.
- Murdock, T. B., & Bolch, M. B. (2005): Risk and protective factors for poor school adjustment in lesbian, gay, and bisexual (LGB) high school youth: Variable and person-centered analyses. *Psychology in the Schools*, 42 (2), 159–172.
- Naglieri, J. A., & LeBuffe, P. A. (2006): Measuring resilience in children. From theory to practice. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 107–121). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Niccols, A., & Feldman, M. (2006): Maternal sensitivity and behaviour problems in young children with developmental delay. *Infant and Child Development*, 15 (5), 543–554.
- Niebank, K., & Petermann, F. (2002): Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: F. Petermann (Hg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (pp. 57–94). Göttingen: Hogrefe.
- Noppe, I. C., Noppe, L. D., & Bartell, D. (2006): Terrorism and resilience: Adolescents' and teachers' responses to September 11, 2001. *Death Studies*, 30 (1), 41–60.
- O'Callaghan, M., O'Callaghan, F. V., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & Alati, R. (2006): Prediction of adolescent smoking from family and social risk factors at 5 years, and maternal smoking in pregnancy at 5 and 14 years. *Addiction*, 101 (2), 282–290.
- O'Dougherty Wright, M., & Masten, A. S. (2006): Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17–37). New York, NY: Springer.
- Olson, D. (1993): Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In: F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 104–137). New York: Guildford.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003): Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
- Opp, G., & Wenzel, E. (2003): Schule: Schutz- oder Risikofaktor kindlicher Entwicklung. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 84–93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Orbuch, T. L., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., & Repetto, P. (2005): Parent-child relationships and quality of life: Resilience among childhood cancer survivors. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 54 (2), 171–183.
- Ortiz, J., & Raine, A. (2004): Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (2), 154–162.
- Ozer, E. J. (2005): The impact of violence on urban adolescents: Longitudinal effects of perceived school connection and family support. *Journal of Adolescent Research*, 20 (2), 167–192.
- Parnas, J., Cannon, T. D., Jacobsen, B., Schulsinger, H., Schulsinger, F., & Mednick, S. A. (1993): Lifetime-DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen high-risk study. *Archives of General Psychiatry*, 50, 707–714.
- Perrez, M. (1998): Prävention und Gesundheitsförderung. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (pp. 366–391). Bern: Hans Huber.
- Petermann, F. (im Druck): Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Gerken, N., Natzke, H., & Walter, H.-J. (2002): *Verhaltenstraining für Schüler*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Petermann, F., Jugert, G., Tänzler, U., & Verbeck, D. (1999): *Sozialtraining in der Schule* (2., überarb. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., & Petermann, U. (2003): *Training mit Jugendlichen* (7., überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F., & Winkel, S. (2005): Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters. In: R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie, Band 1* (pp. 109–128): Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, H. (1999): Das Soester Programm zur Suchtprävention: Konzept, Akzeptanz und Effektivität. In: P. Kolip (Hg.), *Programme gegen Sucht* (pp. 199–214). Weinheim: Juventa.
- Petermann, U., & Petermann, F. (2005): Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In: J. Althammer (Hg.), *Familienpolitik und soziale Sicherung. Festschrift für Heinz Lampert* (pp. 39–56). Berlin: Springer.
- Peters, R. D. (2005): A community-based approach to promoting resilience in young children, their families, and their neighborhoods. In: R. D. Peters, B. Leadbeater & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 157–176). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pike, A., Coldwell, J., & Dunn, J. F. (2005): Sibling relationship in early/middle childhood: Links with individual adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19 (4), 523–532.
- Piko, B. F. (2006): Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31 (1), 102–114.
- Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M. (2002): Without protection: Substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30, 463–466.
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M., & Wright, D. R. (2005): A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (2), 95–103.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (2002): *Motivation in education: Theory, research and applications* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Pollack, W. S. (2006): Sustaining and reframing vulnerability and connection. Creating genuine resilience in boys and young males. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 65–77). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2004): *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen – LARSELISA: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag*. Göttingen: Hogrefe.
- Power, C., & Elliott, J. (2005): Cohort profile: 1958 British birth cohort (National child development study). *International Journal of Epidemiology*, 35, 34–41.
- Prelow, H. M., Weaver, S. R., & Swenson, R. R. (2006): Competence, self-esteem, and coping efficacy as mediators of ecological risk and depressive symptoms in urban african american and european american youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (4), 507–517.
- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993): Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, 5, 581–592.
- Raine, A., & Venables, P. H. (1996): Better autonomic conditioning and faster electrodermal half-recovery time at age 15 years and possible protective factors against crime at age 29 years. *Developmental Psychology*, 32 (4), 624–630.
- Raine, A., Venables, P. H., & Williams, M. (1995): High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *American Journal of Psychiatry*, 152 (11), 1595–1600.
- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2002): The Positive Parenting Program: An early intervention to improve personal relationships between teenagers and their parents. In: N. N. Singh, T. H. Ollendick & A. N. Singh (Eds.), *International perspectives on child and adolescent mental health. Vol 2: Proceedings of the second international conference* (pp. 101–131). Oxford: Elsevier Science.
- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2003): Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Australien e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2 (3), www.auseinet.com/journal/vol2iss3/ralphsanders.pdf.
- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2006): *Positive Erziehung für Eltern von Teenagern* (2. Aufl.). Münster: Pag Institut für Psychologie AG.
- Rauh, H., Arens, D., & Calvet-Kruppa, C. (1999): Vulnerabilität und Resilienz bei Kleinkindern mit geistiger Behinderung. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 101–123). München: Reinhardt.
- Ravens-Sieberer, U., & Bettge, S. (2004): Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Vorstellung des Moduls „Psychische Gesundheit“. *Epidemiologisches Bulletin* (1), 7.

- Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., & Erhart, M. (2003): Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46, 340–345.
- Ravens-Sieberer, U., Schulte-Markwort, M., Bettge, S., & Barkman, C. (2002): Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 88–94.
- 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 Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.
- Renner, B. (2002): Optimismus. In: R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A–Z* (pp. 377–380). Göttingen: Hogrefe.
- Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., & Pietz, J. (2006): Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55 (1), 36–52.
- Reynolds, A. J., & Ou, S. R. (2003): Promoting resilience through early childhood intervention. In: S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (436–462). New York: Cambridge University Press.
- Rhule, D. M., McMahon, R. J., Spieker, S. J., & Munson, J. A. (2006): Positive adjustment and associated protective factors in children of adolescent mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (2), 231–251.
- Richmond, M. K., Stocker, C. M., & Rienks, S. L. (2005): Longitudinal associations between sibling relationship quality, parental differential treatment, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19 (4), 550–559.
- Rietz, C., & Rudinger, G. (2007): Analyse von Längsschnittstudien. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 635–645). Göttingen: Hogrefe.
- Robila, M., & Krishnakumar, A. (2006): Economic pressure and children's psychological functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 435–443.
- Robins, R. W., John, O. P., & Caspi, A. (1998): The typological approach to studying personality. In: R. B. Cairns (Ed.), *Methods and models for studying the individual: essays in honor of Marian Radke-Yarrow* (pp. 135–160). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rohde, P. A., Atzwanger, K., Butovskaya, M., Lampert, A., Myserud, I., Sanchez-Andres, A., et al. (2003): Perceived parental favoritism, closeness to kin, and the rebel of the family. The effects of birth order and sex. *Evolution and Human Behavior*, 24, 261–276.
- Roisman, G. I., Masten, A. S., Coatsworth, J. D., & Tellegen, A. (2004): Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75 (1), 123–133.
- Rollett, B., & Werneck, H. (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Aufgaben und Perspektiven. In: B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (pp. 1–21). Göttingen: Hogrefe.
- Röper, G. (2004): Schutzfaktoren als Dritte im Bunde. Interne Schutzfaktoren und affektiv-kognitive Entwicklung als Wirkfaktoren in der Therapie. In: B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (pp. 239–253). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosario, M., Yali, A. M., Hunter, J., & Gwadz, M. V. (2006): Religion and health among lesbian, gay, and bisexual youths: An empirical investigation and theoretical explanation. In: A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 117–140). Washington DC: American Psychological Association.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998): Temperament. In: W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3, pp. 105–176). New York: John Wiley & Sons.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2003): Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of Personality*, 71 (6), 1113–1143.
- Rotheram-Borus, M. J., Stein, J. A., & Lester, P. (2006): Adolescent adjustment over six years in HIV-affected families. *Journal of Adolescent Health*, 39 (2), 174–182.
- Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention (2nd ed.)*, (pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.

- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003): Adaptation among youth facing multiple risk: Prospective research findings. In: S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). New York: Cambridge University Press.
- Scheithauer, H., Mayer, H., Barquero, B., Heim, P., Koglin, U., Meir-Brenner, S., et al. (2005): Entwicklungsorientierte Prävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz: PAPILIO – eine Programmkonzeption. In: A. Ittel & M. von Salisch (Hrsg.), *Lügen, lästern, leiden lassen – aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (pp. 259–275). Stuttgart: Kohlhammer.
- Scheithauer, H., & Petermann, F. (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1), 3–14.
- Schick, A., & Cierpka, M. (2003): Faustlos – Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozialer-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 12 (2), 100–110.
- Schick, A., & Cierpka, M. (2005): Prävention gegen Gewaltbereitschaft an Schulen: Das FAUSTLOS-Curriculum. In: M. Cierpka (Hg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (pp. 230–247). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt-Denter, U. (2000): Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. In: K. A. Schneewind (Hg.), *Familienpsychologie im Aufwind* (pp. 203–221). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Denter, U. (2007): Vorschulische Entwicklungsförderung. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 548–557). Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt-Rodermund, E., & Schröder, E. (2004): *Wer hat das Zeug zum Unternehmer? Training zur Förderung unternehmerischer Potenziale*. Göttingen: Hogrefe.
- Schnabel, P. E. (2001): *Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Schneewind, K. A. (2005a): „Freiheit in Grenzen“ – Plädoyer für ein integratives Konzept zur Stärkung von Elternkompetenzen. In: M. Cierpka (Hg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (pp. 173–200). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneewind, K. A. (2005b): *Freiheit in Grenzen. Eine interaktive CD-ROM/DVD zur Stärkung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen für Eltern mit Jugendlichen*. München: 3c, Creative Communication.
- Schoon, I. (2006): *Risk and resilience. Adaptations in changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., & Szweczyk Sokolowski, M. (2007): Goodness-of-fit in family context: Infant temperament, marital quality, and early coparenting behavior. *Infant Behavior & Development*, 30, 82–96.
- Schrepferman, L. M., Eby, J., Snyder, J., & Stropes, J. (2006): Early affiliation and social engagement with peers: Prospective risk and protective factors for childhood depressive behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (1), 50–61.
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003): Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73–82.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauss, B., & Brähler, E. (2005): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53 (1), 16–39.
- Schwarzer, R. (2002): Bewältigung, proaktive. In: R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A–Z* (pp. 45–48). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (2007): Entwicklungspsychologische Aspekte der Gesundheitsförderung. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 570–580). Göttingen: Hogrefe.
- Seitz, W., & Rausche, A. (1992): *PFK 9–14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren. Westermann Test* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Shebloski, B., Conger, K. J., & Widaman, K. (2005): Reciprocal links among differential parenting, perceived partiality, and self-worth: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 19 (4), 633–642.
- Sheridan, S. M., Eagle, J. W., & Dowd, S. E. (2005): Families as contexts for children's adaptation. In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 165–179). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.). (2000): *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silbereisen, R. K., & Pinquart, M. (2005): Die entwicklungspsychopathologische Perspektive. In: P. Schlottke, R. K. Silbereisen, S. Schneider & G. W. Lauth (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf* (pp. 3–45). Göttingen: Hogrefe.

- Silbereisen, R. K., & Weichold, K. (2007): Entwicklungspsychologische Aspekte des Drogenkonsums. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 581–590). Göttingen: Hogrefe.
- Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996): *From child to adult: The Dunedin multidisciplinary health and development study*. Auckland: Oxford University Press.
- Simons-Morton, B., & Chen, R. (2005): Latent growth curve analyses of parent influences on drinking progression among early adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (1), 5–13.
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Cumberland, A., Fabes, R. A., Valiente, C., Shepard, S. A., et al. (2006): Relation of emotion-related regulation to children's social competence: A longitudinal study. *Emotion*, 6 (3), 498–510.
- Spröber, N., Schlottke, P. F., & Hautzinger, M. (2006): ProACT + E: Ein Programm zur Prävention von „bullying“ an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Evaluation eines schulbasierten, universalen, primär-präventiven Programms für weiterführende Schulen unter Einbeziehung von Lehrern, Schülern und Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 140–150.
- Sprott, J. B., Jenkins, J. M., & Doob, A. N. (2005): The importance of school: Protecting at-risk youth from early offending. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 3 (1), 59–77.
- Sroufe, L. A. (2005): Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7 (4), 349–367.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005): Placing early attachment experiences in developmental context. The Minnesota longitudinal study. In: K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies* (pp. 48–70). New York: Guilford Press.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2001): Risk, compensatory, vulnerability and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (3), 259–280.
- Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2000): Practical intelligence and its development. In: R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 215–243). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stöhr, R.-M., Laucht, M., Ihle, W., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000): Die Geburt eines Geschwisters: Chancen und Risiken für das erstgeborene Kind. *Kindheit und Entwicklung*, 9 (1), 40–49.
- Suarez-Orozco, C., Todorova, I., & Qin, D. B. (2006): The well-being of immigrant adolescents: A longitudinal perspective on risk and protective factors. In: F. A. Villarruel & T. Luster (Eds.), *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs, Vol. 2: Disorders in adolescence* (pp. 53–83). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Suess, G. J., & Kissgen, R. (2005): Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie – das STEEP-Modell. In: M. Cierpka (Hg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (135–152). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sulloway, F. J. (1996): *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives*. New York, NY: Pantheon Books.
- Sulloway, F. J. (2007): Birth order and intelligence. *Science*, 316 (5832), 1711–1712.
- Sussman, S., Skara, S., Rodriguez, Y., & Pokhrel, P. (2006): Non drug use- and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. *Substance Use & Misuse*, 41 (13), 1801–1816.
- Svanberg, P. O. G. (1998): Attachment, resilience and prevention. *Journal of Mental Health*, 7 (6), 543–578.
- Syme, S. L. (1991): Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit – Erfahrungen und Perspektiven. *Argument-Sonderband, Jahrbuch für Kritische Medizin*, 17 (193), 94–111.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977): *Temperament and development*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1997): *Families, professionals, and exceptionalities: A special partnership*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Tusaie, K. R., & Patterson, K. (2006): Relationships among trait, situational, and comparative optimism: Clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (3), 144–150.
- Uhl, A. (1998): Evaluation of primary prevention in the field of illicit drugs. Definitions-concepts-problems. In: A. Springer & A. Uhl (Eds.), *COST A6 Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse* (pp. 135–220). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ungar, M. (2006): Nurturing hidden resilience in at-risk youth in different cultures. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (2), 53–58.
- Valentine, L., & Feinauer, L. L. (1993): Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*, 21 (3), 216–224.

- Valle, M. F., Huebner, E. S., & Suldo, S. M. (2006): An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44 (5), 393–406.
- Van Zundert, R. M. P., Engels, R. C. M. E., & Van Den Eijnden, R. J. J. M. (2006): Adolescent smoking continuation: Reduction and progression in smoking after experimentation and recent onset. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (5), 435–447.
- Vance, J. E., Fernandez, G., & Biber, M. (1998): Educational progress in a population of youth with aggression and emotional disturbance: The role of risk and protective factors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6 (4), 214–221.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A., & Dussuyer, I. (2004): At risk but not antisocial. Changes from childhood to adolescence. *Family matters*, 68, 13–20.
- Vazsonyi, A. T., Pickering, L. E., & Bolland, J. M. (2006): Growing up in a dangerous developmental milieu: The effects of parenting processes on adjustment in inner-city African American adolescents. *Journal of Community Psychology*, 34 (1), 47–73.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S., & Tremblay, R. E. (2005): Kindergarten disruptive behaviors, protective factors, and educational achievement by early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 97 (4), 617–629.
- Volling, B. L. (2003): Sibling relationships. In: M. H. Bornstein (Ed.), *Well-being: positive development across the life course* (pp. 205–220). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Goetzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007): The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*, 4 (10), e296.210.1371/journal.pmed.0040296.
- von Eye, A. (2007): Spezielle Auswertungsmethoden der Entwicklungspsychologie. In: M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (pp. 658–670). Göttingen: Hogrefe.
- von Eye, A., & Schuster, C. (2000): The odds of resilience. *Child Development*, 71 (3), 563–566.
- Wagner, H., & Baumgärtel, F. (1978): *Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K)*. Göttingen: Hogrefe.
- Walden, K., Kutza, R., Kröger, C., & Kirmes, J. (1998): *ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 5. Klasse mit Information zu Nikotin und Alkohol*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Watt, N. F., David, J. P., Ladd, K. L., & Shamos, S. (1995): The life course of psychological resilience: A phenomenological perspective on deflecting life's slings and arrows. *Journal of Primary Prevention*, 15 (3), 209–245.
- Werneck, H., & Rollett, B. (2002): Die Rolle der kindlichen Temperamententwicklung für die Familienentwicklung nach dem Übergang zur Elternschaft. In: B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (pp. 98–117). Göttingen: Hogrefe.
- Werner, E. E. (1993): Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Werner, E. E. (1994): Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15 (2), 131–136.
- Werner, E. E. (2006): What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91–105). New York, NY: Springer.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982): *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001): *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wiborg, G., & Hanewinkel, R. (2001): Eigenständig werden – ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung in der Grundschule. Ergebnisse einer Pilotstudie in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. *Prävention*, 26 (2), 56–59.
- Wiborg, G., Hanewinkel, R., Isensee, B., & Horn, W.-R. (2004): Entwicklung, Implementation und Evaluation eines Programms zur Entwöhnung vom Rauchen für jugendliche und junge erwachsene Raucher. *Gesundheitswesen*, 66, 433–438.
- Wilcox, D. T., Richards, F., & O'Keeffe, Z. C. (2004): Resilience and risk factors associated with experiencing childhood sexual abuse. *Child Abuse Review*, 13 (5), 338–352.
- Wills, T. A. (1986): Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5 (6), 503–529.
- Wilms, E. (2004): Das Programm „Erwachsen werden“ von Lions-Quest als Beitrag zum sozialen Lernen in der Schule. In: W. Melzer & H.-D. Schwind (Hrsg.), *Gewaltprävention in der Schule. Grundlagen – Praxismodelle – Perspektiven* (pp. 101–112). Baden Baden: Nomos.
- Winkler, I., Dietrich, S., Richter-Werling, M., & Riedel-Heller, S. (2007): Das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ – Ergebnisse der aktuellen Evaluation 2006. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, Supplement 1, 132.

- Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H.-C. (1999a): Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. Die Bedeutung von Bewältigungsfertigkeiten und selbstbezogenen Kognitionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (1), 45–53.
- Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H.-C. (1999b): Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (2), 95–104.
- Wise, D., & Rosqvist, J. (2006): Explanatory style and well-being. In: M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 1, pp. 285–305). Hoboken, NJ: Wiley.
- World Health Organization. (1948): *Präambel zur Satzung*. Genf: WHO.
- World Health Organization. (1986): *Ottawa-charta for health promotion*. Ottawa: WHO.
- World Health Organization. (1994): *Life skills education in schools*. Genf: WHO.
- Wustmann, C. (2004): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wustmann, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51 (2), 192–206.
- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2003): Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 293–317). New York: Cambridge University Press.
- Yi, J. P., Smith, R. E., & Vitaliano, P. P. (2005): Stress-resilience, illness, and coping: A person-focused investigation of young women athletes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (3), 257–265.
- Zaslow, M. J., Dion, M. R., Morrison, D. R., Weinfield, N., Ogawa, J., & Tabors, P. (1999): Protective factors in the development of preschool-age children of young mothers receiving welfare. In: E. Mavis (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: a risk and resiliency perspective* (pp. 193–223). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Zentner, M. R. (1998): *Die Wiederentdeckung des Temperaments. Eine Einführung in die Kinder-Temperamentforschung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Zentner, M. R. (2004): Der Einfluss des Temperaments auf das Bindungsverhalten. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (pp. 175–197). München: Reinhardt.
- Zwenger-Balink, B. (2004): *Komm, wir finden eine Lösung!* München: Ernst Reinhardt.

Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen* – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60600000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention* – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60602000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern* – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA. Bestellnr.: 60603000
- Band 4: *Prävention durch Angst?* – Stand der Furchtappellforschung. Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60604000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums* – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60605000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund?* – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60606000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern* – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Bestellnr.: 60607000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* – Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. Bestellnr.: 60608000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen* – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. Bestellnr.: 60609000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. 2. 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Bestellnr.: 60610000
- Band 11: *Schutz oder Risiko?* – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60611000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein* – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. Bestellnr.: 60612000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze* – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60613000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?* – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60614000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bestellnr.: 60615000
- Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60616000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee. Bestellnr.: 60617000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bestellnr.: 60618000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Bestellnr.: 60619000

- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60620000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60621000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger u. a. Bestellnr.: 60622000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. Bestellnr.: 60623000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. Bestellnr.: 60624000
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. Bestellnr.: 60625000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. Bestellnr.: 60626000
- Band 27: *Ernährung, Bewegung und Stressregulation bei Kindern und Jugendlichen – Epidemiologische Grundlagen und Handlungsansätze für ein integriertes Interventionsmodell*. Von Reinhard Mann, Lydia Lamers und Cornelia Goldapp. Bestellnr.: 60627000
- Band 28: *MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase*. Von Kordula Marzinik und Angelika Fiedler. Bestellnr.: 60628000
- Band 29: *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. Bestellnr.: 60629000
- Band 30: *Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000
- Band 31: *Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de*. Von Peter Tossmann. Bestellnr.: 60631000
- Band 32: *drugcom.de – Modellbaste Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005*. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. Bestellnr.: 60632000
- Band 33: *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. Bestellnr.: 60633000
- Band 34: *Expertise zum Stand der Prävention/Frühibervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. Bestellnr.: 60634000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-57-0

ISSN 1439-7951