

**Susanne Jaeschke**

**Die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie und des  
Resilienz-Konzeptes für die Prävention von Depressionen  
bei Kindern im Schulalter im Kontext heilpädagogischer  
Erziehungsberatung**

**Bachelorarbeit**

**Wintersemester 2014/15**

**Die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie und des Resilienz-Konzeptes für die Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter im Kontext heilpädagogischer Erziehungsberatung**

Bachelorarbeit im Modul 14 Wintersemester 2014/15  
an der Hochschule Hannover – Fakultät V  
Abteilung Heilpädagogik  
Eingereicht von Susanne Jaeschke

Erstprüfende: Prof. Dr. phil. Ulrike Ernst  
Zweitprüfende: Prof. Dr. phil. Dörte Detert

## **Abstract**

**Susanne Jaeschke**

### **Die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie und des Resilienz-Konzeptes für die Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter im Kontext heilpädagogischer Erziehungsberatung.**

Bachelorarbeit Wintersemester 2014/15

Hochschule Hannover

Fakultät V Abteilung Heilpädagogik

### **Abschlussarbeit zur Ausbildung für die Lebensberatung in Existenzanalyse und Logotherapie unter der Leitung von Dr. Christoph Kolbe**

**Ausbildungsabschluss: 10.05.2017**

Die Depression kann in unserer heutigen Zeit als Volkskrankheit bezeichnet werden, die weltweit die häufigste Auftretensrate vorweist und den Betroffenen ein sehr hohes Maß an Leid und psychosozialen Beeinträchtigungen zufügt. Gerade in der von westlichen Idealen geprägten Welt tritt sie seit dem 2. Weltkrieg immer häufiger auf. Inzwischen ist davon auszugehen, dass 20 % der Bevölkerung im Erwachsenenalter weltweit mindestens einmal im Leben unter einer depressiven Episode zu leiden haben. Während Depressionen im Erwachsenenalter hinreichend bekannt sind, gelten heutzutage auch Depressionen im Kindes- und Jugendalter als ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem, welches mit vielen Entwicklungsrisiken verbunden sein kann. Bereits im Schulalter erkranken in Deutschland mittlerweile 1-3% der Kinder. Im Alter von sieben bis zehn Jahren liegen laut der aktuellen BELLA-Studie des Robert Koch Institutes sogar bei 5,6 % der Kinder deutliche Hinweise auf depressive Störungsbilder vor. Während die frühere Forschung (vor ca. 30 Jahren) davon ausging, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf andere Krankheiten zurückgingen oder lediglich als Begleiterscheinungen anderer Erkrankungen in Erscheinung traten, weiß man heute aus Studien und klinischer Erfahrung, dass Depressionen auch bei Kindern und Jugendlichen ein eigenes Störungsbild umfassen sowie eigenständig und unabhängig von anderen Krankheitsbildern auftreten können. Frühzeitig einsetzende Präventionsmaßnahmen, die auf ein möglichst frühes Erkennen der depressiven Symptome spezialisiert sind, werden deshalb in der Fachwelt als sehr bedeutsam betrachtet. Die vorliegende Arbeit soll sich vor diesem Hintergrund mit eben jener Prävention

von Depressionen bei Kindern im Schulalter befassen. Die Existenzanalyse/Logotherapie und das Resilienz-Konzept verfügen dabei in ihren Theorien über Modelle, welche die Entwicklung von psychischen Störungen erklären können. Die erkenntnisleitende Fragestellung dieser Arbeit lautet daher: Welche Bedeutung haben die Existenzanalyse/Logotherapie und das Resilienz-Konzept für die Prävention von Depressionen bei Kindern der Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren? Ein Hauptschwerpunkt der nachfolgenden Recherche wird in diesem Zusammenhang auf die Entstehungsgründe von Depressionen bei Schulkindern gesetzt. Wo zeigen sich demnach Gemeinsamkeiten, wo bestehen Unterschiede in beiden Ansätzen bezüglich der jeweiligen Sichtweisen auf die Entstehungsursachen von Depressionen? Ein weiterer Fokus liegt außerdem auf der Erziehungsberatung, welche durch spezielle Präventionsmaßnahmen und Beratungsgespräche, die mit den betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen durchgeführt werden, depressiven Erkrankungen vorbeugen kann. Wie sehen folglich präventive Maßnahmen einer Erziehungsberatung konkret aus, wenn sich diese nach den Erkenntnissen der Existenzanalyse ausrichtet und wie versteht sich die Erziehungsberatung, wenn sie sich an den Forschungsergebnissen des Resilienz-Konzeptes orientiert? Abschließend wird es weiterhin wichtig sein, sich mit dem Stellenwert beider Konzepte speziell für die heilpädagogische Erziehungsberatung auseinander zu setzen. Sind beide Ansätze in diesem Kontext sowohl miteinander, als auch mit den Handlungsgrundsätzen der Heilpädagogik kombinierbar?

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2. Depressionen im Kindesalter/ Ein aktueller Überblick</b>	<b>6</b>
2.1. Was ist eine Depression im Kindesalter?	7
2.1.1. Definitionen, Begriffsklärungen und allgemeine Symptome	7
2.1.2. Klassifikationen nach dem ICD-10 Diagnosemanual	10
2.2. Depressionen bei Kindern im Schulalter	11
2.2.1. Zur Lebenswelt von Kindern im Schulalter	11
2.2.2. Die spezifische Symptomatik bei Schulkindern	13
2.3. Die Erziehungsberatung als eine mögliche Präventionsmaßnahme	15
<b>3. Die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie für die Prävention von Depressionen bei Schulkindern</b>	<b>16</b>
3.1. Was ist Existenzanalyse/Logotherapie?	16
3.1.1. Die personale Existenzanalyse als Prozessmodell der EA	18
3.1.2. Die existenzielle Motivationslehre als Strukturmodell der EA in ihren vier personal-existenziellen Grundmotivationen	20
3.2. Das existenzanalytische Verständnis einer Depression bei Kindern im Schulalter/ Eine Beschreibung anhand der zweiten Grundmotivation	24
3.3. Die Erziehungsberatung als Präventionsmöglichkeit aus existenzanalytischer Sicht	31
<b>4. Die Bedeutung des Resilienz-Konzeptes für die Prävention von Depressionen bei Schulkindern</b>	<b>36</b>
4.1. Was ist das Resilienz-Konzept?	37
4.2. Die Depression bei Schulkindern im Kontext des Resilienz-Konzeptes	40
4.2.1. Das Risikofaktorenkonzept	40
4.2.2. Das Schutzfaktorenkonzept	45
4.3. Die Erziehungsberatung als Präventionsmöglichkeit aus dem Blickwinkel der Resilienz	49

<b>5. Existenzanalyse/Logotherapie und Resilienz/ Eine Gegenüberstellung beider „Konzepte“</b>	<b>53</b>
5.1. Gemeinsamkeiten und verbindende Elemente in den jeweiligen Sichtweisen auf Depressionen bei Kindern im Schulalter	<b>54</b>
5.2. Unterschiedliche Aspekte und Bezugspunkte im Hinblick auf depressiv erkrankte Schulkinder	<b>60</b>
5.3. Grenzen und kritische Aspekte beider Konzeptionen im Hinblick auf die präventive Erziehungsberatung	<b>65</b>
<b>6. Die Kombinierbarkeit beider Konzepte in der heilpädagogischen Erziehungsberatung im Rahmen der Prävention von Depressionen bei Schulkindern</b>	<b>69</b>
6.1. Die Erziehungsberatung als heilpädagogisches Praxisfeld	<b>70</b>
6.2. Die Relevanz der EA/LT und des Resilienz-Konzeptes für die Erziehungsberatung innerhalb der heilpädagogischen Prävention	<b>73</b>
<b>7. Resümee und Ausblick</b>	<b>75</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>79</b>
<b>9. Eigenständigkeitserklärung</b>	<b>89</b>

## 1. Einleitung

Die Depression kann in unserer heutigen Zeit als Volkskrankheit bezeichnet werden, die weltweit die häufigste Auftretensrate vorweist und den Betroffenen ein sehr hohes Maß an Leid und psychosozialen Beeinträchtigungen zufügt. Gerade in der, von westlichen Idealen geprägten, Welt tritt sie seit dem 2. Weltkrieg immer häufiger auf. Inzwischen ist davon auszugehen, dass 20 % der Bevölkerung im Erwachsenenalter weltweit mindestens einmal im Leben unter einer depressiven Episode zu leiden haben. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 1) Während Depressionen im Erwachsenenalter hinreichend bekannt sind, gelten heutzutage auch Depressionen im Kindes- und Jugendalter als ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem, welches mit vielen Entwicklungsrisiken verbunden sein kann. Bereits im Schulalter erkranken in Deutschland mittlerweile 1-3% der Kinder. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 12 i. V. m. Heitmann 2013, S. 29) Im Alter von sieben bis zehn Jahren liegen laut der aktuellen BELLA-Studie des Robert Koch Institutes sogar bei 5,6 % der Kinder deutliche Hinweise auf depressive Störungsbilder vor. (vgl. Erhart/Ottova-Jordan/Ravens-Sieberer in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 64) Während die frühere Forschung (vor ca. 30 Jahren) davon ausging, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf andere Krankheiten zurückgingen oder lediglich als Begleiterscheinungen anderer Erkrankungen in Erscheinung traten, weiß man heute aus Studien und klinischer Erfahrung, dass Depressionen auch bei Kindern und Jugendlichen ein eigenes Störungsbild umfassen sowie eigenständig und unabhängig von anderen Krankheitsbildern auftreten können. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 12 i. V. m. Groen/Petermann 2011, S. 11) Frühzeitig einsetzende Präventionsmaßnahmen, die auf ein möglichst frühes Erkennen der depressiven Symptome spezialisiert sind, werden deshalb in der Fachwelt als sehr bedeutsam betrachtet. (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 13 i. V. m. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 10) Die vorliegende Arbeit soll sich vor diesem Hintergrund mit eben jener Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter befassen. Die Existenzanalyse/Logotherapie und das Resilienz-Konzept verfügen dabei in ihren Theorien über Modelle, welche die Entwicklung von psychischen Störungen erklären können. Die erkenntnisleitende Fragestellung dieser Arbeit lautet daher: Welche Bedeutung haben die Existenzanalyse/Logotherapie und das Resilienz-Konzept für die Prävention von Depressionen bei Kindern der Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren? Ein Hauptschwerpunkt der nachfolgenden Recherche wird in diesem Zusammenhang auf die Entstehungsgründe von Depressionen bei Schulkindern gesetzt. Wo zeigen sich demnach Gemeinsamkeiten, wo bestehen Unterschiede in beiden Ansätzen bezüglich der jeweiligen Sichtweisen auf die Entstehungsursachen von Depressionen? Ein weiterer Fokus liegt außerdem auf der Erziehungsberatung, welche durch spezielle Präventionsmaßnahmen und Beratungsgespräche, die mit den betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen durchgeführt werden, depressiven Erkrankungen vorbeugen kann. Wie sehen folglich präventive

Maßnahmen einer Erziehungsberatung konkret aus, wenn sich diese nach den Erkenntnissen der Existenzanalyse ausrichtet und wie versteht sich die Erziehungsberatung, wenn sie sich an den Forschungsergebnissen des Resilienz-Konzeptes orientiert? Abschließend wird es weiterhin wichtig sein, sich mit dem Stellenwert beider Konzepte speziell für die heilpädagogische Erziehungsberatung auseinander zu setzen. Sind beide Ansätze in diesem Kontext sowohl miteinander, als auch mit den Handlungsgrundsätzen der Heilpädagogik kombinierbar?

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, muss zuerst der weitläufige Begriff der Prävention, vor allem im Hinblick auf seine Wirkungszusammenhänge mit Depressionen bei Kindern im Schulalter, definiert werden. Unter dem Begriff der Prävention bzw. der Krankheitsprävention werden alle Eingriffshandlungen und Maßnahmen zusammengefasst, die der Vermeidung eines Eintretens oder der Ausbreitung von Krankheiten dienen. Das Eingreifen im Sinne von Interventionen und Interventionsangeboten ist dabei darauf ausgerichtet Risiken abzuwenden, die im Zusammenhang mit dem Eintreten oder der Ausbreitung der Krankheit, in diesem Falle einer Depression im Schulalter, zusammenstehen. (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 14 i. V. m. Opp in: Tenorth/Tippelt (Hg.) 2012, S. 569) (→ Die Begriffe der Risiko- und Schutzfaktoren werden in den Abschnitten 4.2.1. und 4.2.2. bei der Erläuterung des Resilienz-Konzeptes gesondert definiert.) Damit einer Depression gezielt entgegen gewirkt werden kann, ist es notwendig, die pathogenetischen und pathophysiologischen Dynamiken ihres Krankheitsgeschehens zu kennen. Die, individuell hoch unterschiedlich ausgeprägten Entwicklungs- und Verlaufsstadien der Depression müssen demnach im Prozess der Diagnosefindung anamnestisch untersucht und bekannt gemacht werden. (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 14) Vor diesem Hintergrund ist das Ziel der Interventionsform Krankheitsprävention, sowohl einen individuellen, wie auch einen kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen, indem in erster Linie die Risiken für Krankheiten zurückgedrängt werden, wobei auch die gesundheitlichen Ressourcen als Schutzfaktoren eine Förderung erfahren sollen. (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 14 i. V. m. Ricken in: Horn/Kemnitz/Marotzki/Sandfuchs (Hg.) 2012, S. 27) Die vorliegende Arbeit setzt bei der Vorbeugung von Depressionen im Kindes- bzw. Schulalter ihren Schwerpunkt auf die Wirkungsprinzipien der sekundären Prävention. Die sekundäre Prävention dient in diesem Gesamtzusammenhang der Krankheitsfrüherkennung und Eindämmung. Der Zeitpunkt der Intervention setzt also im Frühstadium der Krankheit ein. (vgl. Leppin in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 37) Im Fall von Depressionen bei Kindern im Schulalter heißt das, dass die betroffenen Kinder und deren Familien die Krankheitssymptome noch nicht oder noch nicht in vollem Umfang wahrnehmen, wobei der pathogenetische Prozess bereits begonnen hat. Die betroffenen Kinder zeigen also bereits vereinzelte, aber noch schwach



ausgeprägte Grundsymptome, die für eine Depression sprechen können und leben unter risikobehafteten Bedingungen, welche eine Depression in der Regel begünstigen. (vgl. Leppin in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 37 i. V. m. Goetze in: Antor/Bleidick (Hg.) 2006, S. 110) Wenn es um jene Personengruppen geht, die Risikofaktoren aufweisen, aber noch nicht erkrankt sind, spricht die Präventionsforschung außerdem von so genannten selektiven Präventionsstrategien, die unternommen werden, um dem Ausbruch von Depressionen vorbeugen zu können. Die vorliegende Arbeit sieht den Schwerpunkt der nachfolgenden Ausführungen also, wenn sie sich auf den Interventionszeitpunkt bezieht, in der sekundären Prävention. Bezogen auf die präferierten Strategien werden in dieser Arbeit die Maßnahmen einer selektiven Prävention fokussiert. (vgl. Leppin 2014 in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 39) Die sekundär-selektive Prävention im Kindes- und Jugendalter setzt ihren Schwerpunkt dabei auf eine frühzeitige Diagnose von psychischen Gesundheitsproblemen, wobei sie auch die entsprechenden Behandlungsbedarfe feststellt. Sie ist also auch darauf ausgerichtet, die erforderlichen Interventionen, beispielsweise in Form einer professionellen Erziehungsberatung, zu steuern, sie durchzuführen und zu bewerten. (vgl. Erhart/Ottova-Jordan/Ravens-Sieberer in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 63) Die sekundäre Prävention ist dabei besonders auf die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter spezialisiert, da sich deren Maßnahmen in spezifischer Weise auf emotionale und Verhaltensprobleme fokussieren, die sich in vielfältigen Entwicklungs- und Lernstörungen äußern können. (vgl. Erhart/Ottova-Jordan/Ravens-Sieberer in: Hurrelmann/Koltz/Haisch (Hg.) 2014, S. 63 i. V. m. Goetze in: Antor/Bleidick (Hg.) 2006, S. 110-111)

Im Punkt 2 dieser Arbeit werden deshalb gleich zu Beginn, sozusagen als Ausgangsbasis für alle weiteren Ausführungen, depressive Zustandsbilder im Kindesalter, als emotional-affektive Störungen, ausführlich dargestellt. Der, mitunter schwierige Prozess einer Diagnosefindung steht hier gleichermaßen im Zentrum, wie die Hinführung auf depressive Symptomatiken, die sich speziell bei Kindern im Schulalter zeigen. Auf diese Weise kann die Grundlage für eine erfolgreich einsetzende sekundär-selektive Prävention bestmöglich geschaffen werden und am Ende des 2. Kapitels in die allgemeine Beschreibung und Operationalisierung der Erziehungsberatung münden. Das dritte Kapitel dieser Arbeit konzentriert sich dann auf die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie für die Prävention von Depressionen bei Schulkindern. Im vierten Kapitel, das gleich im Anschluss folgt, wird das Resilienz-Konzept, im Hinblick auf dessen Relevanz für die sekundär-selektive Prävention, ausführlich erläutert. Beide Kapitel sind synonym aufgebaut. Zuerst werden jeweils die Grundkonzepte und Positionen allgemein vorgestellt, um im nächsten Schritt auf die Entstehungsgründe von Depressionen bei Kindern im Schulalter eingehen zu können, so wie sie der einzelne Ansatz gemäß seiner jeweiligen Erklärungsmodelle beschreibt. Beide Gliederungs-

punkte enden dann jeweils mit der Vorstellung einer Erziehungsberatung, die ihre Arbeitsweise konzeptionell entweder existenzanalytisch oder resilienz-orientiert ausrichtet. Im fünften Punkt folgt, aufbauend auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel, die Gegenüberstellung beider Konzepte, so dass zuerst die Gemeinsamkeiten und dann die Unterschiede beider Sichtweisen themenorientiert herausgefiltert werden können. Auch Grenzen und kritische Bezugspunkte beider Konzeptionen erfahren zum Ende dieses Kapitels ihre Berücksichtigung. Im sechsten Kapitel geht es abschließend um eine mögliche Kombinierbarkeit beider Ansätze in der heilpädagogischen Erziehungsberatung. An dieser Stelle werden die heilpädagogischen Grundprinzipien und Handlungsansätze in der Erziehungsberatung einleitend vorgestellt, damit darauf folgend die Relevanz und ein mögliches Zusammenwirken der Existenzanalyse/Logotherapie und des Resilienz-Konzeptes innerhalb der Heilpädagogik, anhand ausgewählter Beispiele, angedeutet werden kann. Im Resümee sollen die erkenntnisleitenden Fragestellungen noch einmal zusammenfassend und übersichtlich beantwortet werden. Die Arbeit wird schließlich innerhalb des Resümees anhand eines Ausblickes abgerundet, der den aktuellen Stand beider Theorien in der Forschung und Lehre innerhalb der heilpädagogischen Wissenschaft thematisiert. Hier geht es vor allem um die Forschung und Lehrpraxis, wie sie derzeit an der Hochschule Hannover unterrichtet wird, wobei auch mögliche Verbesserungen in der Lehre ansatzweise betrachtet werden sollen. Die vorliegende Arbeit zielt insgesamt darauf ab, einen Überblick über die einzelnen Wirkungszusammenhänge zu liefern, der jeweils ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erfolgen soll. Das Pfeilsymbol (→) weist in diesem Zusammenhang auf Erkenntnisse und Kontexte hin, die innerhalb dieser Arbeit bereits in anderen Kapiteln getroffen oder angedeutet wurden und dient einer übersichtlichen und zusammenwirkenden Gesamtdarstellung. Es wird bei sämtlichen Ausführungen oder näheren Bezeichnungen ausschließlich die männliche Form verwendet, wobei diese Form der Darstellung lediglich aus Gründen der Einfachheit und Übersichtlichkeit erfolgt und die weibliche Darstellungsform keinesfalls abwerten oder diskriminieren soll.

## **2. Depressionen im Kindesalter/ Ein aktueller Überblick**

In diesem Kapitel soll es vor allem um eine allgemeine Vermittlung der aktuellen Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der Depression im Kindesalter gehen. Um dem Zustandsbild einer Depression vorbeugen und Kinder vor den damit verbundenen Beeinträchtigungen schützen zu können, ist es erst einmal notwendig, den Begriff der kindlichen Depression in seiner allgemeinen Symptomatik und Diagnostik einzugrenzen und zu definieren. Damit soll sich der Abschnitt 2.1. dieses Kapitels ausführlich beschäftigen. Das Kindesalter umfasst in diesem Kontext mehrere Alterstufen: Als Kleinkind werden Kinder im Alter von ein bis drei Jahren bezeichnet, wobei das Vorschulalter sich auf eine Altersspanne von drei bis sechs Jahren erstreckt. Schwerpunkt dieser Ausführungen ist die Depressionen bei sechs bis

12jährigen Kindern, den Kindern im Schulalter. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 75) Um deren Lebenswelt und um die spezifische depressive Grundsymptomatik dieser Altersgruppe wird es detailliert im Kapitel 2.2. gehen. Darauf aufbauend soll im Unterkapitel 2.3. die Erziehungsberatung als eine möglichen Hilfs- und Präventionsmaßnahme für die betroffenen Familien kurz vorgestellt werden.

## **2.1. Was ist eine Depression im Kindesalter?**

### **2.1.1. Definitionen, Begriffsklärungen und allgemeine Symptome**

Unter dem Begriff einer Depression werden im alltagsbezogenen Sprachgebrauch unterschiedliche Bedeutungen verwendet und zusammengefasst. Der Begriff umfasst sowohl ein eher alltägliches Gefühl von Traurigkeit, als auch ein breites Spektrum von Symptomen, die auf eine schwerwiegende psychische Störung verweisen. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 1 i. V. m. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 72 und Groen in: Wirtz (Hg.) 2013, S. 364) Der Begriff der Depression findet seinen Ursprung in der lateinischen Sprache. Abgeleitet vom lateinischen Verb „deprimere“, das soviel bedeutet wie herunter- und niederdrücken, (vgl. Groen in: Wirtz (Hg.) 2013, S. 364) ist dabei in erster Linie eine Beeinträchtigung der Gefühls- und Stimmungslage und des inneren Erlebens gemeint. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 1) Die Symptome der Depression sind dabei immer vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig und zeigen in der Regel Ausprägungen, die je nach Alter, Geschlecht und Intelligenz des Kindes variieren. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 73) Demnach gibt es nicht die Depression, welche sich nach einem immer gleich verlaufenden, bestimmten Muster entwickelt. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 13 i. V. m. Eink in: Bundesgemeinschaft der Kinderschutzzentren (Hg.) 2008, S.11) Eine präzise Diagnose ist deshalb für den Mitarbeiter einer Beratungsstelle, einen Arzt oder Psychiater mitunter sehr schwierig zu stellen und sollte neben der persönlichen Einschätzung des betroffenen Kindes, unbedingt auch die Berichte des sozialen Umfeldes miteinbeziehen. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 2 i. V. m. Groen/Petermann 2011a, S. 41) Gerade jüngere Kinder haben oftmals Schwierigkeiten ihre Gefühle zu erkennen und mitzuteilen, weil ihnen die Sprache noch nicht zu eigen ist, die nötig wäre, um das in der Depression Erlebte zu beschreiben. Deshalb sollten auch die Einschätzungen der Eltern, Lehrer oder Erzieher in den Prozess der Diagnosefindung mit einfließen. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 73) Bei depressiven Zuständen im Kindesalter sind in der Regel Symptome zu beobachten, die sich auf den vier elementaren Ebenen der menschlichen Entwicklung ausdrücken. Mehr oder minder betroffen sind demnach:

1. Der Bereich des Fühlens (Gefühle/affektive Symptomatik)
2. Der Bereich des Denkens und der Wahrnehmung (kognitiv-motivationale Merkmale)
3. Die Ebene des Verhaltens (Verhaltensmerkmale)
4. Der Bereich der körperlichen Befindlichkeit (somatische und neurovegetative Merkmale)

(vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 73 i. V. m. Essau 2007, S. 19 und Nevermann/Reicher 2009, S. 22) Die Trennung in einzelne Systeme soll dabei lediglich einer Verdeutlichung in der Darstellung dienen. In der Realität sind alle vier Systeme in einer komplexen Weise miteinander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 22) Der erste affektive Bereich des Fühlens und der Emotionen umfasst in diesem Gesamtzusammenhang Gefühle von Traurigkeit, Wertlosigkeit, Bedeutungslosigkeit und Niedergeschlagenheit. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 73 i. V. m. Ihle/Blöschl in: Lauth/Linderkamp/Schneider/Brack (Hg.) 2011, S. 235) In diesem Kontext können sich jene Gefühle sowohl in einer ärgerlich-gereizten Stimmung, einer Wut oder einer Anhedonie (Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit) als auch in einer deutlich schnelleren Ermüdbarkeit ausdrücken. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 1-2) Der 2. Bereich, der die kognitiven Merkmale umschließt, ist vor allem durch negative Denkmuster und pessimistische Gedanken gekennzeichnet. Das negativistische Denken wird dabei in der Fachwelt als wesentliche Ursache aller Depressionssymptome betrachtet. Kleinere Mängel und Schwächen werden vom betroffenen Kind z. T. in einer extremen Weise überbewertet, wobei positive Leistungen eine extreme Abwertung erfahren. Infolgedessen entwickelt das Kind eine negative Einstellung zu sich selbst, da es die negativen Ereignisse auf sich selbst bezieht, obwohl bei näherer Betrachtung oftmals keine direkten Zusammenhänge zum Kind ausgemacht werden können. So können Schuldgefühle entstehen, die zu einer negativen Selbstbewertung und zu einem geringen Selbstwertgefühl führen und sich in besonders schweren Fällen in suizidalen Äußerungen und Gedanken an den Tod niederschlagen. In diesem Kontext kann die eigene Abwertung die gesamte Leistungsfähigkeit des Kindes beeinträchtigen und auch zu Schwierigkeiten in der Konzentration und Entscheidungsfindung beitragen. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 73-74 i. V. m. Groen/Petermann 2011a, S. 44-45 und Essau 2007, S. 19) Im Bereich der verhaltensbezogenen Merkmale sind beim Kind auf der dritten Ebene seiner Entwicklung Symptome zu beobachten, die sich bei einem depressiven Zustandsbild in folgenden Anzeichen manifestieren können: Die betroffene Person weint vermehrt und zeigt kaum noch Anteilnahme an Tätigkeiten, die sie früher mit Interesse verfolgt hat. Neben dieser Teilnahmslosigkeit können auch hier Konzentrationsprobleme und Langeweile auftreten. Bei einem allgemeinen Fehlen von Motivation und Energie sind außerdem häufig Momente von psychomotorischer Unruhe festzustellen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass sich das Kind mehr und mehr aus seinem sozialen Umfeld zu-

rückzieht und sich zunehmend isoliert. Es geht beispielsweise kaum noch nach draußen, sitzt stundenlang allein vor dem Computer und spielt immer weniger mit Gleichaltrigen. Die Beziehung zu anderen Kindern ist dabei ohnehin oftmals instabil und konfliktreich, so dass sich das Kind im Umkehrschluss immer mehr in sich zurückzieht. (vgl. Essau 2007, S.19 i. V. m. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 74) Die Entwicklung seiner sozialen Kompetenzen leidet unter jenem Rückzug, wobei sich in diesem Kontext auch Abhängigkeitsmuster entwickeln können. Da sich das Kind schwach und allein fühlt, sucht es vermehrt jemanden, der „stärker und besser“ ist als es selbst. (vgl. Essau 2007, S. 19 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 24) Vor diesem Hintergrund ist es außerdem oft der Fall, dass sich die Schulleistungen des Kindes rapide verschlechtern. Das Kind zeigt Lernschwierigkeiten, welche sich wiederum aus den Motivations- und Konzentrationsproblemen speisen. In besonderen Konstellationen kann es dabei bis zur Schulverweigerung kommen. (vgl. Probst in GLE International (Hg.) 2004, S. 74 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 24) Der körperliche Bereich bildet beim Kind schließlich die vierte Symptomebene auf der sich depressive Zustände ausdrücken können. Hier zeigt der betroffene Mensch in erster Linie Anzeichen von Müdigkeit, die oftmals von Schlafstörungen ausgelöst werden. Das Kind wird in diesem Kontext entweder kaum in den Schlaf finden können oder ein überhöhtes Schlafbedürfnis an den Tag legen. (vgl. Heitmann 2013, S. 102-103) Weitere körperliche oder neurovegetative Merkmale eines depressiven Zustandsbildes können Verlangsamungen in der Psychomotorik (die so genannte Agitiertheit), Übelkeit und Verdauungsprobleme sein, die sowohl mit Verstopfungen als auch mit Durchfall einhergehen. Der Betroffene leidet dabei zusätzlich oft unter Appetitstörungen, wobei er entweder kaum Hunger empfindet oder ein verstärktes Hungergefühl zeigt. (vgl. Heitmann 2013, S. 103) Außerdem können noch Körperschmerzen auftreten, die sich vor allem in Magen- und Kopfschmerzen oder Schwindelgefühlen niederschlagen. (vgl. Heitmann 2013, S. 103) Die Symptome aller vier Ebenen verändern sich stetig mit dem Entwicklungsstand und dem Alter der jeweiligen Person. Einzelne Symptome können dabei in einer unterschiedlichen Art und Weise hervortreten, während andere Anzeichen gar nicht vorhanden sind oder schwächer ausgeprägt erscheinen. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 18 i. V. m. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 2) Viele der eingangs beschriebenen Symptome können dabei auch als normale Entwicklungserscheinungen im Kindesalter angesehen werden. Dazu zählen beispielsweise auch Trotzmomente, Gereiztheit, der soziale Rückzug und Unzufriedenheit. Auch gewisse Stimmungsschwankungen und die körperlich-neurovegetativen Erscheinungsbilder sind in einzelnen Entwicklungsphasen beim Kind durchaus normal oder angemessene Reaktionen auf Konflikte. Kinder können im Laufe ihrer Entwicklung auch an emotionalen Krisen wachsen und reifen. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 12-13) Die Diagnose einer klinischen und damit auch behandlungsbedürftigen Depression kann nur dann greifen, wenn eine Reihe der, vorange-

gangen erläuterten, Symptome andauernd, über einen längeren Zeitraum, d. h. über mindestens mehrere Wochen in Erscheinung tritt und sich das Kind, im Vergleich zu seinem früheren Verhalten und Befinden, auffallend stark verändert hat. Weitere Kriterien für die Diagnose der Depression als Störungsbild können ein hoher Leidensdruck und starke Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung sein. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 3 i. V. m. Groen/Petermann 2011, S. 17) Bei der Diagnosefindung gilt es außerdem zu berücksichtigen, dass auch normale entwicklungsbedingte Phänomene in eine Depression übergehen können. Depressionen mit Störungscharakter treten vor diesem Hintergrund manchmal in Zusammenhang mit andern psychischen Problemen auf. Hierzu können Angststörungen, Hyperaktivität und auch Essstörungen beispielhaft genannt werden, so dass nochmals zu betonen ist, wie schwierig eine genaue Diagnosefindung für das helfende Personal sein kann. Depressionen im Kindesalter werden in vielen Fällen folglich nicht oder nicht schnell genug erkannt. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 14 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 43-44) Eine mögliche Klassifikation, die als Basis für die Kategorisierung und Untergliederung von Depressionen in Deutschland aktuell bereit steht, ist das Diagnosehandbuch des ICD-10, welches von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. (vgl. Essau 2007, S. 19 i. V. m. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 3)

### **2.1.2. Klassifikationen nach dem ICD-10 Diagnosemanual**

Über die Notwendigkeit der diagnostischen Differenzierung wird in der Fachwelt viel diskutiert. Groen und Petermann sprechen sich, als namhafte Forscher auf dem Gebiet der Depression im Kindes- und Jugendalter, für die genaue Diagnoseerhebung aus, da diese einer gezielten Therapie diene. (vgl. Groen/Petermann 2011a, S. 41 i. V. m. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 72) Aufgrund der hier erläuterten Komplexität kann die Diagnose allerdings immer nur einen Versuch darstellen, die Verhaltensweisen und Reaktionen des betroffenen Kindes für die gezielte Behandlung und die Abrechnung mit der Krankenkasse einzuteilen. Durch die Bezeichnung bzw. durch die Benennung des Namens „Depression“ werden die typischen Merkmale und Charakteristika, unter denen das Kind leidet, noch einmal zusammengefasst und nach ihren Schweregraden sowie Differenzialdiagnosen geordnet. Das ICD-10 Diagnosehandbuch sollte dabei lediglich als Informationssammlung und Richtlinie dienen, durch welche die Kommunikation zwischen den beteiligten Personen erleichtert werden kann. Eine Diagnoseerhebung kann, wenn sie das Kind nicht auf den Krankheitswert reduziert bzw. stigmatisiert und auch seine Ressourcen, Stärken und Begabungen in den Blick nimmt, für den Betroffenen, die Familie und das soziale Umfeld von entlastender und schützender Bedeutung sein. Bei einer sensiblen Handhabung erhält das Kind die Chance, dass seine Angehörigen die, zum Teil erheblichen Beeinträchtigungen, mit denen es versucht einen Umgang zu finden, akzeptieren und verstehen lernt. (vgl. Groen/Petermann 2011a, S. 41) Im multiaxia-

len Klassifikationsschema des ICD-10 Diagnosehandbuches, welches speziell auf die Symptomatiken der Depression im Kindes- und Jugendalter zugeschnitten ist, werden die einzelnen Ausprägungen einer depressiven Episode dabei als affektive Störungen unter dem Schlüssel F32 zusammengefasst. Eine leichte depressive Episode trägt die Verschlüsselung F32.0, die mittelgradige depressive Episode findet sich unter dem Schlüssel F32.1 und eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ist unter dem Schlüssel F32.2 zusammengefasst. Eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen steht unter dem Punkt F32.3, während sonstige depressive Episoden und nicht näher bezeichnete depressive Episoden die Verschlüsselung F32.8 und F32.9 erhalten haben. Sämtliche Symptome, Merkmale und Ausprägungen der rezidivierenden, sich wiederholenden depressiven Störung werden dann unter den einzelnen Aufschlüsselungen des Punktes F33 näher beschrieben. (vgl. Remschmidt/Schmidt/Poustka 2012, S. 164-174) Anhaltende affektive Störungen und andere depressive Störungen sind schließlich in den, noch einmal in Unterkategorien bezüglich ihrer Schweregrade, der Chronizitäten und ihrer Verläufe aufgegliederten Kombinationen der Schlüssel F34 und F38 operationalisiert. (vgl. Essau 2007, S. 18-19 i. V. m. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 4) Durch die Benennung und präzise Untergliederung der verschiedenen Symptomausprägungen im ICD-10 Diagnosemanual können Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe initiiert werden, die auf das jeweilige Kind individuell und passend zugeschnitten sowie finanziert werden, so dass auch Kinder aus ärmeren Familien die Chance erhalten, eine geeignete Behandlung zu erfahren. Nachdem die Basisinformationen über Depressionen im Kindesalter hinreichend bekannt sind, soll sich der Blick des Lesers nun auf die spezifische Situation sowie die depressionsspezifischen Symptome bei Kindern im Schulalter richten.

## **2.2. Depressionen bei Kindern im Schulalter**

Ziel dieses Unterkapitels soll sein, die allgemeine Lebenssituation von Kindern im Schulalter zu reflektieren, um die Merkmale von depressiven Zustandbildern in dieser Altersgruppe nochmals von der allgemeinen Symptomatik im Kindesalter zu differenzieren. Unter welchen Bedingungen entwickeln sich 6-12jährige Kinder und wie sieht deren Lebenswelt aus? Was bewegt sie gerade in dieser wichtigen Phase ihres Lebens? Welche spezifischen Symptome sind bei Kindern dieser Altersspanne in der Regel verstärkt zu beobachten? Mit diesen zentralen Fragen sollen sich die nächsten beiden Unterkapitel dieser Arbeit beschäftigen.

### **2.2.1. Zur Lebenswelt von Kindern im Schulalter**

Die Phase vom Schuleintritt an ist für das Kind durch zahlreiche wichtige Veränderungen und Umbrüche geprägt. Während in der Kindergartenzeit noch Phasen des Freispiels und der Entwicklung dominieren, die sich weniger an der Leistung, dem Erfolg und den Ergebnissen des

Kindes orientieren, werden die 6jährigen Kinder beim Eintritt in die Schule erstmalig mit den unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen unseres Schul- und Bildungssystems konfrontiert. (vgl. Essau 2007, S. 55) Das Kind beginnt sich mehr und mehr aus der Abhängigkeit seiner Eltern zu lösen und lernt durch die Beziehungen zu seinen Lehrern und zu anderen Erwachsenen neue Erfahrungen zu machen, die seine persönlichen Fähigkeiten erweitern können. Gerade in dieser Lebensphase können neue Kontakte und Freundschaften wachsen. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 76) Die sozialen Netzwerke des Kindes sind besonders in der Schulzeit von ständigen Veränderungen geprägt, die beispielsweise durch den Schuleintritt oder mögliche Schulwechsel ausgelöst werden. (vgl. Essau 2007, S. 55) Außerdem beginnt die digitale Medienlandschaft, mit ihren Bildern, Vorstellungen, der Schnelligkeit und ihrer Reizüberflutung, einen großen Einfluss auf das Wertesystem dieser Kinder auszuüben. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 156-159) Vor diesem Hintergrund entwickelt das Schulkind in der Regel ein Bedürfnis nach Wissen, Leistung und Erfolg. Es möchte in der Regel etwas lernen und erlangt Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die seine Möglichkeiten neues Wissen zu erwerben oder Kontakte zu schließen stark erweitern. Langsam wird es immer mehr verstehen und in der Lage sein die, an ihn herangetragen, Eindrücke und Informationen zunehmend besser zu verarbeiten. Die persönlichen Kompetenzen des Kindes werden also schrittweise erweitert. Aus diesen Gründen kann die Schule einerseits als eine wichtige Quelle für das Selbstwertgefühl des Kindes angesehen werden. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 76) Auf der anderen Seite wird allerdings auch beobachtet, dass sich gerade in dieser Zeit auch die grundlegenden Symptome der Depression in einer immer größeren Deutlichkeit bemerkbar machen. Sie zeigen sich oftmals in Form von verschiedenen Ängsten, von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit. Es existieren typische Ängste, die in dieser Lebensspanne vermehrt ihren Ausdruck finden: Das sind in erster Linie eine Angst zu versagen und die Angst als Außenseiter zu gelten. (vgl. Probst in GLE International (Hg.) 2004, S. 76 i. V. m. Groen/Petermann 2011, S. 41-42) Kinder, die von einer Depression bedroht sind, haben in den Anfängen ihrer Schulzeit oftmals unter Lernschwierigkeiten und sozialer Ausgrenzung zu leiden; sie sind in der Regel unzureichend in das Gruppengeschehen eingebettet und beziehen die fehlende Anerkennung und Aufmerksamkeit auf sich selbst und ihr eigenes Verhalten. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 76 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 42-44) Bevor sich Schulkinder verbal zu ihrem Befinden äußern, fallen zunächst körperliche Beschwerden auf, wie z. B. Appetitlosigkeit und eine tagsüber auftretende ausgeprägte Müdigkeit, die bis zur Erschöpfung führen kann. Außerdem klagen gerade jüngere Kinder vermehrt über unspezifische Bauchschmerzen, ältere Kinder berichten verstärkt von starken Kopfschmerzen. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 42-43) Wenn sich die Rückmeldungen der Eltern, Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen in einer generell negativen, mahnenden, schimpfenden oder abwertenden Weise äußern und dem Kind



nicht genug Beachtung entgegengebracht wird, kann das Selbstwertgefühl jenes Kindes nachhaltig beeinträchtigt werden. Die betroffenen Kinder können darauf mit Schuldgefühlen, Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen reagieren oder sich ihrem Umfeld in einer aggressiven und oppositionellen Weise entgegen stellen. (vgl. Probst in GLE International (Hg.) 2004, S. 76 i. V. m. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 3) Jungen tendieren dabei häufig zu einem aggressiven, leicht reizbaren und zerstörerischen Verhalten. Mädchen hingegen ziehen sich eher aus ihrem sozialen Umfeld zurück und reden immer weniger über sich und ihre Gefühlswelt; sie werden immer stiller. (vgl. Groen/Ihle/Ahle/Petermann 2012, S. 14) In diesem Zusammenhang werden depressive oder von einer Depression bedrohte Kinder von ihrem Umfeld oftmals stigmatisiert und verkannt. Sie gelten dann häufig als faul, dumm, schlampig oder schwierig. Jene ungerechtfertigten Konnotationen führen in reziproker Verschränkung wiederum zu einem verstärkten sozialen Rückzug und zu einer immer größer werdenden Isolation der betroffenen Kinder. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 76 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 32-34) Je älter die Kinder werden, desto mehr denken sie dabei über sich selbst nach und beginnen zu grübeln. Mit zunehmendem Alter des Kindes können sich schließlich auch Todeswünsche manifestieren. Die Schulkinder erleben sich selbst in ihrer Lebenswelt als hilf- und hoffnungslos, so dass in besonders schweren Konstellationen Gedanken entstehen können, sich das Leben zu nehmen. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.), S. 76 i. V. m. Nevermann/Reicher 2009, S. 30-31) Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit sollen nun im nächsten Abschnitt die Merkmale depressiver Zustandsbilder von Kindern in der Schule weiter ausdifferenziert werden.

### **2.2.2. Die spezifische Symptomatik bei Schulkindern**

Im Vergleich zu der eingangs beschriebenen allgemeinen Symptomatik von depressiven Zuständen bei Kindern, dominieren im Schulalter bestimmte Symptome und Verhaltensweisen, die im Folgenden noch einmal detailliert ausgeführt werden sollen: (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 2-3) Im emotional-affektiven Bereich fallen in der Regel ein geringes Selbstwertgefühl und die in Punkt 2.2.1. bereits erwähnten Schuldgefühle auf. Oftmals wird das Schulkind von seiner Umgebung als gereizt beschrieben, wobei in zunehmender Weise ein ständiges Klagen und Weinen zu beobachten ist. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) S. 76) Im Lernbereich ist in erster Linie ein nicht zu erklärender Leistungsabfall signifikant, der sich wie folgt äußern kann: Das Kind zeigt deutlich weniger Interesse gegenüber seinen Schulfächern. Es ist wenig motiviert sich anzustrengen, gibt schnell bzw. vorschnell auf, wobei es die, ihm aufgetragenen Arbeiten, unordentlich und unkonzentriert ausführt. Es verspürt insgesamt bei allen schulischen Aktivitäten wenig Energie und Freude. Außerdem fallen immer häufiger Äußerungen, das Pensum nicht oder nicht mehr zu schaffen oder sich die Lerninhalte nicht mehr merken zu können. (vgl. Nevermann/Reicher

2009, S. 30) Im Bereich der sozial- und verhaltensorientierten Merkmale können sich Kinder, die von einer Depression bedroht sind, sowohl als sehr ängstlich, wie auch aufgeregt oder gar hyperaktiv zeigen, wobei es oft der Fall ist, dass diese Kinder den Unterricht stören. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 43-44) Andererseits wird auch beobachtet, dass jene Kinder in ihrem Aussehen und Verhalten sehr müde erscheinen, so dass sie mitunter während der Unterrichtsstunde einschlafen. (vgl. Probst in GLE International (Hg.) 2004, S.76) Vor diesem Hintergrund dominieren im Schulalter häufig Verhaltensweisen der sozialen Abkapselung, die sich im bereits erwähnten sozialen Rückzug und einer deutlichen Distanz zu Gleichaltrigen äußern können. Die Kinder fühlen sich ungeliebt und gelten in der Gruppe als Außenseiter. In diesem Zusammenhang können sich leicht Abhängigkeiten zu anderen, stärkeren und beliebten Kindern oder Jugendlichen entwickeln. Oder das Kind spielt und beschäftigt sich mit wesentlich jüngeren Kindern. (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 38-39) Auf der Ebene der Wahrnehmung und Kognition können in diesem Alter zusätzlich noch Konzentrationsprobleme, eine ausgeprägte Unentschlossenheit, Misserfolgserwartungen und die Gedanken an den Tod für eine depressive Störung stehen. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 42-44 i. V. m. Probst in: GLE International (Hg.) 2004, S. 76) Im somatischen Bereich werden die Schulkinder vor allem von Schlafstörungen und einer ständigen Müdigkeit begleitet. Außerdem kennzeichnet eine deutliche Gewichtszunahme oder ein starker Gewichtsverlust das veränderte Aussehen vieler betroffener Kinder. Bewegungsstörungen und Gefühle von Belastungen, die sich am häufigsten in den schon erwähnten Kopf- oder Magenbeschwerden niederschlagen, sprechen zusätzlich für eine depressive Grundsymptomatik bei Kindern im Schulalter. (vgl. Nevermann/Reicher 2009, S. 34-36) Zusammenfassend ist anzumerken, dass depressive Symptome bei Kindern in der Grundschule durchaus und in aller dargestellter Deutlichkeit zu beobachten sind. Allerdings sehen namhafte Wissenschaftler um Gunter Groen und Franz Petermann die klinische Diagnose eines systematischen depressiven Gesamtstörungsbildes in dieser Altersklasse noch als eher selten an. (vgl. Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, S. 7) In diesem Kontext gehen Groen und Petermann davon aus, dass der Depression in jeder Altersgruppe multifaktorielle und miteinander verflochtene Ursachen zugrunde liegen. „Die Entstehung und der Verlauf depressiver Störungen wird (heute) als ein komplexer biopsychosozialer Prozess verstanden, ohne die detaillierten Wirkmechanismen und spezifischen Zusammenhänge der beteiligten Faktoren im einzelnen genau zu kennen.“ (Groen/Petermann 2011, S. 87) Im nächsten Abschnitt soll nun die Erziehungsberatung als eine mögliche Form der sekundär-präventiven Unterstützung und Hilfe für die betroffenen Familien kurz vorgestellt werden. Im Anschluss daran können die Ursachen und Entstehungsgründe von Depressionen bei Kindern im Schulalter aus existenzanalytischer Sicht und aus der Perspektive des Resilienz-Konzeptes ausführlicher erläutert werden.

### **2.3. Die Erziehungsberatung als eine mögliche Präventionsmaßnahme**

Alle Beratungsinitiativen und Methoden, die nötig sind, um die Anliegen und Nöte zu bearbeiten, die Erziehende und Bezugspersonen mit den Kindern und Jugendlichen haben, für die sie verantwortlich sind, fallen unter den Begriff der Erziehungsberatung. (vgl. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 151) Die rechtlichen Grundlagen, auf denen die Erziehungsberatung beruht, sind dabei im Kinder- und Jugendhilfegesetz zusammengefasst und verankert (§§ 27 und 28 KJHG im SGB VIII), so dass den Ratsuchenden eine unentgeltliche Unterstützung garantiert werden kann, die auf einer freiwilligen Inanspruchnahme beruht. (vgl. Warschburger 2009 in: Wirtz (Hg.) 2013, S. 494 i. V. m. Grewe in: Horn und Andere (Hg.) 2012, S. 342) Die Definition von Erziehungsberatung ist sehr weit gefasst, da die Familien oftmals mit den unterschiedlichsten Problemen und Bedürfnissen in die Beratungsstelle kommen, wobei auch Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden Problemen vorstellig werden, bei denen eine längerfristige Therapie notwendig ist. (vgl. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 151) Die Grenzen zwischen den beratenden Tätigkeiten und Therapiemaßnahmen sind dabei in der Praxis häufig fließend. In jenen Fällen, bei denen die Hilfesuchenden die Initiativen für die zutreffenden Behandlungsmaßnahmen selbst treffen können, spricht man von Beratung, während eine Therapie dann greift, wenn die Betroffenen dazu nicht mehr in der Lage sind. (vgl. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 152-153) Die wesentlichen Aufgaben der Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen sind in diesem Zusammenhang Diagnosen und Gutachten bei Entwicklungsstörungen und Erziehungsschwierigkeiten zu verfassen, psychotherapeutische Maßnahmen in die Wege zu leiten und vor allem Kinder, Jugendliche und deren Eltern zu beraten, um Probleme im Vorfeld zu lösen. Eine wichtige Aufgabe der Erziehungsberatung liegt also in der Vorbeugung und Prävention von drohenden Störungen und Entwicklungsschwierigkeiten, wie beispielsweise der Depression bei Kindern im Schulalter. (vgl. Grewe in: Horn und Andere (Hg.) 2012, S. 342) Dabei werden nicht nur das Kind selbst und die betroffenen Familienmitglieder in die Beratung mit einbezogen, sondern auch das soziale Umfeld, wie die Schule, Lehrer, Erzieher oder sonstige wichtige Bezugspersonen aus der Umwelt der Kinder. In diesem Zusammenhang orientiert sich die Erziehungsberatung vornehmlich an alltagspraktischen Problemfeldern. (vgl. Warschburger 2009 in: Wirtz (Hg.) 2013, S. 495) Die Erziehungsberatung arbeitet dabei nach einer breiten Vielfalt von Ansätzen, Theorien und Beratungsformen, welche sich auch in der angewendeten Gesprächsführung und dem gewählten Setting widerspiegeln. Die Gespräche können sowohl allein mit dem Kind stattfinden, als auch mit dem Kind und seinen Eltern oder auch mit dem Kind und nur einem Elternteil. Es gibt Angebote, die sich speziell an Kinder richten, während andere Behandlungs- oder Präventionsmaßnahmen eher an Jugendliche, bis zu deren 27. Lebensjahr, adressiert sind. (vgl. Tenorth/Tippelt (Hg.) 2012, S. 212) In Deutschland existieren etwa 1000 Erziehungsberatungsstellen, die zum größten Teil in freier Trägerschaft arbeiten, (vgl. Tenorth/Tippelt (Hg.)

2012, S. 212) wobei das Mitarbeiterteam einer Erziehungsberatungsstelle aus mindestens drei Berufsgruppen zusammengesetzt sein sollte: In der Regel finden sich Mitarbeiter, die eine psychologische Ausbildung abgeschlossen haben zusammen mit Fachkräften aus der Sozial- oder Heilpädagogik ein, wobei auch therapeutische Fachkräfte mit dem Schwerpunkt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Erziehungsberatungsstellen mitarbeiten. (vgl. Grewe in: Horn und Andere (Hg.) 2012, S. 342) Für die präventive Beratung von Kindern im Schulalter, die von einer möglichen Depression bedroht sind, eignen sich in diesem Zusammenhang mehrere Konzepte und Methoden, deren Anwendung von der jeweiligen theoretischen Ausrichtung der gewählten Erziehungsberatungsstelle abhängig ist. (vgl. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 151-152) Im nächsten Kapitel soll sich die vorliegende Arbeit nun mit der theoretischen Ausrichtung der Existenzanalyse und Logotherapie auseinandersetzen, die zu den humanistisch geprägten Ansätzen gehört. (vgl. Flammer (Hg.) 2009 S. 116 i. V. m. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 151)

### **3. Die Bedeutung der Existenzanalyse/Logotherapie für die Prävention von Depressionen bei Schulkindern**

Die Systematiken und Theorien der Existenzanalyse sind sehr komplex. Dieser Ansatz verwendet auch Denkweisen und Grunderkenntnisse anderer Therapie- und Beratungsrichtungen, wenn diese zum Menschen- und Lebensbild der Existenzanalyse kompatibel sind. Die Existenzanalyse ist also offen für neue wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, damit ihren Klienten ein möglichst breit gefächertes Hilfeangebot zuteil werden kann. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S.35) Die vorliegende Arbeit reduziert ihre Ausführungen deshalb auf das Wesentliche, wobei die Kernelemente der Personalen Prozesstheorie und der existenzanalytischen Motivationslehre erläutert werden müssen. Andernfalls können die Sichtweisen auf Depressionen bei Kindern im Schulalter in ihren Zusammenhängen weder erfasst noch verstanden werden. Auch die Herangehensweisen einer existenzanalytisch ausgerichteten Erziehungsberatung und ihre Bedeutung für die sekundäre Prävention können in ihrer Komplexität erst sichtbar werden, wenn die Grundelemente der Existenzanalyse und Logotherapie ausführlich und kontextbezogen dargestellt sind.

#### **3.1. Was ist Existenzanalyse/Logotherapie?**

Die Existenzanalyse (EA) sowie die Logotherapie (LT) sind Teile einer phänomenologisch-personalen Gesamtmethode, die sowohl auf die Psychotherapie als auch für die Beratung Hilfesuchender ausgerichtet ist. (vgl. Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie (Hg.) Aktueller Flyer zur Ausbildung) Die Existenzanalyse ist in diesem Zusammenhang die Anthropologie, sozusagen der wissenschaftliche und philosophische Überbau, der die Basis für die Logotherapie in der Praxis bildet. (vgl. Längle 2013, S. 14) Der Begriff „Logo-Therapie“ ent-

stammt dem Wortursprung nach der griechischen Sprache. Der Wortanteil „Logo-“ ist dabei vom Nomen Logos abgeleitet, das die Bedeutung „Sinn“ oder auch das „Geistige“ als Schlüsselbegriffe in sich trägt. (vgl. Frankl 2010, S. 58) Die Logotherapie ist folglich eine Werte- und sinnorientierte Beratungs- und Behandlungsform und stellt die methodische Anwendung der anthropologischen Kerngedanken aus der Existenzanalyse für die Therapie- und Beratungspraxis bereit. (vgl. Längle 2013, S. 14) Die LT systematisiert also die beraterisch-therapeutische Begleitung im Prozess der Sinnfindung. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30) Beide Segmente (EA und LT) haben dabei zum Ziel, der Person des Klienten zu einem freien Erleben in geistiger und emotionaler Hinsicht zu verhelfen, so dass diese befähigt wird, authentische Stellungnahmen zu sich selbst und zu ihrer Situation in der Welt (wieder) zu finden. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30 i. V. m. Längle 2013, S.21) Viktor Frankl ist in diesem Zusammenhang der Begründer des Ansatzes. Als Wiener Arzt, Psychiater und Neurologe entwickelte er in den 1920er und 1930er Jahren die EA und LT als Ergänzung zur bis dahin bekannten Psychotherapie. Die EA als psychotherapeutische Anthropologie wird daher auch als „Dritte Wiener Schule“ bezeichnet. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30 i. V. m. Längle 2013, S. 15) Laut Frankl kommt der Mensch in seine Ausdrucksfähigkeit und zu einem sinnerfüllten Leben, indem er seine personalen Werte verwirklicht. (vgl. Frankl 2009, S. 89 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S.30) In ihrem existentiellen Verständnis stellen Werte dabei nicht zwangsläufig gesellschaftliche oder traditionell vorgeschriebene Normen dar. (vgl. Frankl 2009, S. 90) Werte beinhalten sozusagen den Kostbarkeitscharakter der Dinge, sie implizieren das, was der Mensch vor dem Hintergrund seiner Wirklichkeit als persönlich bedeutungsvoll erlebt, sozusagen den Grund einer Bevorzugung. (vgl. Guardini/Klimmer 1956/1985 S. 192 i. V. m. Längle 2014 S. 48, Längle in: Längle/GLE- International (Hg.) 2013 S. 87 und Frankl 2009, S. 89-91) Deshalb spricht die EA von personalen Werten, von persönlich bedeutsamen Lebensmöglichkeiten, die in schöpferische, Erlebnis- und Einstellungswerte eingeteilt werden. (Längle 2014 S. 48-59) Dabei ist zu beachten, dass jene Werte nicht vom Menschen produziert werden, er findet sie vielmehr als Wertmöglichkeiten in seiner Welt. Der Sinn wird diesem Verständnis nach als wertvollste Möglichkeit einer Situation definiert, die Sinnerfahrung ist sozusagen die verwirklichte oder realisierte Antwort des Menschen auf die verschiedenen Wertmöglichkeiten seiner Welt. (vgl. Kolbe in: GLE International (Hg.) 2010, S. 27) Durch die Sinnerfahrung vollzieht der Mensch aus existenzanalytisch-logotherapeutischer Sicht seine Existenz. (Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 24-26) „Darunter wird ein sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben in der Welt verstanden, mit der die Person in unablässiger Wechselwirkung und Auseinandersetzung steht.“ (Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 23) Die Existenzanalyse ist mit ihren logotherapeutischen Interventionen also darauf ausgerichtet, die Dialogfähigkeit des Menschen in bzw. mit seiner Welt (wieder)herzustellen. Sie zielt in besonderer Weise darauf ab, den Menschen zu einer

Offenheit, Eigenaktivität und Hingabefähigkeit zu befähigen. (vgl. GLE-International 2014)

Ein besonderes Augenmerk legt Frankl dabei auf die, so genannte, geistige Dimension des Menschen. Diese sei die spezifisch humane Dimension und besagt, dass der Mensch in seinem Erleben und Handeln nicht nur von physischen und psychischen Motiven geleitet wird. Der Mensch ist also nicht lediglich daran interessiert, seine Grundbedürfnisse zu befriedigen, um Wohlbefinden und Spannungsfreiheit zu erlangen. Er strebt vielmehr in einer existentiellen Weise nach seinem Sinn, dem Glauben, der Liebe sowie der Freiheit und der Verantwortung. In diesen Motiven kommt die geistige Dimension zum Ausdruck. Die zentralen Fragen des Lebens, die laut Frankl fast immer an ein „Wozu“ und ein „Wofür“ gekoppelt sind, können außerdem als geistige Dimension nicht zwangsläufig aus den psychischen Motiven abgeleitet werden. So sind Liebe und Hingabe weit mehr als die Beruhigung einer Angst oder die Befriedigung triebhafter Grundbedürfnisse. (vgl. Kolbe 2014 in: *bvvp* (Hg.) S. 30 i. V. m. Frankl 2010, S. 58/S. 72-73) Die grundlegenden Kerngedanken Viktor Frankls, die zuvor Ihre Erklärung fanden, wurden in diesem Zusammenhang durch die Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) in theoretischer, methodischer und klinisch-störungsspezifischer Sicht weiterentwickelt. Hier ist insbesondere Alfred Längle zu nennen, dem es maßgeblich zu verdanken ist, dass die neuere EA in der heutigen Zeit international als eigenständiges Verfahren innerhalb der Psychotherapie angesehen wird. In Deutschland gilt sie in diesem Kontext als Methode der Humanistischen Psychotherapie. (vgl. Kolbe 2014 in *bvvp* (Hg.) S.30) In ihrer Methodik ist die neuere EA dabei vor Allem durch eine phänomenologische und prozessorientierte Vorgehensweise gekennzeichnet und legt ihren Schwerpunkt auf eine erlebnisbezogene Begleitung, die immer darauf abzielt, dass sich der Klient seiner Emotionen bewusst wird. Die neuere EA im Verständnis der GLE ist in diesem Zusammenhang auf ein Struktur- und ein Prozessmodell gegründet. Diese beiden Modelle stellen die zentralen Grundpfeiler der existenzanalytischen Begleitung für die heutige Therapie- und Beratungspraxis bereit. (vgl. Kolbe 2014 in: *bvvp* (Hg.) S. 30 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 59-61/S. 26-29) In den nachfolgenden zwei Abschnitten sollen nun beide Kernmodelle kurz vorgestellt werden. Dies ist notwendig, damit die existenzanalytisch-logotherapeutischen Arbeitsweisen in Beratungs- (oder Therapiegesprächen) bestmöglich nachvollzogen werden können.

### **3.1.1. Die Personale Existenzanalyse als Prozessmodell der EA**

Die Personale Existenzanalyse (PEA) ist auf die Grundsätze der Phänomenologie gegründet. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 71) „Die Phänomenologie ist (eine Art) Wesensschau, ist geistiges Erfassen des Wesens, einer Sache oder eines Menschen. Das Wesen ist jener zentrale Inhalt, der etwas zu dem macht, was es ist, unverwechselbar und eindeutig. Die phänomenologische Sicht erhellt das Einmalige und Einzigartige, z. B. eines Menschen (...), wie er in

dieser Begegnung mit dem Betrachter gerade erscheint und sich in dieser Begegnung von sich her zeigen konnte. Phänomenologie ist Konkretion, nicht Abstraktion, ist individualisierend, nicht generalisierend, ist persönlich, nicht allgemein.“ (Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 61) Als Methode oder Haltung versucht die Phänomenologie durch ein systematisches Bemühen den anderen Menschen möglichst wesensgetreu zu erfassen, wobei sie stets der Erkenntnisgewinnung dient. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 61) Jene phänomenologische Haltung erfordert demnach eine Offenheit im Betrachter, Berater oder Therapeuten, eine Voraussetzungslosigkeit, die in der EA als phänomenologische Grundhaltung der Offenheit bezeichnet wird. (vgl. Längle 2013, S. 128) Diese kann durch ein aktives Bemühen erreicht werden, dessen Ziel es ist, die Vorurteile und das wissenschaftliche Vorwissen auszuklammern, sozusagen beiseite zu stellen. Jenes Beiseite-Stellen trägt in der Phänomenologie den Namen „Epoché“ und wird durch eine Selbstdistanzierung in der Person des Beraters oder des Therapeuten erlangt. Jene Selbstdistanzierung erfordert ein gewisses Maß an Übung. Sie wird im Rahmen der phänomenologisch-existenzanalytischen Ausbildung in der Selbsterfahrung und der Supervision erlernt. Selbsterfahrung und Supervision sind demnach Kernelemente in der Ausbildung zum existenzanalytisch-logotherapeutischen Lebensberater oder Therapeuten. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 62) Die PEA ist in diesem Gesamtzusammenhang eine phänomenologische Methode, deren Ziel es ist, den Menschen als Person zu restrukturieren, wenn dieser die Verbindung zu seinem eigenen Ursprung, also zum sich selbst sein, verloren hat. (vgl. Längle 2013, S. 87) Das kann geschehen, wenn der Mensch (oder die Person) durch eine innere oder äußere Überforderung nicht mehr in der Lage ist, zu authentischen Stellungnahmen im Entscheidungsfindungsprozess zu gelangen. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 59) Die Überforderungen, welche sich beispielsweise dann zeigen, wenn die Person unter Mangelzuständen leidet, die durch Konflikte, schmerzhaft Erfahrungen oder andere Probleme ausgelöst werden, nimmt dem Menschen seine personale Energie, so dass er versucht in ein psychodynamisches Schutzverhalten auszuweichen, welches nicht mehr mit einer authentischen Positionierung zur Situation gleich zu setzen ist. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Durch die Anwendung der PEA soll der Klient schließlich seine individuellen und authentischen Stellungnahmen zum Geschehen (wieder) erlangen, damit er zu einem aktiven Handeln gelangen kann, welches seinen existenziellen Beweggründen entspricht. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 59 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Die authentische Handlung ist also durch eine innere Entschiedenheit, (Eigen)Verantwortlichkeit und Freiheit gekennzeichnet. (vgl. Längle 2013, S. 88 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Die PEA kann dabei sowohl in der Psychotherapie im Sinne einer Restrukturierung, als auch in der Beratung, zur Klärung unverstandener Erlebnisse, Erfahrungen oder Gefühle angewendet werden. (vgl. Längle 2013, S. 88) Die Vorgehensweise der PEA ist dabei durch die Abfolge eines Dreischrittes gekennzeichnet, der sich in den Eindruck, die Stellungnahme und den Ausdruck

aufspaltet. Anhand dieses Dreischrittes sollen die individuellen Kräfte der Person, die letztendlich zur Entschiedenheit führen, in einer ressourcenorientierten Weise wieder entfacht bzw. mobilisiert werden. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 60-61 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Die spezifische Situation ist dabei als Ausgangspunkt zentral und allgegenwärtig bewusst. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31 i.V.m. Längle-Holzhey-Kunz, 2008, S. 161) Neben der PEA und einem speziell dafür angelegten Sortiment an Fragestellungen, stehen der neueren EA und LT außerdem die Erkenntnisse aus der existenziellen Motivationslehre zur Verfügung. (GLE International 2014) Die existenzielle Motivationstheorie wird als Hilfsmittel verwendet, um die Entstehungsgründe hinter den ggf. auftretenden psychodynamischen Reaktionen und Schutzmechanismen, die in der Terminologie der EA als Coping-Reaktionen bezeichnet werden, bergen und verstehen zu können. Jene Schutzmechanismen werden immer dann auftreten, wenn personales Verhalten blockiert ist, also auch im Zuge von depressiven Zustandsbildern. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 31 i. V. m. Längle 2013, S. 73)

### **3.1.2. Die existenzielle Motivationslehre als Strukturmodell der EA in ihren vier personal-existentiellen Grundmotivationen**

Während die, zuvor beschriebene PEA als Prozessmodell der EA die Dynamik des personalen Vollzuges beschreibt, versucht die existenzielle Motivationslehre die Grundbedingungen der menschlichen Existenz zu strukturieren. Diese Grundbedingungen werden in der EA als tiefste Motive des Menschen betrachtet und bilden in ihren vier Ausprägungen, den so genannten vier Grundmotivationen, die Grunddimensionen oder Bausteine menschlicher Existenz. Die vier Grundmotivationen spiegeln sich in jedem Menschen wieder und sind, maßgeblich von Alfred Längle, in jahrelanger praktischer Arbeit, phänomenologischer Beobachtung und Analyse konzipiert und entwickelt worden. (vgl. Längle 2013, S. 71) Die neuere EA geht davon aus, dass sich der Mensch immer wieder, sozusagen in einer ständigen, meist unbewussten Auseinandersetzung mit den Themen und Fragen dieser Grundmotivationen befindet. (vgl. Längle-Holzhey-Kunz 2008, S. 26) Jede Grundmotivation steht dabei für einen existentiellen Aspekt menschlichen Seins in der Realität: Für das Sein Können (1. Grundmotivation), für das Leben Mögen (2. Grundmotivation), das Selbstsein Dürfen (3. Grundmotivation) und für das Sinnvolle Sollen (4. Grundmotivation). (vgl. Längle 2013, S. 71) Nach existenzanalytischer Auffassung kann das Individuum seine motivationale Energie auf eine oder mehrere dieser Grundmotivationen ausrichten; Er strebt sozusagen danach, deren Grundbedingungen zu erfüllen. (vgl. Längle-Holzhey-Kunz 2008, S. 30) „Je mehr der Mensch Stellung bezieht zu den Gegebenheiten, desto mehr ist er er selbst (authentischer, selbstbewusster), desto voller und erfüllter wird sein Dasein. Und je tiefer sich der Mensch auf die Gegebenheiten bezieht und sie durchdringt, desto reifer wird er als Person.“ (Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 28-29)



In diesem Kontext haben die Grundmotivationen den Charakter von Modulen, die Entwicklungsabschnitte strukturieren. Eine situative Entwicklung wird in der EA dann als vollständig oder abgeschlossen angesehen, wenn alle vier Grundmotivationen in ihr vollzogen sind. (vgl. Längle 1999 in: Bürgi (Hg.) 2011, S.49) Aus Sicht der EA ist es nötig, das Zusammenspiel der Grundmotivationen in ihrer Komplexität zu kennen, damit die Situation des Klienten in ihrer Ganzheit erfasst werden kann. Diese Ganzheit zeigt sich in der reziproken Verschränkung aller vier Grundmotivationen. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30-31) Nur dann können individuell geeignete Maßnahmen zur Prävention, welche der Gesundheitserhaltung dient, gefunden und angewendet werden. In der EA beziehen sich Maßnahmen der Prävention auf (noch) nicht krankhafte, aber qualitätsmindernde Auswirkungen von Verhaltensweisen. (vgl. Längle 2013, S. 22-23) Um also Verhaltensweisen präventiv entgegen treten zu können, die wahrscheinlich in eine Depression oder eine depressive Verstimmung münden werden, sollten dem existenzanalytisch-logotherapeutischen Berater (oder Therapeuten) nicht nur die Ursachen und Entstehungsgründe von Depressionen allein (→ vgl. hierzu die Inhalte aus der 2. Grundmotivation) bekannt sein. Im Folgenden werden deshalb die zentralen Themen aller vier Grundmotivationen in ihrem Gesamtgefüge dargestellt.

### **Die 1. Grundmotivation:**

Der Mensch will in der Welt und unter den Bedingungen seines Lebens „Da Sein Können“. (vgl. Längle 2013, S. 84) Er ist darauf bestrebt in der Welt zu sein, zu existieren, also physisch zu überleben und sein Dasein in einer geistig-kognitiven Weise zu bewältigen. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) So stellt sich ihm die Grundfrage seiner Existenz: Ich bin, aber kann ich sein? Um in der Welt überleben zu können ist er auf die Gegebenheiten von Raum, Schutz und Halt angewiesen. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 33) Ist ein gewisser Schutz vorhanden, kann der Mensch zu einer inneren Ruhe und Gelassenheit gelangen. Er fühlt sich sicher. Werden ihm genug Raum und Halt in seiner Entfaltung zugesprochen, erlebt ihn seine Umgebung im Feedback in der Regel als offen und gelassen. Jene zentralen Voraussetzungen bilden somit die Grundlage, sozusagen den Seinsgrund dafür, dass sich ein Können, Vertrauen und Grundvertrauen im Menschen ausprägen, so dass er die Grundbedingungen seiner Welt im Positiven annehmen und das Negative aushalten lernt. (vgl. Längle 2013, S. 84-85 i. V. m. Längle 1984 in Längle (Hg.) 2009, S. 41) Er wird in der Lage sein, von etwas zu lassen und los zu lassen, wobei er lernt das Faktische, die Bedingungen und die Möglichkeiten seiner Existenz in einer realistischen und angemessenen Weise wahrzunehmen. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 33) Fehlen die zentralen Voraussetzungen von Raum, Schutz und Halt ganz oder teilweise, können sich Ängste, Verunsicherungen und eine mehr oder weniger starke Verschlussenheit entwickeln, die sich in bestimmten Copingreaktionen (als psychodynamische Schutzmechanismen) manifestieren, beispielsweise als Ablehnung,

Vermeidung, Flucht, Kampf, Vernichtung, Hass oder Lähmung. (vgl. Längle 2013, S. 86 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 39)

## **Die 2. Grundmotivation:**

Dem Menschen reicht es nicht, sein Dasein und seine Existenz abgesichert zu haben. Einfach nur da zu sein wird ihm nicht genügen. Der Mensch will leben mögen. Er will es „wert sein mögen“ zu leben, so dass ihn die zentrale Frage beschäftigt: Ich lebe. Mag ich überhaupt leben? (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 39 i. V. m. Längle 2013, S. 84) Gemäß seines Wesens ist er bei der Beantwortung dieser Frage auf Verbundenheit zu sich selbst, zu anderen oder auf etwas anderes ausgerichtet. Um in einer Verbundenheit mit dem für ihn Wertvollen leben zu können braucht er Beziehung, Zeit und Nähe als Grundvoraussetzungen der zweiten Grundmotivation. (vgl. Kolbe 2014 in: *bvvp* (Hg.) S. 31) Steht er zu seinem Umfeld oder den Werten in Beziehung, wird er von den Dingen des Lebens berührt sein. (vgl. Längle in: Längle (Hg.) 2009, S. 24-25) Ist ihm dafür ausreichend Zeit zur Verfügung, bzw. nimmt er sich genügend Zeit für ein Verweilen und für die Zuwendung zu den Gegebenheiten, wird er ein Gefühl für das Leben und das, was ihm wichtig ist erleben. Das Leben verdichtet sich und er entwickelt ein positives Lebensgefühl. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 42 i. V. m. Längle 2013, S. 85) Und mit einer Nähe zu dem Bedeutungsvollen seines Lebens entsteht Wärme in der Innen- und Außenwirkung. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 43) Kann der Mensch sich generell in Beziehung stellen, wird er sich dem Positiven in seiner Welt zuwenden, wobei er lernt, um das Negative oder Verlorene zu trauern, so dass er Werte, andere Menschen oder die Gegebenheiten des Momentes an sich herankommen lassen wird. Indem die Dinge (wieder) personal und aktiv zu sich herangenommen werden, kann wiederum Nähe in einer reziproken Wechselwirkung entstehen. (vgl. Längle 2013, S. 85) Durch jene personalen Aktivitäten und durch das Zusammenspiel der oben beschriebenen Grundvoraussetzungen von Beziehung, Zeit und Nähe wird der Mensch schließlich einen Zugang zu dem Grundwert des Lebens entfalten. Auf diese Weise fühlt er in einer inneren Gewissheit, dass es gut ist da zu sein, dass es gut ist zu leben. (vgl. Längle in: Längle (Hg.) 2009, S. 26-27 i. V. m. Kolbe 2014 in: *bvvp* (Hg.) S. 31) Die Emotion, die Fähigkeit zu Fühlen und zum Mitfühlen beinhalten die zentralen psychisch-geistigen Funktionen der zweiten Grundmotivation. Durch jene Funktionen wird der Mensch Beziehung, Zeit und Nähe überhaupt erst erfahren und zulassen können, so dass er schließlich zum Angebot des Lebens Stellung beziehen wird. Er wird in die Lage versetzt, sich auf das Leben einzulassen, sozusagen einen Pakt mit dem Leben abzuschließen. (vgl. Längle 2013, S. 84-85 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 45) Fehlen die zentralen Grundvoraussetzungen wiederum ganz oder teilweise, können Depressionen und depressive Verstimmungen, Sehnsüchte sowie Belastungen und eine tief empfundene Kälte die Folge sein, die sich in den Coping-Reaktionen der Abwendung, im sozialen Rückzug, ei-

ner erhöhten Bereitschaft zu leisten (Perfektionismus), der Wut und Entwertung beispielhaft äußern. (vgl. Längle 2013, S. 86) (→ vgl. hierzu Punkt 3.2. dieser Arbeit, in dem die Depression bei Kindern im Schulalter aus existenzanalytischer Sicht noch einmal ausführlich beleuchtet wird)

### **Die 3. Grundmotivation:**

Wenn der Mensch schließlich seine Existenz abgesichert hat und sein Leben mit Freude gestaltet, wird ihn aus Sicht der existentiellen Motivationslehre ein weiteres zentrales Thema beschäftigen: Sein Personsein. Er will selbst sein dürfen, sich gemäß seinen individuellen Vorlieben, Begabungen und Fähigkeiten entwickeln, so dass er sich als einzigartig, unverwechselbar und von seinem sozialen Umfeld verschieden erlebt. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 46) Infolgedessen lautet die Grundfrage der Person in der dritten Grundmotivation: Ich bin ich, aber darf ich auch so sein? (vgl. Längle 2013, S. 84) Die Voraussetzungen für die Ausbildung der eigenen Identität, des eigenen spezifischen Ichs liegen in diesem Kontext in der Be-Achtung, der Gerechtigkeit und der Wertschätzung. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Wird der Mensch von seinen Bezugspersonen be-achtet, wird er Distanz wahren können und zur Reflexion fähig sein. Widerfährt ihm Gerechtigkeit, erreicht er in seiner persönlichen Entfaltung eine Festigkeit und Autorität, so dass er wiederum in reziproker Wechselwirkung von den Menschen seiner Umwelt Be-Achtung findet. Durch die Wertschätzungen seiner Umgebung wird ihm letztendlich die Anerkennung des Eigenen ermöglicht. (vgl. Längle 2013, S. 85 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 48-49) In der personalen Aktivität der dritten Grundmotivation wird der Mensch dem Positiven seiner Welt begegnen lernen. Er wird sein eigenes Wesen und das des Anderen ansehen können sowie in der Lage sein zu sich zu stehen, sich selbst und das Gegenüber ernst zu nehmen, zu respektieren und zu beachten. (vgl. Längle 2013, S. 85) Ist der Selbstwert innerlich tief verankert, ist das Individuum außerdem kritikfähig, so dass es kritische Stellungnahmen zu seinem Verhalten und getroffenen Entscheidungen finden kann. Der Mensch wird bereuen und ggf. Anderen verzeihen. (vgl. Längle in: Längle (Hg.) 2009, S. 45-46 i. V. m. Längle 2013, S. 85) Wenn die Strebungen der dritten Grundmotivation nach Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung letztendlich realisiert sind, gelangt das Individuum zu einer Authentizität. Der Mensch erhält die Chance, ein Gespür für das ethisch Richtige zu entwickeln und sich von den Stellungnahmen anderer abzugrenzen. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 50-51) Störungen in diesem Prozess können nach den Erkenntnissen der existentiellen Motivationslehre zum histrionischen Symptomenkomplex führen: Einsamkeit, Ruhelosigkeit, Verletztheit und Scham sind beispielhaft als Folgen zu nennen. Die dazu gehörigen Schutzmechanismen äußern sich beispielsweise in einem Widerwillen, Selbstverlust, Zorn oder Ärger, wobei sich der Mensch in seinem Selbstverlust distanzieren wird. Funktionalität, Leug-

nung oder Abspaltung können ebenfalls als Copingreaktionen der dritten Grundmotivation auftreten. (vgl. Längle 2013, S. 86 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31)

#### **Die 4. Grundmotivation:**

Neben den existentiellen Strebungen da sein zu können, das Leben zu mögen und sich selbst darin wiederzufinden ist der Mensch zur Erfüllung seiner Existenz in der vierten Grundmotivation auf einen Kontext ausgerichtet. Er will erkennen worum es in seinem Leben gehen soll, wozu und wofür er leben will. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 52 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Der Mensch will sozusagen ein sinnvolles Wollen (Sollen). Die Sinnfrage seiner Existenz lautet deshalb: Ich bin da. Wofür soll ich da sein, wofür ist mein Leben gut? Das Individuum will sich also mit Tätigkeiten auseinandersetzen und sich diesen mit Hingabe widmen, die es als wertvoll erlebt, will in Zusammenhängen und Möglichkeiten eingebettet sein, die ihn spüren lassen, dass sein Leben fruchtbar ist und dass er in seinem Dasein für etwas gut ist. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31 i. V. m. Längle 2013, S. 84-85) Eine tief empfundene Leere im Leben, existentielle Frustration, Orientierungslosigkeit, Verzweiflung, Sucht oder Suizidalität verweisen in diesem Kontext auf Störungen und Defizite in der 4. Grundmotivation. (vgl. Längle 2013, S. 86)

Die Auseinandersetzung des Menschen mit den existentiellen Dimensionen der Grundmotivationen geschieht im Dialog zwischen den einzelnen Personen, aber auch zwischen dem Innen und dem Außen der eigenen Person selbst. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Werden die Strebungen im „Können, Mögen, Dürfen und Sollen“ verwirklicht, gelangt der Mensch zu einer glücklichen und erfüllten Existenz, zu einem echten und persönlichen „Wollen“. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 30) Störungen in diesen Dialogen oder in der Dialogfähigkeit des Individuums beeinträchtigen nach dem Verständnis der EA die Sinnfindung und das personale Vollziehen von Freiheit und Authentizität, wobei die oben erwähnten psychodynamische Reaktionen als Schutzmechanismen (→ vgl. zu dem Begriff der Coping-Reaktionen die Ausführungen im Punkt 5.2. dieser Arbeit) oftmals die Folge sein können. (vgl. Koble 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Nachdem das Menschenbild, die Grundzüge und die Methoden der EA und LT nun hinreichend bekannt sind, soll es im nächsten Schritt darum gehen, die Bedeutung des Ansatzes für die Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter zu verdeutlichen. Zuerst werden dabei die Entstehungsgründe von Depressionen bei Schulkindern aus existenzanalytischer Sicht ausführlich beleuchtet, um im darauf folgenden Unterkapitel auf die Präventionsmaßnahmen einer existenzanalytisch ausgerichteten Erziehungsberatung näher eingehen zu können.

### **3.2. Das existenzanalytische Verständnis einer Depression bei Kindern im Schulalter/ Eine Beschreibung anhand der zweiten Grundmotivation**

Zuerst sei angemerkt, dass in der Existenzanalyse nur sehr wenig Literatur über Depressionen bei Kindern im Schulalter vorhanden ist. Die EA richtet ihren Fokus in ihrer Anthropologie eher auf erwachsene Menschen, so dass es erst einmal Aufgabe dieser Arbeit ist, die anthropologischen Grunderkenntnisse der EA aus der zweiten Grundmotivation auf die Situation von Schulkindern zu übertragen. (vgl. Kunert 1998, S. 39) Als Basis wird dabei die Diplomarbeit der Lehrerin und Psychotherapeutin Andrea Kunert dienen, die sich mit depressiven Kindern und den existenzanalytischen Sichtweisen darauf auseinandersetzt, wobei ihre Erkenntnisse noch einmal mit aktuellen Publikationen existenzanalytisch arbeitender Ärzte, Pädagogen und Psychologen untermauert werden. Die EA legt in diesem Zusammenhang einen großen Wert darauf, dass die Depression beim Schulkind so genau wie möglich diagnostiziert wird. (vgl. Kunert 1998, S. 55 und → noch einmal Punkt 2.1. und 2.2. dieser Arbeit) Bevor nun näher auf die zweite Grundmotivation eingegangen wird, muss aus der Perspektive der EA, sozusagen als Grundlagenwissen, im ersten Schritt zwischen einem trauernden und einem depressiven Kind unterschieden werden, denn nicht jedes traurige oder trauernde Kind leidet automatisch unter einer Depression oder unter depressiven Symptomen. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004 S. 72 i. V. m. Kunert 1998, S. 55) Phänomenologisch betrachtet, erscheinen depressive Kinder in ihrem Wesen und in ihrem Verhalten anders als Kinder, die um einen Verlust trauern. (vgl. Kunert 1998, S. 55 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 138) Trauernde Kinder sind ablenkbar, sie empfinden in den Momenten der Ablenkung eine Art Entlastung, während depressive Kinder in der Regel als nicht ablenkbar erscheinen. (vgl. Kunert 1998, S. 55) Trauernde Kinder stehen in der Realität, sie haben noch eine Beziehung zu ihrer Umwelt und wenden sich ihrem erlittenen Verlust im heilsamen Prozess der Trauer zu, wobei Kinder, die depressiv sind, den Bezug zu ihrer Umgebung immer mehr verlieren, sie kapseln sich innerlich und äußerlich ab. (vgl. Kunert 1998, S. 55 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 31) Beim trauernden Kind ist die Trauer auf etwas bezogen und auf etwas gerichtet. Im Prozess der Trauer- und Verlustverarbeitung findet das trauernde Kind emotional und kognitiv einen Zugang zur so genannten Selbst-Transzendenz. In der EA wird unter diesem Begriff die Fähigkeit verstanden, sich auf jemanden oder etwas anderes einlassen zu können. Beim depressiven Kind wiederum ist diese Selbst-Transzendenz nur über die Kognition möglich, nicht aber über die Emotionalität. Das depressive Kind hat demnach kein konkretes „Worüber“, an dem es sich reibt, es bleibt in seiner Traurigkeit fast immer bezugs- und beziehungslos. (vgl. Kunert 1998, S. 56 i. V. m. Längle in: Längle (Hg.) 2009, S. 44) Während trauernde Kinder in der Regel wissen, was sie brauchen und was ihnen fehlt, haben Kinder, die unter Depressionen leiden, darüber lediglich Vermutungen. In der EA wird die Trauer als ein Verarbeitungsprozess betrachtet, der aktiv, emotional und kognitiv ab-

läuft. Die Depression hingegen hat einen passiven Charakter. Trauernde Kinder lassen sich in den einzelnen Phasen der Trauer sehr von den Gegebenheiten der Situation oder des Umfeldes berühren, sie zeigen die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz, sie lassen sich ein. Bei depressiven Kindern ist die allgemeine Berührbarkeit im Gegenzug stark vermindert. (vgl. Kunert 1998, S. 56 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 31-32) Während sich das Kind in der Trauer weiterhin als entscheidungs-, handlungs- und arbeitsfähig zeigt, nehmen diese Fähigkeiten in der Depression mehr und mehr ab. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 138) Vor diesem Hintergrund sieht die Anthropologie der EA die Hauptursachen für das Entstehen des depressiven Verhaltens und Erlebens bei Schulkindern im Wesentlichen in den verschiedenen Facetten der zweiten Grundmotivation bedingt, wobei auch immer Komponenten der anderen Grundmotivationen anteilig in das Zusammenspiel hineinfließen können: Existentiell gesehen, ist die Emotionalität und das Gefühlsleben der depressiven Kinder nicht mehr im Gleichgewicht, so dass grundlegend betrachtet, die Beziehung zum Leben aufgrund jener Störung verloren geht. (vgl. Probst in: GLE International (Hg.) 2004 S. 72 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 138-139 und Längle 2013, S. 84-86) Im vorangegangenen Abschnitt wurde unter dem Punkt der zweiten Grundmotivation bereits erläutert, wie wichtig es für den Menschen, bzw. das Kind ist, dass es sich in der Tiefe seiner Existenz annehmen kann, dass es der festen Überzeugung ist und sagen mag: „Es ist gut, dass ich da bin. Es ist gut, dass ich lebe. Es ist gut, dass es mich gibt.“ Das Kind wird sich seiner selbst und seinem Leben mit Gefühlen der Wärme und Geborgenheit begegnen, wenn es sich seines Grundwertes bewusst ist, d.h. wenn es spürt, dass das Leben an sich und dass sein eigenes Leben einen Wert hat. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013 S. 57-58 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2009, S. 26-27 und Kunert 1998, S. 40-41) Der EA zufolge geht es im Leben allerdings nicht in erster Linie darum, dass sich immer wieder gute Gefühle für das Leben einstellen. Es wäre zwar angenehm und auch ein legitimer Wunsch, ist jedoch nicht das worauf es nach den Grundsätzen der EA ankommt. Die EA sieht das Leben als Herausforderung, sich immer wieder auf dessen situationsgebundene Gegebenheiten einzulassen, sich immer wieder neu zu entscheiden und den Risiken des Lebens bewusst mit einem „JA“ zu begegnen und eigene personale Antworten auf die jeweiligen Fragen des Lebens zu finden. (vgl. Längle in: Längle/GLE International 2013, S. 61-62) Dabei wird nicht nur das Personsein im „Hier und Jetzt“ betrachtet, sondern auch das Potentielle und Fakultative, das Mögliche im Menschen bzw. im Kinde. (vgl. Kunert 1998, S. 41 i. V. m. Frankl 2010, S. 61) Damit das Kind sich nun seiner Person, seiner Einzigartigkeit und seiner Möglichkeiten bewusst werden kann, braucht es in Korrelation zur ersten Grundmotivation ein Gefühl des Vertrauens und ein Klima des Angenommen-Seins und zwar genau unter den Aspekten wie es ist. Mit allen seinen Begabungen, Stärken und Schwächen. (vgl. Kunert 1998, S. 41 i. V. m. Längle 1999 in: Bürgi (Hg.) 2011, S. 49) Es braucht im Zuge der ersten Grundmotivation die

Grunderfahrung, dass es gehalten wird, dass genug Raum für seine Entwicklung bereit steht und, dass es von seinen Bezugspersonen bzw. von seiner Familie geschützt und geachtet aufwachsen kann. (vgl. Längle 1999 in: Bürgi (Hg.) 2011, S. 48-49) Auf diese Weise wird es die tragende Erfahrung machen, dass es in seinem Seinsgrund, in seinem spezifischen So-Sein gehalten ist. Diese positive Seinserfahrung wird in der EA als Urform des Guten gesehen, wobei sie auch als Grundlage für eine positive Ausbildung des Grundvertrauens und des Grundwertes gilt. Ist der Grundwert im Kind positiv verankert, macht es Erfahrungen der Selbst-Transzendenz, es richtet sich selbst auf seine personalen Werte und Wertmöglichkeiten aus und spürt deren Anziehungskraft. (vgl. Längle 2013, S. 73-76 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 97 und Kunert 1998, S. 40-41) Durch die Verwirklichungen des, für ihn, Kostbaren und Wertvollen in der Welt, erfährt das Kind Sinn und Momente des Glücks. Es wird Hobbies finden, Freundschaften mit anderen Kindern, die es mag schließen und sich auch den Anforderungen der Schule neugierig entgegen stellen. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.), S. 30) Die Depression eines Kindes ist laut der EA damit verbunden, dass dem Kind die Werte im Allgemeinen fehlen. Es kann sich selbst und das Leben nicht als wertvoll und wichtig erleben. Das depressive Kind wird die eigene Person und den eigenen Grundwert in einer negativen Weise besetzen, so dass infolgedessen auch die Wertmöglichkeiten seiner Umgebung durch das fehlende „JA“ zu sich selbst und zum eigenen Leben nicht gespürt werden können. (vgl. Kunert 1998, S. 43 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 61) Die Gründe dafür liegen, existentiell gesehen, wieder in der Verbindung zu den Prämissen der ersten Grundmotivation. Wird das Kind in seinem Angenommen-Sein beispielsweise mit Bedingungen konfrontiert, kann es seinen Grundwert, der sich immer am spezifischen Wesen des Kindes, an dessen So-Sein, verdeutlicht, nicht in einer positiven Weise entwickeln. Es wird vielmehr von den Bezugspersonen seiner Umgebung nach deren Wünschen und Erwartungen instrumentalisiert. Sätze wie: „Wenn Du brav und artig bist, dann habe ich Dich lieb.“ Oder: „Wenn Du in der Schule gute Noten bekommst, sind wir mit Dir zufrieden“ werden in der EA als typische Formulierungen gesehen, die einer positiven Entwicklung des Grundwertes entgegen stehen. Das Kind bekommt auf diese Weise vermittelt, dass es eben nicht gut so ist, wie es ist, sondern, dass es erst als gut angesehen wird, wenn es etwas Bestimmtes leistet, das aber nicht unbedingt seinen eigenen Werten entsprechen muss, sondern sich eher in den Erwartungen der primären Bezugspersonen widerspiegelt. (vgl. Kunert 1998, S. 42-43 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 44 und Längle 2013, S. 73-76 und S. 76-79) Andrea Kunert sieht dieser Entwicklung ein fehlendes Vertrauen auf beiden Seiten zugrunde liegen. Aufgrund des fehlenden Vertrauens der Bezugspersonen in ihre Kinder, dass diese Kinder ihren eigenen Weg finden und sich gemäß ihrer Persönlichkeit entwickeln, können die Kinder wiederum kein Vertrauen in ihre Umwelt setzen. Jener Kommunikationsmechanismus wird in einer Reziprozität wiederum dahin führen, dass die Kinder kein Vertrauen

in sich selbst und ihre eigenen Begabungen finden werden. Sie verlernen auf sich selbst zu achten, hinzuspüren, was ihnen gut tut und ihrer Entwicklung förderlich ist und was sie selbst, um ihrer selbst willen, mögen. (vgl. Kunert 1998, S. 42 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 7) In ihrem Lernverhalten werden Pausen oftmals nicht mehr richtig eingehalten, die körperlichen Signale, welche zur Ruhe mahnen, werden nicht mehr richtig gespürt, da das Umfeld bestimmte Ergebnisse erwartet. Die Kinder können sich in der Schule somit leichter überfordern und entwickeln mitunter einen Hang zum Perfektionismus, so dass sich die, im Kapitel 2 dieser Arbeit beschriebenen, Konzentrations- und Entscheidungsprobleme einstellen können. Zusätzlich zu einer daraus resultierenden sinkenden Motivation zu lernen wird in diesem Kontext ebenfalls häufig beobachtet, dass sich die, für Depressionen dieses Alters, spezifischen Versagens- und Anerkennungsängste verstärkt ausbilden. (→ vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.2.2 dieser Arbeit und Giger-Bütler 2003, S. 58) Das von einer Depression bedrohte Kind verlernt auf das Wertvolle in seiner Umgebung zu achten, auf das, was ihn spezifisch in seinem Personsein anzieht und was ihm Freude macht. Infolgedessen können negative Denkmuster entstehen, die das Kind chronisch unglücklich werden lassen, so dass sich eine tiefe Leere und Gefühle der Sinnlosigkeit in ihm ausbreiten. Schon Kinder können auf diese Weise langsam ausbrennen und ihre Energie verlieren. In der EA wird dann von dem, so genannten Existentiellen Vakuum gesprochen, welches in dem Nicht-Spüren-Können und den Wertekonflikten seinen Ausdruck findet. Für das depressive Kind ist es sehr schwierig, den Sinn in seinem Leben zu erspüren, da laut Frankl ein Sehen und Fühlen des Fakultativ-Möglichen dafür die Grundvoraussetzung bildet. Und dieses Sehen ist in den Theorien der EA an das JA zum Leben gekoppelt. (→ vgl. Kapitel 2.1.1. dieser Arbeit i. V. m. Frankl 2010, S. 61/S. 117-119 und Kunert 1998, S. 43-44) Indem der Mensch zu sich selbst und seinem Leben eine positive Stellungnahme abgibt, schließt er sozusagen mit dem Leben einen Pakt ab, er sendet dem Leben in gewisser Weise eine Art Liebeserklärung. Diese Stellungnahme bzw. Liebeserklärung für das Leben wird in der EA als innere, personale oder auch als zweite Geburt des Menschen angesehen. Der Mensch tritt mit den Bedingungen seines Lebens in Beziehung, er wird sozusagen durch die positive Entscheidung zum Leben in die Gegenwart hineingeboren und zwar nicht auf der Basis des Verstandes, sondern auf der Grundlage seines Gefühls. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 61-63) Da sich ein depressives Kind aufgrund seiner Mangelserfahrungen nicht auf dieses „JA“ zum Leben einlassen kann, wird es demzufolge auch nicht in das „Hier und Jetzt“ hineingeboren. Aus diesem Grund wird es ihm sehr schwer fallen, sich auf seinen Hintergrund der Wirklichkeit in der Gegenwart einzulassen und zu beziehen. Laut Längle hat das zur Folge, dass sich das depressive Kind im bloßen Denken des Möglichen verfängt ohne sich den Bedingungen der Realität wirklich zu stellen. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 139 i. V. m. Kunert 1998, S. 44) Aus dieser „unentschiedenen“ Gegenwart heraus und aufgrund der Tatsache, dass es seine Werte



nicht fühlen kann, wird es sich mitunter in die Sehnsüchte einer Zukunft flüchten, die es sich gemäß seiner Träume und Wunschvorstellungen gestalten kann. In dieser „traumhaften“ Zukunft ist seine Stellungnahme außerdem noch nicht angefragt, so dass sich bei depressiven Kindern bestimmte Denkmuster manifestieren, die sich phänomenologisch in folgenden Äußerungen beispielhaft zeigen: „Wenn ich erwachsen bin, wird alles anders und besser.“ „Wenn ich in die Schule komme, dann wird es mir viel besser gehen.“ Die Probleme in der Gegenwart, denen sich das betroffene Kind oft einsam und hilflos gegenüber sieht, können auf diese Weise umgangen werden ohne sie lösen zu müssen. Das Kind schützt sich also selbst durch jene Fantasien einer besseren Zukunft. Es verschiebt sein Leben auf später oder passt sich der Gegenwart in einer überdeutlichen Weise an. (vgl. Kunert 1998, S. 45 i. V. m. Längle 2013 S. 86) Kinder, die unter Depressionen leiden, finden sich oftmals in einer Welt wieder, die von strengen Vorschriften und Erwartungen geprägt ist. Sie haben oft das Gefühl vieles in ihrem Leben falsch zu machen, und sehen sich aufgrund ihres Verhaltens mit Ablehnung und Ärger aus dem sozialen Umfeld konfrontiert. Depressive Kinder leben folglich mehr in einer Welt des Müssens und unter dem Zwang, sich beweisen und anstrengen zu müssen, als in einer Umgebung, die von der Freiheit eines personal entschiedenen Wollens durchzogen ist. (vgl. Kunert 1998, S. 45-46 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 30) Aus Angst vor Beziehungs- und Liebesverlust fällt es ihnen in der Regel sehr schwer „Nein“ zu sagen, da sie bei einem „Nein“, also einem Handeln nach ihren eigenen Bedürfnissen, extreme Konsequenzen befürchten. So nimmt sich das depressive Kind aus einem Schutzmechanismus heraus seine real existierenden Möglichkeiten, bzw. wird durch sein Umfeld seiner Personalität beraubt. (vgl. Kunert 1998, S. 46 i. V. m. Scharf 2005, S. 17) Um aus diesem Teufelskreis entfliehen zu können, braucht ein depressives Kind sehr viel Mut. Mutig zu sein ist für ein solches Kind oftmals sehr schwierig. Aufgrund seiner Biographie und seiner mangelnden Wertfühlbarkeit fehlen ihm wichtige Grundvoraussetzungen, die ihn vertrauen lassen und die ihm Kraft und Halt geben. Ein depressives Kind erlebt sich selbst und seinen Problemen gegenüber oft als ohnmächtig und entscheidungs- bzw. handlungsunfähig. (→ vgl. hierzu Punkt 2.1. und 2.2. dieser Arbeit und Kunert 1998, S. 46-47) Depressionen werden auch in der existenzanalytischen Fachliteratur oftmals mit einem gewissen Schwermut gleichgesetzt. In einer depressiven Grundstimmung fehlt es dem Menschen bzw. dem Kind an Vitalität und Antrieb, sich mit den Schwierigkeiten der Wirklichkeit auseinander zu setzen. (→ vgl. Punkt 2.1.1. dieser Arbeit und Längle in: GLE (Hg.) 1987, S. 10) In der EA werden das „Mögen“ bzw. das „leben Mögen“ und auch der Mut jeweils als bedeutende Lebenskräfte angesehen, die gegen Schwermut und gegen die depressive Angst, d. h. gegen die spezifische Angst vor Beziehungsverlust, angehen können. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013 S. 8 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 133) Aus Sicht der EA ist es sehr wichtig, das Mögen oder auch das Nicht-Mögen, ernst zu nehmen. Im Mögen, Nicht-Mögen oder im Mut

schwimmt immer auch eine innere Kraft und Bewegung mit. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 8-10) Wenn nun, wie bei depressiven Kindern, das Mögen oder auch Nicht-Mögen fehlt oder nicht gespürt werden kann, sind auch die Vitalität, die Lebenskraft und die Lebenslust nicht mehr präsent, die das Kind in Bewegung und zu Entscheidungen bringt. Durch Vitalität und Lebendigkeit, die von Bewegungen auslöst und begleitet werden, können sich, gemäß der Erkenntnisse aus der existentiellen Motivationslehre, schließlich Möglichkeiten ergeben, sich Konflikten aktiv zu stellen, um sich dem Leben wieder zuwenden zu können. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 44 i. V. m. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 120) Als Beispiel dafür sei ein aktiver und gelungener Trauerprozess genannt, in dem das Kind um seine erlittenen (Wert)verluste zu trauern lernt. Wird es in diesem schwierigen Prozess sensibel und einführend begleitet, erhält es die Chance, seine Coping-Schleifen zu durchbrechen. In der Trauer oder in der Wut kann es sich dem erlittenen Grundgefühl des Schmerzes aktiv stellen und ihn letztendlich personal verarbeiten. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 31-32) Auch Ängste, die als häufige Begleitsymptome von depressiven Zustandbildern angesehen werden, können auf diese Weise angenommen und besser ausgehalten werden. (→ vgl. Kapitel 2.2. dieser Arbeit und Kunert 1998, S. 47) In abschließender und zusammenfassender Betrachtung entstehen depressive Störungen nach dem Verständnis der EA also auch, wenn die Verarbeitung von Verlusten im Prozess des Trauerns nicht mehr gelingt und wenn auch andere psychodynamische Schutzmechanismen des Kindes nicht mehr greifen können. Dadurch entwickelt sich laut der EA das tiefe Gefühl des Lebensverlustes, das den Menschen bzw. das Kind ständig und schwer belastet und über die Fixierung der Coping-Schutzreaktionen früher oder später in depressive Gefühle und Störungen münden wird. (vgl. Längle 2013, S. 78-79) Vor diesem Hintergrund sei noch angemerkt, dass jedes Kind die Nähe, die Zuwendung und die Beziehung zu seinen Bezugspersonen braucht, um sich in seiner Person frei entfalten und sich dem Leben hingeben zu können. (vgl. Längle 2013, S. 77) Gemäß Martin Buber und auch nach der Anthropologie der EA wird das Ich zum Ich in der dialogischen Begegnung mit dem „Du“. „Das Ich wird zum Ich am Du“. (Buber 2010, S. 126-134) Oftmals übertragen Eltern oder Bezugspersonen ihre eigenen Erfahrungen aus einer strengen und lieblosen Erziehung unbewusst und unreflektiert auf ihre Kinder. So können mangelnde Wertfühligkeiten, Überforderungsmuster und Störungen in der Evidenz des Angenommen-Seins von den Eltern an ihre Kinder weiter gegeben werden. (vgl. Miller 1983, S. 19-24 i. V. m. Giger-Bütler 2003, S. 58-61 und Schottky 1997, S. 8-12) Depressive Eltern haben oft auch Kinder, die unter jenen Grundgefühlen der inneren Leere, Schwere und Sinnlosigkeit leiden. Ihnen fehlt in gewisser Hinsicht ein anteilnehmendes und mitfühlendes Gegenüber im „Du“. (vgl. Essau 2007, S. 12 i. V. m. Miller 1983, S. 27) Ein derartiger „Teufelskreis“ kann aus Sicht der EA dann unterbrochen werden, wenn Eltern und Kinder ihre Emotionen und Coping-Strategien situations- und alltagsorientiert verstehend

reflektieren und um das Verlorene zu trauern lernen. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 41) Ziel einer existenzanalytisch ausgerichteten Erziehungsberatung wird es demnach sein, dem Kind und seiner Familie Möglichkeiten an die Hand zu geben, miteinander wieder in Kommunikation und Beziehung treten zu können. Die Familie und die einzelnen Familienmitglieder sollen sich durch eine phänomenologische und ressourcenorientierte Herangehensweise ihrer individuellen Werte wieder bewusst werden. Trauer- und sonstige Verarbeitungsprozesse sollen dabei ebenso angeregt und begleitet werden, wie die damit einhergehenden individuellen Prozesse der Sinnfindung. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30-31) Ziel des nächsten Abschnittes wird es also sein, die Methoden einer Erziehungsberatung näher vorzustellen, die mit den (Schul)kindern und ihren Bezugspersonen nach den Grundsätzen und Erkenntnissen der EA arbeitet.

### **3.3. Die Erziehungsberatung als Präventionsmöglichkeit aus existenzanalytischer Sicht**

Um die Arbeitsweise einer Erziehungsberatung näher bringen zu können, die sich dem depressiv anmutenden Kind und seinen Bezugspersonen nach den Grundsätzen der EA und LT nähert, muss zuerst das existenzanalytische Verständnis von „Erziehung“ kurz erläutert werden. Die existenzanalytische Sichtweise auf Erziehung bildet die grundlegende Voraussetzung für die Vorgehensweisen in allen Beratungsgesprächen und ist dadurch gekennzeichnet, dass die Person des Kindes und auch die Person des/der Erziehenden als zentral angesehen wird. (vgl. Kolbe in: GLE International (Hg.) 2010, S. 26 i. V. m. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 29) Jedes Kind ist dabei als einmalig und einzigartig zu betrachten. In seinem Personsein wird es jedem Kind zugesprochen ein Träger von Werten zu sein. Die Person des Kindes zeigt sich also in ihren Werten und in ihrem Wollen, wobei die EA die Fähigkeiten des Kindes zur Selbstgestaltung und Entscheidung als sehr bedeutsam ansieht. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010 S. 29) In diesem Zusammenhang setzt die EA ihren Fokus auf die Potenzialität des Kindes, auf das fakultativ Mögliche in ihm selbst und in seiner Entwicklung. Dieses Fakultative ist dem Kind laut Frankl schon im Augenblick der Zeugung zu eigen und nicht erst mit seiner Geburt. Das Personsein kennzeichnet den Menschen aus dieser Perspektive also von Anfang an. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 30 i. V. m. Wicki in: GLE Wien (Hg.) 1990, S. 14-15) Das Potenzial in der Person des Kindes kann nach existenzanalytischem Verständnis durch Erziehung und Selbstgestaltung im Laufe seiner Entwicklung immer deutlicher herausgeschält werden. Ziel einer existenzanalytischen Erziehung wird es demnach vorwiegend sein, die Person des Kindes, welche immer stärker zum Vorschein kommt, in den eigenen Erziehungsprozess mit einzubeziehen. Das Kind soll in seine eigene Erziehung eingreifen, sie mitformen und mitgestalten können. In seiner „Entwicklung“ ist es sowohl das Selbst, das ausgewickelt und entbunden wird, als auch das

Selbst, welches das aktive Handlungszentrum des Auswickelns oder Herausschälens bildet. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 30) Die Praxis der Erziehung wird dabei als sehr komplex verstanden. Erziehung geschieht in der Wechselwirkung von mindestens zwei Personen, sie wird durch den dualen bzw. dialogischen Austauschprozess zwischen der Person des Erziehers und der Person des zu erziehenden Kindes maßgeblich beeinflusst. Vor diesem Hintergrund bestimmen die Emotionalitäten und die Motivationen der beteiligten Personen den Verlauf des Geschehens ebenso wie deren Authentizität, Selbstwert oder deren Lebendigkeit. (vgl. Wernegger in: GLE (Hg.) 1987, S. 63 i. V. m. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 30) Viktor Frankl hat dabei die Position vertreten, dass das Seelische im Menschen durchaus durch die Erziehung gelenkt werden kann, das Geistige aber nicht. Das Geistige im Menschen kann nach Frankl nicht erzogen oder anerzogen werden, es muss von ihm selbst aktiv und personal vollzogen werden. (vgl. Frankl 2009, S. 126-127) Eine existenzanalytisch ausgerichtete Erziehung wird also nicht den Anspruch verfolgen, die Person des Kindes für die Zukunft festzulegen, sie zu formen oder zu verändern. Das kann sie gar nicht, da laut der EA jedem Mensch und jedem Kind zugesprochen wird, die Möglichkeit inne zu haben, sich immer wieder frei entscheiden zu können. Diese potenzielle Freiheit, die sich im freien Willen des Menschen manifestiert und die sich in seinem persönlichen Entscheidungs- oder Entwicklungsprozess biographisch zeigt, widerspricht dabei einer Festlegung. (vgl. Frankl 2009, S. 129-134) Die existenzanalytische Erziehung verfolgt also in erster Linie die Prämisse, die Person des Kindes anzusprechen und mit ihr in eine Begegnung, in einen Dialog zu treten, anstatt sie zu formen oder festlegen zu wollen. Erziehung kann demnach nur dann fruchtbar werden, wenn der Erziehende es schafft, zur Person des Kindes vorzudringen. Und das wird er nur vermögen, indem er das Kind konsequent in das Erziehungsgeschehen mit einbezieht. So tritt das autonome System des Kindes in eine stetige Auseinandersetzung mit dem autonomen System des Erwachsenen. (vgl. Kolbe in: GLE International (Hg.) 2010, S. 26 i. V. m. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 31) Dabei wird es als sehr wichtig angesehen, dass sich die erziehende Person nicht nur auf das Kind und dessen Bedürfnisse konzentriert. Beide Personen sind gleichwertig, was wiederum heißt, dass die erwachsene Person sowohl bei sich und den eigenen Bedürfnissen bleiben sollte, als auch bei dem, was sich in der Person des Kindes zeigt. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 31 i. V. m. Wernegger in: GLE (Hg.) 1987, S. 63-67) Diese Wechselhaftigkeiten in der dialogischen Beziehung befinden sich in einem fließenden, sich ständig verändernden Prozess. Das bedeutet auch, dass sich das Erziehungsgeschehen weder planen noch vorhersagen lässt. Es gibt kein allgemeingültiges Rezept für eine gelingende Erziehung. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 33/S.35) Schwerpunkt einer existenzanalytischen Erziehung wird es sein, dem Kind mit einer phänomenologischen Offenheit auf gleicher Augenhöhe zu begegnen, die sich wesentlich in einer Haltung des Verstehens zeigen wird. Der Erwachsene sollte das Kind

so nehmen und annehmen wie es ist, was wiederum impliziert, dass keine vorgefertigten Meinungen, Bilder oder Ansprüche an die Person des Kindes gerichtet werden. Auf diese Weise können dem Kind wertvolle Grunderfahrungen mitgegeben werden, die es ihm ermöglichen, sein Leben aus der Kraft seiner eigenen, individuellen Motivation aktiv zu gestalten. So wird das Kind außerdem befähigt, seine persönlichen Werte zu verwirklichen und Gefühle von Sinnhaftigkeit und Freude zu erleben, die aufkommenden depressiven Emotionen entgegen wirken können. (vgl. Kolbe in: GLE International (Hg.) 2010, S. 26-28 i. V. m. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 34 und Mannitz 1994 S. 7) Die Leitlinien existenzieller Erziehung können also dahingehend zusammengefasst werden, dass „(...) der Mensch nicht primär als ein Ergebnis entwicklungspsychologischer, innerpsychischer Prozesse oder umweltlicher Einflüsse angesehen (wird), sondern vor allem auch als ein Wesen, das sich in dem, was möglich ist, auch selbst gestalten kann.“ (Waibel in: GLE International 2010, S.34) In diesem Zusammenhang sieht sich auch die existenzielle Erziehung, wie die EA insgesamt, offen gegenüber neuen Erkenntnissen und anderen Denkweisen, vorausgesetzt, dass diese das Personen- und Menschenbild der EA nicht ausschließen. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010 S. 35 i. V. m. Längle 2013, S. 11) Vor diesem Hintergrund wird eine Erziehungsberaterin, die existenzanalytisch mit Familien arbeitet, in denen ein Kind Symptome von Depressionen erkennen lässt, ein Hauptziel verfolgen: Die Beziehungen zwischen dem Kind und der Familie sollen durch die einzelnen Gespräche wieder gestärkt werden, so dass personale Begegnungen auf beiden Seiten wieder möglich sind. Auf diese Weise erhalten beide Parteien die Chance, sich einander wieder zu nähern und die Beweggründe sowie die Emotionen des Anderen zu verstehen. Die depressiven Symptomatiken, unter welchen vor allem das Kind in Ansätzen leidet, können somit aufgefangen und vermindert werden, so dass ein existenzieller Dialog in der Erziehung wieder Fuß fassen kann. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 142-143) In einer existenzanalytischen Beratung bzw. Erziehungsberatung werden Informationen, Erfahrungen und Erkenntnisse vermittelt bzw. gemeinsam erarbeitet, die für die Lösung eines bestimmten Themas oder Problembereiches notwendig sind. Dazu gehören auch die damit einhergehenden Anleitungen zum selbstständigen Üben und für ein neues sowie verändertes Verhalten. (Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 3) Auf der Erkenntnis- und Wissenssebene sollen demnach die Sichtweisen der einzelnen Personen zueinander verändert werden, so dass sich auch die Haltungen und Einstellungen der einzelnen Familienmitglieder in einer positiven und förderlichen Weise ändern können. Auf der Verhaltensebene sollen durch Verhaltensanleitungen personale Stellungnahmen wieder angeregt werden. Das kann beispielsweise durch die Methoden der PEA, die Sinnerfassungsmethode oder die personale Positionsfindung geschehen. (Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 4) Die EA verfügt in diesem Zusammenhang über spezifische Methoden und Fragetechniken, die dem Kind oder seinen Bezugspersonen verhelfen, mit der drohenden Depression gemeinsam in

einen Umgang zu treten. (vgl. GLE International 2014, S. 1) Dabei wird der Erziehungsberater auf der Arbeitsebene stets darauf schauen, was das Kind oder die Familie bereits kann und mit welchen gegebenen Mitteln sich die Beziehungen zwischen ihnen wieder verfestigen lassen. Die Autonomie der jeweiligen Familienmitglieder im Einzelnen soll dabei ebenso gestärkt werden, wie die Autonomie der Gesamtfamilie. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 4 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 143) Dabei werden zwar Verhaltensanleitungen gegeben, die aber nicht mit Ratschlägen verwechselt werden dürfen. Der Erziehungsberater wird Möglichkeiten aufzeigen, damit die zu beratenden Personen Wege sehen, wie sie das Problem selbst, auf ihre Weise und nach ihren Möglichkeiten angehen können. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 4 i. V. m. Flyer DGfB Wie erkenne ich gute Beratung?) Wenn es sich im Laufe der Anamnese allerdings herausstellen sollte, dass sich eine Depression des Kindes im Sinne eines umfassenden Störungsbildes (→ vgl. Punkt 2.1. dieser Arbeit) bereits manifestiert hat oder die Familie nicht genügend Ressourcen aufweist, sich dem Problem auf der Ebene einer guten Beratung zuzuwenden, ist eine Therapie indiziert. Eine bloße Anleitung im emotionalen Verstehen würde die Familie in diesem Fall überfordern, so dass die Erziehungsberaterin das Kind und seine Bezugspersonen in eine existenzanalytische Psychotherapie übergeben würde. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 8) Eine genaue und ausführliche Anamnese, die eine existenzanalytisch ausgebildete Erziehungsberaterin nach den Grundsätzen der Phänomenologie und der phänomenologischen Offenheit durchführen wird (→ vgl. Punkt 3.1.1 dieser Arbeit) ist für die Erfassung der Gesamtsituation der Familie und für einen stimmigen Ablauf der darauf folgenden Beratungsgespräche von sehr hoher Bedeutung. (vgl. Kunert 1998, S. 73) Zur Gewährung der phänomenologischen Offenheit bzw. Voraussetzungslosigkeit wird der existenzanalytische Berater, sofern es die institutionellen Rahmenbedingungen erlauben, die ggf. vorliegenden Berichte, Diagnosen und Befunde anderer Einrichtungen oder Ärzte erst nach dem bzw. den ersten Gesprächen aufmerksam lesen. Auf diese Weise kann das betroffene Kind und die Familie die Chance erhalten, in eine möglichst vorurteilsfreie dialogische Begegnung mit der Erziehungsberaterin zu kommen. So kann ein Klima der Annahme und des Vertrauens initiiert werden. Die betroffenen Personen können dadurch den Mut finden, sich leichter in ihrer Verletzlichkeit zu zeigen und in ihrem Wesen immer wieder neu zu öffnen. (vgl. Kunert 1998, S. 72-73 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 62-63) Auf Seiten des Erziehungsberaters sollen jene Tendenzen durch interessiertem Zuhören, Nachfragen und die Grundhaltung des phänomenologischen Verstehens weiter erleichtert werden. (Lindt Zbinden in: GLE International (Hg.) 2010, S. 81 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 63) Wenn mit dem Schulkind allein gearbeitet wird, ist häufig zu beobachten, dass es sich im sicheren Raum der Erziehungsberatung freier und willkommen erlebt und zwar ohne den Gedanken etwas leisten oder vorweisen zu müssen. (vgl. Kunert 1998, S. 73) Über verschiedene Methoden des Spie-

les und der Bewegung oder auch durch das Einsetzen von kreativen Elementen sollen ihm Möglichkeiten eröffnet werden, sich seinen Konfliktsituationen spielerisch zu stellen. Auf diese Weise lernt es, seine Gefühle zuzulassen und sie besser zu verstehen. Aufgestaute Emotionen von Wut, Angst oder Trauer werden somit im Spiel ausgelebt und können akzeptiert und verstanden werden. (vgl. Kunert 1998, S. 74-76) Die Grenzen zwischen einer reinen Beratung und therapeutischen Herangehensweisen sind dabei in der Praxis oft fließend, so dass an dieser Stelle noch einmal betont werden muss, dass die Vorgehensweise der existenzanalytischen Erziehungsberatung, gemäß der sekundären Prävention, zwar einzelne therapeutische Elemente bedingt aufgreifen kann, der Fokus wird aber, da sich die Symptome beim Kind zwar anteilig zeigen, jedoch noch nicht in aller Schwere ausgebildet haben, eher auf pädagogischen Mitteln liegen. Sollte es sich herauskristalisieren, dass die Beratung längerfristig andauern wird, sind rechtzeitige klare Grenzen zu ziehen, damit Beratungsbeziehungen nicht in quasi-therapeutische Kontakte abgleiten, die ein hohes Risiko aufweisen letztendlich fehlzuschlagen. (vgl. Rollett/Sirsch in: Rost (Hg.) 2010, S. 153) Zu den pädagogischen Mitteln zählen beispielsweise auch das Rollenspiel, Spiele mit Handpuppen oder das Errichten von Fantasiewelten mit Bauklötzen und in der Sandkiste. Neben reinen Gesprächen können dem Kind durch die kreativen Angebote (beispielsweise beim Malen, Zeichnen, Arbeiten mit Ton, im Tanz und der Bewegung) seine schöpferischen Werte und seine Erlebniswerte wieder nahe gebracht werden, die es allmählich verlernt hat zu spüren. (vgl. Kunert 1998, S. 74) Wichtig ist, dass das von der Depression bedrohte Schulkind sich immer frei für ein pädagogisches Mittel entscheiden und es ausprobieren kann, so dass es seine, ihm spezifisch zu eigenen, Wertmöglichkeiten und Interessen ohne Vorgaben und Ergebnisdruck wieder zu finden vermag. (vgl. Kunert 1998, S. 74-75) In den Gesprächen, die allein mit den Bezugspersonen stattfinden, sollen durch die Beratungsgespräche eigene Muster und (Schutz)Verhaltensweisen im komplexen Erziehungsgeschehen erkannt und besser verstanden werden. Auf diese Weise kann sich eine Haltung der Offenheit und ein Verständnis gegenüber dem Kind entwickeln. (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 34) Dabei werden vornehmlich konkrete Beispiele aus dem Lebensalltag der Familie durchgesprochen. (vgl. Längle in: Längle/GLE International (Hg.) 2013a, S. 6) Die Erziehungsberatung nach existenzanalytischem Verständnis will den Erziehenden dahingehend helfen, dass sie nicht mehr mit der Situation und dem Kind kämpfen oder hadern. Sie sollen sich im Gegenzug Möglichkeiten gewahr werden, gute eigene Antworten auf ihr Kind in der speziellen Situation zu finden. Deshalb soll herausgearbeitet werden, was das Kind im dialogischen Austausch mit der erziehenden Person, ihrem Gegenüber im „Du“, in der spezifisch-konkreten Situation braucht, damit es in einen „weltoffenen und selbstbezüglichen Austausch“ gelangen kann. Zentrale existenzielle Fragen können in diesem Zusammenhang lauten: „Was erwartet diese Situation vom Kind?“ Anstelle der Frage: „Was kann ich in dieser Situation vom Kind erwarten?“ Oder:

„Was machen wir daraus?“ Anstatt sich zu fragen: „Was machen wir dagegen?“ (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 36 i. V. m. Troger 2006, S. 2) Da sich der Mensch, nach existenziellem Verständnis, in Beziehung zu sich selbst und zu seiner Welt befindet, wird es in der Erziehungsberatung also insgesamt darum gehen, wie jedes einzelne Familienmitglied seine Beziehung zur Welt gestaltet. Welche Werte sind demnach für den Einzelnen und die Familie konkret bedeutsam und woraus schöpfen die jeweiligen Beteiligten ihren Lebenssinn? Wie lassen sich die Beziehungen im Miteinander ausformen, so dass es wieder zu personalen Dialogen und Begegnungen, zu mehr Zeit füreinander und mehr Nähe untereinander kommen kann? (vgl. Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 36-37) In zusammenfassender Betrachtung des 3. Kapitels hat die EA insgesamt eine hohe Bedeutung für die sekundäre Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter. Mit ihren ausdifferenzierten Sichtweisen auf Depressionen durch die existenzielle Motivationslehre und ihren logotherapeutischen Interventionen in der Prozesstheorie und Erziehungsberatung können depressive Zustandsbilder nicht nur bei Erwachsenen erkannt und behandelt werden. Auch für Kinder im Schulalter bieten die Erkenntnisse über Depressionen, die speziell mit der zweiten Grundmotivation einhergehen, eine gute Ausgangsbasis für eine individuelle und ressourcenorientierte Prävention. Vor diesem Hintergrund soll nun im nächsten Kapitel das Konzept der Resilienz vorgestellt werden. Welche Sichtweisen bietet das Resilienz-Konzept auf die Entstehungsgründe von Depressionen bei Kindern im Schulalter und wie werden die sekundären Präventionsmaßnahmen einer Erziehungsberatung verstanden, die nach den Erkenntnissen dieses Ansatzes arbeitet?

#### **4. Die Bedeutung des Resilienz-Konzeptes für die Prävention von Depressionen bei Schulkindern**

Zu Beginn dieses Kapitels sei einleitend angemerkt, dass es kaum Literatur gibt, die sich speziell mit dem Resilienz-Konzept und der spezifischen Störung einer Depression auseinandersetzt. Welche Risiko- bzw. Schutzfaktoren speziell mit kindlichen Depressionen einhergehen ist zum derzeitigen Forschungsstand noch nicht geklärt. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 48-49) Die vorliegende Arbeit stützt sich deshalb bezüglich der Basisinformationen zum Resilienz-Konzept auf die Fachliteratur von Wissenschaftlern um Corina Wustmann Seiler und bildet eigene ausgearbeitete Schlüsse und Rückbeziehungen, die sich speziell aus den Erkenntnissen aus dem zweiten Kapitel dieser Arbeit und weiterer grundlegender Fachliteratur speisen. Generell gesehen existiert in diesem Zusammenhang eine große Bandbreite an fachlichen Informationen zum Resilienz-Konzept an sich, nur eben nicht direkt bezogen auf die Depression als spezielle psychische Störung des Kindes im Schulalter. Nachfolgend werden also im ersten Abschnitt dieses Kapitels die Basisinformationen zum Begriffsumfeld der Resilienz zusammen getragen, damit dann im nächsten Schritt die Theorien der Risiko- und



Schutzfaktoren weiter ausgeführt werden können. Beide Konzeptionen werden immer im Hinblick auf mögliche Depressionen betrachtet, wobei die Erkenntnisse zu diesem Thema weitgehend auf Recherchen beruhen, die im direkten Zusammenhang mit dieser Arbeit stehen.

#### **4.1. Was ist das Resilienz-Konzept?**

Von der ursprünglichen Wortbedeutung her lässt sich der Begriff Resilienz vom englischen Wort „resilience“ ableiten. In der englischen Sprache bedeutet „resilience“ soviel wie Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität, wobei in der fachlichen Diskussion die Begriffe der „Stressresistenz“, der „psychischen Robustheit“ oder der „psychischen Elastizität“ einen synonymen Gebrauch erfahren. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 18 i. V. m. Tenorth/Tippelt (Hg.) 2012, S. 604) Grundlegend betrachtet werden unter dem Begriff der „Resilienz“ in erster Linie Fähigkeiten verstanden, die eine Person oder ein soziales System erfolgreich aufzuwenden vermag, um mit belastenden Lebenssituationen oder den negativen Ausprägungen von Stress einen Umgang zu finden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 18 i. V. m. Hildenbrand in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 20-22) Die Diplom-Pädagogin Corina Wustmann Seiler gilt auf dem Gebiet der Resilienzforschung in Deutschland als eine führende Vertreterin und Wissenschaftlerin. Von ihr stammt die in der Fachwelt allgemein gültige Definition der Resilienz als (...) „eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“ (Wustmann Seiler 2012, S. 18) Der Resilienz liegen in diesem Kontext zwei fundamentale Voraussetzungen zugrunde: Die Bedeutung von Resilienz ist auf der einen Seite an eine signifikante Bedrohung für die kindliche Entwicklung geknüpft, wobei auf der anderen Seite die erfolgreiche Bewältigung jener belastenden Lebenssituation(en) steht. (vgl. Klein 2012, S. 15-16 i. V. m. Wustmann in: Horn/Kemnitz/Marotzki/Sandfuchs (Hg.) 2012, S. 88) Vor diesem Hintergrund wird in der Resilienzforschung ein besonderes Augenmerk auf drei Erscheinungsformen von resilientem Verhalten gerichtet: 1.) Wie kommt eine positive und gesunde Entwicklung des Kindes zustande, wenn oder obwohl sich dieses in andauernden und hohen Risikoverhältnissen bewegt? 2.) Unter welchen Bedingungen entwickelt sich beim Kind eine beständige Kompetenz im Umgang mit jenen Risiken, die es trotz akuter Stresssituationen beibehält? Und 3.) Wodurch gelingt es dem Kind sich positiv und schnell von traumatischen Erlebnissen zu erholen? Die Hauptphänomene des Resilienz-Konzeptes bestehen in diesem Zusammenhang einerseits im Erhalt der altersangemessenen kindlichen Funktionsfähigkeiten und Kompetenzen und andererseits in der Wiederherstellung der „normalen“ kindlichen Funktionsfähigkeit. Letzterer Punkt würde beispielsweise bei traumatischen Erfahrungen greifen. (vgl. Fröhlich-Gidhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 11-12) Dabei ist es sehr wichtig zu betonen, dass in der Fachwelt erst dann von resilienten Kindern gesprochen werden kann, wenn besondere

Schwierigkeiten in ihrem Lebenslauf zu überwinden waren, die dem Kind eine hohe Bewältigungsleistung abverlangt haben. Folglich werden bestimmte Erscheinungsbilder beim Kind, die sich beispielhaft in einem hohen Selbstbewusstsein oder, im Schulalter, in einer starken Sozialkompetenz und Lernmotivation zeigen können, nicht automatisch mit resilientem Verhalten gleich gesetzt. Für dieses Konzept ist es entscheidend, dass sich eine positive Entwicklung trotz massiver äußerer Beeinträchtigungen und Risiken entfaltet. Als Kontrollgruppe wird in diesem Kontext die Entwicklung von Kindern herangezogen, die unter etwa gleichen Belastungen und Risiken Symptome psychischer Beeinträchtigungen zeigen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 18-19 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau- Böse 2014, S. 12-13) Das Konzept der Resilienz bezieht sich vor diesem Hintergrund auf die Gesundheitsdefinition der WHO, in der Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens gewertet wird und nicht bloß auf das Fehlen von Krankheiten oder Gebrechen reduziert ist. Schwerpunkt ist demnach nicht nur die reine Abwesenheit psychischer Beeinträchtigungen, sondern eben auch der Erhalt von alterstypischen Kompetenzen und Fähigkeiten, die mit der erfolgreichen Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben einhergehen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 20) Im Schulalter sind das in Korrelation zu Punkt 2.2.1 dieser Arbeit vor allem die Geschlechtsrollenidentifikation, die Entwicklung einer angemessenen Impulskontrolle und die Entfaltung von sozialen Kompetenzen, die sich besonders in der Beziehung zu Gleichaltrigen zeigt und die das von der Depression bedrohte Schulkind bekanntlich immer mehr verliert. Außerdem spielen gerade in diesem Alter die Anpassungsleistungen des Kindes an die schulischen Anforderungen eine große Rolle. Wie bereits im Punkt 2.2.1 dieser Arbeit beschrieben, sieht sich das Kind im Schulalter besonderen und hohen Entwicklungsaufgaben bzw. Risiken ausgesetzt, die es individuell und unter den Bedingungen seines gesamten sozialen Beziehungsgeflechtes entweder als Herausforderungen oder Belastungen einzuschätzen lernen wird. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 21) Der Ansatz der Resilienz verbindet mit einer erfolgreichen Bewältigung jener Entwicklungsaufgaben immer eine persönliche Weiterentwicklung und ein individuelles Wachstum des Kindes. Kann sich das Kind in ausreichender Weise an seine Lebenssituation anpassen oder gelingt ihm das nicht bzw. immer weniger? Ein Kind, das Symptome von Depressionen zeigt, passt sich seinem Umfeld oft in einer überdurchschnittlich starken Weise an oder es verfängt sich in einer Wut, Angst, im sozialen Rückzug oder einer Rebellion gegen die bestehenden sozialen Konventionen. Der Ansatz der Resilienz setzt in diesem Kontext die Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes ins Zentrum, die es gemäß seiner Persönlichkeit anzapfen und nutzen kann, um seine Entwicklungsaufgaben- oder –Risiken zu bewältigen. Dabei wird Resilienz, die so bezeichnete psychische Widerstandsfähigkeit des Kindes, als Gegenstück zur so genannten Vulnerabilität angesehen. (vgl. Warner in: Wirtz (Hg.) 2013, S. 1326 i. V. m. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 10) Der Begriff der Vulnerabilität wird

vom lateinischen Verb „vulnerare“ abgeleitet und beschreibt eine Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindsamkeit des Kindes oder der Person gegenüber ungünstigen äußeren Einflüssen. Unter der Vulnerabilität kann also allgemein eine erhöhte Bereitschaft verstanden werden, psychische Erkrankungen, wie beispielsweise eine Depression, zu entwickeln. Während sich die Resilienz also zusammenfassend auf die psychische Gesundheit oder die Bewältigungskompetenz des Kindes in einem risikobehafteten Umfeld bezieht, kennzeichnet die Vulnerabilität die Prädisposition des Kindes unter seinen Risikobedingungen im Erleben oder Verhalten Symptome psychischer Störungen zu entwickeln. Das wichtigste Ziel in der Resilienzforschung besteht darin, die Faktoren und Bedingungen herauszuschälen und zu verstehen, welche die psychische Gesundheit und Stabilität des Kindes erhalten und fördern, wenn diese sich gegenüber besonderen Entwicklungsrisiken behaupten müssen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 21-22) Dabei wird die Resilienz als ein, hochkomplexer, transaktionaler sowie dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess verstanden, wobei resilientes Verhalten vor allem in der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 13) Die Resilienz ist also kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal des Kindes. Dem Kind wird in diesem hoch individuell ablaufenden Entwicklungsprozess eine aktive und tragende Rolle zugeschrieben, so dass es regulierend auf seinen Lebensalltag und sein Umfeld einzugreifen vermag. Im Resilienzprozess trägt das Individuum also eine zentrale und aktive Rolle, es gestaltet und konstruiert sein Leben mit. Die Qualität von Resilienz wird dabei in erster Linie daran fest gemacht, auf welche Weise das Kind mit Lebensveränderungen und belastenden Ereignissen einen Umgang findet. (vgl. Krause/Mayer 2012, S. 120-130 i. V. m. Antonovsky 1997, S. 26-27) Eine wichtige Lebensveränderung ist, wie bereits im 2. Kapitel dieser Arbeit dargestellt, der Eintritt in die Schule. Zentral ist dabei, was das einzelne Kind aus diesem Lebensumstand und seinen sonstigen Bedingungen der Existenz aktiv herauszieht, was es hinsichtlich auftretender Risikopotenziale tut. Vor diesem Hintergrund wird in der Resilienzforschung nach aktuellem Stand die Resilienz als eine variable Größe angesehen. Das bedeutet, dass die Resilienz als relationales Konstrukt kein absolutes Konzept der Immunität und Unverwundbarkeit darstellt. Während das Kind eine Risikosituation erfolgreich bewältigt, kann es einer anderen Belastung, die in ihren Bedingungen der ersten Risikosituation ähnlich ist, hilflos gegenüber stehen. Als Konstrukt kann die Resilienz demnach über die Zeit und Situationen hinweg variieren, so dass Resilienz nicht automatisch von einem spezifischen Lebensbereich auf den anderen übertragen werden darf. Resilienz kann also außerdem als situationsspezifisch und multidimensional charakterisiert werden. (Kipker 2008, S. 27-30 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 28-33 und Welter-Enderlin in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 15-16) Insgesamt beruht das Konzept der Resilienz auf einer Vielzahl von „biopsychosozialen“ Faktoren, die in reziproker Wechselwirkung zueinander stehen. Die Resilienzforschung um Corina Wustmann Seiler legt deshalb

einen großen Wert darauf, die Resilienz als multikausales Entwicklungs- und Prozessmodell zu beschreiben, das auf mehreren Systemebenen stattfindet und von einer interdisziplinären Erforschung lebt, die mehrere Forschungsrichtungen, Komponenten und Perspektiven einbindet. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 32-33) Nachdem sich dieser Abschnitt eingehend mit den Grundlagen und Basisinformationen zum Resilienz-Konzept beschäftigt hat, wird es im nächsten Abschnitt darum gehen, das Risiko- und das Schutzfaktorenkonzept als zentrale Eckpfeiler der Gesamtkomposition genauer zu operationalisieren. Dabei werden beide Grundkonzepte immer im Hinblick auf eine mögliche Depression des Kindes im Schulalter dargestellt, so dass die Entstehungsgründe von Depressionen sowohl auf der Belastungs- als auch auf der Ressourcenseite grundlegend reflektiert werden, um sie schließlich auch ansatzweise im Zusammenspiel beider Grundannahmen begreifen zu können.

## **4.2. Die Depression bei Schulkindern im Kontext des Resilienz-Konzeptes**

Um die Bedeutung des Resilienz-Ansatzes für die selektive bzw. sekundäre Prävention annähernd erfassen zu können, wird in diesem Abschnitt zunächst das Risikofaktorenkonzept in seiner pathogenetischen Sichtweise (vgl. Fröhlich-Gildhoff-Rönnau-Böse 2014, S. 20) eingehend beschrieben. Im Anschluss daran erfährt das Schutzfaktorenkonzept eine ausführliche Darstellung, so dass in stets parallel ablaufenden Schlussfolgerungen deren Sichtweisen auf Depressionen bei Schulkindern verständlich gemacht werden können. Aus jenen herausgefilterten Erkenntnissen werden dann wichtige Grundlagen für eine präventive Erziehungsberatung gezogen, die sich nach dem Resilienz-Konzept ausrichtet.

### **4.2.1 Das Risikofaktorenkonzept**

Unter dem Begriff der Risikofaktoren werden Merkmale zusammengefasst, die auf eine Gruppe von Menschen zutreffen und die Wahrscheinlichkeit von auftretenden Störungen erhöhen, wobei stets Vergleiche zu unbelasteten Kontrollgruppen gezogen werden. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 20 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 36) Wenn nun ein Risikofaktor vorliegt, gilt die Wahrscheinlichkeit als erhöht, dass sich beim Kind ein nachteiliges Entwicklungsergebnis einstellt. Das bedeutet aber nicht automatisch eine Determinierung negativer Konsequenzen. Risikofaktoren werden im Hinblick auf positive oder sozial erwünschte Fähigkeiten wiederum senkende Eigenschaften zugeschrieben, wobei die herabsetzende Wirkung wieder nicht als festgeschrieben angesehen werden kann. In diesem Zusammenhang ist außerdem davon auszugehen, dass risikobehaftete Lebensumstände nicht automatisch und unmittelbar mit Entwicklungsrisiken und psychischen Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, verbunden sind. Erst eine Vulnerabilität des Kindes, die dem Risikofaktor praktisch vorausgesetzt und zugrunde liegt, kann einen möglichen negativen Entwicklungsverlauf begünstigen. (vgl. Wustmann-Seiler 2012, S. 36 i. V. m. Kipker 2008, S. 31-32) In der

epidemiologischen Risikoforschung werden in diesem Kontext sowohl nach risikoerhöhenden Bedingungen geforscht, als auch nach Gruppen von Kindern, deren Entwicklung in besonderer Weise durch jene Belastungen gefährdet sein könnte. In der Fachwelt wird dann von sogenannten Risikokindern gesprochen, wobei sich die vorliegende Arbeit sozusagen auf Risikokinder für depressive Entwicklungen bezieht. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 36) Gemäß dieser Sichtweise wird in der Entwicklungspsychologie außerdem zwischen der Gruppe der Vulnerabilitätsfaktoren und der Gruppe der Risikofaktoren unterschieden. Die Vulnerabilitätsfaktoren beziehen sich dabei auf die grundlegenden biologischen und psychologischen Merkmale des Kindes, während die Risikofaktoren (synonym wird mitunter auch von Stressoren gesprochen) die psychosozialen Eigenschaften der Umwelt des Kindes charakterisieren. (vgl. Fröhlich-Gilhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 20 i. V. m. Krause in: Wyrobnik (Hg.) 2012, S. 27) Die Vulnerabilitätsfaktoren kennzeichnen dabei die Defizite, Schwächen oder Defekte des Kindes selbst, wobei wiederum zwischen zwei verschiedenen Ausprägungen differenziert werden muss. Die so genannten primären Vulnerabilitätsfaktoren betreffen das Kind quasi von Geburt an. Hierzu zählen beispielsweise genetische Dispositionen, ein niedriges Geburtsgewicht, Komplikationen während der Geburt oder Frühgeburten. Die sekundären Vulnerabilitätsfaktoren kommen erst in der Interaktion zwischen dem Kind und seiner Umwelt zustande. Allgemein betrachtet können Risikofaktoren, die eine sekundäre Vulnerabilität des Kindes bedingen, vor allem in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld des Kindes ausfindig gemacht werden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 37) Das von einer Depression bedrohte Kind zeigt beispielsweise starke Unsicherheiten in den Beziehungen zu Gleichaltrigen oder isoliert sich sozial, weil es in der Bindung zu seinen Bezugspersonen überfordernde und negative Erfahrungen sammeln musste, die es unbewusst auf neue Beziehungskonstellationen im Schulalltag überträgt. Das negativ anmutende Interaktionsverhalten der Bezugspersonen oder der Eltern wird in diesem Kontext als Risikofaktor angesehen. Das Kind erwirbt dann seine sekundäre Vulnerabilität über das Erziehungsverhalten seiner Eltern. Das Erziehungsverhalten der primären Bezugspersonen gilt vor diesem Hintergrund als Risikofaktor. Die unsichere, durch Überforderung oder Vernachlässigung entstandene Bindungsorganisation und die daraus resultierende geringe Fähigkeit zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung wird diesem Beispiel zufolge als sekundäre Vulnerabilität bezeichnet. (vgl. Fröhlich-Gilhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 21 i. V. m. Meurer in: Gahleitner/Hahn (Hg.) 2012, S. 89 und → Kapitel 2.2. dieser Arbeit) Die Risikofaktoren werden in der fachlichen Diskussion weiterhin auf diskrete und kontinuierliche Faktoren präzisiert. Diskrete Risikofaktoren üben auf das Kind nur zu bestimmten Zeitpunkten oder in bestimmten Lebensphasen einen Einfluss aus. Darunter werden verschiedene kritische Lebensereignisse zusammengefasst, die das Kind quasi phasenhaft prägen. Der Eintritt in die Schule oder die Geburt eines Geschwisterkindes können als solche Ereignisse gewertet werden, da sie mit zahlreichen wichtigen Veränderun-

gen und neuartigen Beziehungskonstellationen einhergehen, auf die sich das Kind neu ausrichten muss. Die kontinuierlichen Risikofaktoren prägen hingegen den gesamten Entwicklungsverlauf des Kindes auf Dauer. Darunter fallen vor allem der sozioökonomische Status der Familie sowie deren Verhältnis zur Bildung und zu Bildungsangeboten im Allgemeinen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 37 und → Punkt 2.2.1. dieser Arbeit) Die Risikofaktoren werden außerdem in so genannte proximale und distale Faktoren aufgespalten. Während sich die proximalen Faktoren direkt auf das Kind auswirken, üben die distalen Faktoren einen indirekten Einfluss auf das Kind aus, beispielsweise über das Auftreten von Mediatoren. Streitigkeiten der Eltern und ungünstige Erziehungspraktiken gehören zu den proximalen Faktoren. Chronische Armut, Trennungen der Eltern oder psychische Erkrankungen wichtiger Bindungspersonen zählen wiederum zu den distalen Faktoren, da diese sich über Mediatoren indirekt auf das Kind beziehen. Als Mediatoren werden in diesem Zusammenhang die Eltern-Kind-Interaktion oder das Verhalten der Mutter angesehen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 37 und → Punkt 4.3. dieser Arbeit) Ein depressiv erkrankter Elternteil erhöht beispielsweise auch das Risiko, dass ein Kind depressive Verhaltensweisen zeigt. (vgl. Essau 2007, S. 12) Die elterliche Psychopathologie kann also im Hinblick auf das Risiko von Depressionen beim Kind als kontinuierlicher und distaler Risikofaktor gewertet werden. Das von der Depression beeinflusste elterliche Verhalten gegenüber dem Kind und die dadurch verminderte Eltern-Kind-Interaktion ist folglich mit einer indirekten Mediatoren-Funktion gleich zu setzen. Das Kind im Schulalter, welches beispielsweise von jener Risiko-Konstellation bereits betroffen ist, wird außerdem durch die zahlreichen Veränderungen, die mit dem Schuleintritt oder möglichen Schulwechseln einhergehen können, zusätzlich belastet, so dass bei diesem Beispiel ebenfalls ein diskreter Risikofaktor vorliegen würde. Primäre Vulnerabilitätsfaktoren, die sich beispielhaft auch in psychophysiologischen Faktoren äußern können und die z. B. ein niedriges Aktivitätsniveau des Kindes an sich betreffen, könnten nach diesem Beispiel die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Depression beim Kind im Schulalter weiterhin erhöhen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 37 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 24 und → Punkt 2.2.1. dieser Arbeit) Risikofaktoren in der sozialen Umwelt des Kindes wären, neben den bereits erwähnten familiären Disharmonien, Arbeitslosigkeiten und Substanzmissbrauch der primären Bezugspersonen, häufig wechselnde Partnerschaften der Eltern, Gewalterfahrungen, Kriminalität, ein niedriges Bildungsniveau der Familie und die Abwesenheit eines Elternteils. Weitere wichtige Ergebnisse aus der Risikoforschung besagen u. a., dass Risikobedingungen fast immer kumulativ auftreten. Das bedeutet im Gegenzug, dass Risikofaktoren selten allein und isoliert auftreten, sondern häufig zusammen beobachtet werden können und einander in reziproker Wechselbeziehung verstärken. In der Fachwelt wird in diesem Zusammenhang von multiplen Risikobelastungen, koexistierenden Stressoren oder Risikokonstellationen gesprochen, wobei Kinder mit multipler Risikobelastung, laut den Ergebnissen der

Mannheimer Risikokinderstudie, als besonders stark entwicklungsgefährdet gelten. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 40-41 i. V. m. Kipker 2008, S. 38-40) Je früher die risikoerhöhenden Bedingungen in der Entwicklung des Kindes auftreten, desto wahrscheinlicher gilt auch das Vorhandensein von weiteren Risikofaktoren in einem späteren Entwicklungsabschnitt, so dass durch jene Abfolge ein insgesamt ungünstiges Entwicklungsergebnis entstehen kann. (vgl. Kipker 2008, S. 38-39) Auf eine mögliche Depression übertragen heißt das, dass ein Kind besonders stark gefährdet ist selbst depressiv zu werden, wenn sich der depressionsauslösende Risikofaktor besonders früh zeigt, z. B. schon im Säuglingsalter. Dieser auslösende Risikofaktor kann sich beispielhaft in Gestalt einer depressiven Mutter manifestieren. (vgl. Essau 2007, S. 13) Durch ihre Erkrankung und der damit verbundenen Gefühllosigkeit fehlt einer solchen Mutter zumindest zeitweise die Fähigkeit, eine stabile emotionale Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Wenn eine unsichere Bindung zur Mutter nicht durch andere Bezugspersonen, wie beispielsweise durch einen fürsorglichen Vater oder eine responsive Großmutter, kompensiert werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit eines auftretenden ungünstigen Entwicklungsergebnisses, das sich nach diesem Beispiel in Form einer manifesten Depression zeigen wird, zu einem späteren Alter des Kindes nicht nur deutlich erhöht. Es wird auch davon ausgegangen, dass eine derartige Erfahrung des Säuglings weitere sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren nach sich zieht. Diese könnten sich z. B. in einem nur unzureichenden Vertrauen des Kindes gegenüber anderen Bezugspersonen, wie Erzieher, Lehrer oder Gleichaltrigen niederschlagen. Infolgedessen könnten sich beim Kind im Schulalter negative Denkmuster entwickeln. Das betroffene Kind würde sich ggf. sozial zurückziehen oder unter Schulängsten und einer sinkenden Lernmotivation leiden, welche allesamt als Symptome depressiven Verhaltens gelten und den depressiven Entwicklungsmechanismus reziprok verstärken. Wird das Schulkind dann auch noch, über einen längeren Zeitraum hinweg, mit den Risikofaktoren von ungünstigen Erziehungsmaßnahmen, einem Leben in Armut und einer insgesamt mangelnden sozialen Unterstützung konfrontiert, werden psychische Störungen im Allgemeinen oder auftretende Depressionen im Speziellen immer wahrscheinlicher. (→ vgl. die Ausführungen in den Punkten 2.2.1. sowie 2.2.2 dieser Arbeit i. V. m. Fröhlich-Gildhoff 2014, S. 21-22 und eigene Rückschlüsse) Kinder im Schulalter verfügen in diesem Zusammenhang schon über einen relativ hohen kognitiven Entwicklungsstand. Jüngere Schulkinder (im Alter bis ca. 8/9 Jahre) sind allerdings noch nicht in der Lage komplexe Zusammenhänge und Situationen zu erkennen, und können auch Gefahrenquellen noch nicht in ihrer gesamten Tragweite ausdifferenzieren. Sie verfügen nur über eine begrenzte Vorstellungskraft in bezug auf technische Abläufe und können menschliche Handlungsabläufe in ihren miteinander verwobenen Motivations- und Zielabsichten noch nicht gedanklich überblicken. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, wie ihre Eltern oder die primären Bezugspersonen mit Gefahren oder Konflikten umgehen. Erleben die Kinder dieser Altersgruppe ihre Eltern

dabei als hilflos oder ohnmächtig, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich diese Kinder in Belastungssituationen ebenfalls Gefühlen von Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit ausgesetzt sehen. Auf Depressionen übertragen kann das wiederum bedeuten, dass Eltern, die stressbehafteten Lebensereignissen in einer passiven oder ängstlich-negativen Weise begegnen oder Herausforderung generell meiden, als Vorbilder für ihre Kinder fungieren. Folglich ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass auch ihre Kinder auf Stress oder Bedrohungen in jener depressiv anmutenden Weise reagieren. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 42-43 und eigene Rückschlüsse) Vom 9. Lebensjahr an sind Schulkinder eher in der Lage, Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge in ihrer Komplexität analysieren zu können. Das heißt auch, dass jene Kinder zwar immer noch eng mit der Vorbildfunktion ihrer Eltern zusammenstehen. Allerdings können Kinder, von diesem Alter an, verstärkt eigene Ansichten in das Geschehen mit einfließen lassen und lernen außerdem differenzierter zu beobachten und zu interpretieren. Eine Betrachtungsweise, die sich am jeweiligen, individuellen Entwicklungsstand des Kindes orientiert, ist deshalb auch in der Risiko- und Resilienzforschung sehr bedeutsam. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 42-43 i. V. m. Kipker 2008, S. 39-41) Im Hinblick auf das Auftreten von Depressionen bei Schulkindern gehen die Meinungen in der Fachwelt bezüglich der Bedeutung von intellektuellen Fähigkeiten und der Intelligenz des Kindes auseinander. Eine hohe Intelligenz kann in diesem Fall sowohl eine risikoerhöhende, wie auch eine risikomindernde Funktion inne haben. (vgl. Lösel/Bender in: Opp/Fingerle (Hg.) 2007, S. 60) Wird eine hohe Intelligenz als Vulnerabilitätsfaktor verstanden, geht mit den hohen intellektuellen Fähigkeiten meistens auch eine differenzierte Umweltwahrnehmung einher. Ist das der Fall, reagieren jene Kinder häufig sensitiver auf Stressoren und die Reize ihrer Umwelt, da sie generell mehr und intensiver aufnehmen können, als Kinder mit einer durchschnittlichen Intelligenz. Für ihre internalisierte Problemlöseverhalten kann das bedeuten, dass diese Kinder generell sensibler auf Stress und Belastungen reagieren und mehr Energie für den eigenen Umgang und die Verarbeitung aufzuwenden haben, so dass sie auch Tendenzen zeigen, schneller zu ermüden. Wird einer hohen Intelligenz wiederum als risikomildernd oder als personaler Schutzfaktor angesehen, werden mit dem erhöhten Intellekt vor allem gute soziale Informationsverarbeitungsstrategien verbunden. Wenn außerdem eine hohe Selbstkontrolle mit hohen intellektuellen Fähigkeiten zusammentrifft, kann sich das wiederum positiv auf eine parallel weit ausdifferenzierte Umweltwahrnehmung auswirken. Unter diesen Bedingungen könnten einer hohen Intelligenz auch schützende Prozesse beiwohnen. Pauschale Generalisierungen bezüglich der risikoerhöhenden oder risikomindernden Funktionen einer hohen Intelligenz sollten in den Bedeutungszusammenhängen mit depressiven Erkrankungen bei Kindern daher unbedingt vermieden werden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 103-104 i. V. m. Lösel/Bender in: Opp/Fingerle (Hg.) 2007, S. 60-61 und eigenen Rückschlüssen aus dem Kapitel 2 dieser Arbeit) Entscheidend ist auch in diesem Kontext, wie sich das Kind in seinen individuellen



Eigenschaften ganzheitlich zeigt, wobei auch das komplexe Zusammenspiel der Risiko- und Schutzfaktoren seines sozialen Umfeldes eine Berücksichtigung erfahren muss. Ob ein Ereignis als Risiko- oder als Schutzfaktor für bzw. gegen Depressionen zu beurteilen ist, kann also nur beantwortet werden, wenn das Kind selbst und seine ureigene Perspektive ins Zentrum aller Betrachtungen gerückt wird. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 44 i. V. m. Fingerle in: Kißgen/Heinen (Hg.) 2010, S. 150-151)

#### **4.2.2. Das Schutzfaktorenkonzept**

Das Konstrukt der schützenden bzw. der protektiven Bedingungen kann als positiver Gegenpol bzw. als Gegenbegriff zum Risikofaktorenkonzept angesehen werden. (vgl. Wustmann Seiler 2012 S. 44) Unter dem Begriff der Schutzfaktoren werden dabei „psychologische Merkmale (des Kindes) oder Eigenschaften der sozialen Umwelt verstanden, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen senken bzw. die Auftretenswahrscheinlichkeit eines positiven bzw. gesunden Ergebnisses (...) erhöhen.“ (Wustmann Seiler 2012, S. 44) Wie bereits im Zuge der hohen Intelligenz angedeutet, die als Risiko- oder Schutzfaktor betrachtet werden kann, wohnen vielen risikoerhöhenden Komplexitäten auch risikomildernde Eigenschaften inne. Schutzfaktoren sollten in der Erforschung resilienten Verhaltens methodisch und qualitativ in deutlicher Weise von Risikofaktoren abzugrenzen sein, damit die spezifischen Wirkungszusammenhänge und Mechanismen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bzw. zwischen Resilienz-, Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren klar erfasst werden können. Bislang werden die Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich einer genauen Trennung der einzelnen Faktoren in der Fachwelt kontrovers diskutiert. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 44 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28 und Kipker 2008, S. 44) Ein Merkmal oder eine Eigenschaft sollte nur dann als protektiv und schützend betrachtet werden, wenn ihm zugeschrieben werden kann, die pathogenen Wirkmechanismen des Risikos zu lenken bzw. zu moderieren. Ein Schutzfaktor kann folglich nur dann seine protektive Wirkung entfalten, wenn überhaupt erst ein Risiko zugegen ist. Dabei ist es außerdem von zentraler Bedeutung, dass der Schutzfaktor, um als selbiger bezeichnet werden zu können, zeitlich vor dem Risikofaktor in Erscheinung tritt, da er erst dadurch den Moderationseffekt ausüben kann. In der Zusammenfassung besitzt die bestimmte Komponente ohne den Risikofaktor auch keine schützende Wirkung. Ist eine positive Wirkungsweise eines Merkmals auch ohne Risikobedingungen zu beobachten, sollte in diesem Kontext eher von generellen entwicklungsfördernden Bedingungen die Rede sein. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 45 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 27) Wenn in der Literatur von Schutzfaktoren gesprochen wird, existieren außerdem heterogene Terminologien, so dass es notwendig ist, die unterschiedlichen Arten von Schutzfaktoren inhaltlich zu definieren und noch einmal voneinander zu trennen. Auf diese Weise können generell Unklarheiten und

Missinterpretationen vermieden werden. Diese Arbeit konzentriert sich in diesem Kontext auf die verwendete Systematik der, momentan aktuellsten, Fachliteratur der Professoren Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Dr. Maike Rönnau-Böse und Corina Wustmann Seiler. Deren Ausführungen nach, lassen sich die empirisch belegten Schutzfaktoren grundlegend in personale und soziale Ressourcen untergliedern. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 46 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28) Während die personalen Ressourcen sich auf die Eigenschaften des Kindes beziehen, beschreiben die sozialen Ressourcen die protektiven Faktoren in der Betreuungsumwelt des Kindes. In diesem Zusammenhang lassen sich die personalen Ressourcen des Kindes wiederum in kindbezogene Faktoren und in die so genannten Resilienzfaktoren unterteilen. Die kindbezogenen Faktoren besitzt das Kind quasi von Geburt an. Darunter fallen u. a. positive Temperamenteigenschaften, das weibliche Geschlecht, die Eigenschaft des erstgeborenen Kindes und allgemeine intellektuelle Fähigkeiten. Die Resilienzfaktoren sind Eigenschaften des Kindes, die es in der Interaktion mit seinem Umfeld erwirbt. Dazu zählen vor allem erfolgreiche Umgangsstrategien des Kindes, die es über die Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlaufe seines Lebens erwirbt. Den Resilienzfaktoren werden bei der Bewältigung von Belastungssituationen und schwierigen Lebensumständen eine zentrale und wichtige Rolle zugesprochen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 46-47 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28-30) In gewisser Weise schützen die Resilienzfaktoren das Kind vor Depressionen, wenn sie bereits vor den Riskikofaktoren der Belastungssituation erworben wurden. Sekundär-selektive Präventionsmaßnahmen werden vor allem an der Förderung jener Resilienzfaktoren ansetzen, wobei sinngemäß auch die Umwelt des Kindes direkt mit einbezogen wird. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 47 i. V. m. Kipker 2008, S. 46-47) Die Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten und ein positives Selbstkonzept sind wichtige Resilienzfaktoren von Kindern im Schulalter. (vgl. Jaede 2007, S. 45) Jene Faktoren konnten in der Kauai-Längsschnittstudie von Emmy Werner empirisch nachgewiesen werden. (Werner in: Zander (Hg.) 2011 S. 42) In diesem Kontext ist es auffällig, dass resiliente Kinder in Problemlösesituationen weniger passiv reagieren, sondern in einer proaktiven Weise selbstständig Verantwortung übernehmen. Im Unterschied zu Kindern mit depressiver Symptomatik, sind resiliente Kinder aktiv bemüht, Lösungen für die Probleme in der konkreten Situation zu finden. Resiliente Kinder warten dabei nicht ab, bis ihnen eine erwachsene Person zur Hilfe eilt, sondern handeln aktiv und eigenverantwortlich. Eine derartige Herangehensweise an stressauslösende Situationen erfordert allerdings wiederum das Vorhandensein anderer wichtiger Resilienzfaktoren, wie z. B. Selbstvertrauen, Sozialkompetenzen und ein gewisses Maß an Eigenaktivität. Jene voraussetzenden Faktoren für die Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten kann ein Kind im Schulalter allerdings nur in der Interaktion mit seiner Umwelt erwerben, so dass die Verknüpfungen und Wechselwirkungen der Resilienzfaktoren mit den, in dieser Arbeit später darge-

stellten, sozialen Ressourcen unbedingt bei der Prävention von Depressionen mit berücksichtigt werden müssen. (Wustmann Seiler 2012, S. 100-101) Das positive Selbstkonzept umfasst in diesem Zusammenhang bei Kindern im Schulalter die Wahrnehmung und das Wissen um die eigene Person. Dabei wird das Wissen um die eigenen persönlichen Eigenschaften ebenso eingeschlossen, wie das Bewusstsein um die eigenen Fähigkeiten, Vorlieben und Interessen. In diesem Kontext ist es von großer Bedeutung, dass das Kind seine Gefühle kennt und sein eigenes Verhalten einordnen und vorherzusagen vermag. Kinder, die von Depressionen bedroht sind, haben beispielsweise, durch fehlende positive Vorbilder, Schwierigkeiten sich selbst zu spüren und ihre Gefühle einzuordnen. Sie haben verlernt bzw. es nicht gelernt, auf sich selbst und ihre Bedürfnisse zu achten. Resilienten Kinder ist diese Fähigkeit trotz gehäuf- ter Risiken zu eigen. (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gilhoff in: Zander (Hg.) 2011, S. 360-361 i. V. m. Jaede 2007, S. 34-41/S. 68-69 und eigene Schlussfolgerungen) Es wird ein wichtiges Anliegen und ein Ziel der Resilienzforschung für die Zukunft sein, die genauen Wirkungszusammenhänge detailliert zu erforschen, die resilientes Verhalten fördern oder die das Auftreten von Depressionen, als spezifische Störungsbilder, begünstigen. Derzeit steckt die Resilienzforschung, wie bereits am Anfang dieses Kapitels erwähnt, noch in den Kinderschuhen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 49) Bisher weiß man allerdings, dass resiliente Kinder, unabhängig ihrer intellektuellen Fähigkeiten, über eine große Lust oder ein großes Interesse verfügen zu lernen. Sie erweisen sich generell in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit als ausdauernd, konzentriert, lern- und wissbegierig, so dass sie ihre Schularbeiten und Hausaufgaben gerne und mit Freude erledigen. Die Schule ist für resiliente Kinder eine wichtige Quelle der Selbstbestätigung, wobei negative Erfahrungen oder Vernachlässigungen aus der Familie durch die, in diesem Fall positiven, Erfahrungen in der Schule kompensiert werden können. Erfolgserlebnisse in der Schule und der positive Kontakt zu gleichaltrigen Kindern können dem Kind nicht nur zu sozialer Anerkennung verhelfen, sondern fördern in der Regel auch Gefühle der Selbstwirksamkeit. Die Kinder erhalten auf diese Weise die Chance zu verinnerlichen, dass sie die Aufgaben, welche an sie gerichtet werden, aufgrund ihrer eigenen Kompetenzen, bewältigen und lösen können. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 101-102 i. V. m. Werner in: Zander (Hg.) 2011, S. 37) Gerade depressiv anmutende Kinder haben oft das Gefühl, ihren Problemen ohnmächtig und hilflos gegenüber zustehen und verfallen in eine gewisse Passivität. Sie verfügen oftmals nicht über realistische Kontrollüberzeugungen, d. h. diese Kinder suchen die Schuld oder die Verantwortung für die Missstände zuhause bei sich selbst und lassen sie nicht, wie resiliente Kinder es tun würden, bei ihren Bezugspersonen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 102 und eigenen Schlussfolgerungen) Durch Präventionsmaßnahmen, welche speziell in der Schule angeboten werden und welche das Ziel verfolgen, neben der Elternkompetenz auch die Kompetenzen von Lehrern und Erziehern zu stärken, können jenen negativen Entwicklungen vorgebeugt werden. Gerade im Hinblick auf mögliche depres-

sive Erkrankungen bei Schulkindern wird es wichtig sein, den Kindern das Gefühl zu vermitteln, trotz der Risiken, eine Kontrolle über sich selbst und ihr Leben zu haben, so dass sich ein Nährboden für etwaige Schuldgefühle gar nicht erst ausbreiten kann. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 124-125 i. V. m. Sarimski 2013, S. 12-13) Resiliente Kinder verfügen in der Regel auch über bessere Sprach- und Lesefertigkeiten, als depressive Kinder. Durch jene Kompetenzen fällt es diesen Kindern leichter, sich auch außerhalb ihrer risikobehafteten familiären Situation Wissen über das Leben und die Welt aneignen zu können. Vor diesem Hintergrund werden Fähigkeiten im Sprach- und Lesevermögen in der Entwicklungspsychologie und der Resilienzforschung mit Kompetenzen in Verbindung gebracht, unterschiedliche Perspektiven einnehmen zu können sowie in komplexer Weise zu denken. (vgl. Werner in: Zander (Hg.) 2011, S. 37 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 101) Resilienten Kindern sind neben diesen Fähigkeiten oftmals spezielle Interessen zu eigen, die sich beispielsweise in Hobbies ausdrücken, welche häufig kreativer oder sportlicher Art sind und welche mit Freunden geteilt werden. Jene außerschulischen Aktivitäten können dem Kind in ihrem problembelasteten Leben Gefühle von Trost und Sinnhaftigkeit vermitteln, so dass hier erste Parallelen zu den Erkenntnissen der EA gezogen werden können, die im Punkt 5 weiter ausdifferenzieren sind. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 102-103 i. V. m. Jaede 2007, S. 44-46 und eigene Schlussfolgerungen) Neben den personalen Schutzfaktoren spielen die sozialen Ressourcen eine gewichtige Rolle für die Prävention für Depressionen bei Kindern im Schulalter. Diese lassen sich in drei weitere Bereiche unterteilen: Die sozialen Ressourcen in der Familie, welche in der Fachliteratur synonym als mikrosoziale Faktoren in der direkten Umwelt des Kindes bezeichnet werden, beziehen sich in erster Linie auf harmonische und gut funktionierende Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder zueinander. Darunter fallen laut Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse auch ein hoher sozioökonomischer Status der Familie und ein hohes Bildungsniveau der Eltern sowie ein unterstützendes familiäres Netzwerk. Neben den engen und stabilen Bindungen innerhalb der Kernfamilie stehen dem Kind also zusätzlich wertvolle und anleitende Beziehungen zu Verwandten und engen Freunden zur Seite. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28-30) In den Bildungsinstituten, dem zweiten Unterteilungspunkt der sozialen Ressourcen geht es um förderliche Maßnahmen des, so genannten Makrosystems, das als ein Teil der weiteren sozialen Umgebung charakterisiert werden kann. Hier ist es wichtig, dass die Schule mit klaren, transparenten und konsistenten Regeln arbeitet, so dass ein wertschätzendes Klima entstehen kann, welches Wärme, Respekt und eine allgemeine Akzeptanz untereinander mit sich bringt. Der Leistungsstand sollte hoch, aber angemessen sein, so dass sich das Kind herausgefordert, aber nicht überfordert erleben wird. Die Basiskompetenzen, welche sich in den oben beschriebenen Resilienzfaktoren nieder schlagen, sollten in der Schule ebenso gefördert werden, wie positive Freundschaftsbeziehungen der Schulkinder untereinander, wobei die enge und konstruktive Zusammenarbeit mit den Eltern eine große Rolle

spielen sollte. Werden die sozialen Ressourcen in den Schulen optimal gefördert, sinkt das Risiko von Depressionen bei Kindern automatisch, so dass mögliche Präventionsmaßnahmen in der Erziehungsberatung die Schule und die Lehrer unbedingt miteinbeziehen sollten. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 29 und eigene Schlussfolgerungen) Außerdem geht die Resilienzforschung davon aus, dass auch die sozialen Ressourcen im weiteren sozialen Umfeld für eine gesunde Entwicklung des Kindes bedeutsam sind. Hierunter fallen, als dritte Untergliederung der sozialen Ressourcen, weitere kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, wie z. B. Nachbarn, Lehrer oder Erzieher, die dem Kind Sicherheit und Vertrauen mitgeben können. Dieser Punkt beinhaltet außerdem die Ressourcen auf kommunaler Ebene, wie z. B. das Vorhandensein von Beratungs- oder Erziehungsberatungsstellen in der näheren Umgebung der Familie oder Frühförderstellen sowie eine intakte Gemeindearbeit. (vgl. Werner in: Zander (Hg.) 2011, S. 37-38 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 30) Je mehr Unterstützungen ein Kind, das unter Depressions-fördernden Risikokonstellationen leben muss, aufweisen kann, desto mehr wird ein solches Kind in die Lage versetzt, seine schwierige Situation zu meistern, so dass es eben nicht an einer Depression erkranken muss. Auch hier ist, wie schon bei den Risikofaktoren beobachtet, eine kumulative Wirkung der Schutzfaktoren ausschlaggebend. Die genauen Wechselwirkungen zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren werden dabei immer noch erforscht und sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig bekannt. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 30 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 49) Die Erziehungsberatung aus Sicht des Resilienz-Konzeptes wird vor diesem Hintergrund vor allem daran arbeiten, dass sich der wesentlichste und wichtigste Schutzfaktor für ein solches Kind entwickeln kann. Dieser Schutzfaktor, der am stärksten zu einer gesunden Entwicklung des Kindes beiträgt, ist eine stabile, wärmende und wertschätzende Beziehung zu (mindestens) einer erwachsenen Bezugsperson, welche innerhalb oder außerhalb der Familie liegen kann. Jener Schutzfaktor soll durch die präventiven Maßnahmen einer Erziehungsberatung herausgearbeitet, gefördert und verstärkt werden. Dafür stehen der Erziehungsberaterin aus Sicht der Resilienz verschiedene Methoden zur Verfügung, um die es eingehend im nächsten Abschnitt dieser Arbeit gehen wird. (vgl. Sarimski 2013, S. 12-13 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 31)

#### **4.3 Die Erziehungsberatung als Präventionsmöglichkeit aus dem Blickwinkel der Resilienz**

Ein besonderes Augenmerk legt Corina Wustmann Seiler bei der Erläuterung der Risikofaktoren auf ungünstige Erziehungspraktiken und Erziehungsdefizite. Den Kindern würden beispielsweise häufig Gefühle von Desinteresse oder Gleichgültigkeit entgegen gebracht, die sich durch eine mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität ihrer Eltern, als deren primäre Beziehungs- und Dialogpartner, noch verstärken würden. Durch eine Uneinigkeit der Eltern im Er-

ziehungsgeschehen oder durch negative Erziehungsmethoden, die sich in körperlichen Strafen, überhöhten Erwartungen, Leistungsdruck oder Liebesentzug beispielhaft äußern können, würden psychische Erkrankungen des Kindes wie etwa Depressionen, in negativer Weise gefördert. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 38) So stimmt die Resilienz- bzw. Risiko-Forschung mit den Erkenntnissen der EA/LT und der allgemeine Depressionsforschung dahingehend überein, dass sich die Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei Kindern im Schulalter speziell durch die Beziehungslosigkeit und den Erwartungs- und Ergebnisdruck einer autoritär-lieblosen Erziehung in einer deutlichen Weise erhöhen wird. Vor diesem Hintergrund sind die Methoden der Erziehungsberatung, die sich am Konzept der Resilienz orientiert, auf verschiedene Modelle gebettet. Dabei bestimmt das Resilienz-Modell, welches den Präventionsmaßnahmen einer Erziehungsberatung zugrunde gelegt wird, die konkret angewendeten Methoden in der Beratungspraxis. (vgl. Wustmann Seiler, 2012 S. 56) Corina Wustmann Seiler unterscheidet in diesem Kontext zwischen den Modellen der Kompensation, welches noch einmal in die Formen des Haupteffekt-Modelles und des Mediatoren-Modelles untergliedert wird und dem Modell der Herausforderung. Außerdem existieren noch das Konstrukt der Interaktion sowie das Modell der Kumulation. Jene Modellvorstellungen wurden teilweise schon in den vorangegangenen Punkten anteilig beschrieben und konzentrieren sich auf die Art des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren. Die einzelnen Sichtweisen schließen sich aber gegenseitig nicht aus. Sie können mitunter gleichzeitig oder kurz nacheinander im Problemlöseverhalten des betroffenen Kindes ausfindig gemacht werden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 56-61 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 36-39) Die vorliegende Arbeit gründet ihre weiteren Ausführungen in bezug auf die Methodik der Erziehungsberatung auf das Modell der Kompensation und innerhalb dessen auf das Mediatoren-Modell, was, wie gesagt nicht unbedingt heißen muss, dass andere Resilienz-Modelle weniger wichtig sind. Das Modell der Kompensation erscheint im Bedeutungszusammenhang dieser Arbeit lediglich als besonders gut geeignet, die Vorgehensweise einer resilienzorientierten Erziehungsberatung allgemeinverständlich und beispielhaft darzustellen. Beim Modell der Kompensation wird generell die Auffassung vertreten, dass das Ausmaß des risikoe erhöhenden Einflusses durch den risikomildernden Faktor kompensiert werden kann. Nach dieser Sichtweise wirken beide Faktoren also gegeneinander und subtraktiv, wobei der risikomildernde Faktor nicht direkt auf den risikoe erhöhenden Faktor einwirkt. Die Kernaussage dieser Theorie besagt also, dass je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, desto besser es dem Kind auch gelingen wird, seine Entwicklungsaufgaben inklusive der damit einhergehenden Risikofaktoren zu meistern, wobei in diesem Fall auch das Entwicklungsergebnis insgesamt deutlich positiver ausfallen wird. Je weniger risikomildernde Faktoren ausfindig gemacht werden können, desto höher gilt die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Erkrankungen, wie etwa der Depression. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 57 i. V. m.

Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 36) Das Mediatoren-Modell geht vor diesem Hintergrund dann davon aus, dass sich sowohl die risikoerhöhenden, als auch die risikomindernden Faktoren indirekt auf die Entwicklung des Kindes beziehen. Sie werden praktisch über einen Mediator an das Kind herangetragen. Das Elternverhalten oder die Methoden der Erziehung werden in diesem Zusammenhang als Mediatoren angesehen. Nach diesem Modell kann also ein Elterntaining in der Erziehungsberatung als Schutzfaktor für das Kind fungieren. Präventions- und Interaktionsangebote, die sich auf die indirekte Wirkung des Mediators beziehen, werden sich auf die Stärkung des Mediators in Gestalt der Erziehungskompetenz konzentrieren. Ungünstige Kindheitserlebnisse aus der Erziehung der Eltern werden hier als Risikofaktoren betrachtet und können durch die Erziehungsberatung reflektiert und somit verändert werden. Auf diese Weise wird das Erziehungsverhalten der Eltern positiv beeinflusst. Folglich werden durch die Präventionsmaßnahmen der Erziehungsberatung Risikofaktoren minimiert und entwicklungsförderliche Bedingungen in der Eltern-Kind-Beziehung geschaffen, so dass sich insgesamt ein positives Entwicklungsergebnis für das Kind einstellen kann. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 58 i. V. m. Pianta/Stuhlmann/Hamre in: Opp/Fingerle (Hg.) 2007, S. 192) Ein sicheres Bindungsmuster in der Eltern-Kind-Beziehung ist für eine Vorbeugung von Depressionen, wie bereits erwähnt, sehr bedeutsam. Es trägt maßgeblich zu den Resilienzfaktoren eines positiven Selbstwertgefühls und zu wichtigen sozialen Kernkompetenzen bei. Außerdem wird eine positive Ausbildung des Selbstbildes des Kindes durch eine stabile Eltern-Kind-Interaktion gefördert. Das Kind konstruiert sich anhand der Erfahrungen aus jenem Zusammenspiel ein Verständnis von sich selbst, seinen eigenen Fähigkeiten und seinen primären Bezugspersonen. Auf diese Weise kann es sich ein Bild von sich und seiner Umwelt machen. Es entwickelt ein Vertrauen bzw. Urvertrauen, (vgl. Oerter/Montada (Hg.) 2002, S. 36) das zur Grundlage seines aktiven und eigenverantwortlichen Handelns wird, so dass es schließlich befähigt wird, kritische Lebenssituationen, wie etwa den Schuleintritt, aktiv zu bewältigen, ohne depressive Verhaltensweisen und Handlungsmuster zu entwickeln. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 108 i. V. m. Klein 2012, S. 41) Vor diesem entwicklungspsychologischen Hintergrund setzt die Erziehungsberatung aus der Perspektive der Resilienz vor allem auf die Förderung eines autoritativen oder demokratischen Erziehungsstils. (vgl. Oerter/Montada (Hg.) 2002, S. 119-121) Als wichtigste Merkmale dieser Form zu erziehen gelten vor allem die Vermittlung von emotionaler Wärme, Wertschätzung und eine bedingungslose Akzeptanz des Kindes mit allen seinen Stärken und auch schwachen Momenten. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 109) Die Kommunikation eines autoritativen Erziehungsstiles ist dabei durch ein offenes, partnerschaftliches und konstruktives Redeverhalten gekennzeichnet, das sich durch folgende Merkmale auszeichnet: Die Eltern hören ihrem Kind aktiv zu, sie fragen generell interessiert nach, und besonders, wenn ihnen etwas unverständlich erscheint. Die Verwendung von „Ich-Botschaften“, anstatt von Vorwürfen oder Anschuldigungen in „Du-

Sätzen“, bei denen sich das Kind rechtfertigen und verteidigen müsste, werden als zentral angesehen. (vgl. Oerter/ Montada (Hg.) 2002, S. 120 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 109 i. V. m. Deutsches Kinderhilfswerk (Hg.) 2012, S. 71-73) Dabei fördern klare und konsistente Verhaltensregeln auf beiden Seiten den gegenseitigen Dialog, wobei die Elternseite ihrem Kind durchaus mit kontrollierenden, aber nicht einengenden Verhaltensweisen und Regeln begegnen. Im autoritativen Erziehungsstil sollten die Eltern als Vorbilder bzw. als positive Modelle fungieren, damit sich das Kind in seinem Handeln orientieren kann. Auf diese Weise werden Gefühle von Sicherheit, Stabilität und auch Geborgenheit vermittelt. Wenn die Eltern zusätzlich auf die Bedürfnisse ihres Nachwuchses in einer empathischen und responsiven Weise eingehen und die ersten Ansprechpartner ihrer Kinder bei Problemen sind, wird das Kind seinen Eltern mit Respekt und Achtung begegnen, da ihm selbst in gleicher Weise Anerkennung und Akzeptanz entgegen gebracht werden. Der autoritative Erziehungsstil impliziert außerdem hohe Erwartungen an das Kind, die aber immer realistisch und angemessen sein sollten. Durch das elterliche Zutrauen kann schließlich auch das Kind Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten entwickeln und an seine Selbstwirksamkeit glauben. Bei Kindern im Schulalter ist es weiterhin sehr förderlich, dass sich Eltern für die Erlebnisse und Erfahrungen des Kindes, die es in der Schule macht, aktiv interessieren. Wenn mit den Kindern außerdem noch offen über Gefühle gesprochen wird, so dass auch Konflikte thematisiert werden können, bietet die autoritativ-demokratische Erziehung einen hohen Schutz gegen die depressiven Verhaltensweisen von Kindern im Schulalter, wie sie im zweiten Kapitel dieser Arbeit ausführlich vorgestellt wurden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 109-111 i. V. m. Krause in: Wyrobnik (Hg.) 2012, S. 26-27 und Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 31 und eigene Rückschlüsse) Durch eine stimmige Familienerziehung bzw. durch die intakten Familienbeziehungen kann eine psychisch gesunde Entwicklung des Kindes gemäß den Theorien der Resilienz nachhaltig gestärkt werden. Aus diesem Grund bildet die Förderung jener Beziehungen den zentralen Ansatzpunkt in der Resilienzförderung durch die Erziehungsberatung. (vgl. Pianta/Stuhmann/Hamre in: Opp/Fingerle (Hg.) 2007, S. 192) Die am meisten verbreiteten Elternkurse sind in diesem Kontext, um nur eine Auswahl zu nennen, die Programme aus dem Tripple P, Starke Eltern – Starke Kinder, das Step-Programm oder auch das Gordon-Familien Training. (Eine gute und übersichtliche Darstellung jener Hilfsangebote in tabellarischer Form findet sich in der Fachliteratur des Ratgebers Resilienz von Klaus Fröhlich-Gildhoff und Maike Rönnau-Böse aus dem Jahre 2014 auf den Seiten 80-84.) Neben der Förderung der Eltern Kompetenz werden in der Erziehungsberatung im Zuge einer ganzheitlichen Prävention auch die Resilienzfaktoren der Kinder anhand von kindzentrierten Maßnahmen direkt gefördert. Das kann in Einzelgesprächen durch kreative und spielerische Elemente geschehen und würde in ähnlicher Weise ablaufen, wie eine existenzanalytische Erziehungsberatung. (vgl. Krause in: Wyrobnik (Hg.) 2012, S. 33-34 und eigene Rückschlüsse) Das Kon-



zept der Resilienzförderung bietet also in seiner komplexen Gesamtheit, ebenso wie der Ansatz der EA/LT, viele Möglichkeiten der Förderung, die drohenden depressiven Entwicklungen beim Schulkind entgegen stehen, so dass auch dem Resilienz-Konzept eine hohe Bedeutung für die Prävention von depressiven Erkrankungen in der (Schul)Altersgruppe zugeschrieben werden kann. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Konzepte werden nun im nächsten Abschnitt dieser Arbeit genauer ausdifferenziert.

## **5. Existenzanalyse/Logotherapie und Resilienz – Eine Gegenüberstellung beider „Konzepte“**

Als Grundlage für den nachfolgenden Gesamtvergleich sei einleitend angemerkt, dass diese Arbeit ein Konzept (die Resilienz) mit einer Methode in der humanistischen Psychotherapie und Beratung (die EA bzw. LT) gegenüber stellt. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Beutner/Fischer/Rönnau-Böse 2012 in: Gahleitner/Hahn (Hg.) 2012, S. 46 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30) Im Konzept der Resilienz sind Erkenntnisse aus der Präventionsforschung mit einzelnen konkreten Maßnahmen systematisch zu einem zusammenhängenden Gesamtkonzept ausgearbeitet worden, so dass sich die Resilienzförderung schließlich auf mehrere Ebenen konzentrieren kann und in einen institutionellen Kontext eingebettet ist. Vor diesem Hintergrund sind die zentralen Ebenen die Ebene des Kindes, die Ebene der Eltern und die Ebene der pädagogischen Fachkräfte, die in den jeweiligen Rahmenbedingungen ihrer Einrichtungen bzw. Institutionen mit ihren Klienten arbeiten. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Beutner/Fischer/Rönnau-Böse 2012 in: Gahleitner/Hahn (Hg.) 2012, S. 46-47) Den Forschungsergebnissen von Emmy Werner wird in diesem Zusammenhang eine grundlegende und bahnbrechende Bedeutung für das Gesamtkonzept der Resilienz zugeschrieben. (vgl. Klein 2012, S. 20-21) Die EA hingegen lebt im wesentlichen von den Erkenntnissen des Wiener Arztes Viktor Frankl und seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund. Beide Seiten stützen sich in ihren Ansätzen folglich auf die Erkenntnisse charismatischer Persönlichkeiten, die auf ihren jeweiligen Forschungsgebieten Pionierarbeit geleistet haben. (vgl. Längle 2013, S. 140) Die EA versteht sich dabei als wissenschaftliche Anthropologie, welche durch die GLE inhaltlich und konzeptionell systematisch weiter entwickelt wurde, wobei sie heute in den Gesamtkontext der AGHPT, der Arbeitsgemeinschaft für humanistische Psychotherapie, umschlossen ist. Die EA gilt in Deutschland als eine Methode der Humanistischen Psychotherapie. (vgl. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30) So liegen beiden Ansätzen verschiedene Konzepte, Modelle und Systematiken zugrunde, welche die Grundlage für die Diagnostik sowie die angewandten Methoden und Maßnahmen in der Praxis bilden. (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2012 in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 24-25 i. V. m. Kolbe 2014 in bvvp (Hg.) S. S. 30-31) Insgesamt kann also bei beiden, Resilienz und EA/LT, von jeweils einer „Gesamtkomposition“ bzw. „Gesamtkonzeption“ gesprochen werden, die in beiden Fäl-

len Erkenntnisse anderer Forschungs- oder Fachrichtungen mit einbezieht, wenn sie zu deren Grunderkenntnissen und den dahinter stehenden Menschenbildern passen. Beiden Ansätzen bzw. Konzepten ist es gemeinsam, dass sie betonen interdisziplinäre Ansätze zu sein, die sich offen gegenüber neuen Erkenntnissen und Forschungsberichten anderer wissenschaftlicher Richtungen und Disziplinen sehen und diese ggf. in ihre Kompositionen einfügen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 32-33 i. V. m. Waibel 2010 in: GLE International (Hg.) 2010, S. 35) Beide Ansätze stehen dem Menschenbild des Humanismus und der humanistischen Psychologie sehr nahe. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2012 in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 24) Depressionen bei Kindern im Schulalter werden dabei auf der Basis folgender Theorien verstanden:

### **5.1. Gemeinsamkeiten und verbindende Elemente in den jeweiligen Sichtweisen auf Depressionen bei Kindern im Schulalter**

Sowohl die EA/LT als auch die Resilienz sehen das Vorhandensein von wertschätzenden sowie von Liebe, Respekt und Achtung geprägte Beziehungen oder Bindungen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen als zentral an, um mögliche Depressionen beim Kind zu vermeiden. Beide setzen in ihren Maßnahmen in der Erziehungsberatung ihren Fokus darauf, dass sich die Beziehungen zwischen den Eltern und ihrem Kind verbessern, so dass dem Potenzial einer Depression automatisch vorgebeugt wird. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2014, S. 31 i. V. m. Kunert 1998, S. 39-43/S.78-80) Beiden ist es außerdem gemeinsam, dass das Beziehungsgeschehen in der Erziehung als sehr komplex, dialogisch und interaktiv verstanden wird. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 107-110 i. V. m. Waibel 2010 in: GLE International (Hg.) 2010, S. 30) Wichtig ist bei beiden Ansätzen, dass in der näheren Umgebung zumindest eine intakte und stabile Beziehung für das Kind existiert, wobei diese fördernde Beziehung nicht unbedingt mit den Personen der Eltern gleich zu setzen ist. Auch Nachbarn, Betreuer oder nahe stehende Verwandte können dem Kind sichere und verlässliche Bindungspartner sein, wenn sie das Kind liebevoll, feinfühlig, fürsorglich und konsequent über einen längeren Zeitraum begleiten. (Wustmann Seiler 2012, S. 107 i. V. m. Waibel 2010 in: GLE International (Hg.) 2010, S. 30) Die EA betont in diesem Zusammenhang, dass das Kind quasi von Geburt an als Person zu sehen ist, die mit seinen Eltern auf gleicher Augenhöhe interagiert und deshalb zentral in das Erziehungsgeschehen mit eingebunden werden muss. (vgl. Waibel 2010 in: GLE International (Hg.) 2010 S. 29-30) Die Resilienz setzt ihren Fokus in der Erziehung auf die Merkmale des autoritativen Erziehungsstiles, welcher dem existenziellen Verständnis von Erziehung sehr ähnlich ist. Beiden Verständnissen ist gemeinsam, dass durch die Wertschätzung und das respektvolle Interesse an ihrem Kind, welches verschiedene Regeln der Kommunikation mit einschließt, depressive Verhaltensweisen beim Kind vorgebeugt werden können. Auf beiden Seiten sollte das Kind genauso akzeptiert werden wie es ist,

wobei eine hohe, nicht mehr realistische Erwartungshaltung das Kind überfordern wird und als Grundlage für spätere Überforderungsmuster und die depressionstypischen Verhaltensweisen im Kindesalter gilt. (Kunert 1998, S. 43 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 108-111) Beide Seiten betonen außerdem, dass die Phase des Schuleintritts als sehr wichtig in der kindlichen Entwicklung anzusehen ist. Beide Ansätze betrachten diesen Entwicklungsabschnitt zwar als kritisch, da mit ihm viele Veränderungen und Risiken verbunden sind. Beide sehen dieser Zeit aber auch wichtige Möglichkeiten und Potenziale für das Kind innewohnen, welche allesamt mit einer etwaigen positiven Bewältigung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben einher gehen können. (vgl. Probst 2004 in: GLE International (Hg.) 2004, S. 75-76 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 21) Und eine positive Umgangsweise mit dieser Phase und den damit einhergehenden kritischen Lebensereignissen ist dann umso wahrscheinlicher, wenn die Eltern oder andere wichtige Bindungspartner das Kind in ihrer Erziehung konsequent interessiert, motivierend und voll Zutrauen begleiten. Auf diese Weise wird es sich in seiner Person angenommen und aufgehoben fühlen, so dass es sich den Erwartungen und Anforderungen in der Schule neugierig stellen kann. (vgl. Kolbe 2010 in: GLE International (Hg.) 2010, S. 26-27 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2012 in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 18) Die EA stützt ihre Sichtweisen in diesem Kontext sowie für den diagnostischen Prozess auf die Grundlagen der Phänomenologie und den damit verbundenen Erkenntnissen und Fragetechniken aus der PEA. Besonders der zweiten Grundmotivation wird eine große Bedeutung für das Verstehen und das Entstehen von Depressionen beigemessen. Die existenzielle Motivationslehre vermag es, in ihrer komplexen Verwobenheit der einzelnen Grundmotivationen zueinander, zu helfen depressive Verhaltensmuster individuell zu begründen und kann deshalb auch einen wichtigen Beitrag für die Diagnostik leisten. (vgl. Längle 2013, S. 76-79/S. 140) Außerdem stützt sich die EA in ihrer Grundhaltung zum Klienten und zum methodischen Vorgehen auf Erkenntnisse der Philosophie und der Existenzphilosophie. Vor allem Viktor Frankl ist es zu verdanken, dass wissenschaftliche Richtungen oder einzelne Elemente, die beabsichtigen, den Menschen oder das Kind auf seine Erkrankung oder Depression hin reduzieren oder psychologisieren zu wollen, in der EA scharf kritisiert werden und eine Ablehnung erfahren. (vgl. Längle 2013, S. 140-145) Wie auch in der Resilienz, wird dem Individuum oder dem Kind, eine aktive und tragende Rolle in seinem Entwicklungsprozess zugeschrieben. Beide Richtungen legen in diesem Kontext ihren Schwerpunkt auf eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise. (Waibel in: GLE International (Hg.) 2010, S. 31 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 20-21) Die Resilienz weist in ihrer Sicht auf das Entstehen von Depressionen oder vielmehr auf das Entstehen von Gesundheit Parallelen zu anderen Ansätzen in der Gesundheitswissenschaft auf. Die im vierten Kapitel ausführlich beschriebenen Resilienzfaktoren, welche nach diesem Konzept zu fördern sind, haben eine starke Affinität zu den „Zehn life skills“ der WHO. Durch deren prozess-orientierte Entwicklungsförderung

können Erkrankungen beim Kind, die beispielsweise Depressionen betreffen, präventiv vorgebeugt werden, so dass die Betonung in der Resilienz nicht auf die Erkrankungen oder den krank machenden Faktoren liegt, sondern auf den Erhalt oder die Wiederherstellung von der Gesundheit und den im folgenden aufgelisteten zehn zentralen Lebenskompetenzen des Individuums (WHO 1994):

- |   |  |
|---|--|
| 01. Selbstwahrnehmung                           | 06. Problemlösefähigkeiten               |
| 02. Empathie                                    | 07. Effektive Kommunikationsfähigkeiten  |
| 03. Kreatives Denken                            | 08. Interpersonale Beziehungsfähigkeiten |
| 04. Kritisches Denken                           | 09. Gefühlsbewältigung                   |
| 05. Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können | 10. Stressbewältigung                    |

(vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2012 in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 24-25) Bezogen auf Depressionen sind hier besonders die Stärkung der interpersonalen Beziehungsfähigkeiten, der Gefühlsbewältigung und der Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können, gemeint, wobei auch die Förderung der übrigen Kompetenzen sehr wichtig ist, da alle Faktoren miteinander verbunden sind, bzw. teilweise aufeinander aufbauen. Zum derzeitigen Stand der Forschung sind die Wirkungszusammenhänge zwischen diesen Resilienz Faktoren und den Risikofaktoren, welche jene Kernkompetenzen im Wechselspiel miteinander stärken oder schwächen können, noch nicht ausreichend erforscht. Die GLE könnte mit ihrem Konzept der Motivationslehre und den darin ausgearbeiteten und phänomenologisch erforschten Grundmotivationen einen wichtigen Beitrag leisten, Depressionen und deren spezifische Zusammenhänge mit den einzelnen Risikofaktoren oder Life Skills ressourcenorientiert zu verstehen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 49 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2012 in: Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer (Hg.) 2012, S. 25 und eigene Rückschlüsse) Während das Konzept der Resilienz vor diesem Hintergrund das Individuum und dessen Systemumfeld ressourcenfokussiert in das engere Blickfeld rückt, spielen in der EA das Individuum und dessen Potenzialität sowie Intentionalität die größte Rolle. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28-30 i. V. m. Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 31) Schon im Kindesalter ist der Mensch nach letzterer Theorie auf etwas anderes selbsttranszendent und intentional ausgerichtet. Die individuelle Sinnthematik bildet in ihrem Charakter der Hingabefähigkeit den Dreh und Angelpunkt für die Prävention von depressiven Erkrankungen. Durch das Wiederfinden der Werte und der Dinge, die das depressiv anmutende Kind und seine Familie individuell als kostbar und bedeutend erlebt, sollen nicht nur die Beziehungen untereinander wieder gestärkt werden. Auch die anderen Kernkompetenzen des Kindes, die sich in seiner Eigenaktivität, Neugier und Entscheidungsfreude wieder spiegeln, sollen durch die Wertaffirmationen wieder gefunden und gefördert werden. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 142-144) Im Prozess der Di-

agnosefindung durch die Erziehungsberatung stützen sich die EA und LT dabei vor allem auf Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und der Bindungstheorie, wobei sich das Konzept der Resilienz bei der Erörterung des Systemumfeldes neben diesen auch an den Theorien des ökologischen Entwicklungsmodells Bronfenbrenners orientiert. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28 i. V. m. Probst 2004 in: GLE International (Hg.) 2004, S. 72-77) Neben der im Schwerpunkt eindeutig gesetzten Ressourcenorientierung sehen beide Konzepte allerdings auch die pathogenetischen Aspekte, auf denen psychische Erkrankungen beruhen können. (Längle 2013, S. 23 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 36) Die Resilienzforschung verfügt neben dem Konzept der Schutzfaktoren über das Risikofaktorenkonzept, welches die einzelnen Vulnerabilitätsfaktoren, die das Kind selbst aufweist, ebenso erfasst, wie die Riskofaktoren in der Umgebung des Kindes. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 36-39) Dem gegenüber steht das existenzanalytische Verständnis von psychischen Störungen, welches im existenzanalytischen Modell der Psychopathogenese seinen Ausdruck findet. Wenn sich beispielweise ein Kind nicht mehr im offenen Austausch mit sich und der Welt befindet, ist das daran sichtbar, dass es einzelne Bedingungen der vier Grundmotivationen nicht erfüllen oder erleben kann. Bei einem depressiven Erscheinungsbild wären vor allem die Bedingungen der zweiten Grundmotivation betroffen. Nach diesem Verständnis ist das Kind in seiner derartigen Verfassung auch in bestimmten Bereichen seiner Wirklichkeit im Denken, Fühlen, Entscheiden oder Handeln beeinträchtigt. Es kann sich gewissen Themen und Erfahrungen in seinem Verarbeitungsprozess nicht oder nicht mehr adäquat stellen und weicht in psychodynamische Schutzreaktionen aus. Diese dienen zwar in erster Linie der Stabilisierung seines Gefühlshaushaltes, dürfen aber nicht mit personalen Stellungnahmen zum Geschehen verwechselt werden, die in Freiheit und Verantwortung getroffen werden würden. Das Spannungsfeld, welches durch das Einsetzen und Dominieren der Schutzmechanismen entsteht, erlebt das Kind dann als leidvoll und nicht mehr als erfüllend oder bereichernd. (vgl. Längle-Holzhey-Kunz 2008, S. 117-118) Nach existenzanalytischem Verständnis ist man also dann krank, „wenn man wiederholt (regelmäßig) nicht tun kann, was man eigentlich will.“ (Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 118) Ein Kind im Schulalter gilt folglich dann als krank, wenn es neue Freundschaften und Beziehungen sowie die damit verbundenen frei schwingenden Gefühle nicht leben oder spüren kann, obwohl es genau das gerne vermögen würde. Das Krankheitsverständnis ist in diesem Fall immer ein subjektives, wobei die Diskrepanz zwischen der Absicht und den realen Handlungsmöglichkeiten fast immer von einem Gefühl des Leidens oder der Leere begleitet wird. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 118) Das Konzept der Resilienz beruft sich vor diesem Hintergrund auf das Gesundheitsverständnis der WHO, wonach Gesundheit nicht nur als die reine Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen angesehen wird, sondern sich explizit auf einen Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bezieht. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 20) Beide Sichtweisen auf Gesund-

heit bzw. Krankheit sind einander sehr ähnlich, wobei die EA die Position des Individuums und dessen intentionale Absichten, Hingabefähigkeiten und Empfindsamkeiten noch stärker in die Mitte des Geschehens rückt als es die Resilienz tut. Die Resilienz hingegen setzt die Mechanismen, Schutz- und Risikofaktoren des sozialen Umfeldes noch etwas stärker in das Zentrum ihrer Sicht auf das Entstehen von psychischen Erkrankungen, wie etwa der Depressionen. (vgl. Längle 2013, S. 34-38 i. V. m. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 27-29) Als zentrale Grundlage für das Entstehen von Depressionen werden in beiden Ansätzen allerdings die Aussagen und Erkenntnisse aus dem bio-psycho-sozialen Modell heran gezogen, wobei jeder Ansatz die gerade beschriebenen Schwerpunkte in seinen eigenen Theorien bildet. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 33 i. V. m. Längle 2013, S. 172-173) Das in der Medizin und der Psychologie angewandte Modell der Dreiteilung von Körper, Psyche und der sozialen Eingebundenheit besagt zusammenfassend, dass der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit verstanden wird. Während die Resilienz mit jenem Modell konform geht und es als Grundlage der Forschungen betrachtet, trifft das für die EA zu großen Teilen zu. Aus Sicht der EA berücksichtigt dieses Modell zwar den Umgang des Menschen mit seiner sozialen Umwelt, nicht aber die intimeren Aspekte des Personseins, welche sich in der Beziehungsfähigkeit des Individuums zur Umwelt, zur Innenwelt und zur Überwelt, der so genannten Transzendenz ausdrückt. Die für die EA zentralen Fähigkeiten des Menschen, die sich in der Freiheit seiner Stellungnahmen und Entscheidungen zeigen und die sein Streben nach Sinnerfüllung, nach der Gewissenhaftigkeit und der Verantwortung umschließen, werden im bio-psycho-sozialen Modell kaum erfasst. (vgl. Längle 2013, S. 172-173) In jener Sichtweise wird also ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Konstrukt der Resilienz und dem Ansatz der EA noch einmal zusammenfassend deutlich: Die EA setzt in ihrem Verständnis für das Entstehen von Depressionen oder für das Gelingen eines sinnerfüllten Lebens ohne depressive Züge auf das Zusammenspiel der gerade beschriebenen Komponenten, die das Personsein im Menschen ausmachen, während die Resilienz die Austauschbeziehung zwischen dem Individuum und den Resilienz- bzw. Risikofaktoren seiner Systemumwelt fokussiert betrachtet. (vgl. Längle 2013, S. 170-175 i. V. m. Klein 2012, S. 15-16) Vor diesem Hintergrund verstehen sich beide Ansätze als salutogenetische Konzepte. Der Begriff der Salutogenese wurde durch den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky maßgeblich geprägt. Das Wort Salutogenese ist dabei lateinisch-griechischen Ursprunges und setzt sich aus den Wortanteilen „salus“, das soviel bedeutet, wie Unverletztheit, Heil oder Glück und dem Wortanteil „genesis“ zusammen, wobei „genesis“ mit dem deutschen Begriff Entstehung gleichgesetzt werden kann. Salutogenese bedeutet also übersetzt „Gesundheitsentstehung“. (vgl. Längle 2013, S. 23 i. V. m. Klein 2012, S. 17-18 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 26 und Krause/Lorenz 2009, S. 9) Aaron Antonovsky erklärte seine Sichtweise auf die Gesundheitsentstehung, indem er die Metapher des Flusses verwendete. In dieser Vorstellung würden die Menschen immer wieder in einen

reißenden Fluss fallen. Das biomedizinische Krankheitsmodell würde sich an dieser Stelle hauptsächlich der Beantwortung von Fragestellungen widmen, wie der Mensch am ehesten aus diesem Fluss gerettet werden könnte oder sich damit auseinandersetzen, welche Gruppe von Menschen am schnellsten ertränke. Die salutogenetische Perspektive konzentrierte sich hingegen darauf, welche Faktoren es dem Menschen erleichtern könnten das Schwimmen zu erlernen, wobei die Fähigkeit zu schwimmen als wichtiges Persönlichkeitsmerkmal eines jeden Menschen angesehen wird. Die Leitfragen der Salutogenese lauten also: „Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“ „Welche Faktoren erhalten einen Menschen trotz vielfältiger Risiken und Belastungseinflüsse gesund?“ (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 26-27 i. V. m. Antonovsky 1997, S. 15-16) Dabei favorisierte Antonovsky eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen, die sich nicht ausschließlich an krankheitswertigen Symptomen orientiert. Durch die Erkenntnisse Antonovskys gewannen der Stellenwert und die Möglichkeiten der Prävention im medizinischen Bereich stark an Bedeutung. Seine Erkenntnisse übten auch auf das Konzept der Resilienz im pädagogischen Bereich einen großen Einfluss aus. Vor allem die Sicht auf die Schutzfaktoren oder die protektiven Einflüsse in der menschlichen Entwicklung gerieten zunehmend in den Blick der Wissenschaftler. (vgl. Kipker 2008, S. 19-21 i. V. m. Wustmann 2012, S. 26) Ein zentraler Aspekt aus der Theorie der Salutogenese betrifft dabei das so genannte Kohärenzgefühl (sense of coherence/SOC), das jedem Menschen inne wohnen kann. Dieser Begriff beschreibt das ureigene Gefühl von Vertrauen und die Sicherheit, Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Das Kohärenzgefühl besteht dabei aus drei grundlegenden Komponenten: Zum einen aus dem Gefühl der Verstehbarkeit. Diese Emotion wird als kognitives Verarbeitungsmuster in Belastungssituationen betrachtet und hilft dem Menschen durch das bewusste Verstehen seiner Gesamtsituation, eigene Lösungen zu finden. Außerdem zeichnet sich der SOC durch ein Gefühl der Handhabbarkeit aus, das als Grundbaustein für kognitiv-emotionale Verarbeitungsstrategien gewertet wird. Die Sinnhaftigkeit, welche als dritte Komponente des Kohärenzgefühls nach Antonovsky verstanden wird, erinnert an die Bedeutsamkeit von motivationalen Strebungen, die als wichtigste Elemente bei der Bewältigung von Lebenskrisen gelten. (vgl. Antonovsky 1997, S. 34-38) Nach eigenen Angaben wurde Antonovsky in seinem salutogenetischen Denken im allgemeinen und besonders bezüglich der Sinnhaftigkeits-Komponente im SOC stark von Viktor Frankl und dessen Buch „Das Menschenbild der Seelenheilkunde“ aus dem Jahre 1959 beeinflusst, so dass an diesem Beispiel die Parallelen zwischen der Salutogenese und der Sinnthematik in der LT/EA sichtbar werden. (vgl. Schiffer 2013, S. 49) In diesem Zusammenhang ist der Kohärenzsinn grundlegend als ein flexibles Steuerungsinstrument anzusehen, wobei seine einzelnen Komponenten miteinander in einer Wechselbeziehung stehen. (vgl. Antonovsky 1997, S. 36-38) Ein Kind mit einem starken SOC verfügt in der Regel auch über ein starkes Selbst, welches wiederum die Entwicklung einer stabilen Identität ermöglicht. Diesem Verständnis

nach wird ein solches Kind eine bestimmte Coping-Strategie auswählen, die ihm am geeignetsten erscheint, beispielsweise mit Gefühlen von Depressionen und Niedergeschlagenheit umzugehen, so dass es durch das Zusammenspiel der drei Komponenten depressiven Zustandsbildern aktiv entgegen treten kann. Allerdings muss auch in diesem Kontext beachtet werden, dass der Entwicklung eines starken SOC wiederum stabile Beziehungen und die Vorbildfunktionen erwachsener Bezugspersonen vorausgesetzt sind, so dass die komplexe Verwobenheit der einzelnen Komponenten mit den Bedingungen des sozialen Umfeldes nicht übersehen werden dürfen. (vgl. Antonovsky 1997, S. 40-43 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 76-77 und eigene Rückschlüsse) In diesem Gesamtzusammenhang tritt ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen dem Resilienz-Konzept und der EA im Hinblick auf deren Sichtweisen im Entstehungsgeschehen von Depressionen bei Kindern zutage. Dieser liegt in einer unterschiedlichen Auffassung von Copings und Coping-Strategien und wird zu Beginn des nachfolgenden Punktes eingehend dargestellt.

## **5.2. Unterschiedliche Aspekte und Bezugspunkte im Hinblick auf depressiv erkrankte Schulkinder**

Die EA geht in ihrer Anthropologie von einem Coping-Verständnis aus, das etwas anders ausgerichtet ist als die Sichtweise von Copings bzw. Coping-Strategien im Resilienz-Konzept. Unter dem Begriff der spontanen Coping-Reaktionen werden in der EA die psychischen und psychodynamischen Reaktionsweisen zusammengefasst, die ohne den Vorgang einer personalen Stellungnahme und ohne eine bewusste Verarbeitung des konfliktbehafteten Geschehens erfolgen. Spontane Coping-Reaktionen setzen also dann ein, wenn der Mensch einen spontanen Umgang sucht, um mit den Dingen fertig zu werden, die er nicht mag oder die belastend und angstbesetzt erscheinen. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19) Es handelt sich also um Selbstschutzmechanismen, die es dem Individuum ermöglichen die Kontrolle über die Situation und sein Leben zu erhalten, wobei Coping-Reaktionen im Verständnis der EA keine kausale Bearbeitung des eigentlichen Problemes meinen und daher nicht zu einer Lösung im Sinne einer integrierten personalen Stellungnahme beitragen. (→ vgl. die Ausführungen im vorigen Punkt zum Krankheitsverständnis der EA) Copings gelten aus dieser Perspektive also als Situationshilfen zur momentanen Entlastung, sind aber keine Problemlösungsstrategien, da sie nicht heilend wirken, sondern lediglich für den Augenblick zur Entlastung beitragen. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 31) Vor diesem Hintergrund sieht die EA für den depressiven Typ oder das depressive Kind im motivationalen Erscheinungsbild der 2. Grundmotivation typische Coping-Reaktionen, die sozusagen speziell am Verhalten depressiv anmutender Menschen phänomenologisch beobachtet wurden. Im Punkt 3.2. dieser Arbeit wurden die Entstehungsgründe von depressiven Verhaltensweisen bei Kindern im Schulalter bereits



eingehend und zusammenhängend erläutert, so dass jene Ausführungen nun um die typischen Coping-Reaktionen der 2. Grundmotivation ergänzt werden. Diese Coping-Reaktionen können diagnostisch auf eine drohende Depression hinweisen und bestehen: 1. in der Grundbewegung, 2. in der paradoxen Bewegung, 3. im Aggressionstyp und 4. im Totstellreflex. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19-22) Die erste und spontan auftretende Reaktion, die sich in der Grundbewegung zeigt, ist der soziale Rückzug, da der Mensch oder das Kind bei etwas, das er/es nicht mag auch nicht sein will und nicht verweilen möchte. Das Kind zieht sich im Zuge dieser Bewegung immer mehr in sein Schneckenhaus zurück und verkriecht sich sozusagen in einem Raum oder einem Ort, der ihm Schutz bietet. Oder es entwickelt in seiner Emotionalität Gefühle der Gleichgültigkeit, die es ihm innerlich ermöglichen Abstand von den Dingen nehmen zu können, die es nicht mag. Es tritt sozusagen in dieser Bewegung aus der Beziehung zu anderen Menschen, Dingen oder einzelnen Situationen heraus. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 45) Da ein solches Rückzugsverhalten die Probleme nicht lösen, sondern lediglich aufzuschieben oder zu umgehen vermag, wird das Kind in der häufig anschließenden paradoxen Bewegung alles tun, um dem Unangenehmen im Nicht-Mögen zu entfliehen. Es geht nun in die Leistung, tut viel mehr, als es eigentlich tun müsste, wobei dieses „sich in Beziehung setzen“ lediglich aus Impulsen des Schutzes geschieht und nicht aus einem echten Wunsch nach Nähe. Auch die Tatsache, dass depressive Kinder oftmals nicht „Nein“ sagen können, weil sie Angst haben aus der Beziehung zu fallen, kann in ein Leistungsverhalten übergehen, in dem das Kind Dinge numerisch-quantitativ zur Ablenkung erledigt, aber wiederum nicht aus einem echten Interesse oder einer Hingabe heraus, sondern eben aus Gründen des Schutzes oder des Gefallen Wollens. Z. B. wird sich das Kind in der Schule übermäßig stark anstrengen und sehr gute Noten erzielen wollen, und zwar weniger aus seinen eigenen Motivationen heraus, sondern eher um den Erwartungen der Eltern zu entsprechen zu können. Diese zweite Reaktion erfordert psychoenergetisch gesehen schon viel mehr Kraft und Energie als die anfänglichen Rückzugstendenzen und kann schon im Kindesalter als Beginn der späteren Schleifen aus Überforderungsverhalten und Ausbrenn-Tendenzen betrachtet werden. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 20-21 sowie Ausführungen dieser Arbeit im Punkt 3.2. und eigene Rückschlüsse) Auf der Ebene der zweiten Grundmotivation kämpft das Kind außerdem in der dritten Bewegung um seine Beziehungen und den Erhalt seiner Werte, indem es aggressiv und wütend wird. Diese Wut wird in den Theorien der EA, als rote und beziehungsuchende Wut beschrieben, die das Gegenüber aufrütteln soll, um die Beziehung am Leben erhalten zu können. Das Kind spricht in seiner Wut praktisch zu den Bezugspersonen, die Wut sagt in übertragender Form: „Ich will leben, wenn ich das zulasse was jetzt gerade mit mir oder mit uns geschieht, kann ich nicht mehr gut leben.“ Gelingt dem Kind diese Wut nicht oder kann es seine Wut aus Angst vor drohenden

Konsequenzen nicht zeigen, entstehen oftmals Gefühle der Resignation, die sich auch auf die schulischen Leistungen des Kindes oder in fehlenden Beziehungen zu Gleichaltrigen beziehen können. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 21 und eigene Schlussfolgerungen) Wenn das Kind die ersten drei Coping-Bewegungen nicht richtig zulassen oder ausleben kann und vom Schmerz fast überwältigt wird, ist quasi die letzte Möglichkeit, die ihm bleibt, um sich zu schützen zu können oder gar am Leben zu bleiben die Apathie. Im Totstellreflex schaltet es sich und seine Gefühle ab, es trennt sich von sich selbst und von der Außenwelt, indem seine Gefühle erstarren und lähmen. Körperlich wird es durch die entstandene Schleife aus Überforderungen, durch das Leisten müssen und die Wut erkalten und ermüden. Um den Schmerz also nicht mehr empfinden zu müssen tötet das Kind in übertragender Form die Beziehungen und sich selbst ab. Diese Bewegung deutet allerdings schon auf eine manifeste Depression hin. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 21-22) Von einer Depression spricht die EA in weiteren erst dann, wenn die, im Vorangegangenen beschriebenen, Zustände über einen längeren Zeitraum andauern und sich der Gesamtzustand des Kindes nicht bessert. Reagiert das Kind also in allen Situationen in der gleichen Art und Weise können durch diese Fixierungen Depressionen entstehen. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013 S. 21-22 i. V. m. Längle 2013 S. 78-79) Während die EA folglich über das komplexe Strukturmodell der Grundmotivationen verfügt, das die einzelnen psychischen Erkrankungen und die damit verbundenen jeweiligen spezifischen Coping-Reaktionen zusammenhängend erläutert, geht das Resilienz-Konzept in seinem Coping-Verständnis von anderen Grundbedingungen aus. Corina Wustmann Seiler verweist in diesem Kontext auf die enge Verbundenheit des in der Resilienz verwendeten Coping-Begriffes mit dem transaktionalen Stresskonzept von Lazarus. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 76) Lazarus und Launier definieren Coping als verhaltensorientierte und intrapsychische Anstrengungen, umweltbedingte und interne Anforderungen zu meistern. Dieses Verständnis schließt ein, dass jenes Bewältigungsverhalten darauf ausgerichtet ist, die Probleme zu tolerieren, zu reduzieren und zu minimieren. Es werden dabei in einer wechselseitigen Person-Umwelt-Interaktion (Transaktion) zwischen verschiedenen Aufgaben des Copings unterschieden, die einander wiederum reziprok bedingen: Durch das Coping sollen sowohl schädigende Einwirkungen aus der Umwelt reduziert werden als auch Bedingungen zur Erholung und zur Wiederherstellung des Kräftehaushaltes gefunden werden. Außerdem haben Copings das Ziel, das emotionale Wohlbefinden des Kindes sowie seine Sozialbeziehungen zu sichern, so dass das positive Selbstbild des Kindes insgesamt aufrecht erhalten werden kann. Coping wird diesem Verständnis also bewusst oder unbewusst angewendet, um Probleme in einem prozessualen Geschehen zu lösen. Das beinhaltet wiederum, dass das Kind durch sein Coping-Verhalten in einem emotionalen, kognitiven und handelnden Umgang mit der Belastung kommen kann. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 76 i. V. m. Oerter/Montada (Hg.) 2002, S.

842-843) Ob eine Situation oder eine Beziehung dabei als bedrohlich oder stress-auslösend erlebt wird, hängt von der individuellen Einschätzung des Kindes ab, bzw. davon, ob sich das Kind überhaupt in der Lage sieht, die Probleme aus eigener Kraft bewältigen zu können. Hat es durch die unterstützenden Bedingungen seines Umfeldes gelernt, sich selbst vertrauen zu können, so dass es Probleme aus eigener Kraft oder durch Hilfestellungen seiner Bezugspersonen händeln kann, wird es sich eher in der Lage fühlen, sich der belastenden Situation zu stellen und sie nicht in einer resignierenden Weise vermeiden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 77) Unter dem Begriff der Coping-Strategien werden nach diesem Verständnis konkrete Handlungsabsichten und -sequenzen verstanden, die das Kind individuell aufwendet, um seine Belastungen zu bewältigen. Diese Coping-Strategien werden außerdem in so genannte defensive und aktive Coping-Mechanismen unterteilt. Hinsichtlich ihrer Funktion sind sie im weiteren in problemlösende oder emotionsregulierende Strategien ausdifferenziert. (vgl. Wustmann Seiler 2012 S. 77-78 i. V. m. Oerter/Montada (Hg.) 2002, S. 842) Als dysfunktional gelten Coping-Strategien nur dann, wenn sie die Probleme verleugnen, zu einer negativen Selbstverbalisation oder zur Vermeidung der Belastung führen sowie in Gewalt oder Substanzmissbrauch enden. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 79 i. V. m. Oerter/Montada (Hg.) 2002, S. 843) Die EA geht eindeutig davon aus, dass Coping-Reaktionen Selbstschutzmechanismen sind, die das Überleben des Kindes sichern, aber nicht zur Lösung und Bewältigung der Probleme im Sinne von Stellungnahmen dienen, die in Freiheit und Verantwortung gefunden werden. Diese Stellungnahmen müssen erst noch vom Kind aktiv getroffen werden und die Depression entsteht im Sinne einer Krankheit erst dadurch, dass jene personalen Stellungnahmen eben nicht gefunden werden können, da sich das Kind dem eigentlichen Schmerz mittels der Coping-Reaktionen schützend entgegen stellt, so dass es in der Vollendung der zweiten Grundmotivation blockieren kann. Das Resilienz-Konzept spricht, ihrem Coping-Verständnis nach, den Copings durchaus Lösungs- und Bewältigungsfunktionen zu. Im Sinne von Strategien, welche die Situationen, situative Merkmale und das eigene Verhalten positiv und in konkreter Weise verändern können, dienen Coping-Mechanismen auch dazu, neue Fertigkeiten zu erwerben und stehen in erster Linie für ein aktives und positives Bewältigungsverhalten, es sei denn sie haben einen dysfunktionalen Charakter. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19-23 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 77 und eigene Schlussfolgerungen) Die Resilienz verbindet in ihren Theorien weder spezielle Copings mit spezifischen Themen noch mit psychischen Erkrankungen, wie etwa Depressionen. Coping-Strategien werden hier nach ihren Kategorien ausdifferenziert, die repräsentative Strategien oder Reaktionsformen beinhalten. Z. B. wird ein vermeidendes Verhalten mit der Strategie in Verbindung gebracht, die Situation zu verlassen oder der soziale Rückzug mit einer Auszeit. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 78-79) In der Resilienzforschung existiert ein breites Feld möglicher Bewältigungsstrategien, aber eben nicht in direkter Beziehung zu etwaigen

psychischen Erkrankungen. Herausgefunden wurde allerdings, dass sich emotionsregulierende Coping-Strategien erst mit zunehmendem Alter der Kinder herausbilden. Coping-Strategien, welche die Emotionen regulieren sollen, beziehen sich dabei auf die Beeinflussung der emotionalen oder somatischen Gefühle, die durch die Situation entstehen, wie z. B. Traurigkeit oder Angst. Jüngere Kinder nutzen eher problemorientierte Strategien, die sich direkt auf den Stressor beziehen und diesen verändern wollen, wie beispielsweise eine Änderung des Tagesablaufes, um bestimmten Menschen nicht mehr begegnen zu müssen. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 78) Der Fokus liegt hier aber fast immer auf der problem-lösenden Funktion des Copings. Die EA spricht vor diesem Hintergrund eher von (psychodynamisch bedingten) und in sich ausdifferenzierten Selbstschutzreaktionen, die noch nicht für personale und integrierte Lösungsstrategien stehen. (vgl. Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 19 und eigene Schlussfolgerungen) Trotz der Betonung auf Lösungen im Bewältigungsverhalten des Kindes, muss an dieser Stelle allerdings noch einmal betont werden, dass resilient sein nicht zwangsläufig heißt, sich nur auf die Lösungen zu fokussieren. Manchmal gibt es einfach keine Lösungen und es ist die Aufgabe der Situation oder die Frage, die einem das Leben stellt, mit unbeantworteten oder ungelösten Fragen einen Umgang zu finden. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 26) Bei der Prävention von Depressionen bei Kindern im Schulalter könnten die Theorien der EA die bisherigen Forschungsergebnisse des Resilienz-Konzeptes dahingehend ergänzen, dass die verschiedenen Copings- oder Coping-Strategien auf einzelne Störungsbilder weiter ausdifferenziert werden. Die EA könnte wiederum in ihrer Motivationslehre von den Erkenntnissen der Resilienzforschung zu den alterstypischen Ausprägungen verschiedener Copings und zu den wechselseitigen Kind-Umfeld-Beziehungen profitieren. Die Theorien der EA sind vornehmlich auf Erwachsene ausgerichtet. Sie könnten durch die kindzentrierten, empirisch belegten Informationen aus dem Resilienz-Konzept auch für die präventive Behandlung von Kindern unterschiedlicher Altersgruppen erweitert werden. Das wäre möglich und sicherlich von ergänzendem Wert, sofern sich beide Ansätze in ihrer grundsätzlich ähnlichen, aber dennoch unterschiedlich pointierten Auffassungen der Coping-Mechanismen an sich annähern. (→ vgl. Ausführungen dieser Arbeit aus den Punkten 3.1.2. und 3.2 sowie 4.2.1. und 4.2.2. und eigene Schlussfolgerungen) Zusammenfassend betrachtet sind durch diesen Vergleich zwar Unterschiede herausgearbeitet worden. Diese führen aber nicht dazu, dass sich die beiden Ansätze gegenseitig ausschließen. Aufgrund der vielen Gemeinsamkeiten, die im Punkt 5.1. herausgefiltert wurden, besteht eine hohe Kompatibilität der beiden Richtungen. Werden die EA und die Resilienz in den Erziehungsberatungsgesprächen miteinander kombiniert, können vielfältige Gewinne für die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehungen erreicht werden. Beiden Ansätzen ist es gemeinsam, dass ein sinnerfülltes Leben maßgeblich durch intakte Beziehungen und die Verwirklichung möglichst vieler bewusster Werte erlangt werden kann. Während mit dem

Kind Wertbezüge in direkten kindzentrierten Settings nach der existenzanalytischen Motivationslehre wieder gefunden werden können, so dass sich das Kind als Person zu entfalten vermag, bieten die Resilienz-orientierten Programme zur Stärkung der Eltern- und Erziehungskompetenzen in den zahlreichen, evaluierten Gruppenprogrammen eine Chance, dass auch Eltern ihr Verhalten und eigene Erfahrungen aus den Beziehungen mit ihren Eltern reflektieren können. Diese Kurse bieten den Eltern praktische situationsorientierte Informationen und Anregungen, welche die dialogischen Begegnungen mit ihren Kindern auf Augenhöhe ermöglichen. Während die EA eher kind- oder auch familienzentriert arbeitet, existieren durch die breit angelegte Prävention nach dem Resilienz-Konzept auch Förderprogramme, die sich Kindern und ihren Lehrern im Schulalltag widmen. Wenn nun beide Ansätze in den Erziehungsberatungsgesprächen oder Lehrerfortbildungen miteinander kombiniert werden, könnten noch mehr Risikokinder frühzeitig, nach individuellen Gesichtspunkten und auf mehreren Ebenen gleichzeitig erkannt und gefördert werden. (→ vgl. Erkenntnisse aus den Punkten 3.3. und 4.3. sowie eigene Rückschlüsse) Trotz dieser großen Chancen für die Depressionsvorsorge bei Kindern im Schulalter gibt es hinsichtlich beider Ansätze auch kritische Stimmen und Grenzen in der präventiven Erziehungsberatung, denen sich der nachfolgende Punkt eingehend widmen soll.

### **5.3. Grenzen und kritische Aspekte beider Konzeptionen im Hinblick auf die präventive Erziehungsberatung**

Als vordergründigsten Kritikpunkt zu den Sichtweisen der EA/LT muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Mitarbeiter um Viktor Frankl und Alfried Längle herum die Konzeption der Sinnthematik, der Motivationslehre und der PEA auf die Prävention und Behandlung Erwachsener zugeschnitten haben. Für Kinder sämtlicher Altersgruppen treffen einzelne Maßnahmen, Hintergründe und Bausteine, wie schon in dieser Arbeit ausgeführt, zwar inhaltlich auch zu. Diese sind allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht evaluiert und es existiert noch verhältnismäßig wenig Fachliteratur, die sich speziell mit den kindbezogenen Themen auseinandersetzt. (vgl. Kunert 1998, S. 39) Die Lehrinhalte über die einzelnen Grundmotivationen sind in diesem Zusammenhang als Hilfsmittel für die Diagnostik anzusehen und sollen den Menschen oder das Kind nicht auf einen Rollentyp hin festlegen oder stigmatisieren. Es können gleichzeitig oder zu unterschiedlichen Phasen der biographischen Entwicklung mehrere Grundmotivationen betroffen sein, so dass der Berater phänomenologisch gut geschult sein muss, um die individuellen Zusammenhänge dem Individuum entsprechend zuordnen zu können. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 30/S. 62 und eigene Schlussfolgerungen) Folglich wohnen diesem detailliert ausgearbeiteten Konzept viele Chancen und ein großes Potenzial inne, die einzelnen Verhaltensweisen systematisiert und zusammenhängend betrachten zu können, wobei eine ganzheitliche Sicht auf den einzelnen Men-

schen, die mehrere Dynamiken sowie Personen und Bedingungen des sozialen Umfeldes berücksichtigen muss, unabdingbar ist. Das Konzept sieht jeder Grundmotivation auch Fähigkeiten und Ressourcen zu eigen und sollte von der Person des Beraters als hilfreiche Informationssammlung angesehen werden, nicht aber als festgeschriebene und unabänderliche Rollenklischees oder als Zuschreibungen. Ähnlich wie beim Diagnosehandbuch der ICD-10 erfordert auch der Umgang mit den Inhalten der Grundmotivationen eine gewisse fachliche Professionalität und sollte vor allem die Suche nach Informationen und nach Bedeutungszusammenhängen erleichtern. Manchmal kann es in Beratungsgesprächen auch sehr hilfreich sein, die Erkenntnisse aus Motivationslehre bewusst beiseite zu stellen und sich phänomenologisch ganz auf sein Gegenüber zu konzentrieren ohne jene vorgefertigten Muster parallel vor Augen zu haben. (vgl. Längle 2013, S. 84-86 → und die Ausführungen im Punkt 2.1.2. dieser Arbeit sowie eigene Schlussfolgerungen) Es ist auch wichtig, dass gerade dem depressiv anmutenden Klienten zu Beginn der Gespräche viel Zeit zum Erzählen und Hinspüren gegeben wird, so dass dieser ggf. aus seinen Leistungsmustern austreten kann. Ein existenzanalytischer Berater wird derartige, mit den Grundmotivationen verbundenen, Zuordnungen erst sehr viel später im Gesamtgesprächsverlauf vornehmen. Dann können sie dem Klienten helfen sein Verhalten und etwaige spezifische Coping-Reaktionen besser anzunehmen und zu verstehen. (vgl. Kurnert 1998, S. 73 und eigene Rückschlüsse) Eine verantwortungsvolle Handhabung mit diesen Theorien kann allerdings nur erfolgen, wenn die Person des Beraters eine umfassende phänomenologische Grundausbildung absolviert hat. Ein empathisches Gespür und ein Talent, die Belange und Bedürfnisse seines Gegenübers erfassen zu können erfordert auch die eigenen psychologischen Themen auf der Beraterseite in mehreren Stunden Einzelselbsterfahrung und Lehrsupervision bewusst reflektiert zu haben. Nur eine intensive Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen Themen im Zusammenspiel der persönlich bedeutsamen Grundmotivationen kann auch ein erfolgreiches Beiseitestellen im phänomenologischen Schauen ermöglichen. Und nur auf diese Weise können Blockaden in den Grundmotivationen des Kindes oder der Eltern, die z. B. für Depressionen stehen, aufgedeckt und lösungsorientiert in den Beratungsgesprächen bearbeitet werden. Auf der Beraterseite müssen also nicht nur die theoretischen Kenntnisse und Inhalte der EA bekannt sein. Es bedarf auch eines persönlichen Talentes und eines hohen Maßes an Übung, diese in einer auf den Klienten zutreffenden Weise anwenden zu können, damit sie die ersehnten Veränderungen auf der Seite des Klienten überhaupt bewirken. (vgl. Längle-Holzhey-Kunz 2008, S. 61-64 und eigene Schlussfolgerungen) Ein weiterer Kritikpunkt an der EA besteht außerdem darin, dass durch die phänomenologische Herangehensweise verhältnismäßig wenige empirische Nachweise und Belege vorhanden sind, welche die Wirksamkeit der Theorien wissenschaftlich untermauern. Es existieren zwar durchaus empirische Zeugnisse und existenzanalytische Tests, die den erfolgreichen Einsatz der Methode bestätigen. Im Verhältnis zu den anderen humanistischen Verfahren in

der Psychotherapie, die sich im Verband der AGHPT (Arbeitsgemeinschaft der humanistischen Psychotherapie) zusammengeschlossen haben, sind derzeit allerdings noch relativ wenige empirische Belege verfügbar. Aus diesem Grund wird zum gegenwärtigen Stand der Forschung in der EA verstärkt an der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit der Gesamtmethode inklusive der weiteren Erarbeitung und Auswertung der Empirie gearbeitet. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 126-128 und Kolbe 2014 in: bvvp (Hg.) S. 30 und eigene Rückschlüsse) Die AGHPT bemüht sich heute um eine wissenschaftliche Anerkennung der EA und der weiteren, im Verbund zusammengeschlossenen, Richtungen der humanistischen Psychotherapie. Das bedeutet zwar noch nicht, dass die existenzanalytischen Beratungs- oder Therapiegespräche dann über die deutschen Krankenversicherungen abgerechnet werden dürfen, sichert aber die allgemeine Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Verfahren. Während die EA in weiten Teilen des Auslandes (u.a. in den USA, Österreich und Tschechien) bereits als renommiertes wissenschaftliches Verfahren in der Psychotherapie und Beratung allgemein bekannt und anerkannt ist, gilt die EA hierzulande zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch als relativ unbekannt. (→ vgl. weitere Ausführungen dazu im Ausblick unter Punkt 7 dieser Arbeit) Die existenzanalytisch-logotherapeutischen Beratungsgespräche können in Deutschland bisweilen nur über privat vorhandene finanzielle Mittel entlohnt werden. (vgl. hierzu die Grundinformationen der GLE International (Hg.) 2012, die in den Curriculaheften für die Ausbildung und für das Fachspezifikum in EA/LT detailliert aufgeführt sind) Nachdem die wesentlichen Kritikpunkte an der EA/LT ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erörtert wurden, sollen nun auch die kritischen Aspekte hinsichtlich des Resilienz-Konzeptes ihre Berücksichtigung erfahren. Die Sozialwissenschaftlerin und Therapeutin Pauline Boss warnt in diesem Zusammenhang vor einer unkritischen Übernahme des Resilienz-Konzeptes, wobei sie ihre Kritik an der Resilienz in vier Schwerpunkte zusammenfasst, die nachfolgend näher verdeutlicht werden sollen: (vgl. Boss 2006, zit. n. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 25)

1. Resilient zu sein darf nicht in einer dogmatischen Weise bedeuten, dass resilientes Verhalten als immer und in jeder Situation wünschens- und erstrebenswert gilt. Zeigt eine Person individuell resiliente Bewältigungsmuster, darf von ihr nicht automatisch erwartet werden, andere Situationen ebenfalls in einer resilienten Weise zu regeln. Es darf nicht immer nur von ein und derselben Person Resilienz vorausgesetzt werden, da die Resilienz eine kontextbezogene Größe ist, in die viele unterschiedliche Faktoren und auch das Beziehungsverhalten anderer Personen aus dem sozialen System mit einfließen. Gerade Kinder, die für Depressionen anfällig sind, reagieren mitunter sehr sensibel auf überhöhte Ansprüche und Zuschreibungen. Auch wenn diese in einer positiven, stärkenden oder ermutigenden Weise gemeint sind, ist mit diesen Erwartungen auch ein gewisser Druck verbunden, sich beispielweise schnell von Kummer und Leid zu erholen, obwohl das Kind eigentlich noch Zeit im Verarbei-

tungsprozess benötigen würde. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012 S. 25 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 32-33 und eigene Rückschlüsse)

**2.** Auch wenn der Fokus in der Resilienzforschung auf den Stärken und Ressourcen des Kindes liegt, sollten medizinische und psychiatrische Symptome bezüglich einer möglichen Depression oder anderer klinischer Störungsbilder nicht übersehen werden. Sie müssen neben den Fähigkeiten, die das Kind zeigt auch benannt und formuliert werden dürfen, denn nur so kann das Kind in seiner Ganzheit ausdifferenziert wahrgenommen werden. Die Resilienz ist eine relationale Kategorie, welche auch auf Verhaltensweisen und Bedingungen in der Person des Kindes eingehen sollte, bei denen es Schwierigkeiten zeigt. Über die Stärken, Werte und Fähigkeiten des Kindes können die Schwächen, die es immer gibt, behandelt und angenommen werden. Um das zu erreichen wird es aber wichtig sein, die Vulnerabilitäten des Kindes ebenso in einer sensitiven Weise zu benennen zu dürfen, wie dessen personale Ressourcen, da beide häufig reziprok miteinander verschränkt sind. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 25 sowie eigene Schlussfolgerungen)

**3.** Außerdem darf die Resilienz nicht auf eine individuelle Eigenschaft oder Fähigkeit hin reduziert werden. Resilienz ist ein Konstrukt und beinhaltet immer einen Prozess, der in einen kulturellen, historischen, ökonomischen und menschlichen Entwicklungskontext eingebettet ist und der im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden sollte. Unter den derzeitigen häufig vorgefundenen institutionellen Rahmenbedingungen in den Erziehungsberatungsstellen, in denen die Berater ihre Diagnostik mitunter unter den Bedingungen von Zeit- und Personalknappheit durchführen müssen, kann eine vollständige und zeitintensive Berücksichtigung der einzelnen Komponenten nicht immer, jedoch manchmal, als sehr schwierig wahrgenommen werden. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 25-26 und eigene Rückschlüsse)

**4.** Außerdem ist es an dieser Stelle noch einmal wichtig zu betonen, dass resilienzielle Therapien, wie bereits im Punkt 5.2. angedeutet, nicht mit lösungsorientierten Therapien gleich gesetzt werden dürfen. Der Fokus liegt in den Beratungsgesprächen nicht immer auf der Lösung der Probleme, sondern manchmal in der Geduld und der Fähigkeit Fragen und Themen auszuhalten oder loslassen zu können, wenn diese eben nicht gelöst oder beantwortet werden können. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 25-26 und eigene Rückschlüsse)

Vor diesem Hintergrund sei noch einmal betont, dass die einzelnen Begriffe im Risiko- und Schutzfaktorenkonzept eindeutig und präzise operationalisiert und voneinander abgegrenzt werden müssen. Derzeit herrscht in der fachlichen Diskussion ein zum Teil heterogener Gebrauch einzelner Termini. Um die einzelnen spezifischen Wirkungszusammenhänge der involvierten Faktoren klar erforschen oder auf spezifische Störungsbilder beziehen zu können, ist eine einheitliche und fachlich präzise Verwendung der Fachbegriffe aber zwingend erforder-



derlich. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 28) Der Resilienz darf in abschließender und kritischer Betrachtung nicht zugeschrieben werden, als Wunschzettel für ein erfülltes oder geglücktes Leben zu fungieren. Resilienz sollte daher nicht nur im Kontext individueller oder sozialer Systeme betrachtet werden, sondern sich in der Beratung oder der Therapie vornehmlich auf die Unterstützung im individuellen und konkreten Einzelfall fokussieren. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 26) Die gegebenen Realitäten und der Hintergrund der Wirklichkeit sollten im konfliktbelasteten Geschehen den Ausgangspunkt für die beratenden Interventionen bilden. Wünsche und Sehnsüchte der involvierten Parteien können dann auf ihren Wirklichkeitsgehalt hin überprüft werden, so dass die real existierenden Wertmöglichkeiten neben der grundsätzlichen Arbeit am Beziehungsaufbau wieder in das Zentrum der Gesamtsituation gerückt werden können. Diese Vorgehensweise erwies sich in der existenzanalytischen Beratung depressiver Erwachsener als sehr gewinnbringend und kann gemäß der Ausführungen im Punkt 3.2. dieser Arbeit auch auf Kinder im Schulalter übertragen werden. Allgemeine und fallübergreifende Erkenntnisse wie etwa die Zusammenhänge aus der existenzanalytischen Motivationslehre sind im Kontext der Resilienz zwar unbestritten auch hilfreich, dürfen sich aber niemals über die konkrete sowie einzigartige Lebens- und Familiengeschichte des einzelnen Kindes oder über dessen individuelle Persönlichkeit stellen. (vgl. Hildenbrand 2012 in: Welter-Enderlin/Hildenbrand (Hg.) 2012, S. 26 i. V. m. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 142-143 und Längle 2013 in: Längle/GLE International (Hg.) 2013, S. 26) Trotz einiger gewichtiger Kritikpunkte an beiden Ansätzen wohnen der EA und dem Resilienz-Konzept im Hinblick auf deren Sichtweisen auf die Entstehungsgründe von Depressionen bei Kindern im Schulalter große Potenziale für die Prävention inne. Sowohl einzeln betrachtet als auch in der Kombination bieten sie viele Möglichkeiten dem depressiven Störungsbild in der Erziehungsberatung aktiv entgegen zu treten. Der nächste Abschnitt soll nun abschließend klären, ob beide Ansätze auch mit den Grundsätzen einer heilpädagogisch orientierten Erziehungsberatung konform gehen.

## **6. Die Kombinierbarkeit beider Konzepte in der heilpädagogischen Erziehungsberatung im Rahmen der Prävention von Depressionen bei Schulkindern**

Anhand ausgewählter Beispiele und daher auch bewusst ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit, soll in diesem Kapitel geklärt werden, ob die Konzepte der EA und der Resilienz grundsätzlich mit den Prämissen der Heilpädagogik zu vereinen sind. Mögliche Parallelen oder auch Unterschiede werden dabei immer in Beziehung zu depressiven Erkrankungen bei Kindern im Schulalter gesetzt, so dass die Bedeutung der einzelnen Ansätze für die präventive und heilpädagogische Erziehungsberatung kenntlich gemacht werden kann. Im ersten Abschnitt werden dabei heilpädagogische Grundsätze vorgestellt, welche die Vorgehensweisen in der heilpädagogischen Erziehungsberatung bedingen und eine Grundlage für die weiteren

Ausführungen bilden, die sich mit der Relevanz beider Ansätze für die Erziehungsberatung innerhalb der heilpädagogischen Prävention beschäftigen.

### **6.1. Die Erziehungsberatung als heilpädagogisches Praxisfeld**

Für die Definition des Begriffes der Heilpädagogik richtet sich diese Arbeit vornehmlich am Berufsbild des Heilpädagogen aus. Dieses ist vom Berufsverband der Heilpädagogen (bhp) als ein Leitbild und Eigenprofil entworfen worden und über das Internet allgemein zugänglich. (vgl. bhp 2010, S. 2) Wie schon die EA und das Resilienz-Konzept, befindet sich auch die Heilpädagogik in einem komplexen Gefüge und dem Spannungsfeld sozialer, pädagogischer, psychologischer und medizinischer Sichtweisen. Der Beruf des Heilpädagogen steht also in seinen Grundhaltungen und Handlungsfeldern zwischen mehreren anderen Berufen, wobei die Heilpädagogik eine eigenständige Wissenschaft und Profession in der sozialen Arbeit darstellt. (vgl. bhp 2010, S. 2 i. V. m. Biewer 2010, S. 28-29) Sie zeichnet sich durch spezifische Kompetenzen und Aufgaben aus, die in der Beratung, Förderung, Bildung und Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen angewendet werden. In der Beratung von depressiven Kindern ist die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes, wie in der EA/LT und der Resilienz ebenso gehandhabt, von einer hohen Bedeutung. (vgl. bhp 2010, S. 2 i. V. m. Greving/Ondracek 2013, S. 15) Die Heilpädagogik wird außerdem als empirisch gestützte und wertgeleitete Wissenschaft sowie als integraler Bestandteil der Pädagogik angesehen. (vgl. bhp 2010, S. 5 i. V. m. Biewer 2010, S. 179) Heilpädagogen arbeiten außerdem nach zentralen, handlungsleitenden Prinzipien, die sich in der heutigen Zeit vor allem nach den Leitgedanken der Inklusion, der Selbstbestimmung und der Teilhabe orientieren. Menschen jeder Altersgruppe sollen demnach die Chance erhalten, an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens partizipieren zu können, wobei die Befähigung und Selbstermächtigung des Klienten als wichtige Voraussetzung für die Teilhabe in den einzelnen Gesellschaftsfeldern angesehen wird. Kinder oder Familienmitglieder, die depressiv sind oder von Depressionen bedroht werden, sollen ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung (wieder) erlangen bzw. beibehalten können. Diese Grundgedanken sind im Konzept des Empowerments verankert und stimmen mit den Ansichten aus der Resilienz und der EA, wie sie in den Kapiteln 3 und 4 dieser Arbeit erläutert wurden, weitgehend überein. Die rechtliche Gleichstellung aller Menschen bildet eine weitere wichtige Basis für die Arbeit und die Aufgaben der heilpädagogischen Profession. (vgl. bhp 2010, S. 3 i. V. m. Biewer 2010, S. 124-128 und S. 141-148) In ihrer berufsethischen Grundhaltung geht die Heilpädagogik von einem Bewusstsein aus, das die Auseinandersetzung mit normativen, ethischen und anthropologischen Grundannahmen und Themen einschließt. Die Heilpädagogik versteht sich, wie auch schon die EA/LT und die Resilienz, als ein Ansatz, der gemäß seiner fachübergreifenden Intentionen interdisziplinär ausgerichtet ist. Die Erkenntnisse anderer, nahe stehender Fachdis-

ziplinen, werden in ihren Grundannahmen für die einzelnen Tätigkeitsfelder berücksichtigt, sofern sie mit dem heilpädagogischen Menschenbild kompatibel sind und die Situation des Klienten verbessern können. So wird die Heilpädagogische Arbeit vor allem durch die Forschungsergebnisse der Psychologie, Soziologie, Psychiatrie, Medizin, der Rechtskunde, Theologie und der philosophischen Anthropologie beeinflusst. Auch die Resilienz und die EA/LT orientieren sich in ihrem Handeln an eben diesen Fachrichtungen und an den Erkenntnissen jener Professionen. (vgl. bhp 2010, S. 5 i. V. m. Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2002 in: Bundschuh/Heimlich/Krawitz (Hg.) 2002, S. 122) Vor diesem Hintergrund verfügt die Heilpädagogik über ein Verständnis der Person, die den Sichtweisen auf die Person in der EA sehr ähnlich ist. „Sie geht von dem Selbstverständnis aus, dass jeder Mensch schon von Anbeginn seines Lebens Person ist – er muss es nicht erst noch werden. Dies ist an keinerlei Bedingungen geknüpft.“ (bhp 2010, S. 4) Die heilpädagogische Erziehungsberatung ist, gemäß der im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgrundsätze, also darauf fokussiert allen Rat- und Hilfesuchenden die bestmögliche Hilfeform zu offerieren und zwar unabhängig von Geschlecht, Alter, Behinderung, sexueller Orientierung, Hautfarbe, sozialer Schicht, Rasse, Religion, Sprache oder politischer Ansichten des Gegenübers. Die Heilpädagogik geht in Beratungsgesprächen von dem Grundsatz aus, dass jeder Mensch erziehungs- und bildungsfähig ist und sieht den Menschen immer im Gefüge seines sozialen Umfeldes. (vgl. bhp 2010, S. 4) Die Klienten werden demnach, so weit es möglich ist, in ihrer Ganzheit verstanden und in der Erziehungsberatung durch die Arbeit multiprofessioneller Teams unterstützt. Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen ist dabei mit der unauflöslichen Einheit körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Dimensionen verknüpft, die jedem Menschen in einer einzigartigen und hoch individuellen Weise inne wohnen. Das biopsychosoziale Modell aus der Medizin bildet demnach nicht nur die Grundlage für das Resilienz-Konzept, sondern auch für die heilpädagogischen Interventionen. Wie bereits in Punkt 5.1. dieser Arbeit ausführlich eruiert, orientiert sich auch die EA an dieser Sichtweise, setzt allerdings mit ihrer zentralen Auffassung der Intentionalität und Fakultativität im Verständnis des Personseins noch weiterführende und ergänzende Akzente. (vgl. bhp 2010, S. 5-6 i. V. m. Biewer 2010, S. 61-62 und Heimlich 2002 in: Bundschuh/Heimlich/Krawitz (Hg.) 2002, S. 121-122) In diesem Zusammenhang kann heilpädagogisches Handeln in den einzelnen Beratungsgesprächen mit Risikokindern für depressive Erkrankungen auch therapeutische Intentionen beinhalten. In der heilpädagogischen Erziehungsberatung wird jeder Mensch als Einzelfall für sich selbst betrachtet, der einzigartig und unverwechselbar ist. Jedem Klienten soll mit Respekt, Würde und Achtung in einer dialogischen Weise entgegen getreten werden, wobei sowohl die subjektiven, wie auch die intersubjektiven Bezüge, in denen der Mensch oder das Kind steht, eingehend reflektiert werden. (vgl. bhp 2010, S. 5 i. V. m. Greving/Ondracek 2013, S. 14) In diesem Zusammenhang umfasst die heilpädagogische Diagnostik sowohl wahrnehmende, verstehende und erklärende

Elemente und setzt die Handlungsfähigkeit des Gegenübers ins Zentrum ihres Diagnoseprozesses; sie geht einzelfallbezogen vor und berücksichtigt den Klienten mit seinen subjektiven Zielen, biographischen Prägungen sowie sozialen Bezügen. Im Prozess der Diagnostik verwenden heilpädagogisch orientierte Erziehungsberater die Klassifikationsmanuale der WHO, wobei besonders in Deutschland die Kriterien nach dem ICD-10 Manual für die Diagnosefindung und eine darauf aufbauende finanzielle Förderung ausschlaggebend sind. (→ vgl. hierzu noch einmal die Ausführungen im Punkt 2.1.2. dieser Arbeit und bhp 2010, S. 8) „Für die Heilpädagogik ist es (also) bezeichnend, dass sie individuell, interaktiv, wert- und sinnorientiert ausgerichtet ist. Sie geht einerseits von der Komplexität menschlichen Daseins aus und unterstützt in persönlichen Hilfsangeboten den Menschen mit einer Beeinträchtigung in seiner Entwicklung, Selbstständigkeit und Partizipation. Andererseits berücksichtigt und beeinflusst die Heilpädagogik die relevanten sozialen bzw. soziokulturellen Bezugssysteme ihrer Klienten, um Teilhabe von Menschen am gesellschaftlichen Leben zu verwirklichen.“ (bhp 2010, S. 5) Vor diesem Hintergrund sollen Klienten jedes Alters dahingehend befähigt werden, sich selbst, so wie sie beschaffen sind, anzunehmen, wobei explizit die Ermutigung zum Anderssein ein zentrales Anliegen in der heilpädagogischen Beratung darstellt. (vgl. bhp 2010, S. 6-7) Gerade in der präventiven Behandlung depressiv anmutender Kinder ist es enorm wichtig, dass sich diese Kinder wieder selbst annehmen können und ihrem Leben einen positiven Grundwert, der das „JA“ zum Leben impliziert, voraussetzen. An diesem Beispiel werden also erneut Sichtweisen der Heilpädagogik deutlich, die mit den Theorien der zweiten Grundmotivation aus der EA konform gehen. Eine „Behinderung“ oder Beeinträchtigung wird nach heilpädagogischem Verständnis nicht als eine Eigenschaft der Person verstanden, sondern entsteht erst durch das Ergebnis einer komplexen in sich verwobenen Wechselwirkung zwischen individuellen und außerindividuellen Faktoren. (vgl. bhp 2010, S. 7 i. V. m. Biewer 2010, S. 61-62) So werden auch Depressionen bei Kindern nicht nur den individuellen Dispositionen des Kindes zugeschrieben. Sie entstehen nach heilpädagogischen Auffassungen erst durch komplexe Interaktionsprozesse verschiedener Faktoren. An dieser Stelle werden noch einmal Parallelen zu den Sichtweisen der Risiko- und Schutzfaktoren-Konzepte aus der Resilienzforschung und dem existenzanalytischen Verständnis von Krankheiten sichtbar. (→ vgl. hierzu die Ausführungen aus den Punkten 3.2. und 4.2. und 5.1. dieser Arbeit) Hilfesuchende sollen letztendlich ermächtigt werden, ihr Leben, unter den erschwerten Bedingungen, welche sie zu tragen haben, aktiv und eigenverantwortlich zu gestalten. Hier werden wieder Parallelen zum Ansatz der EA deutlich, indem die sinnerfüllte, menschliche Existenz eng mit einem Leben in Freiheit, Aktivität und Eigenverantwortung verbunden ist. (vgl. bhp 2010, S. 7 und → die Ausführungen im Punkt 3.1. dieser Arbeit) Sowohl für die EA/LT, als auch für die Resilienz und die Heilpädagogik gelten demnach folgende Grundsätze der Förderung, die sich nicht nur auf die Beratung depressiver Kinder und deren Familien beziehen: Allen drei

Ansätzen ist es gemeinsam, dass in den Beratungsgesprächen die Ressourcen des Klienten im Zentrum stehen. Die individuellen Lebenszusammenhänge und die Sinnvorstellungen des Gegenübers sollen immer einen Schwerpunkt und die Grundlage der Förderung bilden. Allen drei Ansätzen ist es sehr wichtig, dass sich die Erziehungsberater durch Supervisionen und andere Fortbildungsangebote in den einzelnen Theorien selbst sowie interdisziplinär stetig weiterbilden und ihr Handeln sowie die eigenen Intentionen verstehend reflektieren. (vgl. bhp 2010 S. 9 und → die Ausführungen in den Punkten 3.1.1. und 4.1. dieser Arbeit) In diesem Abschnitt wurden bereits einige Elemente angesprochen, die für eine Kompatibilität der einzelnen Konzepte zueinander sprechen. Der nächste Abschnitt wird sich nun verstärkt der Frage widmen, ob und in welcher Weise die EA/LT und das Resilienz Konzept für die heilpädagogische Erziehungsberatung von Bedeutung sind.

## **6.2. Die Relevanz der EA/LT und des Resilienz-Konzeptes für die Erziehungsberatung innerhalb der heilpädagogischen Prävention**

Im Studiengang Heilpädagogik werden an der Fakultät V der Hochschule Hannover die Erkenntnisse und Grundlagen aus dem Resilienz-Konzept bereits im Modul 3 gelehrt. (vgl. Hochschule Hannover (Hg.) 2012, S. 6) Die Resilienz erweist sich dabei auf mehreren Ebenen mit den Grundsätzen der Heilpädagogik kompatibel. Zum einen gehen beide Ansätze von einer ressourcenorientierten Erziehungsberatung aus, in der die Eigenaktivität und das Kind ganzheitlich im Zentrum stehen. (vgl. bhp 2010, S. 7 i. V. m. Klein 2012, S. 15-18) Ein resilientes Kind, das sozusagen geschützt vor depressiven Verhaltensmustern ist, besitzt bestimmte Fähigkeiten und Eigenschaften, die sich in folgenden Sätzen ausdrücken können. Dieses Kind sagt beispielsweise: „*Ich habe* Menschen um mich, die mir vertrauen und mich bedingungslos liebe. *Ich habe* Menschen um mich, die mir Grenzen setzen, an denen ich mich orientieren kann und die mich vor Gefahren schützen. *Ich habe* Menschen um mich, die mich dabei unterstützen und bestärken selbstbestimmt zu handeln.“ Außerdem zeugen folgende Sätze des resilienten Kindes von einem Bewusstsein der Ich-Stärke: „*Ich bin* eine Person, die von anderen wertgeschätzt und geliebt wird. *Ich bin* froh, anderen helfen zu können. *Ich bin* respektvoll gegenüber mir selbst und anderen.“ Und nachfolgende Aussprüche zeigen Eigenschaften der Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle: „*Ich kann* mit anderen sprechen, wenn mich etwas ängstigt oder, wenn ich Kummer habe. *Ich kann* Lösungen für Probleme finden, mit denen ich konfrontiert bin. *Ich kann* mein Verhalten in schwierigen Situationen kontrollieren.“ (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 118) Diese Sätze wird ein Kind, das depressiv anmutet, nicht aus voller Überzeugung aussprechen, da es bestimmte emotionale Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen, die jenen Sätzen voranstehen und diese Aussprüche bedingen, nicht oder nur unzureichend erleben durfte. (vgl. Wustmann Seiler 2012, S. 119 und eigene Schlussfolgerungen) An diesen Beispielen wird noch einmal deutlich, dass die Resilienz, wie auch

die Heilpädagogik, den intakten, wechselseitigen und dialogischen Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Bindungspartnern eine gewichtige Bedeutung für die Prävention von psychischen Störungen beimisst. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 31 i. V. m. Greving/Ondracek 2013, S. 14) Die Heilpädagogik sieht den Menschen ganzheitlich, das heißt immer im Gefüge seines sozialen Umfeldes. (vgl. bhp 2010, S. 4) Vor diesem speziellen Hintergrund haben auch die Theorien der EA eine hohe Relevanz für eine heilpädagogische und Resilienz-orientierten Prävention. Auch die EA verwendet den Begriff der Ganzheitlichkeit bzw. der Ganzheit. Nach Frankl spielen die Einflüsse der sozialen Umwelt ebenfalls eine große Rolle für die Entwicklung der Person. Ganz wird der Mensch nach existenzanalytischem Verständnis aber erst dann, wenn er ganz aufgeht in einer Situation, ganz hingeeben ist an eine andere Person oder an eine Sache und zwar unabhängig seiner Intelligenz, seiner Religion oder seines Charakters. Hier spielen die Begriffe der Selbstdistanzierung und der Selbsttranszendenz sowie die Ausrichtung nach Sinn und individuellen Wertmöglichkeiten eine bedeutende Rolle. Durch Zuwendung und Hingabe können depressive Sinnlosigkeits- und Leeregefühle abgefedert werden, wobei diese Sinnzentrierung auch in der Heilpädagogik und der Resilienz sehr bedeutsam angesehen werden. Jene Perspektiven können dabei auch schon auf Kinder im Schulalter übertragen werden. (vgl. Frankl 2010, S. 269-270 i. V. m. Wustmann Seiler 2012, S. 102-103) Der Berufsverband der Heilpädagogen spricht in diesem Kontext davon, den Menschen immer in seinen individuellen Sinnvorstellungen und -zusammenhängen berücksichtigen zu wollen. Speziell die LT könnte mit ihren sinnzentrierten und detailliert ausgearbeiteten Theorien einen zusätzlichen Beitrag leisten, dass dieses wichtige Thema noch stärker beim heilpädagogischen Handeln berücksichtigt wird. Durch die Verwirklichung von Sinn kann nicht nur depressiven Erkrankungen vorgebeugt werden, sondern auch anderen psychischen Störungen, wie etwa der Angststörung, deren Symptome die depressiven Anzeichen im Kindesalter häufig begleiten. (vgl. Längle/Holzhey-Kunz 2008, S. 142 i. V. m. bhp 2010, S. 7) Es gibt außerdem Überschneidungen zwischen der Heilpädagogik, der Resilienz und der EA in den Bereichen des Personenverständnisses, der Emotions- und der Prozessorientierung, wobei sowohl das Kind selbst wie auch sein Umfeld in relationalen und relativen Wechselbeziehungen eine Berücksichtigung erfahren. Tiefer gehende Begründungen hinsichtlich der Kompatibilität wurden in dieser Arbeit bereits in den Punkten 5 und 6.1. ausführlich dargeboten. Speziell für die heilpädagogische Prävention, aber auch in den Zusammenhängen mit dem Resilienz-Konzept, kann die EA eine weitere bedeutsame Ergänzung bereit stellen, die sich auf den Umgang mit Erkrankungen bezieht. Die EA verfügt nach Frankl über ein besonderes Verständnis der Geistigkeit oder der geistigen Dimension des Menschen, die in Punkt 3.1. lediglich angedeutet wurde. In der EA ist das Menschenbild als eine Einheit aus dem Körper (der somatischen Dimension), der Psyche (seelische Dimension) und der geistigen Dimension beschrieben. Nach Frankl ist die geistige Dimension allerdings

durch eine Art Graben von der Psyche und dem Körper getrennt. Die Einheit ist aber trotzdem vorhanden, da die geistige Dimension die anderen beiden quasi umschließt. Die Geistigkeit wird in der EA sozusagen als höherwertig angesehen, da sie sich dem Körper und der Psyche widersetzen kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass nicht von der Ebene des Körpers und der Seele auf die geistige Dimension geschlossen werden kann. Mehrdeutigkeiten und Widersprüche auf der Körper-Seelen-Ebene, die sich beispielhaft in depressiven Symptomen ausdrücken können, widersprechen dabei nicht der geistigen Dimension. Es ist in der EA von hoher Bedeutung, dass das Geistige, aufgrund des Vorhandenseins jenes Grabens, nicht erkranken kann. Es kann zwar verschüttet oder therapeutisch nur schwer zugänglich sein, bleibt aber immer stabil, integer und gesund. Der „erkrankte“ Mensch hat diesem Verständnis nach immer noch gewichtige, gesunde und lebendige Anteile in sich, die es gilt, in der sekundär-selektiven Prävention zu stärken und zu fördern. Dem depressiven Kind stehen also immer noch gesunde und wert-fühlende Potentiale und Anteile zur Verfügung, die es nutzen kann, um sich den negativen Gefühlen und Denkmustern entgegen zu stellen. Diese zusammen mit dem Kind und dessen Familie (wieder) zu finden, ist eine Aufgabe des Beraters oder Therapeuten. Einer derartigen Sichtweise auf den kranken oder leidenden Menschen steht immer auch eine Haltung der bedingungslosen Wertschätzung und des Zutrauens auf der Seite des Beraters oder des Therapeuten gegenüber und ist mit den heilpädagogischen Grundsätzen und Handlungsprinzipien ergänzend vereinbar. (vgl. Frankl 1959 in: Frankl (Hg.) 2010, S. 59-74 i. V. m. bhp 2010, S. 7 sowie eigene Beispiele und Schlussfolgerungen) Zusammenfassend betrachtet sind die Ansätze aus der Heilpädagogik nicht nur in den ausgewählten Beispielen gut mit den Erkenntnissen aus der EA und der Resilienz zu vereinen. Das wurde in den aufeinander aufbauenden Kapiteln dieser Arbeit deutlich, wobei besonders im 5. und 6. Punkt zahlreiche Parallelen und ähnliche Sichtweisen auffallen. Während die Resilienz, wie bereits zu Beginn dieses Abschnittes erwähnt, bereits Einzug in die Lehrpläne der einzelnen Hochschulen gehalten hat, ist die Anthropologie der EA im Bereich der Heilpädagogik noch recht unbekannt. Im nächsten und abschließenden Kapitel dieser Arbeit wird diesbezüglich noch einmal ein zusammenfassendes Fazit gezogen, wobei auch auf grundsätzliche Voraussetzungen eingegangen wird, welche es ermöglichen, die Ansätze in der heilpädagogischen Lehre und der Praxis auch tatsächlich kombinieren zu können.

## **7. Resümee und Ausblick**

Die Modelle aus der EA und aus der Resilienz haben beide eine hohe Bedeutung für die sekundär-selektive Prävention von Depressionen, die in der Altersgruppe von 6-12jährigen Schulkindern auftreten können. Beide Ansätze verfügen über Modelle und Theorien, die psychische Störungen sowie deren Ursachen individuumsbezogen und umfeldbezogen erläutern. Während die EA durch die Theorien aus der Motivationslehre bestimmte belastende Mecha-

nismen und Strukturen bereits direkt mit Depressionen, als ein spezifisches Störungsbild, verbinden kann, steckt die Forschung auf dem Gebiet der Resilienz diesbezüglich noch in den Kinderschuhen. Die Konzepte der Risiko- und Schutzfaktoren beinhalten zwar Aussagen darüber, welche Faktoren als belastend, risikobehaftet oder schützend gelten, sind aber noch nicht auf die Wirkungszusammenhänge mit spezifischen Störungsbildern präzisiert. In den Kapiteln 3 und 4 wurden die beiden Ansätze sowohl grundlegend vorgestellt, als auch auf die jeweiligen Perspektiven bezüglich der Ursachen von Depressionen im Kindesalter zugeschnitten. Es ist interessant zu sehen, wie viele ähnliche Sichtweisen, gerade im Hinblick auf die beiderseitig zugrunde liegenden Konzepte der Salutogenese und des bio-psycho-sozialen Modells existieren. Zentral ist dabei, dass beide Ansätze den stabilen und intakten Beziehungen und Bindungen zu den Eltern, aber auch zu anderen Bezugspersonen, die für das Kind bedeutsam sind, die größte Schutzfunktion vor Depressionen zuschreiben. In den jeweiligen Erziehungsberatungskonzepten werden Maßnahmen, welche die Eltern-Kind Bindungen stärken, vorzugsweise angeboten, um depressiven Verhaltensmustern bei Kindern vorbeugen zu können. Die EA setzt dabei mehr auf ein personenbezogenes Verständnis von Erziehung, während die Resilienz die Förderung des autoritativen Erziehungsstiles bevorzugt. Beide Verständnisse sind sich dahingehend ähnlich, dass die Kinder in das Erziehungsgeschehen als gleichwertige Partner eingebunden werden, wobei Wertschätzung, Interesse sowie klare, konsequent eingehaltene Regeln und Strukturen den Kindern Halt und Orientierung geben sollen, damit diese sich geborgen, angenommen und aufgehoben fühlen. Die EA arbeitet in den Settings der Beratung kind- und elternzentriert. Die Resilienz ist auf eine präventive Förderung ausgelegt, die möglichst breit gefächert angewandt werden soll. Hier existieren Elternkurse und zahlreiche Förderungsprogramme, die sowohl in den Kitas, in Schulen und in den einzelnen Beratungen greifen sollen, so dass Kinder in unterschiedlichen Feldern oder auf verschiedenen Ebenen erreicht werden können. Dabei sollen nicht nur Eltern oder Verwandte des Kindes geschult werden, sondern auch Erzieher, Lehrer und die Erziehungsberater selbst. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die auch eine ausführliche Selbsterfahrung umschließen, sind auf der Beraterseite in beiden Konzepten sehr wichtig. Im Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit wurden die Gemeinsamkeiten, aber auch die Unterschiede in beiden Ansätzen ausführlich beleuchtet. Der Hauptunterschied besteht dabei in einer unterschiedlichen Auffassung von Copings und Copingstrategien. Die EA sieht immer die Person des Kindes als zentral an und orientiert sich in ihrem Personenverständnis an der Potentialität und Fakultativität, welche durch die Auffassungen über die geistige Dimension, die nicht erkranken kann, immer gegeben ist. Auch wenn das Kind schon vereinzelte Symptome einer Depression zeigt und die Geistigkeit nur schwer von außen zu erreichen ist, können über diesen, nach wie vor, gesunden Kern, Anstöße und Heilungsprozesse eingeleitet werden, wobei Heilung im existenzanalytischen Verständnis eine positive Umgehensweise bedeutet, die aber nicht mit Coping-



Strategien verwechselt werden dürfen, da diese, jener Sichtweise nach, psychodynamischer Natur sind. Auch die EA bezieht das Umfeld des Kindes in den Beratungs- und Förderungsprozess mit ein. Die Resilienz legt aber einen deutlicheren Schwerpunkt auf die Bedingungen im Systemumfeld des Kindes. Hier wird impliziert, dass die biologischen Risikofaktoren im Verlauf der kindlichen Entwicklung an Bedeutung verlieren, während der Einfluss von psychosozialen Risiken wächst. Auch die EA sieht in den Verflechtungen von instabilen Beziehungskonstellationen das größte Risiko für das etwaige Auftreten einer Depression, betont aber parallel immer die Potentialität der Person, wobei sie jene Potentialität rückbezüglich in Verbindung mit den Erfahrungen aus den Beziehungen sieht. Kinder sind demnach innerlich freier und Depressionen umso mehr gewappnet, je stabiler und kontinuierlicher die Bindungen zu ihren Bezugspersonen anhalten. Beide Ansätze sind nach den Erkenntnissen aus dem 5. Kapitel dieser Arbeit gut miteinander zu kombinieren. Trotz einiger Unterschiede schließen sie sich gegenseitig nicht aus und können sich in ihren Theorien sogar ergänzen. Das wäre praktisch auch möglich, da beiden Ansätzen gemeinsam ist, interdisziplinär ausgerichtet zu sein. Für die heilpädagogische Erziehungsberatung haben beide Ansätze einen hohen Wert, wie es im Kapitel 6 beispielhaft bewiesen werden konnte. Alle drei Richtungen sind gut miteinander in der Praxis der präventiven Erziehungsberatung von depressiv anmutenden Kindern anzuwenden. Allen drei Disziplinen ist eine humanistisch geprägte Sicht auf den Menschen zu eigen, die auf Wertschätzung, Toleranz und einer bedingungslosen Akzeptanz des Anders-Seins gegründet ist und zwar unabhängig von Nützlichkeits-, Leistungs- und Stausgedanken oder Bestrebungen nach Perfektion. Dem Gegenüber soll in einer dialogischen Weise voraussetzungslos auf Augenhöhe begegnet werden, so dass den Erkenntnissen Martin Bubers, in dem das „Ich“ erst zum „Ich“ durch die dialogische und wertschätzende Begegnung mit dem „Du“ wird, ein hoher Bedeutungsgehalt zugeschrieben wird. So kann zusammenfassend noch einmal betont werden, dass alle drei Ansätze miteinander kompatibel sind und sich gegenseitig in ihren Verständnissen auf Depressionen oder psychische Störungen nicht ausschließen. In der Praxis können sie einander, bei Vorhandensein der, spezifisch benötigten Aus- oder Weiterbildungen auf Seiten des Beraters, in positiver Weise ergänzen und bereichern.

Das Konzept der Resilienz wird an der Hochschule der Fakultät V im Studiengang der Heilpädagogik bereits in den Seminaren als Angebot im Wahlpflichtteil gelehrt. Es dient bei der Erstellung von heilpädagogischen Gutachten als Voraussetzung für eine stärkenorientierte Sichtweise auf das Kind, wobei bestimmte Formulierungen, die das Kind in einer defizitären Sichtweise beschreiben, durch ressourcenorientierte Formulierungen ersetzt bzw. ergänzt werden. (vgl. Hochschule Hannover (Hg.) S. 6-7) Diese Art der Formulierungen werden in einigen Augen als beschönigend kritisiert. Aus Kritikersicht sollten die Schwächen oder Stö-

rungen auch benannt werden dürfen, wobei die Resilienz die Defizite durchaus sieht und in den risiko-orientierten Bezügen beim Namen nennt. In Punkt 5.3 wurde auf jene kritischen Aspekte, die das Ressourcen-Etikettendilemma begleiten, bereits verwiesen und verdeutlicht, dass über die Stärken, welche auch in den Fokus des Diagnoseprozesses gesetzt werden, die Schwächen präventiv behandelt werden können. Das Konzept der Resilienz spielt in der Lehre an der Hochschule Hannover also eine wichtige Rolle. Die Anthropologie der EA hingegen ist nahezu unbekannt, obwohl sie ausdrücklich auf die Belange der Pädagogik und der Sozialarbeit hin konzipiert wurde. Der Begriff der Logotherapie wird in diesem Zusammenhang oftmals mit der Berufsbezeichnung eines Logopäden bzw. mit der Logopädie, die aber die Sprachheilkunde meint, verwechselt. In den Bibliotheken der Hochschule Hannover und der Universität Hannover findet sich kaum Literatur zur EA oder LT. Wenn vorhanden, ist diese stark veraltet. Die grundlegenden aktuellen sowie einführenden Monographien von Alfried Längle lassen sich nur direkt über die Bibliothek der GLE-Österreich in Wien beziehen oder Online über Portale wie Ebay oder Amazon privat und kostenpflichtig bestellen. Da die EA gemäß der Ausführungen im Kapitel 6 dieser Arbeit eine hohe Kompatibilität zu den leitenden Grundsätzen der Heilpädagogik, nicht nur auf Depressionen bezogen, aufweist, wäre es durchaus sinnvoll, deren anthropologische Kerninhalte in den Seminaren eines Wahlpflichtteils integrierend anzubieten. Derzeit steht die wissenschaftliche Anerkennung der EA/LT unter dem Dachverband der AGHPT noch aus. (Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie (Hg.) aktueller Flyer zur Ausbildung) Sollte das Verfahren wissenschaftlich als Methode einer humanistisch orientierten Beratung oder Therapie anerkannt werden, sind vielleicht auch die Türen etwas offener, die Lerninhalte dieser Theorie an den Universitäten, Hoch- oder Fachhochschulen neben den sozialpädagogischen, heilpädagogischen und resilienz-orientierten Handlungsgrundsätzen bei entsprechender Qualifikation der Dozenten unterrichten zu können. Aktuell dürfen die Inhalte der EA und LT nur von den Dozenten der GLE vermittelt werden. (Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie (Hg.) aktueller Flyer zur Ausbildung) Im Zuge einer breiteren Bekanntmachung des Ansatzes müssten die Dozenten der Universitäten und Hochschulen spezifische Fort- und Weiterbildungen durchlaufen, so dass eine Implementierung der EA/LT im deutschsprachigen Hochschulzweig noch längerfristig geplant werden müsste und bezüglich ihrer Realisierung eine Weile andauern könnte. Die zahlreichen Überschneidungen und Ergänzungen zu den wichtigen Themen in der Heil-, Sonder- oder Sozialpädagogik und der internationale hohe Bekanntheitsgrad der EA würden allerdings für die Aufwendung eines gewissen Maßes an Geduld und Ausdauer in einem etwaigen Realisierungsprozess sprechen.

## 8. Literaturverzeichnis

**Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie** (Hg.): Aktueller Flyer zur Ausbildung. Logotherapie und Existenzanalyse nach V. E. Frankl und existenzanalytische Beratung und Begleitung.

**Antonovsky, A.** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag. Tübingen.

**Berufsverband der Heilpädagogen (bhp)** e. V. (2010): Berufsbild Heilpädagoge/in. <http://www.bhponline.de/html/1120-berufsbild.php> (Abruf: 25.09.2014)

**Biewer, G.** (2010): Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn.

**Buber, M.** (2010): Leben. Werk. Wirkung. Gütersloher Verlagshaus. Gütersloh

**Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R.** (2002): Heilpädagogik. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R. (Hg.) (2002): Wörterbuch Heilpädagogik. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn.

**DGfB Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V.:** Aktueller Informations-Flyer. Wie erkenne ich gute Beratung? Eine Information für Ratsuchende. Verleger: DGfB. Köln.

**Deutsches Kinderhilfswerk e. V.** (Hg.) (2012): Kinderreport Deutschland. Mitbestimmung in Kindertageseinrichtungen und Resilienz. Familymedia.

**Eink, M.** (2008): Die bleiernde Zeit. Hintergründe und subjektives Erleben von Depressionen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren (Hg.) (2008): Wenn Kinder oder Eltern depressiv sind. Über den Umgang mit Depressionen in der Jugendhilfe. Verleger: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln.

**Erhart, M./Ottova-Jordan, V./Ravens-Sieberer, U.** (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern.

**Essau, C. A.** (2007): Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Psychologisches Grundlagenwissen. Ernst Reinhardt Verlag. München/Basel.

**Fingerle, M.** (2010): Risiko, Resilienz und Prävention. In: Kißgen, R./ Heinen, N. (Hg.) (2010): Frühe Risiken und frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention. Klett-Cotta. Stuttgart.

**Flammer, A.** (2009): Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Hans Huber Verlag. Hogrefe AG. Bern.

**Frankl, V.** (1959): Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl, V. (2010) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Beltz Psychologie. Weinheim und Basel.

**Frankl, V.** (2010): Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Beltz Psychologie. Weinheim und Basel.

**Frankl, V.** (2009): Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Mit den zehn Thesen über die Person. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Wien.

**Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M.** (2014): Resilienz. 3. Auflage 2014. Ernst Reinhardt Verlag. München/Basel.

**Fröhlich-Gildhoff K./Beutner, S./Fischer/Rönnau-Böse, M.** (2012): Kinder stärken. Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. In: Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hg.) (2012): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit. Risiko, Resilienz und Hilfen. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

**Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M.** (2012): Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In: Fröhlich-Gildhoff, K./Becker, J./Fischer, S. (Hg.) (2012): Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Giger-Bütler, J.** (2003): „Sie haben es doch gut gemeint“. Depression und Familie. Beltz Verlag, Weinheim/Basel/Berlin

**GLE International** (2014): Was ist Logotherapie und Existenzanalyse? Online: <http://www4.existential-analysis.org/Was-ist-Existenzanal.850.0.html>. (Abruf: 16.09.2014)

**GLE International** (Hg.) (2012): Curriculum für Logotherapie und existenzanalytische Beratung und Begleitung. Verleger: GLE International. Wien

- GLE International** (Hg.) (2012): Curriculum für das psychotherapeutische Fachspezifikum. Verleger: GLE International. Wien.
- Goetze, H.** (2006): Prävention. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- Grewe, N.** (2012): Erziehungsberatung. In: Horn, K. P./Kemnitz, H./Marotzki, W./Sandfuchs, U. (Hg.) (2012): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft. Aa, Karl von der - Gruppenprozesse. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbronn.
- Greving, H./Ondracek, P.** (2013): Beratung in der Heilpädagogik. Grundlagen – Methodik – Praxis. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- Groen, G.** (2013): Depression im Kindes- und Jugendalter. In: Wirtz, M. A. (Hg.) (2013): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Verlag Hans Huber. Bern.
- Groen, G./Ihle, W./Ahle, M. E./Petermann, F.** (2012): Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Groen, G./Petermann, F.** (2011): Depressive Kinder und Jugendliche. 2. überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Groen, G./Petermann, F.** (2011a): Wie wird mein Kind wieder glücklich? Praktische Hilfen gegen Depressionen. Verlag Hans Huber. Bern.
- Guardini, R./Klimmer, I.** (1956/1985): Angefochtene Zuversicht. 2. Auflage 1985. Matthias-Grünwald-Verlag. Mainz.
- Heimlich, U.** (2002): Heilpädagogische Handlungskonzepte. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R. (Hg.) (2002): Wörterbuch Heilpädagogik. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbronn.
- Heitmann, D.** (2013): Das Gleichgewicht halten. Interaktionskontexte von Kindern depressiv erkrankter Eltern. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

**Hildenbrand, B.** (2012): Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hg.) (2012): Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl Auer Verlag. Heidelberg.

**Hochschule Hannover** (Hg.) (2012): Modulhandbuch des Bachelorstudienganges Heilpädagogik. Fakultät V.

**Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J.** (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern.

**Ihle, W./Groen, G./Walter, D./Esser, G./Petermann, F.** (2012): Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Depression. Hogrefe Verlag. Göttingen.

**Ihle, W./Blöschl, L.** (2011): Depression. In: Lauth, G. W./ Linderkamp, F./Schneider, S./Brack, U. (Hg.) (2011): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Jaede, W.** (2007): Kinder für die Krise stärken. Selbstvertrauen und Resilienz fördern. Verlag Herder. Freiburg im Breisgau.

**Kipker, M.** (2008): Kinder, die nicht aufgeben. Förderung der Resilienz in der pädagogischen Praxis. Tectum Verlag. Marburg.

**Kleber, E. W.** (2006): Erziehungsberatung. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

**Klein, A.** (2012): Resilienz und protektive Faktoren. Sozialpädagogische Hilfen für Kinder und Jugendliche am Beispiel einer stationären Jugendhilfeeinrichtung. Carl Auer Verlag. Heidelberg.

**Kolbe, C.** (2014): Mit Zustimmung leben: Existenzanalyse und Logotherapie. In: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) (Hg.) (2014.): Zeitschrift Projekt Psychotherapie 01/2014.

**Kolbe, C.** (2010): Sinn im Unterricht-Authentisch Lehren. In: GLE International (Hg.) (2010): Zeitschrift Existenzanalyse. Themenschwerpunkt. Existenzanalyse in Schule und Pädagogik. Nr. 1/2010. 27. Jahrgang. Verleger: GLE International. Wien.

**Krause, C./Lorenz, R.-F.** (2009): Was Kindern Halt gibt. Salutogenese in der Erziehung. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG. Göttingen.

**Krause, C./Mayer, C. H.** (2012): Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Training für pädagogische Fachkräfte. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag. Göttingen.

**Krause, S.** (2012): Was versteht man unter Resilienz? In: Wyrobnik, I. (Hg.) (2012): Wie man ein Kind stärken kann. Ein Handbuch für Kita und Familie. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG. Göttingen.

**Krause, S.** (2012): Präventionsarbeit zur Stärkung von Kindern. In: Wyrobnik, I. (Hg.) (2012): Wie man ein Kind stärken kann. Ein Handbuch für Kita und Familie. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG. Göttingen.

**Kunert, A.** (1998): Depressive Kinder? Versuch eines existenzanalytischen Ansatzes für die Pädagogik. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Magister der Philosophie an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Studienbibliothek der GLE. Wien.

**Längle, A.** (2014): Sinnvoll leben. Eine praktische Anleitung zur Logotherapie. 3. Auflage 2014. Residenz Verlag. Wien.

**Längle, A.** (2013): Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

**Längle, A.:** In: Längle/GLE International (Hg.) (2013): Lehrbuch zur Existenzanalyse (Logotherapie) Zweite Grundmotivation. Der Lebensbezug. Verleger: GLE International. Wien.

**Längle, A.:** In. Längle/GLE International (Hg.) (2013a): Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie) VI. Teil: Grundlagen für die Praxis der Beratung und Therapie. Verleger: GLE International. Wien.

- Längle, A.:** Grundbeziehung. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A.:** Grundmotivationen. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A.:** Grundwert. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A.:** Psychopathologie. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A.:** Selbst-Transzendenz. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A./Holzhey-Kunz, A.** (2008): Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.
- Längle, A.** (1984): Seinsgrund. In: Längle (Hg.) (2009): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Verleger: GLE International. Wien.
- Längle, A.** (1999): Was bewegt den Menschen? Die existenzielle Motivation der Person. In: Bürgi, D. (Hg.) (2011): Erfüllte Existenz. Entwicklung, Anwendung und Konzepte der Existenzanalyse. Texte für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.
- Längle, A.:** Mut und Schwermut. In: GLE (Hg.) (1987): Mut und Schwermut. Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht Nr. 3/87 der GLE. Verleger: GLE Wien.
- Leppin, A.** (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern.
- Lindt Zbinden** (2010): Die vier Grundmotivationen in der Laufbahnberatung Erwachsener. In: GLE International (Hg.) (2010): Zeitschrift Existenzanalyse. Themenschwerpunkt. Existenzanalyse in Schule und Pädagogik. Nr. 1/2010. 27. Jahrgang. Verleger: GLE International. Wien.



**Lösel, F./Bender, D.** (2007): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hg.) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München/Basel.

**Mannitz, R.** (1994): Ich bin ich, mich gibt es einmal nur. Möglichkeiten der existenzanalytischen Selbsterfahrung bei Kindern in der Grundschule-Eine Unterrichtseinheit. Abschlussarbeit zur Ausbildung für existenzanalytisch-sinnorientierte Beratung und Begleitung. Studienbibliothek der GLE. Wien.

**Meurer, S.** (2012): Krisen und Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, S./Hahn, G. (Hg.) (2012): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit-Risiko, Resilienz und Hilfen. Psychiatrie Verlag GmbH. Bonn.

**Miller, A.** (1983): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Suhrkamp Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main.

**Nevermann, C./Reicher, H.** (2009): Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen. Verstehen. Helfen. Verlag C. H. Beck. München.

**Oerter, R./Montada L.** (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim/Basel/Berlin.

**Opp, G.** (2012). Prävention und Intervention. In: Tenorth, H. E./ Tippelt, R. (Hg.) (2012) Beltz Lexikon Pädagogik. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Permien, H.** (2014): Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen-Eine gemeinsame Sache? In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e. V. (Hg.) (2014): Hilfen für psychisch belastete Familien. Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Verleger: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln.

**Pianta, R./Stuhlmann, M./Hamre, B.** (2007): Der Einfluss von Erwachsenen-Kind-Beziehungen auf Resilienzprozesse im Vorschulalter und in der Grundschule. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hg.) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München/Basel.

**Probst, M.** (2004): Depressionen im Kindes- und Jugendalter. In: GLE International (Hg.) (2004): Zeitschrift Existenzanalyse. Tagungsbericht. Im Schatten des Lebens. Depression und Suizidalität. Nr. 2/2004. 21. Jahrgang. Verleger GLE International. Wien.

**Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F.** (Hg.) (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 6. korrigierte Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

**Ricken, G.** (2012): Prävention. In: Horn, K. P./Kemnitz, H./ Marotzki, W./ Sandfuchs, U. (Hg.) (2012): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft. Phänomenologische Pädagogik-Zyperm. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbronn.

**Rönnau-Böse, M./Fröhlich-Gildhoff, K.** (2011): Präventionsprogrammen für Kindertageseinrichtungen. Förderung von seelischer Gesundheit und Resilienz. In: Zander M. (Hg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. 1. Auflage 2011. Verlag für Sozialwissenschaften. Springer. Wiesbaden.

**Rollett, B./Sirsch, U.** (2010): Erziehungsberatung. In: Rost, D. H. (Hg.) (2010): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Sarimski, K.** (2013): Soziale Risiken im Kindesalter. Grundlagen und frühe Interventionen. Hogrefe Verlag. Göttingen.

**Scharf, I.** (2005): DASEIN-Können. WERTSEIN-Mögen. SELBSTSEIN-Dürfen. SINNVOLL-Leben. Abschlussarbeit zur Beratungsausbildung in Existenzanalyse und Logotherapie.

**Schiffer, E.** (2013): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese - Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz Verlag. Weinheim/Basel

**Schottky, A.** (1997): Die Bedeutung der Kindheit für das erwachsene Leben. 1. Auflage 1997. RDI-Verlag. Sinntal

**Tenorth, H. E./ Tippelt, R.** (Hg.) (2012): Beltz Lexikon Pädagogik. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Troger, I.** (2006): Die Entwicklung des Kindes zur Personalen Existenz. Entwicklungspsychologie aus existenzanalytischer Sicht. Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse. Studienbibliothek GLE. Wien.

**Von Hagen, C./Röper, G.** (2009): Resilienz und Ressourcenorientierung. Eine Bestandsaufnahme. In: Fookan, I./ Zinnecker, J. (Hg.) (2009): Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten. Juventa Verlag. Weinheim/Basel.

**Waibel, E. M.** (2010): Die Bedeutung der Person in der existenziellen Erziehung. In: GLE International (Hg.) (2010): Zeitschrift Existenzanalyse. Themenschwerpunkt. Existenzanalyse in Schule und Pädagogik. Nr. 1/2010. 27. Jahrgang. Verleger: GLE International. Wien.

**Warner, L. M.** (2013): Resilienz. In: Wirtz, M. A. (Hg.) (2013): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Verlag Hans Huber. Bern.

**Warschburger, P.** (2009): Erziehungsberatung. In: Wirtz, M. A. (Hg.) (2013): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Verlag Hans Huber. Bern.

**Welter-Enderlin, R.** (2012): Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hg.) (2012): Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl Auer Verlag. Heidelberg.

**Wernegger, S.** (1987): Depression und Erziehung. Die kindliche Depression. In: GLE (Hg.) (1987): Mut und Schwermut. Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht Nr. 3/87 der GLE. Verleger: GLE. Wien.

**Werner, E.** in: Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethischen Familien. Ein Forschungsbericht. In: Zander M. (Hg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. 1. Auflage 2011. Verlag für Sozialwissenschaften. Springer. Wiesbaden.

**Wicki, B.** (1990): Das Kind als Person. In: GLE Wien (Hg.) (1990) Das Kind als Person. Entwicklung und Erziehung aus existenzanalytischer Sicht. Tagungsbericht Nr. 1/1990 der GLE. Verleger: GLE. Wien.

**Wünsche, M.** (2012): Resilienzförderliche Zusammenarbeit mit Eltern. In: Fröhlich-Gildhoff, K./Becker, J./Fischer, S. (Hg.) (2012): Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

**Wustmann, C.** (2012): Resilienz. In: Horn, K. P./Kemnitz, H./ Marotzki, W./ Sandfuchs, U. (Hg.) (2012): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft. Phänomenologische Pädagogik-Zypern. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbronn.

**Wustmann Seiler, C.** (2012): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Auflage 2012. Cornelsen Verlag. Berlin.

## **9. Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Veröffentlichungen entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit wird von mir erstmalig in einem Prüfungsverfahren eingereicht.

Ich bin mit der Einstellung dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek der Hochschule Hannover einverstanden.

Hannover, den 06.01.2015

Susanne Jaeschke