

Darstellung der zentralen Begrifflichkeiten

Silvia Denner

1 Historisches

Die Geschichte von Kindern mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen ist vielschichtig und aus unserer heutigen Sicht teilweise sehr grausam. Zwischen Kindern und Erwachsenen wurde kein Unterschied gemacht. In der griechischen und römischen Antike wurden sie, wenn sie nicht der Norm entsprachen, ausgesetzt oder getötet. Im Mittelalter galten Krankheit und Andersartigkeit als von Gott gewollt und sollten in Demut ertragen werden. Aber unter christlichen Vorzeichen wurden sie auch als kleine Hexen oder „Wechselbälger“ mit Exorzismus „behandelt“ und manchmal verbrannt, wenn ihr Anderssein mit Sünde (auch ihrer Eltern), Schuld (Strafe Gottes) und Hexerei in Verbindung gebracht wurde. In anderen Fällen wurden z.B. schizophrene Verhaltensweisen als Gaben Gottes betrachtet. Auffallend ist, dass oft moralisches Fehlverhalten als Ursache der psychischen Auffälligkeiten gesehen wurde. So vertrat Kant im 18. Jahrhundert die Auffassung, dass die Behandlung von Geisteskranken den Philosophen vorbehalten werden müsse. Viele Heime wurden auch von Theologen geleitet. Anfang des 19. Jahrhunderts gab es erste Ansätze, psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen differenziert zu betrachten, Erfahrungen wissenschaftlich zu erfassen und Erziehungsmethoden als Behandlung anzuwenden. Es wurden Rettungs- und Heilanstalten eingerichtet. Im Nationalsozialismus wurden viele Kinder und Jugendliche abgesondert und menschenverachtend als „genetisch schlechtes Material“ durch Nahrungsentzug getötet, in Gaskammern ermordet oder zwangssterilisiert. Frühe Klassifikationen von Geisteskrankheiten im Kindesalter sahen drei Konzepte vor: *Die Idiotie* (aus heutiger Sicht ein Sammelbecken für fast alle psychischen Beeinträchtigungen), *den Veitstanz* (epileptische und möglicherweise hysterische Erkrankungen) und *unspezifische Ermüdungs- und Schwächeerscheinungen* (meist bei Kindern aus gehobenen Schichten) (vgl. Knölker et al. 2007, S. 13).

Die Betrachtungsweisen waren und sind immer an die jeweiligen wissenschaftlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnisse gebunden. Darum gibt es auch keine absoluten „Wahrheiten“, sondern sie spiegeln die „Wahrheiten“ der jeweiligen Zeitepoche wider. Im Folgenden soll dargelegt werden, welche Betrachtungsweisen von psychischen Krankheiten und Störungen in unserer Zeit diskutiert werden.

2 Allgemeine Definition und Kriterien von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen

Der Begriff psychische Störung bzw. psychische Erkrankung umfasst sehr viele Formen psychischen Verhaltens. Es ist daher schwierig, eine übergeordnete Definition und allgemeine Kriterien zu finden. Im psychiatrischen Kontext gilt als ein Kriterium *die Abweichung von einer bestimmten Norm bzw. von der normalen alterstypischen Entwicklung* (Knöller et al., 2007). Diese Abweichung kann sich beziehen auf Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Dabei gehört es zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Betroffenen nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind (vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie, 1998, S. 3).

Für die Feststellung einer psychischen Erkrankung muss ein weiterer Faktor mit einbezogen werden. Hierbei geht es um die Beurteilung, inwieweit das Kind oder der Jugendliche in *seinen altersentsprechenden Lebensvollzügen und Entwicklungsmöglichkeiten objektiv beeinträchtigt bzw. gefährdet ist*. Dieses Kriterium wird in der Definition von Remschmidt für den Bereich Kinder und Jugendliche hervorgehoben:

„Als psychische Krankheit bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension ausweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“ (1988, S. 20).

Dazu ein konkretes Beispiel, das verdeutlichen soll, wie sich Abweichungen von der normalen alterstypischen Entwicklung und Entwicklungsbeeinträchtigungen darstellen können.

Ein Jugendlicher ist seit drei Monaten täglich drei bis vier Stunden mit der Ausübung von Waschzwängen beschäftigt. Sein gesamtes Denken und Handeln dient der Vermeidung von Schmutz und möglichen Krankheiten. Wenn er in der Schule ist, trägt er Handschuhe und hält Abstand zu anderen Personen, aus Angst, diese könnten Bakterien auf ihn übertragen. Deshalb fährt er auch nicht mehr mit dem Bus zur Schule, sondern verlangt von den Eltern, ihn mit dem Auto zur Schule zu bringen. Nach der Schule muss er sich dreimal duschen und seine gesamte Kleidung muss gereinigt werden. Er verbraucht literweise Desinfektionsmittel. Seine Haut ist deshalb sehr angegriffen. Wenn er den Zwangsritualen nicht nachgehen kann, ist er sehr angespannt und hat panische Ängste. Er wird von anderen Schülern aufgrund seines Verhaltens immer stärker ausgegrenzt und hat kaum noch Freunde. Auch sein Hobby (Fußball) hat er aufgegeben. Seine schulischen Leistungen haben nachgelassen, weil ihm immer weniger Zeit für seine Hausaufgaben verbleibt. Er weiß, dass sein Verhalten anders ist als das seiner Freunde. Er schämt sich und versucht deshalb, seine Probleme zu verheimlichen. Obwohl er unter seinen Zwängen leidet, fühlt er sich aber nicht imstande, anders zu handeln.

Subjektiver Leidensdruck kann ein weiteres Kriterium für das Vorhandensein einer psychischen Störung sein. Die Betroffenen fühlen sich psychisch sehr belastet, wissen aber nicht, wie sie das verändern können. Subjektiver Leidensdruck muss aber nicht in jedem Fall vorhanden sein. Es gibt Erkrankungen, die mit Realitätsverkennung und

eingeschränkter Reflektionsfähigkeit einhergehen. Das eigene Handeln und Erleben wird dann als unproblematisch erlebt. Manchmal setzt ein Leidensgefühl erst nach Abklingen der Erkrankung ein. Dann kann es zu Scham- oder Schuldgefühlen kommen.

Ein 17-jähriges Mädchen mit einer manischen Erkrankung ist ruhelos, schläft und isst kaum, spricht auf der Straße distanzlos jeden an und kauft wahllos teure Artikel, die sie sogleich wieder verschenkt. Sie macht Schulden, reagiert auf Kritik sehr gereizt und geht nicht mehr zu Schule. Obwohl es Winter ist, läuft sie teilweise barfuß auf der Straße und zieht Sommerkleidung an. Eltern und Freunden erscheint sie in den letzten Wochen zunehmend in ihrer Persönlichkeit fremd.

Obwohl also bei der Jugendlichen kein Leidensdruck vorliegt, wird ein Außenstehender ihr Verhalten als abweichend beurteilen. Sie selbst kann in dieser Phase der Erkrankung weder die Folgen ihres Handelns einschätzen, noch erlebt sie die Symptomatik dieser Krankheit – gehobene Stimmung, gesteigerte Aktivität und Erregung, hohe Ablenkbarkeit – als Beeinträchtigung. Die Selbsteinschätzung der Person kann also nicht als generelles Unterscheidungsmerkmal für das Vorliegen einer Krankheit zugrunde gelegt werden.

Alle Definitionen sind bewusst sehr allgemein gehalten und müssen im Einzelfall spezifiziert werden. Dabei bedarf es des gesamten Wissens um das Kind und seine Entwicklung: Lebensbedingungen, alterstypische Aktivitäten, Ressourcen, Belastungen und Verhaltensänderungen müssen in die Beurteilung mit einbezogen werden.

3 Dimensionaler Krankheitsbegriff und kategorialer Krankheitsbegriff

In den beiden oben beschriebenen Beispielen erscheint die psychische Krankheit bzw. Störung außenstehenden Personen deutlich abgrenzbar zur psychischen Gesundheit. Das Verhalten erscheint nicht nachvollziehbar und führt teils bei den Betroffenen, teils in ihrer Umgebung zu Hilflosigkeit und Ohnmacht. In anderen Fällen ist diese Feststellung nicht so einfach und es bestehen unterschiedliche Meinungen über die Hilfebedürftigkeit. So sind die meisten psychischen Auffälligkeiten (wie Aggression, Angst, Depression) 1. unspezifisch, d. h. vielfältige Ursachen können die Symptomatik z. B. Ängste hervorrufen, und 2. in der Bevölkerung in unterschiedlichen Ausprägungen weit gestreut.

Daher stellt sich die Frage, bei welcher Ausprägung abweichendes Verhalten Krankheitswert erlangt. Es ist sicherlich nicht pathologisch, wenn Kinder vorübergehend Trennungsängste haben oder auf der Einhaltung gewohnter Rituale bestehen. Sind die Trennungsängste aber so ausgeprägt, dass das Kind z. B. keine Aktivitäten mehr ohne die Mutter machen kann, oder bestimmen Rituale das ganze Denken und Erleben des Kindes, ist eine diagnostische Abklärung erforderlich. Diese Sichtweise entspricht dem *dimensionalen Krankheitsbegriff*, der davon ausgeht, dass es zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit nur quantitative Unterschiede gibt und dazwischen gradu-

elle und fließende Übergänge bestehen. Demgegenüber steht der *kategoriale Krankheitsbegriff*, der davon ausgeht, dass sich normale und pathologische Erlebnis- und Verhaltensformen qualitativ unterscheiden. In den psychiatrischen Diagnoseleitlinien¹ finden beide Krankheitsbegriffe ihre Anwendung. Zwischen verschiedenen psychischen Störungen, z. B. zwischen einer Depression und einer Zwangsstörung, wird kategorial unterschieden. Innerhalb einer Störung werden dimensionale Unterschiede zwischen den einzelnen Symptomen betrachtet. Es wird ein Kontinuum angenommen von einer „depressiven Verstimmung“ über eine „leichte depressive Störung“ bis hin zu einer „schweren Depression mit psychotischen Symptomen“.

Unabhängig davon, auf welchen Krankheitsbegriff man sich bezieht – die Beantwortung der Frage, ab wann Probleme von jungen Menschen Krankheitswert haben, ist nur dann möglich, wenn man sich auf Kriterien (Referenzwerte, Normen, Merkmale alterstypischer psychischer Entwicklung) beziehen kann, an denen sich die Beurteilung orientiert. Ohne eine solche Orientierung kommen weder pädagogisch-psychologisches noch medizinisches Handeln aus. Dabei ist durch die Vielschichtigkeit psychischen Erlebens und Verhaltens und durch den Einfluss subjektiver Faktoren auf die Beurteilung die Aufstellung dieser Normen schwierig und umstritten. Zudem gilt, dass Normen immer abhängig sind von ihrem jeweiligen kulturellen, zeitlichen oder wissenschaftstheoretischen Hintergrund.

4 Krankheit versus Störung

Der allgemeine Krankheitsbegriff war in der Vergangenheit eng damit verbunden, dass einer Krankheit eine Ursache, spezifische und unspezifische Symptome sowie ein krankheitstypischer Verlauf zu Grunde gelegt wurden. Inzwischen versucht man, der Tatsache Rechnung zu tragen, dass seelische Erkrankungen in der Regel sehr unterschiedliche Ursachen haben können, dass ihr Verlauf sehr variabel ist und von sozialen Faktoren stark bestimmt wird. Ihren Niederschlag fand diese Umorientierung in der Überarbeitung der Diagnoseleitlinien für psychische Störungen (ICD 10 und DSM IV) in den 1990er Jahren. Der Begriff der psychischen Erkrankung wurde in diesen Diagnoseleitlinien durch den Begriff der Störung ersetzt. Hintergrund war die Problematik, dass sich die verschiedenen Psychotherapierichtungen nicht auf ein gemeinsames Modell für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von psychischen Beschwerden einigen konnten. Man verständigte sich auf klinisch erkennbare Komplexe von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die unter dem Begriff der Störung zusammengefasst wurden. Der Störungsbegriff wurde als neutraler verstanden und sollte nicht an theoretische Konzepte und Annahmen über Ursachen gebunden sein.

¹ Für Europa gilt das ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation), für die USA das DSM IV (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft).

Dagegen vermerkt die Erziehungswissenschaftlerin Harter-Meyer (2002) zum Störungsbegriff kritisch:

„Aus pädagogischer Sicht erscheint es mir sinnvoll, weiterhin den Begriff der Krankheit zu verwenden. Er ist im allgemeinen Sprachgebrauch verankert und am ehesten geeignet, der Komplexität von Krankheit, insbesondere von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Rechnung zu tragen. Dieser Begriff der Störung legt eine funktionalistische Sicht von Krankheit und Gesundheit nahe und die Vorstellung, dass Störungen mit entsprechend fortgeschrittener Technik immer besser zu erkennen und zu beseitigen sind. Solch eine Sichtweise läuft Gefahr, die Frage nach dem subjektiven Sinn von Krankheit und ihren komplexen Rahmenbedingungen zu vernachlässigen.“

So ist denn auch mit der Einführung des Störungsbegriffs der Krankheitsbegriff nicht obsolet geworden. In der wissenschaftlichen Literatur werden oft beide Begriffe nebeneinander oder synonym verwendet. Auch in den Psychotherapierichtlinien (1998), in denen u. a. geregelt wird, unter welchen Voraussetzungen eine psychische Symptomatik im Sinne der Leistungsgesetze der Sozial- bzw. Krankenversicherung behandlungsbedürftig ist, finden wir beide Begriffe. So wird wiederholt von „Störungen mit Krankheitswert“ von „krankhaften Störungen“ oder von „psychischen Störungen oberhalb der Krankheitsschwelle“ gesprochen. Damit soll verdeutlicht werden, dass nicht jede psychische Störung einen Anspruch auf gesetzlich verankerte Hilfe der Krankenkassen hat, sondern nur diese, die entsprechend dem Krankheitsbegriff zu einer erheblichen psychischen Abweichung mit Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Lebensvollzüge führt.

5 Klassifikation psychischer Störungen

Eine Klassifikation stellt eine spezifische Art und Weise dar, psychische Störungen zu beschreiben und zu ordnen. In Deutschland ist die „Internationale Klassifikation von Krankheiten“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das verbindliche System zur Einteilung körperlicher und psychischer Erkrankungen. In einem eigenen Kapitel des ICD-10 werden die psychischen Krankheiten beschrieben. Die Einteilung der psychischen Krankheiten (Klassifikation) erfolgt dabei auf der Grundlage der Symptome eines Menschen. Die auftretenden Symptome werden nach den Kriterien der Häufigkeit, Dauer und Intensität bewertet.

Die folgende Auflistung enthält die wesentlichen Diagnosen der ICD-10 für das Kindes- und Jugendalter:

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (z.B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom – ADHS)
Störungen des Sozialverhaltens
Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas)
Zwangsstörungen
Angststörungen
Depressive Störungen

Psychotische Störungen (Schizophrenien, manisch-depressive Störungen)
Psychische Störungen infolge schwerer seelischer Belastungen, Anpassungsstörungen
Störung der Persönlichkeitsentwicklung
Autismus
Ausscheidungsstörungen (Einnässen, Einkoten)
Ticstörungen
Umschriebene Entwicklungsstörungen
u. a.

6 Zum Begriff der seelischen Behinderung

Kommt es zu einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter, dann kann diese in den meisten Fällen durch entsprechende Hilfsangebote bewältigt werden und bleibt ohne Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes. Wenn aber trotz intensiver Behandlung eine Besserung nicht soweit erzielt werden kann, dass die schulische, berufliche oder soziale Integration des betroffenen Kindes oder Jugendlichen gelingen kann, so besteht die Gefahr einer seelischen Behinderung.

„Von einer seelischen Behinderung bedroht sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“ (§ 35a SGB VIII).

Um diesen Kindern und Jugendlichen zu helfen, hat der Gesetzgeber im Kinder- und Jugendhilfegesetz eine Verordnung erlassen, wonach die Betroffenen das Recht auf Hilfen zur Wiedereingliederung haben, wenn eine seelische Behinderung droht oder bereits vorhanden ist. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen wird in § 35a SGB VIII der Jugendhilfe zugeordnet und gehört zu den so genannten Rehabilitationsleistungen. Die Vorschrift lautet:

„Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Während der Arzt oder Psychotherapeut die Aufgabe hat, die Abweichung der seelischen Gesundheit zu beurteilen (siehe 1. Teilsatz von § 35a SGB VIII), obliegt die Beurteilung der sozialen Beeinträchtigung den Fachkräften des Jugendamtes (siehe 2. Teilsatz von § 35a SGB VIII).

Bei der Beurteilung der sozialen Beeinträchtigungen stellen sich ähnliche Probleme wie bei der Feststellung einer psychischen Störung bzw. Krankheit: Es müssen Normen und Grenzwerte bestimmt werden. Bisher gibt es keine allgemein anerkannten fachlichen Standards bzw. kein einheitliches Instrumentarium für die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a SGB VIII (vgl. Fegert/Schrappner 2004). Das ist einer der Gründe, warum in der Praxis die Handhabung und Umsetzung der gesetz-

lichen Bestimmungen von den Jugendämtern sehr unterschiedlich ausgelegt und geregelt wird (siehe dazu Kapitel Moos).

7 Häufigkeit

Regelmäßig finden große Studien über die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen statt (z. B. Döpfner et al. 1997; Ihle und Esser 2002). Danach liegen bei etwa 18% der Kinder und Jugendlichen psychische Probleme vor. Auch der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2006 ergab, dass insgesamt 17% der untersuchten Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren nach ihren eigenen Angaben als verhaltensauffällig gelten müssen. Vergleichbare Ergebnisse liegen auch von internationalen Studien vor. In vielen Fällen bedeuten die gefundenen Auffälligkeiten nicht zwangsläufig, dass die Betroffenen in ihrer Entwicklung gefährdet sind und langfristige Hilfen brauchen. Aber Auffälligkeiten können Vorläufer von psychischen Erkrankungen sein. 5% der Kinder und Jugendlichen sind nach Schätzungen davon betroffen (Remschmidt, Mattejat, 2003). Nach den Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2004) leiden in Europa etwa zwei Millionen junge Menschen an psychischen Störungen wie Depression und Schizophrenie.

Vor diesem Hintergrund sind Hilfen der Jugendämter, der Schulen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zunehmend auch der Arbeitsverwaltung notwendig, um die Rechte dieser Kinder und Jugendlichen auf Teilnahme an der Gesellschaft einzulösen. Soziale Fachkräfte sind als einzige Berufsgruppe in allen Hilfesystemen vertreten, denn psychisch kranke Kinder haben immer auch Ansprüche auf sozialpädagogische Begleitung, Beratung, Unterstützung und Schutz.

8 Erklärungsmodelle zur Entstehung psychischer Erkrankungen

In der Vergangenheit wurden die Entstehungsbedingungen von psychischen Erkrankungen sehr konträr diskutiert. Im sog. medizinischen Modell wurden psychische Erkrankungen tendenziell als individuell-organische Beeinträchtigung betrachtet, im sog. soziologischen Modell dagegen als sozial definierte Verhaltensabweichung. Diese einseitigen Betrachtungsweisen werden der Komplexität von psychischen Erkrankungen nicht gerecht. Sie sind heute ersetzt durch ein integratives Verständnis, das die Wechselwirkungen von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen auf die Entstehung, die Aufrechterhaltung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen würdigt. Temperamentsfaktoren, neurobiologische Abläufe, genetische Ausstattung, zwischenmenschliche Konflikte, psychodynamische Prozesse, familiäre Beziehungsmuster, Lebensereignisse und gesellschaftliche Bedingungen haben ihren Einfluss auf die Entwicklung von

psychischen Problemen. Dabei gibt es keine einfachen Ursache-Wirkungszusammenhänge, sondern alle Faktoren stehen ständig in vielfältigen Wechselwirkungen und sind voneinander abhängig. Dieses bio-psycho-soziale Entwicklungsmodell von psychischen Erkrankungen wurde durch neuere Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Bindungs-, Resilienz- und Traumaforschung bestätigt und zeigt, wie sich biomedizinische Forschungsergebnisse und sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle ergänzen und bereichern können.

In den Gesundheitswissenschaften hat sich auf der Basis des salutogenetischen Ansatzes des Medizinsoziologen Antonovsky (1979) eine Sichtweise entwickelt, die neben Belastungen und Risiken auch Ressourcen und Schutzfaktoren eine wesentliche Bedeutung für die seelische und körperliche Gesundheit beimisst. Demzufolge entsteht Krankheit, wenn biologische, psychologische oder soziale Risiken und Belastungen die alterstypischen Bewältigungs- und Kompensationsprozesse überfordern. So spricht der Gesundheitswissenschaftler Hurrelmann von Krankheit als „das Stadium des Ungleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt“ (2000, S. 94).

Empirische Untersuchungen haben u. a. folgende individuelle und soziale Belastungen und Risiken für die Entwicklung psychischer Erkrankungen ergeben:

Tab. 1: Exemplarische Auswahl von Risikofaktoren kindlicher Entwicklung (vgl. Egle und Hoffmann 2000)

Biologische Risiken	Psychosoziale Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Belastungen • Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen • Geburtskomplikationen • Ökologische Belastungen • Ungünstige Temperamentfaktoren (frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische familiäre Disharmonie • Verlust wichtiger Bezugspersonen durch Trennung, Scheidung und Tod • Sexuelle und aggressive Misshandlung • Vernachlässigung und Deprivation • Familiäre Belastungen mit Alkoholismus und seelischen Erkrankungen • Soziale Benachteiligung und Diskriminierung

Risiken müssen aber nicht zwangsläufig zu einer psychischen Erkrankung führen. Sie bedingen aber eine sog. *Vulnerabilität*, d.h. eine Verletzlichkeit oder höhere Gefährdung. Demgegenüber stehen die Ressourcen, die eine Schutzfunktion für psychische Gesundheit haben.

Als gesundheitsfördernde Faktoren wurden u. a. folgende individuelle und soziale Ressourcen in empirischen Untersuchungen nachgewiesen:

Tab. 2: Exemplarische Auswahl von gesundheitsfördernden Faktoren (vgl. Laucht et al. 2000, Schmidt und Göpel 2003, Egle und Hoffmann 2000)

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> • Erstgeborenes Kind • Weibliches Geschlecht ist in der Kindheit von Vorteil • Positives Temperament (flexibel, aktiv, kontaktfreudig) • Überdurchschnittliche Intelligenz • Positives Selbstwertgefühl • Begabungen (musisch, sportlich) • Positives Sozialverhalten • Aktives Bewältigungsverhalten • Sicheres Bindungsverhalten • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen 	<p><i>Familie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiärer Zusammenhalt • Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson • Offenes, unterstützendes Familienklima • Modelle positiver familiärer Bewältigung <p><i>Umfeld</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensvolle Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Kernfamilie • Guter Freund/gute Freundin • Positive Schulerfahrung • Unterstützende Systeme (Kirche, Sportvereine)

Risiko- und Schutzfaktoren sind von zentraler Bedeutung für das Konzept der Resilienz. Unter Resilienz versteht man die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Das Konzept der Resilienz wurde von den großen Risikoforschern, insbesondere von der Entwicklungspsychologin Emmy Werner, eingeführt. Überzeugende Beispiele für die Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber verschiedenen Entwicklungsrisiken sind Kinder und Jugendliche, die trotz Traumaerfahrungen und/oder problematischen Lebensbedingungen diese erhöhten Entwicklungsrisiken gut kompensieren können und deren Entwicklung unauffällig oder sogar positiv verläuft (vgl. Wustmann, 2004).

9 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Das oben skizzierte integrative bio-psycho-soziale Modell mit seinem disziplinübergreifenden und prozessorientierten Verständnis für die Entstehungsbedingungen von Erkrankungen beinhaltet unterschiedliche Ebenen und Chancen von Interventionsmöglichkeiten. Gerade für den Bereich der sozialen Arbeit ergeben sich viele Handlungsansätze, psychischen Erkrankungen präventiv zu begegnen oder durch Förderung der Ressourcen die Gesundheit des Kindes wiederherzustellen. Voraussetzung ist das Wissen um Umstände, die Körper und Seele krank machen (Risikofaktoren), und das Wissen, was heilsam ist (protektive Faktoren). Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind Experten für viele der beschriebenen psychosozialen Faktoren. Deshalb ist eine zentrale Aufgabe sozialer Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen zu fördern, ohne dabei ihre Probleme zu ignorieren oder zu unterschätzen. Die damit einhergehende Stärkung der Resilienz ermöglicht den Kindern, Stress und Anforderungen besser zu begegnen und wieder an den alterstypischen Lebensvollzügen teilzunehmen.

Wie diese sozialpädagogische Hilfe und Unterstützung im Einzelnen aussieht, wird von Fachleuten aus den verschiedenen Arbeitsbereichen in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

10 Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress, and Coping. San Francisco
- Antonovsky, A. (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe. Tübingen: DGVT-Verlag
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Huber
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W. et al. (1997): Zeitschrift für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -Psychotherapie 25, S. 218–233
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (2000): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, Hoffmann, Joraschky (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 3–22
- Fegert, J., Schrappner, Ch. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa
- Felder, W., Herzka, S. (2001): Kinderpsychopathologie. 4. Auflage. Basel: Schwabe. Kapitel 3: Der diagnostisch-therapeutische Prozess
- Harter-Meyer, R. (2002) www.2.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/Harter-Meyer/september2002.htm (Stand: 23. Mai 2008)
- Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim, München: Juventa
- Knölker, U., Mattejat, F., Schulte-Markwort, M. (2007): Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. 4. Auflage. Bremen: UNI-MED
- Ihle, W., Esser, G., (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53, S. 159–169
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) (2006). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49, S. 1225–1232
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2000): Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchung zur Entwicklungspsychopathologie. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 29, S. 284–292
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J. (1998): Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie 26, S. 83–96
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1988): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis: In drei Bänden, Bd. I: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Thieme
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (2003): Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 16, 18.04.2003, S. 840–846
- Schmidt, M.H., Göpel, C. (2003): Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In: Herpert-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer, S.305–314
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim, Basel: Beltz
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dezember 1998 veröffentlicht im Bundesanzeiger (1999), Nr. 6