

Resilienzforschung

Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung

Hintergrund

Die Komplexität moderner Lebenswelten in Industrienationen ist insbesondere für Kinder und Jugendliche eine Herausforderung und bringt Belastungen und Risikofaktoren mit sich. Ihre Bewältigung stellt hohe Anforderungen an die Entwicklung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen und reflexiver Fähigkeiten. Traditionell galt das Forschungsinteresse der Frage „Was macht krank?“, und Interventionsbemühungen betrafen vor allem die Reduktion potenziell schädigender Risikofaktoren. Diese Sichtweise wurde durch das Modell der Salutogenese ([1], siehe zur ausführlichen Darstellung des Modells [2]) und das aus der Entwicklungspsychopathologie stammende Konzept der Resilienz um die Frage „Was erhält gesund?“ ergänzt (zum Beispiel [3, 4]).

Die interdisziplinäre Ausrichtung führt zu einer Vielfalt an Ergebnissen, zum anderen aber auch zu einer kontroversen Diskussion, wie die Konzepte der Resilienz und der Schutzfaktoren angemessen begrifflich, inhaltlich und methodisch zu definieren sowie gegeneinander abzugrenzen sind. Der Begriff „Resilienz“ (aus dem Englischen: „resilience“ = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit. Weithin akzeptiert ist die Auffassung, Resilienz als „gute Ergebnisse von Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen für Anpassung oder Entwicklung“

zu verstehen ([5], S. 193). Im Zentrum der Definition steht also eine positive Entwicklung unter ungünstigen Lebensumständen. Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz werden in besonderen risikomildernden beziehungsweise schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb einer Person gesehen. Als „Schutzfaktoren“ werden dementsprechend Faktoren bezeichnet, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Schutzfaktoren sind nicht lediglich als die Abwesenheit von Risiken zu verstehen. Nur wenn eine Ressource beim Eintreten einer Belastung bereits vorhanden ist, kann sie einen protektiven Effekt entfalten und damit den Risikofaktor abpuffern oder moderieren.

Die Expertise zu Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen, die 2007 bis 2008 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der Universität Freiburg erstellt wurde, gibt aus psychologischer Perspektive einen Überblick zum empirischen Forschungsstand mit Schwerpunkt auf psychosozialen Schutzfaktoren. Dort wird anhand der Einteilung in personale, familiäre und soziale (oder umweltbezogene) Schutzfaktoren die empirische Befundlage zu den einzelnen Konstrukten bewertet [6].

Personale Schutzfaktoren

Zu den personalen Schutzfaktoren zählen neben kognitiven und affektiven Merk-

malen auch körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate. Bei den biologischen Parametern ist besonders das Geschlecht häufig untersucht. Oft wird das weibliche Geschlecht als Schutzfaktor betrachtet, da Mädchen bis zur Pubertät seltener an psychischen Erkrankungen leiden. Bei genauerer Betrachtung der Studienlage wird jedoch deutlich, dass dem Geschlecht eher eine moderierende Rolle zukommt. Werner [7] konnte zum Beispiel zeigen, dass für Mädchen personale Schutzfaktoren eine bedeutendere Rolle spielten, während für Jungen externe Unterstützung einen größeren Einfluss hatte. Außer dem Geschlecht kann bei den biologischen Merkmalen nur die protektive Wirkung eines guten körperlichen Gesundheitszustands als empirisch bestätigt angesehen werden. Für das Temperament, die Position in der Geschwisterreihenfolge sowie (molekular)genetische, psycho- und neurophysiologische Korrelate liegen inkonsistente Befunde vor.

Die kognitiven und affektiven Schutzfaktoren wurden am intensivsten beforscht. Konstrukte, deren protektive Wirkung vielfach und übereinstimmend belegt wurde, sind die positive Wahrnehmung der eigenen Person (Selbstwert, positives Selbstkonzept und Selbstachtung), eine positive Lebenseinstellung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, eine realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung sowie gute schulische Leistungen. Uneinheitliche Befunde liegen zu Bewältigungsstrategien vor. Ak-

tive und problembezogene Bewältigungsstrategien scheinen eher mit resilienter Anpassung einherzugehen. In bestimmten Situationen scheinen jedoch auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogenes Coping eine schützende Wirkung zu haben. Auch eine mindestens durchschnittliche Intelligenz kann generell als schützend betrachtet werden. Die protektive Wirkung von Religiosität und Spiritualität, internalen Kontrollüberzeugungen sowie Selbstkontrolle und Selbstregulation wird kontrovers diskutiert.

Familiäre Schutzfaktoren

Die Bedeutung familiärer Schutzfaktoren liegt darin, dass die Familie die unmittelbarste und überdauernde Umwelt für ein Kind darstellt. Die vorliegenden Studien weisen darauf hin, dass strukturelle Familienmerkmale, wie zum Beispiel die Familienzusammensetzung, eine geringere Bedeutung haben als Beziehungs-, Bindungs- und Erziehungsqualität, die als Schutzfaktoren gut belegt sind. Auch ein positives Familienklima beziehungsweise eine hohe familiäre Kohäsion, die genug Raum zur eigenen Entfaltung lässt, sowie eine gute Beziehung zwischen Geschwistern werden als förderlich für eine positive Entwicklung gesehen. Merkmalen der Eltern wie Bildung, Gesundheit oder Bewältigungsstil wird ebenfalls eine Bedeutung beigemessen, auch wenn die Befunde hierzu nicht so eindeutig sind.

Soziale Schutzfaktoren

Der Schwerpunkt der Forschung zu sozialen Schutzfaktoren liegt im Bereich der sozialen Unterstützung. Soziale Unterstützung in belastenden oder gefährdenden Lebenssituationen wird generell als hilfreich eingeschätzt, die Befundlage zu differenziellen Wirkmechanismen ist jedoch uneinheitlich. Gut untersuchte und durchgängig als protektiv bewertete Formen der sozialen Unterstützung sind eine positive Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie und der Kontakt zu prosozialen Gleichaltrigen. Bei den sozialen Schutzfaktoren spielt mit zunehmendem Alter der Kinder auch die Qualität der Bildungsinsti-

tutionen eine Rolle. Für den schulischen Kontext fasst Wustmann [8] folgende Merkmale als protektiv zusammen: angemessene Leistungserwartungen, konsistente und gerechte Regeln, konstruktives Feedback, Partizipationsmöglichkeiten, aktives Interesse der Lehrer an den Schülern, respektvoller Umgang, positive Peerkontakte, enge Zusammenarbeit mit Eltern, zusätzliche Angebote und insgesamt ein wertschätzendes Schulklima.

Wirkungsweise von Schutzfaktoren

Die meisten Schutzfaktoren sind nicht generell wirksam, sondern entfalten ihre Wirkung abhängig vom Alter und Geschlecht des Kindes oder Jugendlichen, der Art der Risikobedingungen, der Ausprägung des Faktors und dessen Zusammenspiel mit anderen Faktoren. So sind zum Beispiel personale Schutzfaktoren bei jüngeren Kindern noch nicht so stark ausgeprägt. Entsprechend ist die Unterstützung von außen in diesem Alter sehr wichtig. Im Jugendalter nimmt die Bedeutung von Faktoren wie sozialer Kompetenz und einem positiven Selbstbild deutlich zu. Gleichzeitig beeinflussen die im Kleinkindalter vorhandenen sozialen und familiären Schutzfaktoren die Entwicklung von Schutzfaktoren im Grundschulalter, die sich wiederum im Jugendalter auswirken können. Einige Faktoren sind für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auch unter wenig risikoreichen Bedingungen unbestritten, zum Beispiel Bindung und Beziehung sowie bestimmte Erziehungsstile und -praktiken. Andere wiederum, wie die Kohäsion der Familie, entfalten ihre Wirkung vor allem unter Risikobedingungen.

Entsprechend dürfen die einzelnen Schutzfaktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Es scheint notwendig und sinnvoll, zu Modelltestungen zu kommen, um zu untersuchen, welche verschiedenen Merkmale, die sich als relevant erwiesen haben, zusammenwirken. Die bisherige Befundlage weist darauf hin, dass Schutzfaktoren in verschiedenen Risikobereichen unterschiedlich wirksam sind und sich gegenseitig beeinflussen. Erwartungsgemäß hat die Aus-

wahl von Ergebnisvariablen einen großen Einfluss auf die ermittelten Effekte.

Probleme der Schutzfaktorenforschung

Die forschungsmethodischen Fragen und Probleme im Bereich Schutzfaktoren unterscheiden sich nicht von der sozialwissenschaftlichen Forschung im Allgemeinen und der (Entwicklungs-)Psychologie im Besonderen. Sie bilden jedoch eine bedeutsame Hürde bei der eindeutigen Bewertung der empirischen Ergebnisse und deren Transfer in präventive Interventionsansätze. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Definition und Operationalisierung der Konstrukte sowie die Auswahl und Durchführung eines geeigneten Forschungsdesigns.

Abgesehen von klar umgrenzten Faktoren wie etwa dem Geschlecht, bedürfen alle in der Resilienzforschung betrachteten Konstrukte einer theoretischen Einordnung und Fundierung. Nur ein präzise definiertes Konstrukt lässt sich für eine Erfassung operational beschreiben und in messbare Kategorien übertragen. Häufig wird in empirischen Studien jedoch nicht genau definiert, was unter dem untersuchten Faktor zu verstehen ist – zum Beispiel unterscheidet sich die Definition von sozialer Unterstützung zwischen den einzelnen Studien erheblich. Auch sind die untersuchten Faktoren nicht immer klar voneinander abzugrenzen (zum Beispiel Optimismus und positive Lebenseinstellung). Zu den definitorischen Problemen kommt die Überschneidung zwischen potenziellen Schutzfaktoren und dem späteren Ergebnis wie positive Anpassung und Resilienz. So könnte zum Beispiel die flexible Nutzung von Copingstrategien sowohl als Schutzfaktor als auch – im Sinne einer verbesserten Anpassung – als Ergebnisfaktor betrachtet werden.

Aus der Komplexität der zu erfassenden Konstrukte ergeben sich Probleme bei der Operationalisierung. Unterschiedliche Messinstrumente erfassen möglicherweise unterschiedliche Aspekte eines Konstrukts und können dadurch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen (zum Beispiel Fremdbeurteilung versus Selbstbeurteilung). Ei-

Zusammenfassung · Abstract

ne mögliche Lösung wäre eine multimodale Erhebung, die jedoch aus Aufwands- und Kostengründen nur selten angewandt wird. Auch die Altersspezifität von Messinstrumenten ist zu beachten. Die Fähigkeiten, Entwicklungsaufgaben und zentralen Lebensbereiche verändern sich im Kindes- und Jugendalter sehr stark. So sind zum Beispiel Konstrukte wie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung bei sehr jungen Kindern nur über Verhaltensbeobachtung und bei älteren Kindern nur über Interviews oder Fragebögen zu erfassen, wodurch sich zusätzliche Differenzen zwischen den empirischen Daten ergeben (können).

Nur Längsschnittstudien sind geeignet, um Aussagen zu Auswirkungen von Schutzfaktoren auf die Entwicklung zu machen. Zum einen kann der Nachweis des Puffereffekts von Schutzfaktoren – also die Moderation der schädlichen Wirkung eines Risikofaktors – nur dann nachgewiesen werden, wenn der Schutzfaktor vorliegt, bevor die Risiken einsetzen. Zum anderen können die oben dargestellte differenzielle Wirksamkeit von Schutzfaktoren in Abhängigkeit von Kontextbedingungen und Entwicklungsphasen sowie das Zusammenspiel mehrerer Schutzfaktoren nur im Zeitverlauf adäquat erfasst werden. Aufgrund des hohen zeitlichen, finanziellen, personellen und methodischen Aufwands sind Längsschnittstudien mit großer Fallzahl und vielen Variablen jedoch nur selten zu finden. Im deutschsprachigen Raum wurden bislang drei methodisch hochwertige Längsschnittstudien durchgeführt, in denen Schutzfaktoren untersucht wurden; die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie [9], die Mannheimer Risikokinderstudie [10] und die BELLA-Studie [11], die als Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit den vom Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey ergänzt.

Maßnahmen zur Stärkung von Resilienz und Schutzfaktoren

Die Ergebnisse der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung legen nahe, dass Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche vor gesundheitlichen Problemen schützen sollen, über eine alleinige Orientierung

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1067–1072 DOI 10.1007/s00103-010-1127-7
© Springer-Verlag 2010

L. Lyssenko · N. Rottmann · J. Bengel

Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung

Zusammenfassung

Die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung beschäftigt sich mit der Frage „Was erhält Menschen gesund?“. Zu einer resilienten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen tragen personale, soziale und familiäre Schutzfaktoren bei, die ihre Wirkung abhängig von Risikokonstellationen und Umgebungsbedingungen entfalten. Obwohl noch nicht alle in der Literatur diskutierten Schutzfaktoren hinreichend empirisch belegt sind, bieten die vorliegenden Befunde Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zur Stärkung von Schutzfaktoren. Im vorliegenden Beitrag wird

eine Klassifikation dieser Maßnahmen anhand des Alters der Kinder und Jugendlichen vorgeschlagen. Wichtige Zielgrößen sind neben personalen Faktoren die Stärkung von protektiven Merkmalen im sozialen und familiären Umfeld. Erfolgreiche Präventionsstrategien setzen frühzeitig ein und fördern Kinder langfristig, systematisch sowie entwicklungsorientiert.

Schlüsselwörter

Kinder · Jugendliche · Schutzfaktoren · Resilienz · Präventionsmaßnahmen

Research on psychological resilience. Relevance for prevention and health promotion

Abstract

Research on resilience and protective factors revolves around the question “What keeps people healthy?” Protective factors in the person, family and social surroundings contribute to resilient development of children and adolescents. The effects of these factors depend on risk constellations and environmental conditions. Although sufficient evidence is not yet available for all factors discussed in the literature, results suffice as starting points to develop preventive interventions meant to strengthen protective factors. This paper pro-

poses a classification of interventions based on the age of the children and adolescents. In addition to personal factors it is important to target protective factors in the family and social surroundings. Successful prevention strategies begin early on and support children over the long term, in a systematic and development-oriented manner.

Keywords

Child · Adolescent · Protective factors · Resilience · Preventive measures

an Risikofaktoren hinausgehen müssen – insbesondere um ihnen die Ressourcen zu vermitteln, mit unvermeidlichen Risiken und Problemlagen umzugehen. Gleichzeitig sollten die Risikobedingungen minimiert werden, da selbst die „besten Eltern“ oder sozialen Beziehungen – verbunden mit vielen personalen Schutzfaktoren – an ihre Grenzen stoßen, wenn Kinder und Jugendliche fortwährend gefährdenden Bedingungen ausgesetzt sind. Obwohl die Forschung zu Resilienz und Schutzfaktoren noch nicht zu allen Faktoren hinreichende Belege und empirische Daten liefern kann, bieten die Befunde Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren.

Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung werden im Allgemeinen nach der Zielgröße (Verhaltens- versus Verhältnisprävention), der Risikobelastung der Zielgruppe (universelle, selektive oder indizierte Maßnahmen) und der Spezifität der Maßnahmen (spezifisch versus unspezifisch) klassifiziert. Eine Stärkung von Resilienz und Schutzfaktoren ist prinzipiell auf jeder dieser Betrachtungsebenen möglich. Der Bereich der Verhältnisprävention umfasst systemorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der sozialstrukturellen und ökologischen Lebensbedingungen und beinhaltet damit zahlreiche politische, rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Aspekte. Hier wäre zum Beispiel eine Stärkung des sozioökonomischen Status von Familien über familienpolitische Maßnahmen oder eine Veränderung der schulischen Bedingungen durch die Bildungspolitik denkbar. Programme zur Verhaltensprävention wenden sich hingegen direkt an die Kinder und Jugendlichen beziehungsweise ihre Bezugspersonen und fokussieren die oben beschriebenen psychologischen Mechanismen im engeren Sinne.

Mittlerweile liegt eine Vielzahl an Interventionsprogrammen vor, die die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren mit der Abschwächung von Risiken verbinden (Übersichten finden sich zum Beispiel bei [6, 13, 14, 15]). Diese werden jedoch trotz der Orientierung an Schutzfaktoren selten unter dem Schlagwort „Resilienzförderung“ geführt. Obwohl die Zielperson letztendlich immer

das Kind ist, unterscheiden sich die Programme darin, in welcher Weise versucht wird, Einfluss auf die Entwicklung des Kindes zu nehmen. Direkte Adressaten können entweder das Kind selbst, Eltern oder auch Lehrer(innen) beziehungsweise Erzieher(innen) sein. Mögliche Interventionsorte sind die natürliche Umgebung der Familie, Schulungszentren und die Schule bzw. Kindertageseinrichtung der Kinder und Jugendlichen. Da bei Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche unterschiedliche Entwicklungsphasen und -aufgaben sowie die altersspezifische Bedeutsamkeit einzelner Schutzfaktoren berücksichtigt werden müssen, bietet sich darüber hinaus eine Unterteilung nach dem Alter der Zielpersonen an.

Vor allem in den USA gibt es in den letzten 15 Jahren verstärkte Bemühungen, sogenannte Multikomponenten oder Mehrebenenprogramme zu entwickeln (zum Beispiel „Fast track“ – Families and schools together) [16, 17], die sich teilweise über mehrere Jahre erstrecken. Diese Programme setzen im schulischen Kontext direkt bei den Kindern an, fördern jedoch parallel soziale und familiäre Schutzfaktoren, indem auch Eltern und Lehrer(innen) beziehungsweise Erzieher(innen) einbezogen werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zudem den Begriff der Lebenskompetenzprogramme geprägt und zehn „Life Skills“ (Lebensfertigkeiten) definiert [18]. Diese Lebensfertigkeiten weisen eine große Übereinstimmung mit den empirischen Befunden zu personalen Schutzfaktoren auf. Darauf beruhende Programme unterscheiden sich nicht grundlegend von anderen präventiven Maßnahmen zur Resilienzförderung (vergleiche [13]).

Klassifiziert man die bisher vorliegenden Maßnahmen hinsichtlich des Alters, so sind Programme für jüngere Kinder im Vorschulalter unterrepräsentiert. Das trifft sowohl für den deutschsprachigen Raum [13] als auch für die angloamerikanische Literatur zu [19]. Interventionsprogramme für Säuglinge und Kleinkinder wenden sich in der Regel an die Eltern und zielen auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung (zum Beispiel Steps toward effective and enjoyable parenting, STEEP [20]) oder die För-

derung der elterlichen Feinfühligkeit im Umgang mit dem Baby. Damit haben sie einen ähnlichen Fokus wie altersstufenübergreifende Programme zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz, sogenannte Elternbildungsprogramme oder Elternkurse (einen Überblick gibt [21]). Das international bekannteste Elternbildungsprogramm Triple P vermittelt zum Beispiel gezielt verhaltenstherapeutische Strategien zum Umgang mit Verhaltensproblemen der Kinder.

Im Vorschulalter steht bei vielen Programmen die Prävention oder Verminderung bereits bestehender Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Für diese Altersstufe gibt es (auch) im deutschsprachigen Raum einige Mehrebenenprogramme (zum Beispiel Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training, EFFEKT [22], Kinder stärken [23], Papilio [24]). Eine Herausforderung für Programme in dieser Altersstufe ist die Vermittlung der kindzentrierten Programmkomponenten. Dabei werden häufig Rollen-, Sing- und Bewegungsspiele eingesetzt sowie verschiedene Spielmaterialien (zum Beispiel Handpuppen) integriert.

Für das Schul- und Jugendalter gibt es wesentlich mehr Interventionsprogramme als für jüngere Kinder. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse [25] gehen davon aus, dass diese Häufung damit zu erklären ist, dass der Fokus der Bildung lange Zeit hauptsächlich auf dem Schulbereich lag und sich viele Inhalte älteren Kindern leichter vermitteln lassen. Die meisten Programme sind als manualisierte Trainings konzipiert und direkt an die Schüler gerichtet. Sie werden häufig von Lehrern durchgeführt, die die jeweiligen Programme in Schulungen der Programmanbieter erlernen (zum Beispiel FAUSTLOS [26], Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule, GEKO-Kids [27]). Inhaltlich stehen in den meisten Programmen im Grundschulalter zwei bis drei Schutzfaktoren im Mittelpunkt (zum Beispiel Stressbewältigung, soziale Kompetenz und Selbstwirksamkeit), wobei die Prävention von aggressivem Verhalten und Gewalt einen besonderen Stellenwert einnimmt [15].

Für das Jugendalter liegen vor allem Maßnahmen zur Suchtprävention vor

(Nikotin, Alkohol, Drogen; zum Beispiel Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule, BESS [28]; Erwachsenen werden [29]). Dabei werden in vielen Programmen allgemeine gesundheitsfördernde Programmbausteine mit spezifischen Komponenten zum Suchtverhalten kombiniert. Programme zur Prävention internalisierender Störungen wie Angst oder Depression (zum Beispiel Gesundheit und Optimismus, GO! [30]) und unspezifische Programme zur allgemeinen Entwicklungsförderung (zum Beispiel Fit for Life [31]) finden sich in geringerer Zahl.

Evaluation der Maßnahmen

Eine zentrale Frage bei der Entwicklung und dem Einsatz von Interventionsprogrammen betrifft ihre (differenzielle) Wirksamkeit. Werden die Schutzfaktoren tatsächlich gestärkt? Bei welchen Zielgruppen ist das Programm erfolgreich? Bei vielen Programmen ist kein oder nur ein geringes Budget für eine externe Evaluation verfügbar. Viele Programme bleiben den Nachweis einer mittel- und langfristigen Wirksamkeit schuldig.

Abgesehen von der Finanzierung ist der Wirksamkeitsnachweis in der Prävention und Gesundheitsförderung ein inhaltlich und forschungsmethodisch komplexes Problem, das an dieser Stelle nur angeschnitten werden kann. Bereits bei der Planung einer Evaluationsstudie kann es zu einer Vorselektion der Untersuchungsteilnehmer kommen. Hier muss die Frage sorgfältig abgeschätzt werden, ob die untersuchte Population repräsentativ für einen gesamten Versorgungsbereich ist. Während der Maßnahmen durchführung sind Fragen der konzeptgetreuen Implementierung und der Kontrolle von Störvariablen von Bedeutung. Bei Datenerhebungen, die Monate oder Jahre nach der Teilnahme an einem Präventionsprojekt stattfinden, steigt die Wahrscheinlichkeit der Abbrecher (Drop-outs). Auch stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse ausschließlich auf das Projekt zurückzuführen sind oder sich mit dem Einfluss zwischenzeitlichen Geschehens erklären lassen. Zentral ist außerdem die Art der Veränderungsmessung. Bei der indirekten Veränderungs-

messung stellen Retest-Effekte ein Validitätsrisiko dar, während bei der direkten Veränderungsmessung die Verzerrungen von retrospektiven Einschätzungen eine Rolle spielen. Bei der praktischen Durchführung von Evaluationsstudien können diese Probleme in der Regel nicht vollständig gelöst werden.

Die vorliegenden deutschsprachigen, gesundheitspsychologisch fundierten Programme für Kinder und Jugendliche gelangen zu insgesamt positiven Evaluationsergebnissen. Kaluza und Lohaus [15] sowie Heinrichs und Kollegen [32] berichten über eine hohe Akzeptanz bei den Zielgruppen, über Wissenszuwachs, eine erfolgreiche Förderung von Kompetenzen, die Zunahme der Zielverhaltensweisen und über eine Reduktion unerwünschter Verhaltensweisen. 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 [33]. Das heißt, es werden um zirka 15 bis 25% geringere Belastungsraten gefunden – was in etwa der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen entspricht [32]. Die Effektstärken sind jedoch selten hoch und variieren zwischen den einzelnen Arbeiten [33].

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 [15]. Die Analyse der Wirksamkeit einzelner Programmkomponenten ist bisher die Ausnahme und auch die Langzeitwirkung der Programme aufgrund der kurzen Laufzeit der meisten Evaluationsstudien noch wenig erforscht. Die vorliegenden Metaanalysen weisen jedoch auf einige grundlegende Aspekte hin (zusammenfassend siehe zum Beispiel [32, 33]). Insgesamt scheinen langfristige Programme, die auf mehreren Ebenen ansetzen, bessere Erfolge zu erzielen als kurze Programme oder Trainings. Betrachtet man die Interventionsform, schneiden lerntheoretisch fundierte Programme, bei denen

die Inhalte multimodal, strukturiert, fähigkeitsorientiert und interaktiv vermittelt werden, besser ab als Programme, die allein auf Information und Aufklärung setzen. Gezielte (das heißt selektive und indizierte) Präventionsmaßnahmen weisen generell höhere Effektstärken auf als universelle Strategien. Diese Differenzen sind zwar methodisch und inhaltlich zu erwarten, da die Ausgangswerte bei universellen Maßnahmen aufgrund geringer Prävalenz der Probleme häufig nicht zu steigern sind. Dennoch muss versorgungspolitisch die Rechtfertigung universeller Programme vom Standpunkt der erzielten Wirksamkeit her eher kritisch beurteilt werden [33].

Fazit

Bei der Forschung zu Resilienz und Schutzfaktoren ergibt sich eine Reihe von konzeptionellen und methodischen Problemen, die auch eine Umsetzung in konkrete Interventionsprogramme sowie deren Bewertung erschweren. Jedoch können Prävention und Gesundheitsförderung nicht abwarten, bis alle Schutzfaktoren empirisch belegt sind und ein umfassendes Modell der Schutzfaktoren und ihrer Wirkungen in verschiedenen Entwicklungsphasen sowie unter unterschiedlichen Risiko- beziehungsweise Belastungsbedingungen vorliegt. Sie sind schon jetzt gefordert, Maßnahmen und Programme zur Unterstützung und Stärkung der Kinder und Jugendlichen zu entwickeln und anzubieten. 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 (zum Beispiel 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).

Wichtige Zielgrößen für Maßnahmen sind zum einen personale Faktoren wie positive Lebenseinstellung und positive Selbstwahrnehmung, realistische Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeitserwartung, Zielorientierung, flexibel einsetzbare Bewältigungsstrategien und Erfahrungen im Umgang mit herausfordernden Situationen. Darüber hinaus kommt der Förderung von sozialer Unterstützung in allen Altersstufen hohe Bedeutung zu. Doch 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. Auf der Ebene der Eltern und Bezugspersonen sind die Erziehungskompetenz und -qualität sowie die Fähigkeit eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen wichtige Zielgrößen. 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.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. J. Bengel

Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Engelbergerstr. 41, 79106 Freiburg bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Antonovsky A (1979) Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being. Jossey Bass, San Francisco
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2000) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Werner EE, Smith RS (1982) Vulnerable but invincible: a study of resilient children. McGraw-Hill, New York
- Werner EE (1993) Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Dev Psychopathol* 5:503–515
- Masten AS (2001) Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol* 56(3):227–238
- Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren von Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Werner EE (2006) What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: Goldstein S, Brooks RB (Hrsg) Handbook of resilience in children. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY, S 91–105
- Wustmann C (2004) Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz, Weinheim Basel
- Bender D, Lösel F (1997) Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieu. *J Adolesc* 20:661–678
- Laucht M (2003) Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg) Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart, S 53–71
- Bettge S, Ravens-Sieberer U (2005) Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die Bella-Studie. *Psychomed Z Psychol Med* 17(4):214–222
- Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50:810–818
- Bühler A, Heppekausen K (2005) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Cierpka M (Hrsg) (2005) Möglichkeiten der Gewaltprävention. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Kaluza G, Lohaus A (2006) Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Z Gesundheitspsychol* 14(3):119–134
- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) (1999) Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *J Consult Clin Psychol* 67:631–647
- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) (1999) Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *J Consult Clin Psychol* 67:648–657
- World Health Organization (1994) Life skills education in schools. WHO, Genf
- Peters RD (2005) A community-based approach to promoting resilience in young children, their families, and their neighborhoods. In: Peters RD, Leadbeater B, McMahon RJ (Hrsg) Resilience in children, families, and communities: linking context to practice and policy. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY, S 157–176
- Suess GJ, Kissgen R (2005) Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie: das STEEP-Modell. In: Cierpka M (Hrsg) Möglichkeiten der Gewaltprävention. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 135–152
- Tschöpe-Scheffler S (2006) Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Budrich, Leverkusen, Opladen
- Lösel F, Beelmann A, Stemmler M, Jaurisch S (2006) Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. *Z Klin Psychol Psychother* 35(2):127–139
- Fröhlich-Gildhoff K, Rönna M, Dörner T et al (2007) Kinder Stärken! Resilienzförderung in der Kindertagesstätte unter systematischer Einbindung der Eltern. *Präv* 2:55–60
- Scheithauer H, Mayer H, Barquero B et al (2005) Entwicklungsorientierte Prävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz: PAPILIO – eine Programmkonzeption. In: Ittel A, Salisch M von (Hrsg) Lügen, lästern, leiden lassen – aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart, S 259–275
- Fröhlich-Gildhoff K, Rönna-Böse M (2009) Resilienz. Reinhardt, München
- Schick A, Cierpka M (2005) Prävention gegen Gewaltbereitschaft an Schulen: Das FAUSTLOS-Curriculum. In: Cierpka M (Hrsg) Möglichkeiten der Gewaltprävention. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 230–247
- Franze M, Fendrich K, Hoffmann W et al (2007) GeKoKids – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule: Studiendesign und erste Ergebnisse. *Präv Gesundheitsf* 2(1):103
- Jerusalem M, Mittag W (1997) Schulische Gesundheitsförderung: differentielle Wirkungen eines Interventionsprogramms. *Unterrichtswissenschaft* 25:133–149
- Wilms E (2004) Das Programm „Erwachsen werden“ von Lions-Quest als Beitrag zum sozialen Lernen in der Schule. In: Melzer W, Schwind H-D (Hrsg) Gewaltprävention in der Schule. Grundlagen – Praxismodelle – Perspektiven. Nomos, Baden-Baden, S 101–112
- 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. *Z Gesundheitswissenschaften* 9(3):229–241
- Jugert G, Rehder A, Notz P, Petermann F (2007) Fit for Life. Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenz für Jugendliche. Juventa, Weinheim München
- Heinrichs N, Saßmann H, Hahlweg K, Perrez M (2002) Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychol Rundsch* 53(4):170–183
- Beelmann A (2006) Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Z Klin Psychol Psychother* 35(2):151–162