University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

# Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – Grundlagen

PRGJM01

**Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.**

Helene Gudi-Mindermann

# Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – Grundlagen

PRGJM01

**Dr. rer. nat. Helene Gudi-Mindermann**

(geb. 1983) ist Diplom-Psychologin und aktuell als Tutorin, Autorin und Dozentin tätig. Ihr Studium mit den Schwerpunkten kulturvergleichende Entwicklungspsychologie und klinische Psychologie an der Universität Osnabrück beendete sie 2009. Anschließend war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Entwicklung, Lernen und Kultur“ an der Universität Osnabrück tätig. Für ihre Promotion wechselte sie später an die Universität Hamburg in die Arbeitsgruppe „Biologische Psychologie und Neuropsychologie“. Ihre Tätigkeit konzentriert sich einerseits auf die Konzeption und Vermittlung von Lehre und andererseits auf die empirische Grundlagenforschung. Ihr thematischer Schwerpunkt liegt im Bereich der kognitiven Neurowissenschaften, vereint mit der Wahrnehmungspsychologie, besonders unter Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive und kulturvergleichenden Ansätze.

---

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

# Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – Grundlagen

## Inhaltsverzeichnis


**Einleitung** ..... 1

**1 Einführung: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen** ..... 3

1.1 Psychische Gesundheit – Definition und Abgrenzung ..... 3
1.1.1 Salutogenese-Modell nach Antonovsky ..... 4
1.1.2 Resilienz-Modell nach Werner ..... 6
1.1.3 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker ..... 8
1.2 Epidemiologie der psychischen Gesundheit ..... 9
1.2.1 Neue Morbidität ..... 9
1.2.2 Gesundheitsmonitoring ..... 11
1.3 Risiko- und Schutzfaktoren unter Berücksichtigung der ontogenetischen Entwicklung ..... 13
1.3.1 Säuglings- und Kleinkindalter (0–6 Jahre) ..... 16
1.3.2 Kindheit (7–10 Jahre) ..... 18
1.3.3 Adoleszenz (11–17 Jahre) ..... 20
Zusammenfassung ..... 22
Aufgaben zur Selbstüberprüfung ..... 23

**2 Gesundheitliche Interdependenzen im Kontext der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen** ..... 24

2.1 Psychische Gesundheit und sozioökonomische Situation ..... 24
2.1.1 Definitionen und Konzepte ..... 25
2.1.2 Soziale Ungleichheit vs. gesundheitliche Ungleichheit ..... 28
2.1.3 Reziprozität von Gesundheit und Bildung ..... 29
2.1.4 Lebenslaufperspektive ..... 30
2.2 Psychische Gesundheit und Sport/Bewegung ..... 32
2.2.1 Aktuelle Befundlage ..... 33
2.2.2 Einflussfaktoren und Wirkmechanismen ..... 36
2.2.3 Chancen und Risiken ..... 40
2.3 Psychische Gesundheit und Substanzkonsum ..... 43
2.3.1 Aktuelle Befundlage ..... 44
2.3.2 Erklärungsmodelle ..... 50
Zusammenfassung ..... 55
Aufgaben zur Selbstüberprüfung ..... 56


0720N01

**3 Sozialer Wandel und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** ..... 57

3.1 Familienstruktur im Wandel ..... 57
3.1.1 Ausgangspunkt Trennung/Scheidung ..... 58
3.1.2 Einelternfamilien ..... 59
3.1.3 Stieffamilien ..... 60
3.1.4 Gleichgeschlechtliche Elternpaare ..... 61
3.1.5 Einflussfaktoren und Erklärungsmodelle ..... 62
3.2 Lebenswelten im Wandel ..... 64
3.2.1 Migration ..... 67
3.2.2 Flucht ..... 70
3.2.3 Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit 72
Zusammenfassung ..... 74
Aufgaben zur Selbstüberprüfung ..... 75

**Schlussbetrachtung und Ausblick** ..... 76

**Anhang**

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen im Text ..... 78
B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung ..... 81
C. Abkürzungsverzeichnis ..... 86
D. Glossar ..... 87
E. Literaturverzeichnis ..... 92
F. Abbildungsverzeichnis ..... 102
G. Tabellenverzeichnis ..... 103
H. Sachwortverzeichnis ..... 104
I. Einsendeaufgabe ..... 107

# Einleitung

Denkt man an Kinder und Jugendliche, so sind die assoziierten Bilder typischerweise begleitet von lachenden und tobenden Kleinkindern, interessierten und alles erfragenden Grundschulkindern sowie verliebten Teenagern, die sich in wildeste Geschichten verstricken, um die Aufmerksamkeit der/des Angebeteten zu erhaschen. Was aber, wenn dieses fröhliche, bunte Treiben überzogen ist von einem grauen Schleier, der weder Lachen noch Verliebtheit zulässt, das Leben nur noch aus Konflikten zu bestehen scheint und sich die Interessen junger Menschen aus Sicht der Eltern und anderer Erwachsener in eine problematische Richtung entwickeln?

Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen gilt oft als „gegeben". Tatsächlich liegen die Gesamtprävalenzen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter laut Schätzungen jedoch zwischen 15 und 20 %. Das wirft die Frage auf, wie es zu psychischen Störungen in dieser Altersgruppe kommt. Wie können in doch so unbeschwerten Zeiten der Kindheit und Jugend überhaupt Probleme entstehen? Und warum geschieht dies so häufig? Das vorliegende Studienheft geht diesen Fragen nach, indem es sich mit ausgewählten Erfahrungs- und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzt. Dabei geht es zum einen um Faktoren, die die psychische Gesundheit aufrechterhalten, vor allem aber um Erfahrungen und Einflüsse, die Risiken für eine gesunde psychische Entwicklung bergen und sich in psychischen Auffälligkeiten und Problemen manifestieren können.

Die Ausführungen beginnen mit der Vorstellung ausgewählter Konzepte der Gesundheitspsychologie. Dieses Teilgebiet der klinischen Psychologie beleuchtet das psychische Befinden von der positiven Seite, konzentriert sich also auf den Aspekt der Salutogenese, nicht des Pathologischen. Ausgehend von der gesunden psychischen Entwicklung, werden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren entlang des typischen Entwicklungspfades herausgearbeitet, spezifisch für die Altersgruppen der Säuglinge und Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen. Dies ermöglicht die altersspezifische Betrachtung von Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben, die auf die psychische Gesundheit während der jeweiligen Phase der ontogenetischen Entwicklung Einfluss nehmen können.

Im Anschluss folgen zwei inhaltliche Schwerpunkte. Der erste widmet sich ausgewählten Aspekten (sozioökonomische Situation, Sport und Bewegung sowie Substanzkonsum), die bestimmte Lebensabschnitte junger Menschen charakterisieren und in enger Wechselwirkung mit der psychischen Gesundheit stehen. Der zweite behandelt aktuelle soziale Trends, die das heutige Leben und damit auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen prägen. Die Themenauswahl hat drei Ziele:

1. Sie soll einen möglichst umfassenden und aktuellen Einblick in die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vermitteln und verständlich machen, welche Einflussfaktoren dabei eine Rolle spielen.
2. Sie soll über Wechselwirkungen informieren, die für die psychische Gesundheit relevant sind.
3. Sie soll ein Bewusstsein für potenzielle gesellschaftliche Entwicklungen schaffen, die die psychische Gesundheit gefährden.

# 1 Einführung: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

*Nachdem Sie dieses Kapitel bearbeitet haben, kennen Sie verschiedene Ansätze, die das heutige Verständnis von psychischer Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben. Auch können Sie zu den aktuellen Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie deren Trends und Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit Auskunft geben. Ihr Blick ist darin geschult, alltägliche Herausforderungen als Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren, wobei Sie die altersspezifischen Anforderungen berücksichtigen. Komplementär können Sie protektive Faktoren psychischer Gesundheit benennen und dabei zwischen altersübergreifenden Ressourcen und altersspezifisch wirkenden Schutzmechanismen unterscheiden.*

## 1.1 Psychische Gesundheit – Definition und Abgrenzung

> „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen." (WHO, 1946, S. 1)

Diese Definition, die bereits 1946 von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) veröffentlicht wurde und bis heute anerkannt ist, verdeutlicht, dass Gesundheit mehrere Ebenen umfasst und nicht ausschließlich auf somatische Aspekte reduziert werden kann.

Zudem definiert die WHO die geistige bzw. **psychische Gesundheit** wie folgt:

> "*a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community*"
>
> „ein Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Individuum seine Fähigkeiten ausschöpfen kann, die normalen Lebensbelastungen bewältigen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten."
>
> (WHO, 2018; Übersetzung v. Verf.)

Auch psychische Gesundheit ist also, wie bereits Gesundheit per se, nicht allein durch das Fehlen negativer Faktoren, also (psychischer) Auffälligkeiten oder Störungen, gekennzeichnet. Vielmehr ist entscheidend, dass positive Aspekte vorliegen, wie beispielsweise individuelle Lebensqualität, soziale Teilhabe, aber auch Leistungsfähigkeit, also ein angemessenes Funktionsniveau (vgl. Klipker et al., 2018, S. 37). Psychische Gesundheit geht demnach mit individuellen Ressourcen und Fähigkeiten einher, die ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben ermöglichen (vgl. BPtK, 2019, S. 3).

**Hinweis:**

„Wenn positive Funktionsmerkmale (z. B. Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit) sich auf der Ebene des Verhaltens und Erlebens niederschlagen, so ist es psychische Gesundheit. Wenn diese Funktionsmerkmale auf der Ebene körperlicher Prozesse und Strukturen auftreten, ist es körperliche Gesundheit." (vgl. DKSB, 2011, S. 13)

Drei solcher Funktionsmerkmale sind in **Tabelle 1.1** veranschaulicht. Die jeweils zugehörigen Aspekte körperlicher und psychischer Gesundheit sind gegenübergestellt und legen das unmittelbare Ineinandergreifen der körperlichen und psychischen Gesundheitsebenen nahe. So wirkt sich z. B. chronischer Schmerz (Wohlbefinden – körperliche Gesundheit) häufig negativ auf den Gemütszustand aus (Wohlbefinden – psychische Gesundheit). Umgekehrt können z. B. schwere belastende Ereignisse mit einer eingeschränkten Bewältigungsfähigkeit psychosozialer Anforderungen einhergehen (Leistungsfähigkeit – psychische Gesundheit), die ihrerseits mit körperlicher Erschöpfung einhergehen kann (Leistungsfähigkeit – körperliche Gesundheit).

**Tab. 1.1:** Ausgewählte Indikatoren körperlicher und psychischer Gesundheit (vgl. DKSB, 2011, S. 14)

| Indikatorbereich | Gesundheitszeichen | |
|---|---|---|
| | **körperliche Gesundheit** | **psychische Gesundheit** |
| **Wohlbefinden** | körperliches Wohlbefinden | psychisches Wohlbefinden (vorwiegend positive Gefühle) |
| **Funktionstüchtigkeit** | intakte Organsysteme und körperliche Funktionen | intakte psychische Funktionen (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Konzentration, Fühlen) |
| **Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung** | hohe körperliche Leistungsfähigkeit/Fitness | Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Anforderungen |

Im Folgenden werden einige ausgesuchte Ansätze vorgestellt, die den Begriff der (psychischen) Gesundheit, wie wir ihn heute kennen, entscheidend mitgeprägt haben.

### 1.1.1 Salutogenese-Modell nach Antonovsky

Einer der ersten und einflussreichsten Forscher, der den Fokus auf die positiven Aspekte der Gesundheit richtete, war der Soziologe Aaron Antonovsky. Bis dato konzentrierte sich das medizinische Verständnis traditionell auf die **Pathogenese**. Antonovsky zeigt mit seinem Ansatz eine Alternative auf und leitete damit einen Paradigmenwechsel ein. Er prägte den Begriff der **Salutogenese** (lat. *salus* = Gesundheit, griech. *genesis* = Entstehung). Ausgangspunkt seiner Forschung war die Frage, unter welchen Bedingungen Menschen trotz vielseitiger Belastungen, die das Leben mit sich bringt, gesund bleiben (vgl. Antonovsky, 1979, Vorwort vii). In Antonovskys Verständnis sind Krankheit und Gesundheit nicht dichotom zu betrachten, sondern als Kontinuum zwischen den Polen „ease“ und „dis-ease“ (vgl. Antonovsky, 1993, S. 725).

Krankheit und Gesundheit schließen sich nicht aus, sondern können nebeneinander existieren. Ein Mensch kann sowohl kranke als auch gesunde Anteile in sich tragen.

Dieser Zustand eines dynamischen Gleichgewichts wird von pathogenen Einflüssen bedroht und zugleich von salutogenen Faktoren gestützt. Nehmen die ersteren massiv zu oder reicht die stabilisierende Wirkung der letzteren nicht aus, wird der Mensch krank (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 155). Wie gesund ein Individuum ist, also wo auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum es sich befindet, hängt in diesem Modell im Wesentlichen von einer Komponente ab, die Antonovsky als **Kohärenzsinn** bezeichnet (vgl. Antonovsky, 1993, S. 725). Der Kohärenzsinn beschreibt die individuelle Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben und wird von drei Faktoren bedingt: (1) *Verstehbarkeit*, (2) *Handhabbarkeit* und (3) *Sinnhaftigkeit*. Antonovsky selbst schreibt dazu:

> "*[The sense of coherence is defined as a, Anm. d. Verf.] global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.*"
>
> „Der Kohärenzsinn ist definiert als eine generelle Überzeugung, die das Ausmaß zum Ausdruck bringt, wie durchdringend, dauerhaft und doch dynamisch die Zuversicht ist, dass (1) die Reize bzw. Anforderungen der internalen und externalen Welt als strukturiert, vorhersagbar und erklärbar wahrgenommen werden; (2) die Ressourcen zur Verfügung stehen, mit diesen Anforderungen umzugehen; und (3) diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren."
>
> (Antonovsky, 1987, S. 19; Übersetzung d. Verf.)

Abb. 1.1 fasst die wesentlichen Aspekte von Antonovskys Modell zusammen.

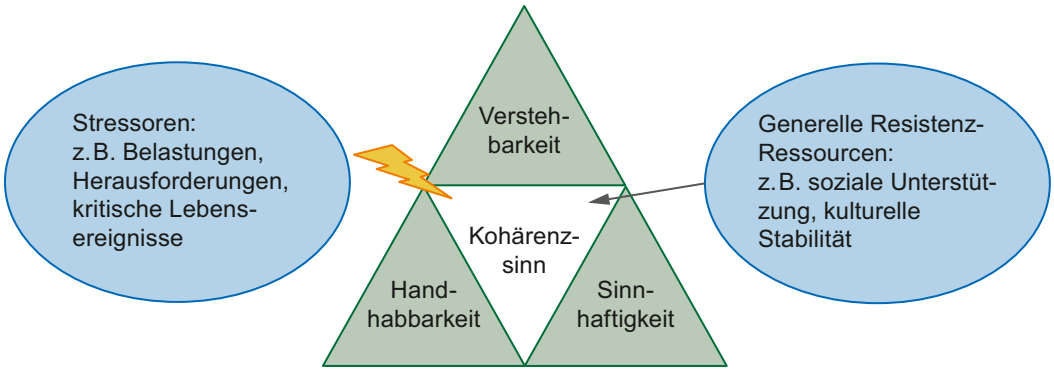


**Abb. 1.1:** Salutogenese-Modell nach Antonovsky (vgl. Vinje et al., 2017)

**Übung 1.1:**

In Antonovskys Verständnis entwickelt sich ein starker Kohärenzsinn aus einer positiven Interaktion mit der Außenwelt.

Bezogen auf Kinder und Jugendliche: Durch welche konkreten Verhaltensweisen der Bezugsperson lassen sich **Verstehbarkeit**, **Handhabbarkeit** und **Sinnhaftigkeit** fördern, aus denen der Kohärenzsinn hervorgeht?

### 1.1.2 Resilienz-Modell nach Werner

Insbesondere in der entwicklungspsychologischen Forschung führten Antonovskys Ausführungen des salutogenetischen Ansatzes dazu, neben **Risikofaktoren** (vgl. Kapitel 1.1.1, pathogene Faktoren), die sich negativ auf die Gesundheit auswirken und Krankheit begünstigen, vermehrt protektive Faktoren bzw. **Schutzfaktoren** (vgl. Kapitel 1.1.1, salutogene Faktoren) zu betrachten, die Gesundheit positiv beeinflussen und in der Lage sind, Auswirkungen vorherrschender Risikofaktoren abzumildern (vgl. Bettge; Ravens-Sieberer, 2003, S. 168). Mehr zu diesen positiven und negativen Determinanten psychischer Gesundheit findet sich in Kapitel 1.3.

Ein wichtiges Konzept im Zusammenhang mit den Risiko- und Schutzfaktoren ist das der **Resilienz**.

**Definition 1.1:**

> Unter **Resilienz** (lat. *re-silere* = „zurück-springen“, abprallen) ist die psychische Widerstandsfähigkeit zu verstehen, die es ermöglicht, sich trotz schwieriger Lebensbedingungen zu einem gesunden und leistungsfähigen Individuum zu entwickeln (vgl. Egle et al., 1997, S. 684).

In enger gefassten Definitionen von Resilienz wird die Fähigkeit zum erfolgreichen Umgang mit Stresssituationen bzw. eine hohe Resistenz gegenüber Alltagsbelastungen betont. Weiter gefasste Definitionen beschreiben Resilienz als ein dynamisches System, das die Fähigkeit besitzt, schwerwiegenden Herausforderungen zu widerstehen, die die Stabilität, Realisierbarkeit oder Entwicklung gefährden (vgl. Hornor, 2017, S. 384). Resilienz ist folglich kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern wird, ähnlich wie Antonovskys Konzept des Kohärenzsinns, in Interaktion mit der Umwelt erworben (vgl. Wustmann, 2005, S. 193). Zentral ist dabei die Veränderung des Individuums infolge des Erlebens und Bewältigens von Belastungssituationen. Optimalerweise geht es aus diesen gereift und gestärkt „im Sinne eines posttraumatischen Wachstums“ hervor und kann künftig kompetenter mit Belastungen umgehen (vgl. Wessa, 2019, S. 208). Resilienz als ein dynamischer Anpassungsprozess entfaltet sich demnach alters-, situations- und lebensbereichsspezifisch als kognitive, emotionale oder handlungsorientierte Kompetenz, sodass nicht zwangsläufig jede Art von Belastung abgepuffert werden kann (vgl. Steinhausen, 2019, S. 50).

**Hinweis:**

**Resilienz** ist mehr als die Summe verfügbarer Schutzfaktoren, die den äußeren Risikofaktoren entgegengesetzt sind. Ein wesentlicher Bestandteil des Konzepts ist die eigenständige Erholung von Krisen.

Die amerikanische Psychologin Emmy E. Werner verfolgte in einer prospektiv angelegten Längsschnittstudie über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren die gesamte Kohorte von insgesamt 698 Kindern, die im Jahr 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurden. Untersucht wurde der Einfluss von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren, schwierigen Lebensereignissen sowie protektiven Faktoren auf die Lebensläufe der Teilnehmer/-innen (vgl. Werner, 1989, S. 72). Beginnend in der Schwangerschaft, über die Geburt bis ins Erwachsenenalter wurden die teilnehmenden Familien in zahlreichen regelmäßigen Erhebungen befragt. Hebammen, Erzieher/-innen, Lehrer/-

innen, Psychologen/Psychologinnen und Ärzte/Ärztinnen erfassten u. a. physische, kognitive und soziale Fähigkeiten der Kinder, ihre familiäre Situation, die materiellen und ökonomischen Möglichkeiten der Familie, das Familienklima und signifikante Lebensereignisse. Zusätzlich wurden die teilnehmenden Kinder mit 18 Jahren und als Erwachsene zwischen dem 30. und 32. Lebensjahr erneut interviewt.

Es zeigte sich, dass etwa ein Drittel der 698 untersuchten Kinder in ungünstigen Ausgangsbedingungen aufwuchs, d. h. vor ihrem 2. Lebensjahr Armut, Scheidung/Trennung, Alkoholmissbrauch oder eine psychische Störung in der Familie oder ähnliche schwerwiegende Belastungen erlebte. Zwei Drittel dieser sogenannten Risiko-Kinder entwickelten bis zu ihrem 10. Lebensjahr schwere Lernstörungen oder Verhaltensprobleme, wurden bis zu ihrem 18. Lebensjahr straffällig oder zeigten psychische Störungen. Auch gab es bei ihnen mehr Teenagerschwangerschaften. Ein Drittel der Risiko-Kinder, d. h. etwa 10 % der gesamten Kohorte, entwickelte sich dagegen zu leistungsfähigen und selbstsicheren Erwachsenen. Diese Kinder bezeichnet Werner als *resilient* (vgl. Werner, 1989, S. 73).

Die resilienten Kinder verfügten über mindestens eine kontinuierliche, fürsorgliche und zuverlässige Bezugsperson. Sie zeichneten sich im Vergleich zu anderen Risiko-Kindern bereits als Säuglinge durch weniger Schlaf- und Essprobleme aus, wurden als „aktiv" und „einfach im Umgang" und mit 20 Monaten als aufmerksamer und autonomer beschrieben und verfügten über bessere Kommunikations- und Fortbewegungsfähigkeiten. In der Grundschule zeigten sie im Vergleich zu anderen Risiko-Kindern ein besseres Lesevermögen und bessere Problemlösefähigkeiten. Zudem pflegten sie ausgeprägte Beziehungen und Freundschaften zu ihren Mitschülern/Mitschülerinnen. Mit Verlassen der Schule verfügten sie über ein positives Selbstkonzept und eine hohe **Selbstwirksamkeit** (vgl. Egle et al., 1997, S. 485 sowie Werner, 1989, S. 73 f.), d. h. eine allgemeine Überzeugung, selbst über Kompetenzen zu verfügen, die erforderlich sind, um Anforderungen zu bewältigen (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 155). Alle diese Beobachtungen scheinen altersspezifische Ausprägungen von Resilienz abzubilden, die sich nach Rutter (1985) durch drei Aspekte auszeichnet:

> "***Resilience*** *(…) seems to involve several related elements. Firstly, a sense of self-esteem and self-confidence; secondly, a belief in one's own self-efficacy and ability to deal with change and adaptation; thirdly, a repertoire of social problem solving approaches.*"
>
> „**Resilienz** scheint mehrere miteinander in Beziehung stehende Aspekte einzubeziehen. Erstens Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, zweitens Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und die Fähigkeit, mit Veränderung und Anpassung umzugehen, drittens ein Repertoire an Problemlösestrategien für soziale Probleme."
>
> (Rutter, 1985, S. 607; Hervorhebungen und Übersetzung v. Verf.)

Trotzdem kann Resilienz allein psychische Störungen nicht verhindern. Sie stellt zwar einen bedeutenden internalen Schutzmechanismus dar, bei Belastungen psychisch gesund zu bleiben. Eine wichtige Rolle spielt aber darüber hinaus die Balance zwischen schwerwiegenden negativen Lebensereignissen sowie Risikofaktoren auf der einen Seite und protektiven Faktoren auf der anderen Seite. Übersteigen die negativen die protektiven Einflüsse entscheidend, können auch resiliente Personen Probleme entwickeln (vgl. Werner, 1989, S. 80). Zudem wiesen Werners (1989) Befunde darauf hin, dass negative

Einflüsse kumulieren: Je mehr Herausforderungen die Kinder bewältigen mussten, desto mehr Schutzmechanismen wurden als Gegengewicht benötigt, damit eine positive Entwicklung stattfinden konnte (vgl. Werner, 1989, S. 74).

**Übung 1.2:**

Betrachtet man Resilienz als eine Kompetenz, die sich in der Interaktion mit der Außenwelt ausbildet, stellt sich die Frage, ob bzw. inwiefern Persönlichkeitsdispositionen die Entwicklung von Resilienz begünstigen. In diesem Zusammenhang wird Emotionsregulation als ein zentraler Wirkmechanismus diskutiert.

Recherchieren Sie den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Resilienz. Wie gestaltet sich der zugrunde liegende Wirkmechanismus? Welche (neurophysiologischen) Befunde liegen vor?

Die Verfügbarkeit von Ressourcen ist also ebenfalls entscheidend für die gesunde psychische Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit. Im nächsten vorgestellten Modell spielt die Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen die zentrale Rolle.

### 1.1.3 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker

Dieses Modell beschreibt (psychische) Gesundheit als Fähigkeit zur Bewältigung von **Anforderungen** der Umwelt mithilfe von **Ressourcen**, die dem Individuum zur Verfügung stehen (vgl. Becker et al., 2004, S. 12). Das Individuum und seine Umwelt befinden sich dabei in ständiger Interaktion.

Anforderungen können **externe** Aspekte abbilden, z.B. verursacht durch schulische oder soziale (Peers) Erwartungen und Verpflichtungen. Becker betont aber, dass auch **interne** Anforderungen bestehen. Diese beziehen sich auf die Befriedigung von physiologischen (z.B. Nahrungsaufnahme, Schlaf) wie psychischen (z.B. Streben nach funktionierenden Beziehungen, Anerkennung, Selbstverwirklichung) Grundbedürfnissen und die Bewältigung von **Entwicklungsaufgaben** (vgl. Kapitel 1.3).

Auch die Ressourcen umfassen externe und interne Faktoren. **Externe** Faktoren sind u.a. soziale Unterstützung, ein tragfähiges Bildungssystem, materielle Möglichkeiten und eine saubere Umwelt; zu den **internen** Faktoren gehören u.a. persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen (vgl. Blümel, 2015, S. 1 f.).

Ist die Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen gestört, insbesondere durch zu hohe, aber auch durch zu geringe Anforderungen im Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen, entstehen negative Emotionen, Stress und die entsprechenden physiologischen Reaktionen, die sich chronifizieren und direkt oder indirekt den Gesundheitszustand beeinflussen können (vgl. Becker et al., 2004, S. 14).

Das Modell betont zwei entscheidende Punkte. Zum einen stellt es das Gleichgewicht zwischen individuellen Anforderungen und Ressourcen in den Vordergrund. Es ist also entscheidend, inwiefern beide Seiten aufeinander abgestimmt sind. Hohe Anforderungen sind bei Vorhandensein entsprechend hoher Ressourcen durchaus zu bewältigen. Erst die Missbalance dieser zwei Gegenstücke resultiert in negativen Gefühlen, Unzufriedenheit und schließlich beeinträchtigtem Gesundheitsempfinden. Zum anderen er-

weitert das Modell den Begriff der Anforderungen, indem es neben **externen** (z. B. Leistungsdruck durch anstehende Klausur) auch auf **interne** Aspekte (z. B. Erwartungsdruck durch hohe Ansprüche der Eltern) verweist. Damit wird betont, dass nicht nur objektiv vorhandene, sondern auch subjektiv wahrgenommene/auferlegte Hürden für die Gesundheit bzw. eine gesunde Entwicklung maßgeblich sind. Gesundheit realisiert sich hier also ganz konkret im psychischen Erleben, was den Grundsatz, „dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt" (vgl. WHO Europa, 2006, S. 11), begründet.

## 1.2 Epidemiologie der psychischen Gesundheit

**Definition 1.2:**

„Die **Epidemiologie** verfolgt das Ziel, die Häufigkeit und den natürlichen Verlauf von Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und ihren verschiedenen Gruppen einzuschätzen *(deskriptive Epidemiologie)*. Darüber hinaus will sie Zusammenhänge zu risikoerhöhenden, auslösenden, aufrechterhaltenden und protektiven Faktoren ermitteln *(analytische Epidemiologie)*." (Petermann, 2005, S. 48; Hervorhebungen v. Verf.)

Wichtige epidemiologische Maße sind die **Prävalenz** und die **Inzidenz**.

„Die Prävalenz oder die Prävalenzrate beschreibt den Anteil an Personen, in der Bevölkerung, die zum Untersuchungszeitpunkt *(Punktprävalenz)* oder bezogen auf einen gewissen Zeitraum (*Periodenprävalenz*; z. B. sechs Monate, zwölf Monate) oder das ganze Leben *(Lebenszeitprävalenz)* von einer psychischen Störung betroffen sind bzw. die entsprechenden Kriterien dafür erfüllen. Die Inzidenz oder die Inzidenzrate umfasst dagegen die Anzahl bzw. Rate der innerhalb eines bestimmten Zeitraums neu aufgetretenen Störungen." (Petermann, 2005, S. 49; Hervorhebungen v. Verf.)

**Übung 1.3:**

Recherchieren Sie nach weiteren wichtigen Maßen der epidemiologischen Forschung. Was quantifizieren sie? Warum sind sie wichtig?

### 1.2.1 Neue Morbidität

Seit dem letzten Jahrhundert sind somatische Erkrankungen in der westlichen Welt deutlich zurückgegangen. Grund dafür sind die fortschreitenden Verbesserungen der medizinischen Versorgung und Hygiene, aber auch die Verfügbarkeit und Ausgewogenheit von Nahrung und veränderte Arbeitsbedingungen. Auf der anderen Seite hat die Bedeutung psychischer Störungen zugenommen. Dieser Wandel des Krankheitsspektrums von somatischen zu psychischen, aber auch von akuten zu chronischen (z. B. Asthma, Allergien) Erkrankungen wird als **neue Morbidität** bezeichnet (vgl. Fuchs; Karwautz, 2017, S. 96 sowie Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 871). Übersichtsarbeiten (Reviews), die zahlreiche internationale epidemiologische Studien einschließen, berichten Gesamtprävalenzen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zwischen 15 und 20 % (vgl. Petermann, 2005, S. 50), wobei Jungen in der Kindheit häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. Ihle; Esser, 2002, S. 159). Dieser Trend verliert sich zum Jugendalter (vgl. Steinhausen, 2019, S. 34). Auch Übersichtsarbeiten der in Deutschland durchgeführten Studien reihen sich mit ihren Prävalenzschätzungen in den Bereich zwi-

schen 15 und 20 % ein. Als Beispiel sei die von Barkmann und Schulte-Markwort im Jahr 2012 veröffentlichte Meta-Analyse genannt, die 33 Studien einschloss, die in Deutschland zwischen 1953 und 2007 durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 72.928 Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 19 Jahren berücksichtigt. Die mittlere Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei deutschen Kindern und Jugendlichen lag danach bei 17,6 % (vgl. Barkmann; Schulte-Markwort, 2012, S. 196). Demnach wäre etwa jeder sechste junge Mensch in Deutschland betroffen.

Vor dem Hintergrund des Phänomens der **neuen Morbidität** ist wiederholt die Vermutung geäußert worden, die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten habe über die letzten Dekaden stetig zugenommen. Statistische Evidenz spricht jedoch gegen diese Annahme. So konnten in der Übersichtsarbeit von Barkmann und Schulte-Markwort (2012) Unterschiede in den berichteten Prävalenzraten durch methodische Faktoren, nicht aber durch den Zeitpunkt der Studiendurchführung erklärt werden. Dies spricht dafür, dass die Häufigkeit psychischer Störungen zumindest während des untersuchten Zeitraums von 1953 bis 2007 durchgehend konstant blieb (vgl. Barkmann; Schulte-Markwort, 2012, S. 200; Fuchs; Karwautz, 2017, S. 97; Klasen et al., 2017, S. 403).

Die Häufigkeit psychischer Störungen hat in den letzten mehr als 50 Jahren **nicht** zugenommen.

Abb. 1.2 zeigt die Entwicklung der Prävalenzdaten der von Barkmann und Schulte-Markwort (2012) eingeschlossenen Studien über die Zeit.

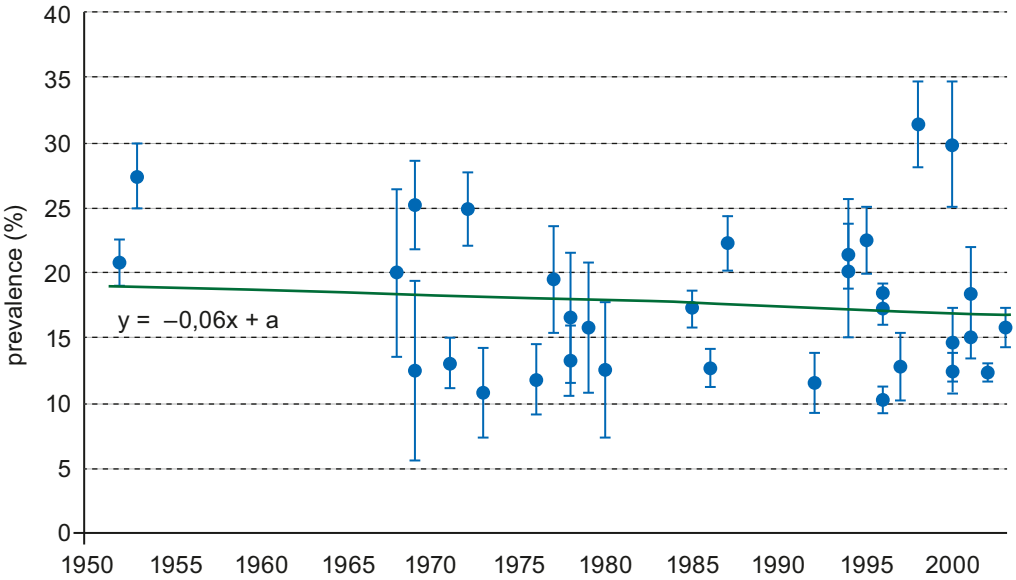


**Abb. 1.2:** Zeitlicher Verlauf der Prävalenzdaten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Barkmann; Schulte-Markwort, 2012, S. 201)

Warum aber entsteht der Eindruck, psychische Störungen seien heute viel stärker verbreitet als noch vor einigen Jahren? Solche Fehleinschätzungen können auf veränderte Diagnosekriterien (vgl. Fuchs; Karwautz, 2017, S. 98) zurückgeführt werden, vor allem aber auf eine bessere Aufklärung, die damit einhergehende bessere Sichtbarkeit und breitere Akzeptanz psychischer Probleme (vgl. Klasen et al., 2017, S. 403) sowie auf den Umstand, dass Probleme besser erkannt werden können, z. B. durch genauere Screening-

und Diagnostikinstrumente (vgl. Steinhausen, 2019, S. 33). Diese Entwicklung ist maximal erstrebenswert, sofern eine frühe Identifikation die Chance bietet, entsprechend früh einzugreifen. Insbesondere die hohe **Persistenz** (Beständigkeit) psychischer Störungen macht eine möglichst frühzeitige und zuverlässige Identifikation unumgänglich. Mit Blick auf die Lebenszeitprävalenz zeigt sich nämlich, dass etwa 50 % aller psychischen Erkrankungen von Erwachsenen vor dem 15. Lebensjahr und etwa 74 % vor dem 18. Lebensjahr bereits vorhanden waren (vgl. Kim-Cohen et al., 2003, S. 711). Außerdem können sich psychische Störungen negativ auf das Erlernen bewältigungsrelevanter Strategien und die Entwicklung protektiver Mechanismen auswirken, und so – im Sinne einer erworbenen **Vulnerabilität** (Verletzbarkeit) – wiederholt im Lebensverlauf zu psychischen Problemen führen (vgl. Fuchs; Karwautz, 2017, S. 99). Zudem lässt sich festhalten, dass junge Erwachsene mit einer in der Kindheit oder Jugend diagnostizierten psychischen Störung im Vergleich zur Bevölkerung ohne entsprechende Diagnose eine niedrigere Bildung, ein niedrigeres Einkommen sowie schlechtere familiäre und soziale Netzwerke aufweisen (vgl. Fuchs; Karwautz, 2017, S. 99; Klasen et al., 2017, S. 403). Diese unmittelbaren Folgen psychischer Auffälligkeiten veranschaulichen ganz konkret, wie wichtig die psychische Gesundheit für die langfristige Lebenszufriedenheit und Lebensqualität ist.

### 1.2.2 Gesundheitsmonitoring

Das Robert Koch-Institut (RKI) beobachtet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die „kontinuierliche Entwicklung im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland“ (RKI, 2019a).

Zentraler Gegenstand des **Gesundheitsmonitorings** ist der Anspruch repräsentativer Aussagen zur gesundheitlichen Lage, abgeleitet von möglichst großen Stichproben, die bundesweit rekrutiert werden und die Zusammensetzung der gesellschaftlichen Struktur der BRD möglichst optimal abbilden.

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings finden regelmäßig Erhebungen unterschiedlicher Altersgruppen statt. Seit 2003 werden die Daten von Kindern und Jugendlichen gesondert erfasst im sogenannten **Ki**nder- und Ju**G**end**G**esundheits**S**urvey (KiGGS). Heute steht KiGGS als Abkürzung für die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. Die Basiserhebung fand von 2003 bis 2006 statt und umfasste 17.641 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren an insgesamt 167 Standorten innerhalb der Bundesrepublik (vgl. RKI, 2019b). Befragungen der Teilnehmenden und ihrer Eltern sowie Untersuchungen der Teilnehmenden deckten ein großes Themenspektrum ab und erfassten Informationen zur körperlichen und seelischen Gesundheit, zur Lebenssituation, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zur sozialen Lage und Inanspruchnahme medizinscher Versorgung (vgl. BZgA; RKI, 2008, S. 9). Die Erhebungen werden ständig aktualisiert und erweitert. Die folgende Erhebungswelle, (KiGGS-Welle 1) fand in den Jahren 2009 bis 2012 statt, die KiGGS-Welle 2 von 2014 bis 2017 (vgl. RKI, 2019b).

In der KiGGS-Studie wurden psychische Auffälligkeiten mit dem „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erfasst. Der SDQ ist ein Screeninginstrument zur Ermitt-

lung von Risikogruppen für emotionale und Verhaltensschwierigkeiten. Der Fragebogen deckt vier Problembereiche ab:

1. Ängstlichkeit und Depressivität,
2. aggressiv-dissoziales Verhalten,
3. hyperaktives und unaufmerksames Verhalten sowie
4. Probleme mit Gleichaltrigen.

Zusätzlich verfügt der SDQ über eine fünfte Dimension: *persönliche Stärke*, die prosoziales Verhalten abbildet (vgl. BZgA; RKI, 2008, S. 21 f.).

Laut den SDQ-Daten waren in der KiGGS-Basiserhebung insgesamt 19,9 % der 3- bis 17-Jährigen psychisch auffällig. Dabei waren Jungen mit 23,6 % deutlich häufiger betroffen als Mädchen mit 15,9 % (vgl. Klipker et al., 2018, S. 39). Ein Trend, der sich sowohl in der KiGGS-Welle 1 (vgl. Hölling et al., 2014, S. 812) als auch in der KiGGS-Welle 2 (vgl. Kuntz et al., 2018, S. 25) wiederfand, wie Tab. 1.2 zu entnehmen ist. Wie in der Fachliteratur wiederholt berichtet wurde (vgl. Petermann, 2005, S. 50), zeigte sich in den KiGGS-Daten außerdem sowohl in der Basiserhebung (vgl. BZgA; RKI, 2008, S. 22) als auch in der KiGGS-Welle 1 (vgl. Hölling et al., 2014, S. 812; Klasen et al., 2017, S. 403), dass Jungen häufiger externalisierendes Problemverhalten aufwiesen (aggressiv-dissozial bzw. hyperaktiv und unaufmerksam), während Mädchen häufiger zu internalisierenden Auffälligkeiten neigten (ängstlich, depressiv).

**Tab. 1.2:** Prävalenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten nach Erhebungszeitraum und Geschlecht (vgl. Hölling et al., 2014, S. 182; Kuntz et al., 2018, S. 25)

| Erhebung | gesamt | ♂ | ♀ |
|---|---|---|---|
| * **KiGGS-Basis** | 19,9 | 23,6 | 15,9 |
| ** **KiGGS-Welle 1** | 20,2 | 23,4 | 16,9 |
| * **KiGGS-Welle 2** | 16,9 | 19,1 | 14,5 |

* Altersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2015
**Altersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010

Die Prävalenzdaten der drei KiGGS-Erhebungszeitpunkte stimmen mit den zuvor in epidemiologischen Übersichtsarbeiten berichteten Prävalenzraten von etwa 15 bis 20 % psychisch auffälliger Kinder und Jugendlichen in Deutschland und auch weltweit überein (vgl. Petermann, 2005, S. 50). Wesentlich hervorzuheben ist, dass die KiGGS-Daten zudem, wie ebenfalls zuvor berichtet, für eine hohe Zeitstabilität sprechen, und zwar sowohl in Bezug auf die Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen als auch bezogen auf die geschlechtlichen Trends. Damit stützen und erweitern die KiGGS-Befunde andere große epidemiologische Studien zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kapitel 1.2.1).

## 1.3 Risiko- und Schutzfaktoren unter Berücksichtigung der ontogenetischen Entwicklung

Das komplexe Gefüge psychischer Gesundheit unterliegt dem Einfluss zahlreicher positiver und negativer Faktoren. Positive **Schutzfaktoren** besitzen eine allgemeine protektive Wirkung, sie stabilisieren den psychischen Gesundheitszustand und stärken die persönliche Widerstandskraft, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Solche Schutzfaktoren lassen sich grob in *personale*, *familiäre* und *soziale* Ressourcen einteilen (vgl. Erhart et al., 2007, S. 800).

**Übung 1.4:**

Bearbeiten Sie diese Übungsaufgabe, bevor Sie weiterlesen: Listen Sie intuitiv **personale**, **familiäre** und **soziale** Ressourcen Ihres eigenen Lebens auf.

**Personale** Ressourcen umfassen Persönlichkeitsmerkmale wie den Kohärenzsinn (vgl. Kapitel 1.1.1), Selbstwirksamkeit (vgl. Kapitel 1.1.2) oder den dispositionellen Optimismus, also die generelle Zuversicht, dass sich Dinge positiv entwickeln, unabhängig von vorhergehenden Erfahrungen oder persönlichen Anstrengungen (vgl. Erhart et al., 2007, S. 800). Statistische Evidenz für negative Zusammenhänge zwischen hoher Selbstwirksamkeitserwartung und Depressionen/Ängsten (vgl. Erhart et al., 2007, S. 800) sowie zwischen einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl und psychischen Störungen (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 155) liegt vor. Weitere protektive Eigenschaften der Persönlichkeit sind ein positives Selbstwertgefühl, Autonomie, aber auch Resilienz fördernde Eigenschaften wie kognitive Flexibilität, Wissen, soziale Offenheit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 155). Zu **familiären** Ressourcen zählen insbesondere ein positives, d.h. offenes und unterstützendes Familienklima, familiärer Zusammenhalt, Modellfunktion der Eltern sowie förderndes Erziehungsverhalten, das durch offene Kommunikationsstrukturen und emotionalen Rückhalt gekennzeichnet ist (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 156). **Soziale** Ressourcen umfassen Aspekte der sozialen Unterstützung außerhalb der Familie, vor allem von Gleichaltrigen, aber auch von Erwachsenen, insbesondere Lehrern/Lehrerinnen, Trainern/Trainerinnen oder Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen (vgl. Erhart et al., 2007, S. 800).

**Satz 1.1:**

> Die **personalen**, **familiären** und **sozialen** Schutzfaktoren scheinen in ihrer Bedeutsamkeit für die psychische Gesundheit graduell abzunehmen.

So erwiesen sich defizitäre personale Ressourcen in einer Studie als der bedeutendste Prädiktor für psychische Auffälligkeiten: 11- bis 17-Jährige hatten ein 2,7-fach erhöhtes Risiko, psychisch auffällig zu sein, wenn sie von starken Defiziten bei personalen Schutzfaktoren berichteten, gefolgt von einem 2,4-fach erhöhten Risiko bei stark defizitären familiären Schutzfaktoren und einem 1,5-fach erhöhten Risiko bei stark defizitären sozialen Schutzfaktoren (vgl. Hölling; Schlack, 2008, S. 159).

Im Geschlechtervergleich 11- bis 17-Jähriger zeigte sich, dass Mädchen häufiger von mangelhaft ausgeprägten personalen und familiären Ressourcen berichteten, während sich Jungen häufiger in einem schwach ausgeprägten sozialen Umfeld sahen. Als eine mögliche Ursache solcher Geschlechtertrends führen die Autoren geschlechtstypische Sozialisationserfahrungen an, die soziokulturell bei Jungen auf eine stärkere Förderung

von Selbstwirksamkeitserwartungen und bei Mädchen auf eine stärkere Förderung sozialer Kompetenzen ausgerichtet sind (vgl. Erhart et al., 2007, S. 807 f.). Gezielte Untersuchungen zu Verteilungsmustern von Ressourcen legen jedoch eine vermehrt individuelle als merkmalsassoziierte (bspw. in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status) Ressourcenverteilung nahe (vgl. Reitzle et al., 2008, zitiert nach Rogge, 2020, S. 52). Demnach verfügen offene, zuversichtliche Personen (personale Ressourcen) über mehr, engere und anhaltendere Beziehungen, egal ob im familiären (familiäre Ressourcen) oder weiteren sozialen Umfeld (soziale Ressourcen). Nichtsdestotrotz sollten protektive Schutzmechanismen, angesichts ihrer unterschiedlichen Verteilung zwischen Mädchen und Jungen, geschlechtsspezifisch betrachten werden, was insbesondere bei Ausarbeitungen von Präventionsprogrammen berücksichtigt werden sollte.

**Risikofaktoren** wirken sich im Gegensatz zu Schutzfaktoren negativ aus und gefährden die psychische Gesundheit, allgemeiner die psychische Entwicklung. Die Entwicklung des Menschen ist in Person-Umwelt-Interaktionen eingebunden und vollzieht sich in einem Wechselspiel zwischen Gedanken, Gefühlen, Motiven des Individuums und den äußeren Anforderungen (vgl. Rogge, 2020, S. 12). Entsprechend können Risikofaktoren innerhalb des Individuums (internal) oder seiner Umwelt (external) liegen. Internale Risikofaktoren umfassen beispielsweise genetische Ausprägungen, darunter das Temperament des Kindes. So verwies bereits Werner auf die Verbindung zwischen liebevollen („*affectionate*“) und verschmusten („*cuddly*“) Mädchen bzw. gutmütigen („*good-natured*“) Jungen und Resilienz (vgl. Werner, 1989, S. 73). Externale Risikofaktoren erfassen typischerweise **kritische Lebensereignisse**. Neben wenigen Ausnahmen (inadäquates Erziehungsverhalten – vgl. Kapitel 1.1.2, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund) zeichnen sich externale Risikofaktoren durch ihre Punktualität aus.

**Satz 1.2:**

> **Schutzfaktoren** bieten typischerweise eine generelle protektive Wirkung gegen diverse Risiken, während externale **Risikofaktoren kritische Lebensereignisse** (Tod, Trennung, Gewalterfahrung, Drogen-/Alkoholabhängigkeit der Eltern) und damit spezifische Gefährdungen darstellen.

Entscheidend in diesem Zusammenhang ist die dauerhaft erlebte Belastung, während temporär vorhandene Stressoren häufig ohne dauerhafte negative Auswirkungen auf psychische Befindlichkeiten bleiben (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 145). Angesichts dieser Einschränkung überrascht es nicht, dass ein niedriger sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund übergreifende Risikoeinflüsse abzubilden scheinen, die sich – anders als **kritische Lebensereignisse** – umfassend negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, denn beides sind anhaltende, kaum veränderbare bzw. unveränderbare sozioökonomische Merkmale. So zeigen Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status mit 26 % Prävalenz mehr als doppelt so häufig psychische Auffälligkeiten als Gleichaltrige aus sozioökonomisch hochgestellten Familien mit 10 % Prävalenz (vgl. Klasen et al., 2017, S. 405). Noch gravierender wirkt sich dieser **soziale Gradient** auf den allgemeinen Gesundheitszustand aus. So ist das Risiko für einen sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status um den Faktor 5,7 erhöht (Kuntz et al., 2018, S. 26). Diese sozialen Unterschiede zeigen sich für beide Geschlechter gleichermaßen. Das Prekäre an einem niedrigen Sozialstatus ist dessen direkte Verbindung zur Bildung, die sich wiederum auf den sozialen Status auswirkt, was langfristig eine Abwärtsspirale begünstigt: Die Einkommensarmut wirkt sich zum einen

einschränkend auf das Konsum- und Freizeitverhalten aus. Zudem „erleben Kinder und Jugendliche neben Armut häufig auch soziale Ausgrenzung, die in Folge zu emotionaler Instabilität, Beeinträchtigung von kognitiver und sprachlicher Entwicklung sowie schulischer Leistungen und zu Verhaltensauffälligkeiten führen kann“ (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 17).

Der **Migrationshintergrund** stellt einen weiteren weitreichenden Risikofaktor für die psychische Gesundheit dar. Ausgrenzung aufgrund von Ghettoisierungs- und Stigmatisierungstendenzen, Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland mit einer möglicherweise einhergehenden Normen- und Wertediffusion sind nur einige Aspekte, die zu schlechteren Startchancen für das soziale und schulische/berufliche Leben der Migrant/-innen führen (vgl. Brettschneider et al., 2015, S. 474). Zusätzlich weisen migrierte Familien ein doppelt so hohes Risiko für Armut auf als deutsche Familien (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 19). Sie sind also zusätzlich durch Aspekte benachteiligt, die mit einem niedrigen sozialen Status einhergehen. Dementsprechend weisen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund mit 21,3 % Prävalenz deutlich häufiger Merkmale psychischer Störungen auf als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund mit 13,5 % Prävalenz (vgl. BZgA; RKI, 2008, S. 23).

Der übergreifende Einfluss der beiden Risikofaktoren *niedriger sozioökonomischer Status* und *Migrationshintergrund* spiegelt sich zudem darin wider, dass beide mit Defiziten bei den personalen, familiären und sozialen Ressourcen einhergehen (vgl. Erhart et al., 2007, S. 807). Eine Ausnahme bilden hierbei allerdings die familiären Ressourcen in migrierten Familien. Im Gegensatz zu personalen und sozialen Schutzfaktoren sind diese bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund laut Selbstbericht nicht geringer ausgeprägt als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Eine mögliche Ursache für diesen Befund sehen die Autoren in einem stärkeren familiären Zusammenwachsen bzw. -halten in einer fremden Umgebung (vgl. Erhart et al., 2007, S. 807). Risiko- und Schutzfaktoren sind demnach generell voneinander abhängig.

**Übung 1.5:**

Überlegen Sie sich Situationen, in denen ein spezifisches negatives Lebensereignis mit einer Einbuße an protektiven Faktoren einhergeht.

Wie eingangs erwähnt, sind externale Risikofaktoren, die die psychische Gesundheit beeinträchtigen können, i. d. R. weniger übergreifend als spezifische kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise der Verlust einer Bezugsperson durch Tod, Scheidung oder Umzug, Auseinanderfallen einer Freundschaft oder auch plötzliche (wenn auch vorübergehende) körperliche Einschränkungen aufgrund eines Unfalls (Bein- oder Armbruch). Die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sind aber umso gravierender, wenn solche Ereignisse wiederholt auftreten oder andauern, wie im Falle von Vernachlässigung oder anhaltendem (sexuellen) Missbrauch. Zudem ist bereits aus der Resilienzforschung bekannt (vgl. Kapitel 1.1.2), dass negative Einflüsse in ihrer Wirkung kumulieren, d. h. je mehr Herausforderungen das Individuum simultan bewältigen muss, desto höher ist die Gefahr, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 876).

Neben kritischen Lebensereignissen bergen auch Herausforderungen des Alltags Risiken für die psychische Gesundheit. Das gilt insbesondere für solche, die im Zusammenhang mit natürlichen Entwicklungs- und Reifungsprozessen stehen, also altersabhängige Auf-

gaben darstellen. Nach dem von Robert J. Havighurst entwickelten Modell ist die gesunde menschliche Entwicklung durch das Bewältigen von **Entwicklungsaufgaben** charakterisiert – ein Grundkonzept, das von zahlreichen entwicklungspsychologischen Ansätzen aufgegriffen und weiterentwickelt wurde. Zu den bedeutendsten Konzepten der Betrachtung des Lebensverlaufs als eine Aneinanderreihung von weitestgehend normativen Aufgaben zählen Erik H. Eriksons „Entwicklungsstufen", Daniel Levinsons „Lebenszyklus" oder Roger Goulds „Transformationen". Den Ansätzen gemein ist die Unterteilung des Lebensverlaufs in Entwicklungsphasen, die mit bestimmten Anforderungen einhergehen (für eine zusammenfassende Übersicht vgl. Rogge, 2020, S. 17 ff.).

**Definition 1.3:**

> **Entwicklungsaufgaben** sind altersspezifische Herausforderungen, mit denen jedes Individuum im Laufe seines Lebens konfrontiert wird. Dabei handelt es sich um typische Lebensaufgaben, die universell und normativ sind und sich über die gesamte Lebensspanne erstrecken. Ihre erfolgreiche Bewältigung fördert die Persönlichkeitsentwicklung sowie Fertigkeiten und Kompetenzen zum Lösen künftiger Entwicklungsaufgaben (vgl. Schmid, 2004, S. 251 f.).

Beispiele für Entwicklungsaufgaben sind Regulationsanforderungen im Säuglingsalter (z. B. Nahrungsaufnahme, (Ein-)Schlafen), die Entwicklung einer Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder das Akzeptieren von Verlust sozialer Rollen im Alter. Entwicklungsaufgaben können einmalige Herausforderungen darstellen (z. B. Sauberwerden), kehren häufig aber auch wieder oder dauern an. Die wiederkehrenden und andauernden Aufgaben tauchen in unterschiedlichen Lebensphasen auf, mit verschiedenen Akzentuierungen und veränderten kognitiven Ansprüchen. So sind Stressbewältigungsstrategien eines Säuglings (z. B. Selbstberuhigung durch Daumen lutschen) andere als die eines Erwachsenen mit einer ausgereiften Belohnungs- und Emotionsregulation (z .B. Prioritätenlisten erstellen), dienen aber derselben Herausforderung: Anpassungsleistung als Reaktion auf Stressoren.

Die meisten Ansätze der Lebenslaufbetrachtung sind gekennzeichnet durch den hierarchischen Aufbau von Entwicklungsschritten, wobei das erfolgreiche Bewältigen der anstehenden Herausforderung den Grundstein legt für das erfolgreiche Bewältigen der folgenden. So beschreibt Erikson Entwicklungsstufen als psychosoziale Krisen, deren Überwindung zu einem gestärkten Selbstwertgefühl, einem besseren Verständnis der sozialen Umwelt der eigenen Persönlichkeit und Zukunft führt (vgl. Erikson, 1991, zit. n. Rogge, 2020, S. 17). Demnach führen mögliche Entwicklungskonflikte infolge gar nicht oder unzureichend gelöster Entwicklungsaufgaben zu beeinträchtigten Anpassungsfähigkeiten des Menschen bis hin zu psychischen Auffälligkeiten/Störungen. Im Folgenden werden für drei Altersgruppen entwicklungsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit dargestellt, die sich aus den entwicklungspsychologischen Theorien zur Betrachtung des Lebensverlaufs ableiten lassen. Die drei Altersgruppen sind: das Säuglings-/Kleinkindalter, die Kindheit und Adoleszenz.

### 1.3.1 Säuglings- und Kleinkindalter (0–6 Jahre)

Säuglinge und Kleinkinder sind zum Überleben vollständig auf die Hilfe Erwachsener angewiesen. Fortbewegung, Nahrungsaufnahme, Schlafregulation und sogar der Wärmehaushalt sind Herausforderungen, deren Bewältigung der Säugling erst lernen muss,

wobei er auf Unterstützung von außen angewiesen ist. Im Verständnis der Bindungsforschung, liefert gerade die Erfüllung dieser elementaren Grundbedürfnisse die Grundvoraussetzung für das Gelingen einer gesunden körperlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung. Nichtsdestotrotz ist der Säugling nicht, wie lange angenommen, ein passives, rein physiologisch existierendes Wesen, sondern verfügt von Geburt an über ein angeborenes Verhaltensrepertoire, das ihm ermöglicht, sich aktiv und neugierig mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und mit seinen Bezugspersonen in Kontakt zu treten, was in Martin Dornes Weiterführung des Konzepts des „kompetenten Säuglings" zum Ausdruck kommt.

**Übung 1.6:**

Recherchieren Sie den Begriff des *kompetenten Säuglings* in seiner Weiterführung von M. Dornes. Was ist damit gemeint? Was ist in diesem Zusammenhang unter einer *dialogischen Interaktion* (M. und H. Papoušek) zu verstehen?

Der Aufbau einer Beziehung zur Hauptbezugsperson, häufig – aber nicht zwangsläufig – der Mutter, stellt eine der ersten **Entwicklungsaufgaben** des Menschen dar. Wie bedeutsam eine solche, kontinuierlich präsente und liebevolle Bezugsperson für die gesunde psychische Entwicklung ist, wurde bereits in Zusammenhang mit dem Begriff der Resilienz herausgearbeitet (vgl. Kapitel 1.1.2). Die Qualität dieser Beziehung hängt im Wesentlichen davon ab, wie die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert. Ist die Bedürfnisbefriedigung **prompt**, **zuverlässig** und **feinfühlig**, entwickelt das Kind eine **sichere Bindung** zu seiner Bezugsperson. Erst eine stabile Beziehung bietet dem Säugling die erforderliche Sicherheit, eine ihm unbekannte und unvorhersagbare Welt zu explorieren, zu (be-)greifen und im Zuge dessen Autonomie zu entwickeln. Die positive Beziehung ist demnach Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen. Diese Erkenntnisse gehen zurück auf den Begründer der Bindungstheorie John Bowlby und die Begründerin der Bindungstypen Mary Ainsworth.

Die natürliche Neugier des Säuglings auf seine Umwelt, gepaart mit seiner reifenden Wahrnehmung, Motorik und Mobilität, wie auch seine sich ständig erweiternden kognitiven Fähigkeiten verlangen eine **geschützte**, **vorbereitete** sowie **anregende** und **entwicklungsfördernde** Umgebung. Diese zu schaffen ist Aufgabe der Eltern/Bezugspersonen, die außerdem für die Pflege und Beziehungsbildung des Kindes zuständig sind. Die Familie ist in der ersten Lebensphase die primäre Sozialisationsinstanz; ihrem Einfluss ist der Säugling/das Kleinkind fast vollständig ausgeliefert. Sie prägt Intelligenz, Sprachfähigkeit sowie andere Kompetenzen, die sich das Kind natürlicherweise im Alltag aneignet und die wesentlich von einer anregenden Stimulation durch Spiel, adäquates Spielzeug und verbale Ansprache abhängig sind (vgl. Steinhausen, 2019, S. 45). Insbesondere sozial benachteiligte Familien fördern Kleinkinder oft nicht genügend dabei, anstehende Entwicklungsmeilensteine angemessen zu meistern. Das gilt besonders dann, wenn das Bildungsniveau der Eltern niedrig ist.

> „Armut, niedrige Bildung und prekäre Lebenslagen sind (…) nicht unmittelbar mit einer Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung oder einer Entwicklungsgefährdung der Kinder gleichzusetzen, sie gehen jedoch mit deutlichen Einschränkungen der materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen einher und können so auf indirektem Wege die Bedingungen der familiären Interaktionen beeinträchtigen." (RKI; StBA, 2008b, S. 76)

Mit fortschreitendem Alter differenzieren sich die Lebenswelten der Kleinkinder. Spielgruppen, Spielplätze, Krippen, Tagesmütter und ähnliche Angebote und Einrichtungen schaffen neue außerhäusliche Erfahrungsräume (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 76). Spätestens jedoch mit dem dritten Lebensjahr kommt dem Kindergarten als Sozialisationsinstanz eine entscheidende Bedeutung zu. Im Schnitt sind mehr als 90 % aller Kinder in den letzten beiden Jahren vor dem Schuleintritt in einer betreuenden Einrichtung untergebracht (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 77). In der Kindertagesstätte steht die Förderung der sozialen Kompetenzen im Vordergrund (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 111). Vor allem in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen werden soziale Fähigkeiten vertieft und ausgebaut (vgl. DKSB, 2011, S. 80). Aushandeln von Spielregeln, existierende Gruppenregeln und die unausgereifte Gefühlsregulation sind Aspekte, die, gepaart mit noch nicht ausgereiften Kommunikationskompetenzen, ein hohes Konfliktpotenzial bergen. Verhaltensauffälligkeiten und aggressives Verhalten haben zuweilen bereits in dieser Lebensphase ihren Ursprung, denn „Stresssituationen, die die Regulationsfähigkeit des Kindes übersteigen, können Fehlanpassungen und Störungen verschiedener Art bewirken“ (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 78). Die Entwicklung angemessener Stressbewältigungsstrategien ist damit bereits im Kleinkindalter eine bedeutsame **Entwicklungsaufgabe**.

Aus der existenziellen Abhängigkeit des Säuglings/Kleinkinds von den Bezugspersonen, die ihn versorgen, ergeben sich ganz konkrete Risiken für die psychische Gesundheit bzw. komplementäre protektive Faktoren. Eine Auswahl an altersspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren ist in Tab. 1.3 aufgeführt.

**Tab. 1.3:** Auswahl spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit für das Säuglings- und Kleinkindalter (vgl. DKSB, 2011, S. 57 ff; RKI; StBA, 2008b, S. 74 ff; Rogge, 2020, S. 17 ff.)

| Risikofaktoren | Schutzfaktoren |
|---|---|
| Vernachlässigung, verminderte Verfügbarkeit der Bindungsperson | stabile sichere Bindung |
| anhaltende Disharmonie in der Familie | positives Interaktions- und Familienklima |
| anregungsarme Umgebung | anregungsreiche Umgebung, Zeit, Aufmerksamkeit, Förderung seitens der Bezugspersonen |
| Bildungsferne | Zugang zu altersgerechten und entwicklungsfördernden Angeboten |
| unzureichende Bewältigung psychischer Beanspruchungen, soziale/emotionale Überforderung | Sprachkompetenz, Stressbewältigungsfertigkeiten |

### 1.3.2 Kindheit (7–10 Jahre)

Die Lebensphase der Kindheit ist geprägt durch den Grundschuleintritt. Der damit einhergehende Statuswechsel vom Kind zum/zur Schüler/-in zeichnet sich insbesondere durch veränderte Rollenerwartungen aus. Mit der Einschulung treten zahlreiche Regeln und Strukturen (Pünktlichkeit, Stundenplan, Hausaufgaben) in das Leben des Kindes, die strikt befolgt werden müssen und damit dem Kind eine enorme Anpassungsleistung

abverlangen. Zudem steht die Sozialisationsinstanz Schule in erster Linie für die Förderung der intellektuellen Fähigkeiten, deren Fortschritt anhand formaler Bewertungskriterien (Zensuren) dokumentiert und quantifiziert wird. Misserfolg und Leistungsdruck sind mögliche Entwicklungen, wenn schulische Leistungsanforderungen überfordern. Sie bergen Potenzial für Ängste und Enttäuschung, aber auch für Frust und Aggressionen, die in mittelbarer Folge mit familiären Konflikten und sozialer Ausgrenzung einhergehen können (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 111). In diesem Zusammenhang können vor allem außerschulische sportliche Aktivitäten und Vereinszugehörigkeiten kompensatorisch wirken und mögliche Versagensgefühle ausgleichen, die zuweilen im Zusammenhang mit schlechten Schulleistungen auftreten (vgl. DKSB, 2011, S. 91; Steinhausen, 2019, S. 49). Zudem treten neben den Eltern weitere Autoritäts- und mögliche Bezugspersonen in das Leben des Kindes, wie z. B. Lehrer/-innen, Trainer/-innen und Tutoren/Tutorinnen (vgl. DKSB, 2011, S. 93).

Trotz des schwerwiegenden Einschnitts durch die Einschulung spielt die Familie in der Kindheit weiterhin die zentrale Rolle. Nach wie vor bestimmen die Eltern und die verfügbaren familiären Ressourcen den außerschulischen Alltag des Kindes und entscheiden darüber, welchen Freizeitaktivitäten das Kind nachgehen darf und welche Freundschaften unterstützt werden. Die Eltern fungieren aber nicht ausschließlich als Bestimmungsinstanz, sondern in erster Linie als Vorbild. Die Modellfunktion der Eltern bietet Orientierung in nahezu allen Lebensbereichen. Erste Erfahrungen im Umgang mit Stressbewältigung, Geld, Ernährungs- und Bewegungsverhalten oder Medien werden über das Vorleben der Eltern vermittelt und prägen die Handlungsperspektiven bis ins Erwachsenenalter (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 111).

> „In den alltäglichen familiären Interaktionen und über die Zugänge, die die Familie zu anderen Erfahrungswelten eröffnet, erwerben die Heranwachsenden grundlegende Einstellungen und Haltungen sowie Fähigkeiten und Kenntnisse, die nicht nur maßgeblich zu ihrer personalen, sozialen und kognitiven Entwicklung beitragen, sondern sich auch in ihrem Blick auf die Welt, ihrer Art des Herangehens an die Bewältigung von Lebensaufgaben und die Lösung von Problemen sowie in der Wahrnehmung von Optionen und in Handlungsperspektiven niederschlagen." (RKI; StBA, 2008b, S. 111)

Als eine dritte Einflussgröße spielen im Leben des Kindes zunehmend die Gleichaltrigen eine wichtige Rolle. Beziehungen unter Peers sind vor allem durch eine stärkere Symmetrie gekennzeichnet: Im Gegensatz zu Beziehungen zwischen Kind und Erwachsenem existiert kein naturgegebenes Autoritätsgefälle. Auf diese Weise können Konzepte von Gleichheit und Gerechtigkeit entwickelt und im sozialen Gefüge ausprobiert werden. Angesichts der zunehmend wegfallenden Aufsicht durch Erwachsene muss sich das Kind selbst behaupten und lernen, sich ein-, aber auch unterzuordnen. Verhaltensregeln und Konfliktlösungsmuster werden entwickelt und verfestigen sich. Ein weiteres Thema dieses Alters ist die Ausbildung der Geschlechtsidentität. Das geschlechtstypische Rollenverhalten wird zunehmend bewusster und differenzierter.

In Tab. 1.4 ist eine Auswahl typischer Risiko- und Schutzfaktoren für die Phase der Kindheit aufgeführt.

**Tab. 1.4:** Auswahl spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit für die Kindheit (vgl. DKSB, 2011, S. 57 ff; RKI; StBA, 2008b, S. 74 ff; Rogge, 2020, S. 17 ff.)

| Risikofaktoren | Schutzfaktoren |
|---|---|
| schulische Misserfolge, Leistungsdruck, Überforderung | zunehmendes Wissen und das damit einhergehende wachsende Mitspracherecht des Kindes (fördert Selbstwirksamkeitsempfinden) |
| Anpassungsschwierigkeiten mit möglichen ersten Ausgrenzungs-/ Isolationserfahrungen | Lehrer/-innen und Gleichaltrige als Bezugspersonen, wachsendes außerfamiliäres soziales Netz |
| negatives Schulklima (Konkurrenzdruck, Ängste, fehlender Respekt unter Mitschülern/Mitschülerinnen sowie in Beziehungen zu Lehrpersonen) | positives Schulklima (Akzeptanz, Respekt, Vertrauen unter Mitschülern/Mitschülerinnen sowie in Beziehungen zu Lehrpersonen) |
| unvollständige Kernfamilie | Verfügbarkeit geschlechtsspezifischer Modelle, Geschlechtsrollenidentifikation |

### 1.3.3 Adoleszenz (11–17 Jahre)

Die Adoleszenz beginnt mit dem Eintreten der Pubertät, d. h. der Geschlechtsreife, begleitet durch die geistige Abkopplung von erwachsenen Bezugspersonen und der Individualitätsentwicklung. Dieser Lebensabschnitt markiert eine besonders vulnerable Phase in der ontogenetischen Entwicklung des Individuums.

> „Mit der Pubertät kommt es zu einem Ungleichgewicht in der psycho-physischen Struktur der Persönlichkeit: Der gesamte Körper unterliegt anatomischen, physiologischen und hormonellen Veränderungen, die eine umfassende Anpassung auch auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene notwendig machen." (RKI; StBA, 2008b, S. 143)

Die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale macht den Beginn der Pubertät nach außen sichtbar. Neben einer möglichen Verunsicherung und Schamgefühlen, die mit teils rasanten körperlichen Veränderungen einhergehen können, steigert das sich ändernde Erscheinungsbild zusätzlich den Vergleichsdruck der Jugendlichen untereinander (vgl. DKSB, 2011, S. 106). Neben solchen körperlichen Veränderungen ist der Übergang in die Adoleszenz begleitet von Anforderungen, die sich nach Boyd und Bee in fünf Bereiche untergliedern lassen:

1. akademische Anforderungen (Bildung abschließen)
2. freundschaftliche Anforderungen (Beziehungen pflegen)
3. berufliche Anforderungen (Einstieg in den Beruf)
4. handlungsbezogene Anforderungen (Entscheidungen treffen)
5. romantische Anforderungen (feste Partnerschaft)

(vgl. Boyd; Bee, 2012, zit. n. Rogge, S. 19 f.)

Diese Teilbereiche übergreifend, steht das Streben nach Individualität im Vordergrund dieser Entwicklungsphase. Demgegenüber ist gleichzeitig der Wunsch nach Zugehörigkeit in dieser Phase dominant. Diese entgegengesetzten Bestrebungen bergen Potenzial für tiefgründige innere Konflikte. Selbstzweifel, Empfindlichkeit, Ängste, Rückzug und Wut sind typische emotionale Befindlichkeiten der Heranwachsenden (vgl. DKSB, 2011, S. 105), die sie häufig in Konflikten mit sich selbst, aber auch mit der Außenwelt erleben.

Mit den biologischen Reifungsprozessen verändern sich auch die kognitiven Fähigkeiten. Das **wirklichkeitsorientierte** Denken wird abgelöst vom **hypothetischen**, **abstrakten** Denken, ein Prozess, der nach Jean Piagets Entwicklungskonzept der kognitiven Entwicklung etwa ab dem elften Lebensjahr einsetzt (für eine Übersicht vgl. Kalkan, 2019). Dieser, in Piagets Verständnis, qualitative Sprung innerhalb der kognitiven Fähigkeiten erlaubt eine neue Qualität von Schlussfolgern, kritischem Urteilen, Reflektieren. Das Auflehnen gegen vorherrschende Normen- und Wertesysteme ist typisch für das Jugendalter und wird mit einer **Entthronung der Eltern** eingeleitet, die nicht mehr als unfehlbar und allwissend wahrgenommen, sondern zunehmend hinterfragt und kritisch herausgefordert werden (vgl. DKSB, 2011, S. 107). Weltverbesserungsideen, Selbstüberschätzung, aber auch Sehnsucht und Weltschmerz charakterisieren die kognitiven Themen Heranwachsender. Die Hauptentwicklungsaufgabe dieser Lebensphase stellt, nach Erikson, jedoch die Entwicklung einer **Ich-Identität** dar, mit dem möglichen Ausgang einer Identität oder Identitätsdiffusion. Unter Ich-Identität versteht Erikson die „Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat (…)“ einschließlich der „Fähigkeit (…) innere Einheitlichkeit und Kontinuität aufrechtzuerhalten (Erikson, 1991, S. 107). Kurz, es geht hier um das Ausbilden aber auch Präsentieren einer eigenständigen, in sich kohärenten Persönlichkeit. Zur Identitätsfindung gehört auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Zukunft und dem persönlichen Lebensentwurf, konkret mit der Frage nach der Berufswahl, die häufig als existenziell und damit bedrohlich erlebt wird.

Mit der zunehmenden Distanzierung und emotionalen Abwendung von Erwachsenen gewinnt die Peergroup im Jugendalter immer mehr an Bedeutung. Freundschaftsbeziehungen, vor allem in Form von Cliquen, übernehmen wichtige Sozialisationsfunktionen bei der Identitätsfindung, Ausbildung von Interessen, Freizeitgestaltung, sozialen und kulturellen Orientierung. Zudem bieten Freundschaften Halt und Unterstützung aus einer gleichwertigen Position. Cliquen bergen aber auch die Gefahr, Risikoverhaltensweisen zu fördern, beispielsweise über Bewährungsproben, abenteuerliche Wagnisse oder Gruppenzwang. Insgesamt ist gesteigertes Risikoverhalten charakteristisch für die Jugendphase (vgl. Kapitel 2.3.2), ob als symbolischer Vorgriff auf das Erwachsenensein (z. B. Rauchen, Alkohol), als Regelüberschreitung im Sinne einer Kompetenzerweiterung oder als Protest (z. B. risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr, Gewaltbereitschaft) mit dem Bestreben, soziale Anerkennung von Gleichaltrigen zu erhalten (vgl. RKI; StBA, 2008b, S. 145; DKSB, 2011, S. 112).

Die biologischen Reifungsprozesse vollziehen sich schneller als die kognitive Entwicklung. So reift der präfrontale Kortex, der mit der für Selbstregulation erforderlichen kognitiven Kontrolle assoziiert ist, ontogenetisch als letzte Hirnregion im Laufe der Adoleszenz (vgl. Weichold; Blumenthal, 2018, S. 174). Auf diese Weise kann sich eine Diskrepanz zwischen der körperlichen und geistigen Reife einstellen, die sogenannte Reifelücke, „*maturity gap*“ (Moffitt, 2006, zit. n. Weichold; Blumenthal, 2018, S. 174). Unterstützt wird diese biologisch bedingte Diskrepanz auf sozialer Ebene durch ein Nebeneinander kinds- und erwachsenengemäßer Handlungsanforderungen an die Jugend-

lichen, die sich gesellschaftlich in einem Zwischenstadium zwischen Kind- und Erwachsensein befinden. Neue Rollen und entsprechende Erwartungen formieren sich, können über- und unterfordern und das Gefühl verstärken, nicht verstanden zu werden.

Diese Zeit des Übergangs vom Kind zum Erwachsenen geht mit zahlreichen Risiken für die psychische Gesundheit einher. Eine Auswahl an altersspezifischen Risiko- sowie stabilisierenden Schutzfaktoren ist in Tab. 1.5 aufgeführt.

**Tab. 1.5:** Auswahl spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit für die Jugend (vgl. DKSB, 2011, S. 57 ff; RKI; StBA, 2008b, S. 74 ff; Rogge, 2020, S. 17 ff.)

| Risikofaktoren | Schutzfaktoren |
|---|---|
| unerfüllte Erwartungen körperlicher Veränderungen, Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | Akzeptanz der sich verändernden körperlichen Erscheinung und des eigenen Aussehens |
| Isolierung, unerwiderte Liebe, enttäuschende/unbefriedigende erste Sexualerfahrungen | Intimität/Partnerschaft |
| nicht gelingende Anerkennung bei Gleichaltrigen | Gruppenzugehörigkeit (Clique, Verein, Sportmannschaft, Freizeitaktivitäten, Interessensgemeinschaft) |
| überprotektives/einschränkendes, aber auch vernachlässigendes familiäres Klima | Entfaltungsfreiräume, Akzeptanz der Verselbständigung durch die Eltern/Bezugspersonen |
| Perspektivlosigkeit, (empfundene) Unerfüllbarkeit des persönlichen Lebensentwurfs | gute schulische Leistungen, eingebettet in ein positives Schulklima |
| widersprüchliche Anschauungen und Werte, Zerrissenheit, Identitätsdiffusion | positives Selbstkonzept, kohärente Ich-Identität |

**Übung 1.7:**

Die hier dargestellten Herausforderungen bieten nur einen Ausschnitt an Herausforderungen/Entwicklungsaufgaben des Jugendalters. Darüber hinaus gibt es weitere Risikofaktoren für die Gesundheit, die für diesen Lebensabschnitt charakteristisch sind. Welche fallen Ihnen ein?

## Zusammenfassung

Der Begriff der psychischen Gesundheit entfaltet sich im Zusammenspiel der Risiko- und Schutzfaktoren: Die Risikofaktoren gefährden die psychische Gesundheit, die Schutzfaktoren stabilisieren sie. Insbesondere in Abgrenzung zum Krankheitsbegriff spielen die drei hier vorgestellten Modelle für die Ausdifferenzierung des Konzepts der psychischen Gesundheit eine zentrale Rolle: Das (1) Salutogenese-Modell lenkte erstmals den Fokus auf die gesundheitserhaltenden positiven Aspekte. Die Resilienzfor-

schung (2) beschäftigt sich hauptsächlich mit der inhaltlichen Benennung solcher gesundheitserhaltenden Eigenschaften, den sogenannten Ressourcen. Das Anforderungs-Ressourcen-Modell (3) hält die Balance zwischen Ressourcen und individuellen Anforderungen. Diese Balance ist ausschlaggebend dafür, dass die psychische Gesundheit erhalten bleibt.

Schutzfaktoren lassen sich allgemein in personale, familiäre und soziale Ressourcen unterteilen und zeichnen sich durch ihre übergreifend protektive Wirkung aus. Im Gegensatz dazu stellen externale Risikofaktoren, mit einigen Ausnahmen, überwiegend eine akut vorhandene konkrete Gefährdung der psychischen Gesundheit in Form kritischer Lebensereignisse dar.

Unter Berücksichtigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben wurden für die drei Lebensabschnitte (1) des Säuglings- und Kleinkindalters, (2) der Kindheit und (3) der Adoleszenz konkrete Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit herausgearbeitet. Weitere Determinanten der psychischen Gesundheit inklusive gesundheitsrelevanter sozialer Trends für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## Aufgaben zur Selbstüberprüfung

1.1 Definieren Sie den Begriff „Resilienz“. Grenzen Sie Resilienz von personalen Schutzfaktoren psychischer Gesundheit ab.

1.2 Was ist unter Gesundheitsmonitoring zu verstehen? Schildern Sie den Nutzen entsprechender Maßnahmen. Beziehen Sie kritisch Stellung dazu.

1.3 In Kapitel 1.3 findet sich der Hinweis, dass Schutzfaktoren psychischer Gesundheit geschlechtsspezifisch betrachten werden sollten, was insbesondere bei Ausarbeitungen von Präventionsprogrammen berücksichtigt werden sollte. Führen Sie aus, was diese Anmerkung impliziert.