0. Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen, liebe Leser,

psychische Erkrankungen sind immer weiter auf dem Vormarsch. Das ist eine häufig zu lesende Nachricht. Ob sie allerdings stimmt, bezweifeln manche Experten. Demnach sind psychische Erkrankungen schon seit Jahrzehnten sehr häufig, wurden aber nicht als Depression, Angststörung oder Neurose diagnostiziert. Früher schlief man einfach schlecht, inzwischen heißt die Diagnose Schlafstörung. Ärzte und Psychologen haben weniger Scheu, psychische Erkrankungen offen zu benennen. Nach den derzeit verfügbaren Daten für Deutschland leidet knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Dabei zählen depressive Erkrankungen und Angststörungen zu den häufigsten Krankheitsbildern.

Mit dem vorliegenden Themenheft möchten wir Ihnen einen Überblick über psychische Erkrankungen, speziell vier häufige Krankheitsbilder, und Anregungen für Ihre (zukünftige) Arbeit mit Betroffenen geben.

Wie häufig treten psychische Erkrankungen tatsächlich auf? Was verbirgt sich hinter der Begrifflichkeit? Und was können Mitarbeiter/innen in Jugendwerkstätten und Pro-Aktiv-Centren in der Arbeit mit Betroffenen leisten? Damit beschäftigt sich Josef Bürmann von der Psychosozialen Beratungsstelle Celle.

Inhalt

0. Einleitung 1

1. Franz, der kann´s!
Josef Bürmann 3

2. Autismus erklärt am Beispiel von Kartoffeln
Simone Hatami 7

3. Angst – Was ist das eigentlich?
Dr. Bernhard Beller 14

4. Die Borderline-Störung in der Jugendsozialarbeit und Jugendhilfe
Dr. Ewald Rahn 19

5. Depression bei jungen Menschen
Julia Ebhardt 26

Best Practice

6. Jugendwerkstatt Roter Faden
Kerstin Klein 30

7. PACE Braunschweig
Michael Cramer 33

8. Juniver Hannover
Denise Boguth 37

Links, Empfehlungen und Impressum 39

Gefühle zeigen und verstehen ist nicht immer einfach. Sich in unserer Welt "richtig" zu verhalten auch nicht. Was ist heutzutage schon normal? Was nicht? In Film und Fernsehen werden Autist/innen oft als verquere Genies dargestellt. Aber sind sie wirklich stets gefühlskalt und hoch begabt? Simone Hatami aus dem Zentrum für Autismus-Kompetenz Hannover erläutert, was wirklich hinter **Autismus** steckt.

Die Hände fangen an zu schwitzen, das Herz fängt an zu rasen, die Augen weiten sich. Man bekommt es mit der Angst zu tun. In vielen Fällen, wie zum Beispiel in einer lebensgefährlichen Situation, ist dies auch gut und wichtig, da der Körper mehr Adrenalin ausschüttet und der Mensch unter Umständen schneller und besser reagieren kann. So kann er sein Leben schützen. Krankhaft werden **Ängste** dann, wenn sie übermäßig auftreten und zwar ohne

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

dass eine tatsächliche Gefahr oder Bedrohung vorliegt. Dazu schreibt Dr. Bernhard Beller der Deutschen Angsthilfe e.V. (DASH).

Persönlichkeiten können verschiedene Facetten haben. Sind Menschen jedoch zu misstrauisch, zu hysterisch oder zu ängstlich-vermeidend und werden so an der Bewältigung des Alltags gehindert, spricht man von Persönlichkeitsstörungen. Durch diese tief verwurzelten psychischen Eigenschaften kommt es häufig zu Irritationen und Konflikten mit anderen Menschen und der/die Betroffene ist äußerst eingeschränkt in seinem/ihrem Leben. Persönlichkeitsstörungen können unterschiedliche Formen annehmen. Daher beschäftigt sich Dr. Ewald Rahn, Chefarzt der LWL-Klinik Warstein, mit dem Krankheitsbild **Borderline**.

Viele kennen es, unter gedrückter Stimmung, Antriebsmangel und dem Verlust von Freude und Interesse zu leiden. Eine **Depression** ist weitaus mehr, als nur sich schlecht zu fühlen, sondern eine ernstzunehmende Erkrankung, die jeden Menschen treffen kann, unabhängig von Alter, Beruf und sozialem Stand. Julia Ebhardt vom Diskussionsforum Depression e.V. befasst sich mit dieser Thematik.

In vielen Jugendwerkstätten und Pro-Aktiv-Centren in Niedersachsen gibt es bereits Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Deshalb möchten wir Ihnen auch in diesem Themenheft, wie gewohnt „Best Practice“-Beispiele vorstellen.

Wie immer finden Sie am Ende dieser Ausgabe Links und Empfehlungen zum Thema. Wir hoffen, dass Sie einige Aspekte für sich und Ihre Arbeit aus diesem Themenheft herausziehen können und wünschen Ihnen aufschlussreiche Anregungen beim Lesen.

Das Referat Pro-Aktiv-Centren und Jugendwerkstätten der LAG JAW dankt allen Autorinnen und Autoren herzlich für ihre Beiträge.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

1. Franz, der kann´s!

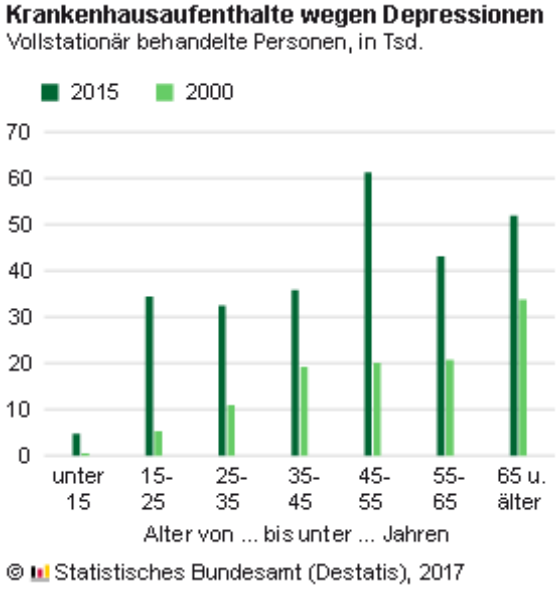
Autor: Josef Bürmann, Diplom-Pädagoge
Psychosoziale Beratungsstelle Celle

Franz, gerade 18 geworden, ist seit 14 Tagen in einer Maßnahme der Jugendwerkstatt. Er hat sich für den Bereich Metall entschieden. Schließlich ist sein Onkel Schlosser. Einen Ausbildungsplatz hat er nicht bekommen. Vielleicht lag es ja an seinem mäßigen Hauptschulabschluss. Den zu erreichen hatte ihm viel abverlangt.
Anfangs war alles gut. Franz erschien pünktlich zur Arbeit, war meist schon eine halbe Stunde vorher da und konnte es kaum erwarten loszulegen. Wenn er dann loslegte, ging er voller Elan an die Arbeit. Er überschlug sich förmlich.
Für Kurt, den Anleiter in der Jugendwerkstatt, war es schwierig, Franz zu bremsen. Es gelang ihm nur mit Mühe, Franz an die Aufgabe heranzuführen. Er hatte den Eindruck, dieser hörte gar nicht zu, wenn er ihm einen Arbeitsauftrag erteilte.
Franz konnte die Aufmerksamkeit nur kurz aufrecht halten, sich zu konzentrieren schien ihm schwer zu fallen. Schnell war er abgelenkt von dem was er zu tun hatte und kümmerte sich mehr um das, was die anderen Teilnehmer/innen gerade machten.
Für die anderen Teilnehmer/innen der Maßnahme wurde sein Verhalten zunehmend zur Belastung. Er störte ständig deren Arbeitsabläufe. Wenn Kurt so manches mal nicht schlichtend eingegriffen hätte, wäre es schon zu der ein oder anderen heftigen Auseinandersetzung gekommen. Die regelmäßig anberaumten sozialpädagogischen Gespräche zeigten trotz der glaubhaften Versicherungen von Franz sich bessern zu wollen keine Wirkung. In der Folge zeichnete sich dennoch eine Veränderung ab. Franz kam jetzt meist zu spät in die Werkstatt. Wenn er da war, zog er sich zurück, suchte nicht mehr den Kontakt zu den anderen. Motivationsversuche seitens der Mitarbeiter verliefen im Sande. Franz war kaum dazu zu bewegen, sich am Alltagsgeschehenen der Werkstatt zu beteiligen.
Franz befindet sich aktuell nicht mehr in der Maßnahme. Die letzte Information, die die Jugendwerkstatt von ihm hat, ist, dass er sich in psychologischer Behandlung befindet.

Franz ist einer von vielen jungen Menschen, die sich am Übergang von der Schule in den Beruf befinden, jenem Zeitfenster, in dem manifeste Lebenskrisen auftauchen können, die im schlimmsten Fall in ihrer Ausprägung in eine psychische Erkrankung münden können.
Glaubt man den aktuellen Zahlen des statistischen Bundesamtes, so hat sich die Anzahl der Menschen, die an einer seelischen Erkrankung leiden in den letzten Jahren vervielfacht. In einer Pressemitteilung stellt die Barmer in ihrem Arztreport vom 22. Februar 2018 fest, dass immer mehr junge Erwachsene unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken leiden. Allein zwischen den Jahren 2005 bis 2016 ist der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit psychischen Diagnosen um 38 % und darunter bei Depressionen um 76 % gestiegen. „Vieles spricht dafür, dass es künftig noch deutlich mehr psychisch kranke junge Menschen geben wird …" so der Vorstandvorsitzende der Barmer, Prof. Dr. Christoph Straub.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Diese Tendenz belegen auch die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2017 für vollstationäre Krankenhausaufenthalte bezüglich depressiver Erkrankungen.



In Deutschland wurden im Jahr 2017 rund 266 000 Patientinnen und Patienten aufgrund einer Depression vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Zahl der Behandlungsfälle hat sich damit seit der Jahrtausendwende mehr als verdoppelt – damals waren es 110 000 Fälle. Unter den behandelten Patientinnen und Patienten waren rund 5 790 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren, die aufgrund einer Depression stationär betreut wurden. Mit rund 2 % war ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Behandlungsfälle zwar relativ gering – die Fallzahl in dieser Altersgruppe hat in den vergangenen Jahren allerdings besonders deutlich zugenommen: Im Vergleich zum Jahr 2000 verzehnfachte sie sich (2000: 410 Fälle).
Auch in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen war eine starke Zunahme zu beobachten: Während es im Jahr 2000 rund 5 200 vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten gab, war die Zahl im Jahr 2015 mit rund 34 300 fast siebenmal so hoch.
Die Erklärungen für die Zunahme seelischer Erkrankungen sind vielfältig. Zum einen steigen die Belastungen in Arbeitszusammenhängen zunehmend, zum anderen sind auch wirtschaftliche und finanzielle Unsicherheiten von Bedeutung. Die zunehmende Sensibilität für psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit mag ihren Teil dazu beitragen, dass die Seele stärker in den Fokus der Wahrnehmung gerät.

Wie aber funktioniert „Seele“, oder anders gesagt, wie wird „Seele“ sichtbar?
Jeder Mensch verfügt über seelische Grundfunktionen mit denen er mit sich und der ihn umgebenden sozialen und materiellen Welt in Kontakt tritt, sie erfasst, interpretiert und entsprechend agiert und reagiert.

In der Regel hat der Mensch ein klares und waches Bewusstsein. Er ist hinsichtlich Zeit, Ort, Situation und Person klar orientiert und die Wahrnehmung in Form von Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten ist regelrecht gewährleistet. Er ist in der Lage, sich zu konzentrie-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

ren, ist aufmerksam und hat eine gute Auffassungsgabe. Das Denken ist logisch und kann folgerichtig zum Ausdruck gebracht werden. Ebenso existiert ein Verstehen des Selbst im Sinne einer eigenen Identität. Die Gefühle unterliegen der willkürlichen Steuerungsfähigkeit und können der Situation angemessen zum Ausdruck gebracht werden. Sowohl die Merkfähigkeit als auch die Gedächtnisfunktionen sind ohne Einschränkung verfügbar. Der Antrieb, ein Gefühl dafür Dinge anzugehen und zu erledigen, ohne sich getrieben zu fühlen oder den Drang zu spüren, ständig in Bewegung sein zu müssen, ist gegeben.
Mit diesen seelischen Funktionen bringt der Mensch seine ihm eigene Persönlichkeit zum Ausdruck, er bringt gleichsam seine Seele zum Schwingen.

Was aber, wenn die seelischen Funktionen beeinträchtigt sind, der willentliche Zugriff auf sie nicht mehr gegeben ist? Wenn die Stimmen im Kopf nicht aufhören, Befehle zu erteilen, oder sich ständig lustig zu machen? Grübeln und Gedankenkreisen sich nicht abstellen lassen, weder Trauer noch Freude fühlbar sind und an schlafen nicht mehr zu denken ist? Das Ganze nicht aufhören will? Dann ist die Seele aus ihrem Rhythmus geraten und erkrankt. Und das mit gravierenden Folgen. Für die Person selbst, aber auch dem sozialen Bezugssystem wie Familie und Freunde, inklusive der Arbeitswelt. Gutes Zureden ist hier nicht ausreichend. Gefragt sind fachlich psychologische und psychiatrische Hilfen.

Zum medizinischen, psychiatrischen Versorgungssystem zählen vorrangig die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und die psychiatrischen Fachkliniken. Die Kosten für entsprechende Behandlungen tragen die Krankenkassen. Weitere Hilfestellungen bieten die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen, die in der Regel beim Gesundheitsamt angesiedelt sind. Diese beraten über das psychiatrische Hilfsangebot vor Ort und können auch in weiterführende Einrichtungen vermitteln.
Seit dem 01.04.2017 sind die Psychotherapeut/inn/en verpflichtet, im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde, zeitnah einen Ersttermin zu vergeben. In der Sprechstunde wird geklärt, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung der/des Patient/in notwendig sind. Sie dient zudem der Diagnosestellung. Eine daraus resultierende Weiterbehandlung muss sich nicht ergeben.
Hilfreich können hier auch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Sie übernehmen ebenso die Aufgabe, einen Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde zu vermitteln. Ist danach eine Akutbehandlung erforderlich, können die Terminservicestellen auch genutzt werden, um einen solchen Behandlungsplatz zu finden, falls die Praxis die Behandlung nicht selbst kurzfristig anbieten kann.

Kommen wir zurück zu Franz. Erinnern sie sich noch? Franz der in seinem Verhalten derartig auffällig war, dass nicht nur Kurt den Anleiter an seine Grenzen brachte, sondern auch das umgebende Sozialsystem.
Franz hatte in seinem Leben schon einiges hinter sich. Aufgewachsen ohne Vater, die leiblichen Eltern hatten sich getrennt, als er ungefähr zwei Jahre alt war. Die Mutter war noch sehr jung gewesen und rückblickend mit der Situation überfordert. Familiäre Hilfen standen nicht zur Verfügung. Die Großeltern, zu denen er hätte gehen können, wohnten weit weg. Er hatte sie, soweit er sich erinnern konnte nur ab und an in den Ferien gesehen.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Sein Leben war geprägt von vielen Umzügen. Mutter hielt es nie lange an einem Ort aus. Hatte er sich gerade eingelebt und Freunde gefunden, musste er schon wieder weg. In der Schule kam er dann irgendwann nicht mehr mit. Er hatte es aufgegeben den schulischen Rückstand aufzuholen. Vielleicht hatte er auch sich aufgegeben. Er zog sich mehr und mehr zurück, beschäftigte sich am liebsten bis in die tiefe Nacht hinein mit dem Computer - hier hatten es ihm die Autorennen angetan. Folglich schaffte er es nicht pünktlich in die Schule zu kommen. Um dem Stress, sich immer wieder erklären zu müssen, aus dem Weg zu gehen, ging er immer seltener zum Unterricht, und wenn er dann da war, störte er meist, redete dazwischen und schaffte es nicht, länger als zehn Minuten auf seinem Stuhl sitzen zu bleiben. Den Lehrer/innen wurde es dann zu bunt und sie verwiesen ihn des Klassenraumes. Den Schulabschluss erreicht er im zweiten Anlauf. Die letzte Klasse hatte er wiederholen müssen.

Was nicht nur Franz, sondern auch anderen jungen Menschen in persönlichkeitsbildenden Sozialisationsphasen scheinbar nicht ausreichend zur Verfügung steht, sind verlässliche Bezugs- bzw. Bindungspersonen die den Weg des Erwachsenwerdens gemeinsam mit ihnen beschreiten und sich als sichernde und haltgebende Instanz zur Verfügung stellen.
Bindungspersonen und hier vornehmlich die primären Bindungspersonen, wie Eltern sie repräsentieren, sind maßgeblich an der Ich-Entwicklung des Individuums beteiligt. Für den Prozess der Identitätsbildung ist die Entwicklung von Zutrauen in sich Selbst und seinen Handlungen und dem dazugehörigen Glauben an und das Vertrauen in sich selbst kennzeichnend. Die Jugendwerkstätten und Proaktivcenter repräsentieren durch ihre Mitarbeiter/innen eine hohe Beziehungskonstanz. Das allein scheint aber nicht ausreichend zu sein. Ausschlaggebend ist vielmehr eine innere Haltung, die getragen von Offenheit und Akzeptanz des sozialen Gegenübers ihre volle Wirkung entfalten kann.

Die sozialen Kernkompetenzen der Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen sind Ausdauer, Durchhaltevermögen, Freude und Interesse an der Arbeit mit jungen Menschen, Humor, strukturiertes Vorgehen in der Bewältigung von Arbeitsanforderungen, innere Gelassenheit, Souveränität im Umgang mit unvorhergesehen Ereignissen, Geduld und Beharrlichkeit, Kreativität und Empathie, um nur einige der vielfältigen Persönlichkeitseigenschaften zu nennen, die im sozialen Miteinander Früchte tragen. Dieses verlässliche und sichernde Beziehungsgefüge ist heilsam für junge Menschen, die in frühen Lebensjahren Irritationen der Seele erfahren haben. Gemeint sind hier Gewalterfahrungen jedweder Art, mangelnde materielle Versorgung und soziale Vernachlässigung in den ersten Lebensjahren und die durch primäre Bezugspersonen induzierten Bindungsabbrüche, die einen emotionalen Stress erzeugen können.
Geschieht dies in den ersten Lebensjahren kann ein durch Angst, Erschrecken und Unsicherheit geprägtes Affektprogramm entstehen, das in späteren psychischen Belastungssituationen und Lebenskrisen eingeschaltet werden kann. Typische Reaktionen sind u.a. Angsterleben, innere Unruhe, Schlafstörungen bis hin zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung wie Depression, Angst- oder Suchterkrankung.

Franz hat eine Entscheidung getroffen. Er ist nun wieder in der Maßnahme und strebt eine Ausbildung im Metallbereich an. Die psychologische Behandlung hat ihre Wirkung gezeigt.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Er wirkt insgesamt ruhiger, ist nicht mehr so getrieben und kann sich besser konzentrieren. Zur Freude von Kurt, der natürlich wieder sein Anleiter ist. Denn wenn einer an Franz glaubt, dann Kurt.

Literatur

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheit.html
v. 26.02.2019, 15:00 Uhr

2. Autismus erklärt am Beispiel von Kartoffeln

Autorin: Simone Hatami
Zentrum für Autismuskompetenz Hannover

Die Aufgabe

„Jetzt wiegst Du hier bitte mal jeweils 1000g Kartoffeln ab“ sagt der Landwirt zu der Praktikantin und weist auf einen Tisch mit einer Waage und einem Stapel Säcken neben einem großen Trog mit Kartoffeln. „Ich komme in einer Stunde mit dem Anhänger wieder“.

Die Durchführung

Wenn Sie selbst anstelle der Praktikantin wären, würden Sie vielleicht so arbeiten, dass Sie möglichst viele Säcke möglichst genau in einer gewissen Zeit füllen, um die Aufgabe gut zu erledigen. Vielleicht stellen Sie sich auch vor, wie die Säcke später auf dem Markt verkauft werden. Wahrscheinlich gibt es unter den Leserinnen und Lesern aber auch einige, die es sehr viel genauer mit den Details nehmen. Die könnten sich jetzt herausgefordert fühlen.
Denn mal ganz ehrlich — haben Sie schon mal versucht, genau 1000g Kartoffeln abzuwiegen?! Nehmen Sie sich ruhig etwas Zeit, es wird dauern!
Die Praktikantin Tanja jedenfalls gehört zu dieser Sorte Mensch. Das stellt auch der Landwirt mit einer Mischung aus Entsetzen und Belustigung fest, als er eine Stunde später wiederkommt und sie gerade mal 3 Säcke abgefüllt hat.
Tanja ist ein Mensch, der es sehr genau nimmt mit den Worten. 1000g sind 1000g. Nicht mehr, nicht weniger. Tanja versteht seine Aufregung nicht — sie hat genau das getan, was er gesagt hat. Sie ist zutiefst betroffen, fühlt sich sehr ungerecht behandelt und ist wütend. Als der Landwirt später mit ihr sprechen will, schweigt sie. Das Praktikum wird aufgrund ähnlicher Vorfälle einige Tage später beendet.

Tanja ist Asperger-Autistin. Anders als andere kann Tanja nicht ohne weiteres Zusammenhänge und Bezüge herstellen, interpretieren oder relativieren. Das, was *wahrscheinlich* gemeint war, *zwischen den Zeilen steht*, sich *schon ergibt* oder *von selbst erklärt* — genau das bleibt Menschen mit Autismus oft verborgen.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Autismus zählt laut der WHO zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und ist gekennzeichnet durch „qualitative Beeinträchtigungen in der zwischenmenschlichen Interaktion“, „qualitative Auffälligkeiten in der Kommunikation“ sowie „ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten“.

Autismus — eine Modediagnose?

Autismus ist eine Diagnose, die in den letzten Jahren zunehmend häufiger gestellt wird. Ca. 2 von 100 Menschen sind nach aktuellen Statistiken autistisch, wobei Experten wie Tony Attwood eher von höheren Zahlen ausgehen. In der Fachwelt geht man davon aus, dass der Anstieg der Diagnosen vor allem mit dem zunehmenden klinischen Wissen über Autismus zu erklären ist, was in den letzten Jahren zu einer größeren öffentlichen Auseinandersetzung und Sichtbarkeit geführt hat.

Ursachen sind nach aktuellem Stand der WGAS (Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus) ein Zusammenspiel aus genetischen und neurobiologischen Faktoren. Dabei ist Autismus eine der Diagnosen, die schon innerhalb des Spektrums eine breite Vielfalt von Erscheinungsformen aufweist und sich in der Symptomatik sehr individuell und unterschiedlich ausgestaltet. Schwere Beeinträchtigungen, einhergehend mit zusätzlichen Behinderungen und lebenslänglicher Pflegebedürftigkeit auf der einen Seite des Autismus-Spektrums stehen in oft starkem Kontrast zu eher unauffälligen Formen, wie sie beim Asperger-Syndrom vorkommen. Hier können die Übergänge zur „Normalität“ fließend sein. Der großen Diversität des Autismus-Spektrums ist es geschuldet, dass trotz eindeutiger Klassifikationen und standardisierter Diagnoseverfahren in der Fachwelt Uneinigkeit darüber herrscht, wie weit das Spektrum gefasst werden kann.

Wann fangen z.B. „Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion“ an…? Ist damit der Heimbewohner gemeint, der den ganzen Tag lautierend mit dem Gesicht zur Wand sitzt und auf Ansprache nicht reagiert, oder der Physik-Student, dem regelmäßig die Worte verloren gehen, wenn er in der Uni angesprochen wird, und der sich Samstags nicht zum Bäcker traut, weil dort zu viele Menschen sind? Über diese Fragen wird in den nächsten Jahren vor allem im medizinisch-diagnostischen Bereich weiter diskutiert werden.

Herausforderungen auf dem Weg ins Arbeitsleben

Von größerer Relevanz für die Alltagspraxis ist sicher die Herausforderung, die geeigneten Rahmenbedingungen für Teilhabe zu schaffen, um unterschiedlichen Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Einschränkungen auf ihrem Weg in das Arbeitsleben gerecht werden zu können.

Das Beispiel unserer Praktikantin Tanja steht stellvertretend für typische Erfahrungen von Menschen mit Autismus. Mal mehr, mal weniger zu einer Anekdote geeignet, haben sie doch oft gravierende Auswirkungen auf die schulische oder berufliche Laufbahn. Die Schwierigkeit im unmittelbaren Verstehen des Verhaltens anderer Menschen, und die entsprechende Unfähigkeit, auf soziale Erwartungen angemessen zu reagieren, sind die wesentlichen Faktoren für die häufigen Misserfolge autistischer Menschen.

Das Verständnis für und das Erkennen von unsichtbaren Barrieren, wie sie im Folgenden beschrieben sind, ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Unterstützung und Begleitung autistischer Menschen auf dem Weg ins Arbeitsleben.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Blind für den Kontext - Zentrale Kohärenz bei Autismus-Diagnosen

Die Gehirne der meisten Menschen sind darauf ausgerichtet ihre Umwelt ganzheitlich zu erfassen um einen sinnvollen Gesamtzusammenhang herzustellen, zu dem sie sich selbst in Bezug setzen können. Informationen und Reize, die aus der Umwelt kommen, werden in Sekundenschnelle nach Wichtigkeit sortiert, mit bisherigen Erfahrungen und Wissen abgeglichen und die jeweilige Handlung kontextbezogen angepasst.

Die autistische Wahrnehmung und das autistische Denken sind dagegen eher vergleichbar mit einem losen Mosaik aus unzählig vielen Teilchen. Die kleinste Bewegung kann dazu führen, dass sich das gesamte Mosaik verändert. Vor dem Hintergrund eines nicht vorhandenen Gesamtkontexts erfolgt das Herstellen eines inneren Bezugs zur Situation bei autistischen Menschen über einen Fokus auf einzelne Details oder Muster. Bei autistischen Menschen werden einströmenden Reize und Informationen zwar lokal verarbeitet, jedoch oft nicht übergreifend, also kohärent, vernetzt. In der Beobachtungsgabe, Fehlersuche oder Mustererkennung führt diese Einschränkung oftmals zu herausragenden Leistungen, im alltäglichen Leben ergibt sich aus dieser Kontextblindheit jedoch einer der wesentlichen Aspekte der „Behinderung“.

Tanja z.B. sieht durchaus Münder, Augen und Nasen bei Menschen, aber ihr Gehirn kann daraus kein Gesamtbild erstellen — das Konzept „Gesicht“ ist ihr fremd. Sie erkennt Situationen, Menschen und Objekte nicht an ihrem Gesamtbild, sondern an einzelnen Details. Als Folge der schwachen zentralen Kohärenz ist bei Menschen wie Tanja die spontane Fähigkeit zu einer umfassenden Sichtweise, die für die Bewältigung einer Aufgabenstellung globalerer Natur notwendig wäre, eingeschränkt. Dadurch versteht sie das „Abwiegen von 1000g Kartoffeln“ als in sich geschlossene Aufgabe und stellt spontan keinen übergeordneten Zusammenhang zu anderen Bereichen ihrer Arbeitsstelle her. Aus dem fehlenden Gesamtbild resultiert auch eine typische Beeinträchtigung in der Verallgemeinerung und Relativierung von Sprache, was regelmäßig zu dieser Art von Missverständnissen führt. Das Verständnis für soziale Situationen, der Umgang mit anderen Menschen und eine angemessene Kommunikation sind für viele autistische Menschen die Hürden, die sie wie ein unsichtbarer Rollstuhl begleiten.

Für Tanja ist es hilfreich, wenn ihr Gegenüber sich genau überlegt, wie eine Aufgabe formuliert sein sollte, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Tanja benötigt ganz konkrete Anleitungen. Die genaue Anweisung für Tanja hätte lauten müssen: „Fülle bitte innerhalb von einer Stunde X Säcke mit Kartoffeln für den Marktverkauf, Inhalt jeweils ca. 1000g plus/minus bis zu 2g.“ Hilfreich kann auch ein schriftlicher oder visueller Arbeitsauftrag sein, ebenso wie konkrete Zeitangaben und erwarteter Leistungsumfang. Hilfsmittel wie ein Stoppuhr, Tabellen, Pläne und visuell gekennzeichnete Orientierungspunkte am Arbeitsplatz können hier Anwendung finden.

Gefühlsblind — aber nicht gefühllos - Theory of mind bei Menschen mit Autismus

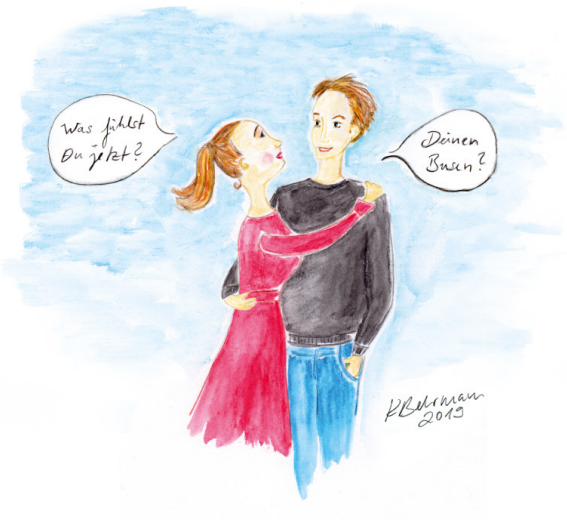
Tanja kann der Aufgabe, 1000g Kartoffeln abzuwiegen, durchaus etwas abgewinnen. Ihr macht es Spaß, ein System dafür zu entwickeln, ganz genau zu arbeiten und Dinge in Zahlen abzubilden. In der Situation im Praktikum hat sie jedoch nicht getan, was in diesem sozialen Kontext von ihr erwartet wurde — denn für diese Art unausgesprochener Erwartungen ist sie blind.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Tanja ist gefühlsblind, aber nicht gefühllos. Ihr Zugang zu einem mitfühlenden Verständnis erfolgt jedoch zunächst über die Informationsebene, da sie sich die Verfassung ihres Gegenübers nicht intuitiv erschließen kann. Sie ist nicht der Lage „von den Augen abzulesen“. Ein wesentliches diagnostisches Merkmal von Autismus sind die Auffälligkeiten in der „theory of mind“, also in der Fähigkeit, einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Auffälligkeiten werden deutlich, wenn es darum geht Gefühle, Intentionen und Bedürfnisse Anderer zu erkennen. Ironie und Sarkasmus oder Doppeldeutigkeiten werden häufig nicht als solche verstanden. Die Verhaltensweisen oder Reaktionen anderer Menschen können oft nicht erklärt werden, schon gar nicht, wenn diese in Gruppen auftreten. Der erschwerte Wechsel der Perspektiven ist auch Ursache für die eingeschränkte Fähigkeit, sich spontan eine Vorstellung davon zu machen wie das eigene Verhalten auf ein Gegenüber wirkt. Damit fehlt autistischen Menschen eine der wesentlichen Voraussetzungen, wenn es darum geht, sich bei anderen beliebt oder interessant zu machen — was üblicherweise im beruflichen und sozialen Kontext eine wichtige Rolle spielt.



Da Tanja sich selbst oft gar nicht bewusst ist, dass etwas (anderes) erwartet wurde, sind es vor allem die spontanen Reaktionen und Bemerkungen ihrer Mitmenschen, die ihr deutlich machen, dass etwas „schief gelaufen“ ist. Sie kann jedoch nicht an der Mimik, Gestik oder Stimmlage unterscheiden ob ihr Gegenüber wütend, gestresst, enttäuscht oder überrascht ist. Ohne eine weitere Erklärung kann sie oft nicht zuordnen, wie eine Reaktion mit ihrem Verhalten in Zusammenhang steht.

Für Tanja ist ein berufliches Umfeld hilfreich, das Verständnis aufbringt für ihre Einschränkungen in der sozialen Interaktion, und sie entsprechend unterstützt. Da sie selbst Schwierigkeiten hat, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, hilft es ihr, wenn Befindlichkeiten und Erwartungen von Anderen deutlich kommuniziert werden. Da sie nur schwer „zwischen den Zeilen“ lesen kann, benötigt sie oft ausführliche Erläuterungen. Sie ist darauf angewiesen, dass die Menschen in ihrem Umfeld bereit sind, ihre Einschränkungen zu akzeptieren, und gleichzeitig auch ihre Fähigkeiten und Kompetenzen wertschätzend anerkennen.
Für ihren nächsten beruflichen Versuch wünscht sich Tanja einen Job-Coach, mit dem sie sich unter Berücksichtigung ihrer Besonderheiten auf die Arbeitsstelle vorbereiten kann. Sie benötigt Informationen zu Umgangsformen, Kleidungsstil und anderen ungeschriebenen Gesetzen. Sie wünscht sich eine fachliche Unterstützung bei der Aufklärung von Arbeitgeber/in und Kolleg/innen, damit diese ihr Verhalten besser einschätzen können.Als feste Ansprechperson kann ein Job-Coach mit ihr Eindrücke und Erlebnisse aus dem Arbeitsalltag reflektie-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

ren und sie dabei unterstützen, Strategien zu entwickeln die ihr das soziale Miteinander erleichtern. Oft fehlt es den Beteiligten nicht an der Bereitschaft, sondern an den notwendigen Informationen, um sich auf den autistischen Menschen einzustellen. Ein Job-Coach kann eine aufklärende Funktion an der Arbeitsstelle übernehmen. Er kann auch Ansprechperson sein wenn es darum geht bei Irritationen oder Missverständnissen zu vermitteln oder autismusspezifische Lösungen für die Arbeitsplatzgestaltung zu entwickeln.

Nicht wollen oder nicht können? - Exekutive Funktionen bei Autismus-Diagnosen
Entscheidend dafür, dass wir auf Umweltanforderungen mit einem flexibel angepassten Verhalten reagieren, sind komplexe Denkprozesse, die in ihrer Gesamtfunktion als „exekutive Funktionen“ bezeichnet werden. Komplexe innere Steuerungsvorgänge sind dafür zuständig, dass wir unsere Handlungen und unser Verhalten in der jeweiligen Situation adäquat und zielorientiert anpassen können. Wie wir jedoch erfahren haben, fehlen Tanja als Autistin zwei wesentliche Voraussetzungen, um ihr Verhalten flexibel den Anforderungen der Umwelt anzupassen: Erstens die Fähigkeit, spontan Situationen einem Gesamtkontext zuzuordnen und zweitens das intuitive Verständnis für die Intentionen anderer Menschen.
Daraus ergibt sich eine Störung schon im Verständnis für die jeweiligen Umweltanforderungen, woraufhin ein flexibel angepasster Verhaltensimpuls unterbleiben kann, oder keinen Bezug nimmt auf den Kontext. Gerade weil diese Orientierungspunkte und der Bezug zum Außen fehlen, fällt es Menschen mit Autismus schwer, auf eine Veränderung im einmal mühsam erarbeiteten Handlungsplan flexibel zu reagieren. Menschen mit Autismus neigen deshalb manchmal zu kompliziert anmutenden Konstrukten routinierter Handlungsabläufe, die keine Flexibilität oder Abweichung erlauben. Die Verhaltensteuerung erfordert neben den Mechanismen der Selbstregulation auch Informationen über den jeweiligen Kontext, der nur dann erfasst werden kann, wenn die Einzelteile sich zu einem Ganzen fügen. Die eher fragmentierte und detailfokussierte Wahrnehmung autistischer Menschen gleicht jedoch einzelnen Puzzleteilen, die jedes für sich bereits ein Ganzes ergeben. Die einzelnen Teile in Zusammenhang miteinander zu bringen, ist die große Herausforderung vor der sich Menschen mit Autismus täglich sehen.

Besonders in neuen und unbekannten Situationen wünscht sich Tanja einen Coach, der ihr hilft, aus vielen Einzelheiten ein verständliches Ganzes zu machen. Um eine Aufgabe zu erledigen, ist es notwendig eine innere Landkarte zu haben, auf der sich ein Weg abzeichnet. Erst dann kann eine Handlungsplanung sinnvoll und zielorientiert entwickelt werden. Vielen Menschen mit Autismus fällt es schwer, sich mental in eine Situation zu versetzen, die sie noch nicht real erlebt haben.
Aufgabe eines Coaches kann es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen praxisnahe Erfahrungen gesammelt werden können, die fehlende innere Vorstellung ausgleichen. Wie viele Menschen mit Autismus hat Tanja Schwierigkeiten, eine Priorisierung der einzelnen Arbeitsschritte vorzunehmen, da diese alle gleichwertig wichtig erscheinen. Es ist für sie hilfreich, wenn Arbeitsabläufe mit ihr im Detail geplant, geordnet und vorbereitet werden. Kommt es zu einer ungeplanten Änderung im Ablauf gleicht das einer Katastrophe, die ein hohes Maß an Leidensdruck mit sich bringt. Das mühsam erarbeitete Puzzle zerfällt in Einzelteile — für manch einen autistischen Menschen bricht hier im wahrsten Sinne des Wortes die Welt zusammen.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

Oft hilft dann eine kurze Auszeit, oder die Beschäftigung mit vertrauten Dingen, um sich wieder beruhigen zu können. Hilfreich ist es, wenn schon im Vorfeld thematisiert wird, dass es außer einem Plan A auch einen Plan B, C oder D geben kann. Gemeinsam erstellte Handlungs- und Tagespläne sind für viele Menschen mit Autismus eine große Hilfe. Allerdings sollte immer ein gewisser Raum für Flexibilität und eventuelle Planänderungen einbezogen werden, damit im Falle einer Änderung „nicht das ganze Puzzle wieder in Einzelteile zerfällt".

Was riecht denn da so laut? - Reizfilter bei autistischen Menschen

Unser Gehirn sorgt dafür, dass Umgebungsreize uns nicht regelmäßig überwältigen, in dem es sie einfach filtert. Sensorische Eindrücke wie Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und Fühlen werden im Gehirn zuerst gefiltert, verarbeitet und verschaltet, bevor wir sie bewusst wahrnehmen. Auf diesem Weg sortiert unser Gehirn schon viele Reize aus, die für unser „Überleben" im jeweiligen Kontext keine Bedeutung haben. Bei vielen Menschen mit Autismus ist diese Filterfunktion nur eingeschränkt vorhanden — alle Umgebungsreize prasseln dann ungefiltert in ihr Bewusstsein und sorgen dort für ein regelrechtes Konzert sensorischer Eindrücke.

Einige autistische Menschen sind synästhetisch veranlagt, bei ihnen sind Sinne miteinander gekoppelt, die bei anderen Menschen unabhängig voneinander arbeiten. Die Kopplung führt dazu, dass z.B. ein Vogel nicht nur gehört wird, sondern das Zwitschern auch gleichzeitig als Farbe, Muster, Geruch oder Körpergefühl wahrgenommen wird. So kann es passieren, dass ein Vogel ganz besonders blau zwitschert, ein Geruch in den Ohren weh tut oder ein bestimmtes Wort ein Körpergefühl auslöst als würde gerade ein Fingernagel über eine Tafel kratzen. In der Folge haben Menschen mit Autismus oft starke Vorlieben oder Abneigungen gegen bestimmte Farben, Lebensmittel, Konsistenzen o.ä., was wiederum häufig zu einem sehr eingeschränkten Verhaltensspektrum führt. Sie reagieren oft mit großer Sensibilität auf Licht, Lautstärke und andere Reize und sind nicht in der Lage, diese auszublenden. So kann z.B. das Rauschen einer Heizung für einen autistischen Menschen so unangenehm sein, wie für andere der Aufenthalt an einer vielbefahrenen Autobahn. Die Berührung durch einen anderen Menschen, z.B. beim Händeschütteln, kann ein so intensives Erlebnis sein, dass der autistische Mensch damit den Rest des Tages innerlich beschäftigt ist. Im Alltag führt das oft zu einer ständigen Reizüberflutung, die dann Auslöser ist für Konzentrationsschwierigkeiten, Aggressivität und Erschöpfung bis hin zu Nervenzusammenbrüchen und Folgeerkrankungen.

Im Alltag schaffen oft einfache Mittel Abhilfe oder zumindest Linderung, wie z.B. Lärmschutzkopfhörer, Sonnenbrillen oder Sonnenblenden an den Fenstern. Auch Handschuhe oder ein Verzicht auf bestimmte Materialien, die Möglichkeit sich in einen Ruheraum zurückzuziehen, das Essen außerhalb einer Kantine, ein ruhiger oder abgeschirmter Arbeitsplatz, mehr Zeit für bestimmte Aufgaben, schriftliche statt mündliche Anweisungen, weniger Gruppenaufgaben und eine Reduktion sozialer Anforderungen können hilfreich sein. Nebengeräusche wie z.B. Radio, laute Klingeltöne, quietschende Turnschuhe aber auch Parfüms, Raumdüfte und Händeschütteln können leicht vermieden werden, wenn man sich der außergewöhnlichen Belastung, die diese Reize für autistische Menschen darstellen können, bewusst ist.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Abschließend

Gerade junge Menschen sind sich ihrer autismusbedingten Besonderheiten meist wenig bewusst. Für viele ist „Autismus“ nicht mehr als ein Wort in einem Arztbericht oder eine Beleidigung auf dem Schulhof.

Es entspricht der menschlichen Natur, grundsätzlich immer erstmal davon auszugehen, dass andere Menschen ihre Umwelt und Geschehnisse ähnlich wahrnehmen — hören, fühlen, sehen wie man selbst. Für autistische Menschen, die Probleme haben sich in andere Menschen hineinzuversetzen, ist es noch schwieriger als für andere, ihre Besonderheiten oder ihr Anderssein zu reflektieren und zu benennen. Erst im Spiegel anderer Menschen können wir für gewöhnlich erkennen, wer wir selber sind, was uns ausmacht — oder anders macht. Eben diese Wahrnehmungsmöglichkeit ist bei autistischen Menschen oft nur eingeschränkt vorhanden.

Menschen mit Autismus sind aufgrund ihrer eingeschränkten Kohärenz und Selbstwahrnehmung darauf angewiesen, dass die Umwelt Erwartungen und Wünsche klar formuliert. Einen Menschen mit Autismus zu begleiten bedeutet auch, sich auf eine andere Art des kommunikativen Umgangs miteinander einzulassen; statt eines aufmunternden Lächelns eher ein paar motivierende Worte, statt einem missfälligen Schweigen eine sachliche Kritik, statt einer lobenden Geste ein deutliches Benennen der Leistung. Sie benötigen vertraute Ansprechpersonen, die sie in ihrer Entwicklung unterstützen, ganz besonders wenn es darum geht, eigene Besonderheiten und auch Grenzen zu erkennen, anzunehmen und zu formulieren. Sie sind oft mehr als andere darauf angewiesen, dass jemand auf ihre Fähigkeiten und Potentiale aufmerksam wird, und sie dabei unterstützt, auf ihre ganz eigene Art Kompetenzen und Strategien für ihren Lebensweg zu entwickeln. Umso essentieller wird in einzelnen Lebensphasen eine intensivere Begleitung durch nahestehende Menschen oder professionelle Helfer/innen, die bereit sind, sich auf eine andere Art der Wahrnehmung einzulassen und damit eine wichtige Brückenfunktion einnehmen zwischen dem autistischen Menschen und seiner Umwelt einnehmen.

Abschließend bleibt noch zu berichten, dass Tanja mit Hilfe ihres neuen Job-Coaches ein Kompetenzprofil erstellt hat, und sich daraufhin in einem Labor beworben hat. Sie erfährt dort viel Anerkennung für ihre Eigenschaft, sehr genau zu arbeiten und ihre Fähigkeit, winzige Details wahrzunehmen. Sie weiß jetzt, wie sie sich beruflich orientieren möchte. Zu Kartoffeln hat Tanja inzwischen allerdings ein eher gespaltenes Verhältnis.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

3. Angst – Was ist das eigentlich?

Autor: Dr. Bernhard Beller
Deutsche Angsthilfe e. V. (DASH)

Jeder Mensch kennt Angst, jede/r hat schon Situationen der Angst erlebt. Angst scheint das alltäglichste der Welt zu sein – doch bei genauerer Betrachtung erweist sie sich als ziemlich komplexes Geschehen. Klar ist, dass Angst – wie alle Emotionen – eine Reaktion auf einen Reiz darstellt. Wir empfinden Angst, wenn ein Reiz auftritt, den wir mit Gefahr verbinden. Ein solcher Reiz kann aus der Außenwelt kommen (ein Objekt, ein Lebewesen, eine Situation), er kann aber auch aus dem Inneren stammen, etwa ein Gedanke („Ich kann das nicht!“) oder eine Sorge („Was mache ich, wenn…?“). Die unwillkürliche Reaktion darauf ist eine Anspannung, ein Alarmzustand, eben das Angstgefühl. Es will uns antreiben, etwas zu tun, aktiv zu werden, um die Gefährdung zu „beseitigen“. Dieses antreibende Moment ist eine Grundfunktion aller Emotionen (das Wort Emotion leitet sich ab von lateinisch emovere = sich herausbewegen).
Die Emotion Angst besteht aus einem objektiven, körperlich sichtbaren, und einem subjektiven, gedanklichen Teil. Auf der körperlichen Ebene laufen während eines Alarmzustands, ausgelöst durch das Hormon Adrenalin, folgende Prozesse ab: der Blutdruck steigt, das Herz schlägt schneller, die Atmung wird beschleunigt, die Muskeln werden aktiviert, die Schweißproduktion erhöht sich, andere Systeme (wie Verdauung, Immunabwehr) stellen ihre Arbeit ein. Aus diesen Körpervorgängen ergeben sich die für Angst typischen Symptome: schneller Herzschlag bis hin zu Herzrasen, Schwitzen, Atemnot, Beklemmungsgefühl, Übelkeit, Schwindel, Zittern, Kribbelgefühle, manchmal auch Gefühle der Derealisation (die Welt und man selbst erscheint „nicht wirklich“).

Auch wenn diese körperlichen Veränderungen unangenehm sind, so haben sie doch einen sinnvollen Zweck: Der Körper wird unter Anspannung, unter Stress gesetzt und damit auf eine Reaktion vorbereitet. Man nennt diese Aktivierung des Körpers daher auch Stressreaktion. Im Falle einer Bedrohung hat die Natur - beim Menschen wie beim Tier – zwei sinnvolle Verhaltensweisen vorgesehen: Flucht oder Kampf („flight or fight“).
Flucht: Vor einer Gefahr, z.B. Naturgewalten (Feuer, Wasser), einem Feind
Kampf: Bedroht ein Eindringling mein Revier, ein Konkurrent meine Ressourcen (materielle Güter, wichtige soziale Beziehungen), die es zu schützen gilt, ist nicht unbedingt Rückzug die erste Wahl, sondern Kampf.
Für beide Fälle steht dank der Stressreaktion die notwendige Energie zum Handeln zur Verfügung. Insofern ist die Emotion Angst ein sinnvoller angeborener Mechanismus, der zum einen vor Gefahren warnt (Warnsignal), zum anderen ein aktives Handeln ermöglicht (Alarmreaktion).

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Die subjektive Seite der Angst sind keine körperlichen, sondern gedankliche Reaktionen auf einen bedrohlichen Reiz. Angst sorgt dafür, dass wir schlagartig hellwach sind, alle Aufmerksamkeit auf die Gefahrenquelle fokussieren und uns Bewältigungsstrategien gegen Bedrohungen und für den Schutz wertvoller Güter überlegen. Angst macht uns einerseits vorsichtig, damit wir uns nicht in unüberlegte Kämpfe stürzen, aber sie treibt auch zu Leistungen an, sie stimuliert, sich mit drohenden Problemen auseinanderzusetzen und Lösungen zu entwickeln. Angst aktiviert nicht nur den Körper, sondern auch unser Denken, die Konzentration und die Entscheidungsfähigkeit. Die Handlungsoptionen werden abgewogen und eine ausgewählt. Dabei fließen natürlich frühere Erfahrungen mit ähnlichen Situationen in die Entscheidung ein.

Teufelskreis der Angst

Angst wird also durch äußere wie innere Reize ausgelöst und zeigt sich in körperlichen wie gedanklichen Reaktionen. Die Angstreaktion ebbt normalerweise ab, wenn die Gefahr vorüber ist, die Situation erfolgreich bewältigt wurde. Die Anspannung lässt nach, Körper und Gedanken beruhigen sich wieder. Es gibt jedoch Menschen, bei denen es nicht gleich zu einer Beruhigung kommt, sondern sich die Angst im Gegenteil immer weiter aufsteigert. Eine wichtige Rolle in diesem Prozess spielt die Einschätzung des Einzelnen von der Bedrohlichkeit der Situation und die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, damit fertig zu werden. Für den einen ist z.B. ein neuer Job oder eine Präsentation vor Publikum eine interessante Herausforderung, für den anderen ist es mit Angst verbunden, weil er sich der Aufgabe nicht gewachsen fühlt. Die negativen Gedanken („Ich schaff das nicht!“, „Das ist mir zuviel!“), die Selbstzweifel führen zu einem Gefühl der Unsicherheit und Bedrohung. Dadurch aber wird der Alarmzustand nicht beendet, sondern die körperlichen Angstsymptome verstärken sich noch mehr. Diese verstärkten Angstsymptome werden wahrgenommen und als Beweis für die Gefährlichkeit der Situation interpretiert. Das führt wiederum zu noch schlimmerer Beunruhigung und Befürchtungen hinsichtlich der Situation. Die körperlichen Empfindungen der Angst und die negativen Gedanken und Gefühle schaukeln sich so gegenseitig hoch, ein Teufelskreis beginnt. Der Betroffene kommt aus dem Zustand der Alarmbereitschaft nicht mehr heraus, obwohl die äußeren Gegebenheiten sich nicht verändern. Dieser „Teufelskreis der Angst“ kann sich körperlich bis zu unerträglicher Angst steigern, gedanklich zu Denkblockaden („Tunnelblick“), zu endlosen Gedankenschleifen (Grübeln) und zu Gefühlen völliger Hilflosigkeit führen.

Der Teufelskreis der Angst ist eine aus dem Gleichgewicht geratene Angstreaktion. Sie kann grundsätzlich jeden treffen, denn niemand ist auf alle Eventualitäten des Lebens vorbereitet. Doch gibt es Menschen, die schneller hinein geraten, die die Angstreaktion schlechter unter Kontrolle haben als andere. Die Gründe dafür sind vielfältig: genetische Ausstattung (angeborene Ängstlichkeit), frühkindliche Prägungen (Erziehungsstil), erlerntes Verhalten, die individuelle Persönlichkeit und Lebensgeschichte u.a. Alle diese unterschiedlichen Einflüsse formen die Angstreaktion. Auf sie kann hier nicht näher eingegangen werden. Im Ergebnis führt die Wirkung dieser Faktoren jedenfalls dazu, dass manche Menschen eine angstbesetzte Situation leichter durchstehen und effektivere Strategien zur Bewältigung und Kontrolle von Angst besitzen. Wer dagegen mangelhafte, nicht hilfreiche, gar kontraproduktive Bewältigungsstrategien erlernt hat, wird viel schneller in die Angstspirale geraten. Als Folge kann die Angst so groß werden, dass dem Betroffenen nur noch die von der Natur vorgege-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

bene instinktive Reaktion bleibt: die Flucht vor der Angstsituation. Im Beispiel der Präsentation würde der Betroffene kurz vorher absagen, im Falle des neuen Jobs dem „bedrohlichen" Chef ständig aus dem Weg gehen. Durch diese Vermeidung lässt sich kurzfristig die schlimmste Angst herunterfahren. Klar ist aber auch, dass dies keine konstruktive Bewältigung der Angstsituation ist.

Gesunde Angst – krankhafte Angst

Wie ausgeführt, ist die Angstreaktion grundsätzlich etwas Nützliches. Was unterscheidet nun diese normale (und gesunde) Angst von einer krankhaften, übersteigerten Angst? Wenn die normale Angst die Aufgabe hat, uns zu warnen und zu aktivieren, dann ist die übersteigerte Angst eine, die zu oft warnt und zu heftig aktiviert. Sie ist also der realen Situation, dem alltäglichen Leben nicht mehr angemessen.

Die Unangemessenheit der krankhaften Angst zeigt sich sowohl quantitativ wie qualitativ:

- quantitativ: Die Angst tritt über einen längeren Zeitraum hinweg unangemessen häufig auf.
- qualitativ: Die Angst ist für die gegebene Situation unangemessen intensiv. Wer beim Anblick einer Spinne, in der U-Bahn oder bei einem öffentlichen Auftritt Herzrasen bekommt, kaum noch atmen kann und schweißnass gebadet ist, hat eine für die Situation unangemessen intensive Angst.

Eine solche krankhafte Angst bildet sich heraus, wenn der Teufelskreis der Angst, in den jeder geraten kann, nicht frühzeitig durchbrochen, sondern durch Vermeidung aufrechterhalten wird. Denn Vermeidung schafft zwar kurzfristig Erleichterung, führt aber langfristig zur Verfestigung der Angst. Wer vor der Angst davonläuft, macht nicht die Erfahrung, dass das befürchtete Katastrophenszenario nicht eintritt und die Angst auch nicht, wie viele Betroffene meinen, „verrückt" macht, zum Ersticken oder zu Herzinfarkt führt. Da die positive Erfahrung unterbleibt, wird sich die Angst *in der Vorstellung* des Betroffenen immer mehr zu einem unbeherrschbaren „Monster" entwickeln, über das man keinerlei Kontrolle mehr hat. Dies führt schließlich dazu, dass allein schon der Gedanke an die Angst starke Angst auslöst. Die Symptome der Angst werden als so überwältigend und fürchterlich angesehen, dass das Ich dagegen scheinbar völlig untergeht und komplett gelähmt ist. Dieses Phänomen heißt Angst vor der Angst: Nicht mehr der Mensch kontrolliert die Angst, sondern die Angst kontrolliert ihn. Es ist die Vermeidung, die den Teufelskreis der Angst am Laufen hält, und damit zu einer völlig verzerrten, unrealistischen Vorstellung des Betroffenen von seiner eigenen Angst führt.

Jede unangemessene Angst ist krankhaft, aber nicht jede krankhafte Angst ist behandlungsbedürftig, sofern man ihr aus dem Weg gehen kann (bei den allermeisten spezifischen Phobien ist das der Fall). Wenn jedoch die Angst sich so verselbstständigt hat, dass sie die Lebensqualität oder die ganze Lebensplanung in Mitleidenschaft zieht, ist das Aufsuchen von Hilfe ratsam. Eine eindeutige, objektiv angebbare Grenze, wann Hilfe (Therapie/Medikamente) nötig ist, gibt es nicht. Aber bei einem hohen persönlichen Leidensdruck sollte man keineswegs zögern, sich Hilfe zu suchen. Je früher man die Angstproblematik angeht, desto besser sind die Heilungschancen.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

Klassifikation von Angsterkrankungen
Bei der Diagnose von Angststörungen wird in Deutschland das ICD-10 verwendet. ICD steht für *International Classification of Diseases*, die Nummer 10 für die derzeit gültige Version 10. Das ICD-10 ist ein von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenes, weltweit gültiges Klassifikationssystem aller körperlichen und psychischen Krankheiten, dessen Benutzung für die in Deutschland arbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend ist.
Das ICD-10 teilt die Angststörungen in zwei große Gruppen:
Phobische Störungen: das sind situative Ängste (bzw. Furcht), die von einem konkreten Objekt oder einer konkreten Situation ausgelöst werden. Dazu gehören:

- Agoraphobie: Angst vor bestimmten „gefährlichen" Orten (v.a. U-Bahnen, Menschenmengen, enge Räume), an denen man keine Möglichkeit zum Entkommen sieht
- Soziale Phobie: Angst sich vor anderen zu blamieren
- Spezifische Phobie: Angst vor Dingen (z.B. bestimmte Tiere, Höhe, Dunkelheit, Gewitter) oder vor bestimmten Situationen (z.B. Auto fahren, Fliegen)

Andere Angststörungen: das sind spontane Ängste, die ohne konkreten Auslöser auftreten:

- Panikstörung: plötzlich auftretende intensive („panische") Angst mit starken körperlichen Begleiterscheinungen
- Generalisierte Angststörung: andauerndes und übermäßiges Sorgen vor negativen Ereignissen in fast allen Lebensbereichen

Des weiteren können Ängste komorbid auftreten. Komorbide Ängste entstehen als Folgeerscheinung einer anderen Krankheit. So kann die Diagnose einer körperlichen Krankheit wie Krebs zu existentiellen Ängsten führen. Auch psychische Störungen (etwa Depression, Traumata) können komorbide Ängste hervorrufen. Umgekehrt können unbewältigte Ängste ihrerseits andere komorbide Erkrankungen nach sich ziehen wie Depression oder Sucht.

Verbreitung von Angststörungen in Deutschland
Von den jährlich beinahe 28% psychisch Erkrankter in Deutschland haben über 15% eine Angststörung. Diese gliedern sich folgendermaßen auf:
7,5 % Spezifische Phobie
2 % Agoraphobie
2 % Soziale Phobie
2 % Panikstörung
1,5 % Generalisierte Angst

Angststörungen stellen also keineswegs ein Randphänomen dar, sondern betreffen große Teile der Bevölkerung. Frauen sind meist häufiger vertreten als Männer, was aber v.a. auf nach wie vor gültige Bilder von „Männlichkeit" zurückzuführen ist: Männer haben keine Angst und wenn, zeigen sie es nicht, sondern Verdrängen und Verschweigen ihre Probleme.

Wann treten Angststörungen auf?
Angststörungen treten oft bei kritischen Lebensereignissen auf. Das können negative Ereignisse sein, z.B. ein Todesfall, eine Trennung, ein Unfall oder Krankheit, es können aber auch

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

neue Lebenssituationen sein, die der Betroffene meint, nicht bewältigen zu können, z.B. ein Umzug in eine andere Stadt mit Verlassen des bisher Vertrauten, ein neuer Job, die Geburt eines Kindes. Gerade Jugendliche stehen in einer Umbruchssituation, erleben viele neue Herausforderungen, die leicht zu einem Gefühl der Überforderung werden können. Daher treten in diesem Lebensabschnitt besonders oft zum ersten Mal Angststörungen auf.

Bewältigungsstrategien in Selbsthilfe

Eine ausgebildete Angststörung ist eine echte Krankheit und kann daher, wie jede körperliche Krankheit auch, nur von Fachpersonal (Psychiater/in, Psychotherapeut/in) behandelt werden. Jede falsche Scham ist hier unangebracht und führt auf Dauer zur Verschlimmerung. Nur ein Fachmann kann eine exakte Diagnose erstellen und eine individuell angepasste Therapie ausarbeiten.

Daneben kann natürlich jede/r etwas für sich selber tun. Das Ziel sollte jedoch nicht darin bestehen, keine Angst mehr zu haben, das wäre unrealistisch. Das Ziel kann nur sein, die verloren gegangene Kontrolle über die Angst wiederherzustellen, d.h. nicht der Angst die wichtigen Entscheidungen über das eigene Leben zu überlassen. Eine Angsterkrankung ist kein Schicksal:

- Angst ist in erster Linie erlernt und kann auch wieder verlernt werden.
- Krankhafte Angst speist sich aus zwei Quellen: Aus angstmachenden Gedanken, die in den Teufelskreis der Angst hineinführen, und aus Vermeidungsverhalten, das den Teufelskreis aufrechterhält und verstärkt. Daher muss eine Angstbewältigung an diesen beiden Punkten ansetzen: Änderung des Verhaltens und Änderung verzerrter Denkmuster.
- Vermeidung aufgeben: Ein wichtiger Schritt, um die Angst in den Griff zu bekommen, ist, sich der Angst zu stellen und sie aktiv anzugehen. Zunächst gilt es anzuerkennen, dass man ein Problem mit Angst hat, statt diese zu verdrängen. Als erstes sollte der Betroffene sich hinsetzen und am besten schriftlich überlegen, wann die Angst auftritt, wie sie sich äußert, was er dabei denkt und tut (Angsttagebuch). So lernt er seine eigene Angst besser kennen. Auch sollte er vor angstbesetzten Situationen nicht fliehen, sondern sich ihnen stellen. Denn nur durch aktives Handeln kann man positive Erfahrungen machen und Vertrauen in sich selbst zurückgewinnen.
- Änderung von Denkmustern: Angst entsteht nicht durch eine bedrohliche Situation an sich, sondern durch ihre Bewertung als bedrohlich. Bei Angstpatienten ist diese Bewertung verzerrt, der Realität nicht angemessen. Ihre (meist unbewussten) Überzeugungen über sich selbst und die anderen treiben sie erst in die Angst hinein (z.B. die Überzeugung „Ich darf keine Schwäche zeigen!“). Den unbewussten negativen Gedanken muss ein bewusster positiver Gedanke entgegengestellt werden. Dabei geht es nicht darum, sich „etwas einzureden“, sondern eher darum, sich etwas Falsches auszureden, einen hemmenden Gedanken zu verlernen.

Das alles ist natürlich viel leichter gesagt als getan. Eine große Hilfe kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sein, in der Betroffene regelmäßig zusammenkommen und sich gegenseitig unterstützen. Für viele ist es das erste Mal, dass sie über ihre Angst sprechen und realisieren, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine sind. Der Erfahrungsaustausch wirkt ungemein entlastend und das Feedback der Gruppe hilft, das negative Selbstbild zu berichti-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

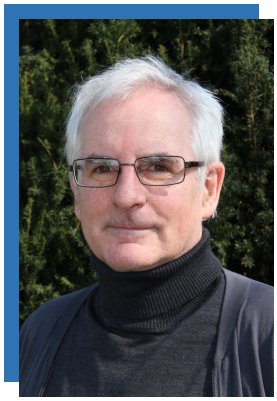
EUROPÄISCHE UNION

gen. Grundsätzlich sollte jedem Menschen klar sein: Mit Ängsten umgehen zu lernen, ist eine Lebensaufgabe, die nie ausgelernt ist.

Literatur:

Wenn Angst zum Problem wird. Information und Hilfe bei Angststörungen, hrsg. von der Deutschen Angstselbsthilfe (DASH), 2017 zu beziehen über: www.angstselbsthilfe.de

4. Die Borderline-Störung in der Jugendsozialarbeit und Jugendhilfe



Autor: Dr. Ewald Rahn, Chefarzt
LWL-Klinik Warstein, Schwerpunkt Verhaltensmedizin

Die Borderline-Störung gehört mit einer Häufigkeit von ca. 5% in der Jugend, Adoleszenz und bei jungen Erwachsenen zu den häufigsten seelischen Störungen überhaupt. Auch wenn es zahlreiche Vorzeichen gibt, entwickelt sich die Symptomatik meist in der Pubertät. Wegen vieler Überschneidungen mit den Phänomenen in dieser Entwicklungsphase, kann die Diagnose aber erst in der Adoleszenz mit Sicherheit gestellt werden. Wie alle Erkrankungen, die im Übergang zum Erwachsenenalter auftreten, ergeben sich aus der Erkrankung Hindernisse bei der Bewältigung der in dieser Lebensphase anstehenden Entwicklungsaufgaben. Schon deswegen ist die Borderline-Störung ein wichtiges Thema in Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit. Die Borderline-Störung hat außerdem erhebliche Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen, die auch die Zusammenarbeit zwischen professionellen Helfer/innen und Betroffenen prägen. Daraus ergeben sich zum Teil große Herausforderungen für die Helfer/innen im Umgang mit den betroffenen Menschen. Eine kooperative Beziehungsgestaltung, Hilfen bei der Lösung anstehender Probleme und Entwicklungsblockaden, sowie die Erarbeitung einer positiven Zukunftsperspektive sind damit die wichtigsten Aufgaben für die Helfer/innen. Dazu ist unter anderem auch ein vertieftes Verstehen der Erkrankung notwendig.

Der Begriff Borderline-Störung (englisch Grenzstörung) hat in der Vergangenheit einen mehrfachen Bedeutungswechsel erfahren. Tatsächlich hat die Störung nichts mit Grenzen zu tun. Inzwischen wird sie den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. Eine Persönlichkeitsstörung ist dabei keineswegs eine Erkrankung der gesamten Persönlichkeit eines Menschen, sondern es sind nur einzelne Funktionen im Bereich des zwischenmenschlichen Verhaltens und des Selbstbildes betroffen. Ansonsten haben Borderline-Kranke sehr unterschiedliche Persönlichkeitsprofile, die von Gesunden nicht wesentlich abweichen. Persönlichkeitsstörungen sind also Funktions- oder Fertigkeitenstörungen, wobei bei den Borderline-Kranken vor allem der Umgang mit Emotionen auffällig ist. Daher wird die Borderline-Störung auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung genannt.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Die Fähigkeit, emotional zu reagieren, gehört zur Grundausstattung eines jeden Menschen. Bereits vor der Geburt zeigen Menschen Emotionen. Sie spielen im weiteren Verlauf des Lebens eine entscheidende Rolle bei den spontanen Reaktionen und bei den Auswertungen von Erfahrungen. Dabei gehören Emotionen zu einem sehr vielfältigen System, das der Bewertung von Situationen und Erfahrungen dient. Vor allem bei der spontanen Reaktion sind schnelle Bewertungen nötig, die erst in einem zeitlich nachgeordneten Schritt durch abwägende Urteile ergänzt und verändert werden. Erst im zweiten Schritt spielen Gedanken eine Rolle. Im Laufe der Entwicklung lernen Menschen durch die Kopplung von Erfahrungen mit emotionalen Wertungen, ihrer spontanen Reaktionen zu optimieren. Dabei wird das sogenannte implizite Gedächtnis genutzt. So ist es beispielsweise den Menschen möglich, vor der Überquerung einer Straße auf der Basis von Furcht, Sicherheitsverhalten zu zeigen, obwohl zu diesem Zeitpunkt die Gefahr noch nicht akut ist.

Gefühle in diesem Sinne zur Erfahrungsbildung zu nutzen erfordert weitere Fertigkeiten. Etwa muss der Einfluss der Emotionen auf das Verhalten kontrolliert werden, sonst würde jedweder Zorn zu einer aggressiven Auseinandersetzung führen. Besonders schwierig ist aber die Bewältigung von Situationen, in denen keine klare emotionale Bewertung möglich ist und verschiedene Emotionen aktiviert werden, denn Emotionen können ganz unterschiedliche fast gegensätzlich wirkende Handlungsimpulse erzeugen. Das ist besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen der Fall, bei denen die Beziehungsintensität großen Schwankungen unterworfen ist. Eine wirksame Bewältigung solcher Situationen ist nur dann möglich, wenn die unterschiedlichen Gefühle untereinander reguliert werden. Bei der Borderline-Störung ist aber die Fertigkeit zur Emotionsregulation unzureichend entwickelt.

Fallbeispiel 1: Eine Betroffene lebt im betreuten Wohnen und fühlt sich von ihrer Bezugstherapeutin verstanden und unterstützt. Sie schätzt vor allem ihre Freundlichkeit und Ihr Verständnis. Bei einem Gespräch fragt sie die Betreuerin in diesem Zusammenhang, ob sie eigentlich auch persönliche Beziehungen zu ihren Klienten pflegen würde. Das wird von der Betreuerin allerdings ausgeschlossen. Tatsächlich hat ja eine professionelle Beziehung sehr viel Ähnlichkeit mit einer persönlichen und freundschaftlichen Beziehung, braucht aber auf der anderen Seite eine gewisse Begrenzung, um die Professionalität nicht zu gefährden. Obwohl die Antwort der Bezugsbetreuerin angemessen ist, gibt sie der Betroffenen nicht mehr aus dem Kopf. Sie versucht danach das private Umfeld der Betreuerin zu erforschen, um etwas über die Privatperson zu erfahren. Diese Beobachtungen stören aber die Beziehung, weil sie nicht offen besprochen werden können. Die Betroffene wird daraufhin zunehmend misstrauisch und überlegt, die Beziehung abzubrechen.

Fallbeispiel 2: Einem Betroffenen wird bei der Aufnahme in die Einrichtung mitgeteilt, dass das Team nach einer abgestimmten Methode arbeitet und versuchen will, eine möglichst einheitliche Haltung den Klienten gegenüber zu zeigen. Der Betroffene ist erleichtert, stellt aber wenige Zeit später fest, dass der Umgang mit Regeln durchaus unterschiedlich gehandhabt wird. Zur Klärung fragt er einen der Mitarbeiter, warum der andere sich in einer anderen Art und Weise auf Regeln bezieht. Die Frage wird von dem Mitarbeiter als unangenehm wahrgenommen, weil er sie als einen Angriff auf den Zusammenhalt im Team wahrnimmt.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Bei beiden Beispielen sind die Betroffenen mit nicht vollständig eindeutigen Beziehungen konfrontiert. Daher ist eine regulierte emotionale Einschätzung erforderlich. Gerade im ersten Fall gelingt diese Einschätzung nicht, was eine zerstörerische Wirkung auf die Qualität der Beziehung hat.

Obwohl die Emotionsregulationsstörung somit ein grundlegendes Phänomen der Borderline-Störung ist, sind noch andere Faktoren für die Entstehung der Störung verantwortlich. Es gibt Hinweise, dass die Fertigkeit Emotionen zu regulieren ein Bestandteil des Temperaments ist, das wesentlich durch genetische Faktoren bestimmt wird. Die Betroffenen zeigen also schon früh Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen. Bei der Auswertung von Erfahrungen wird, wie oben beschrieben, die Kopplung von Situationen mit emotionalen Bewertungen im Gedächtnis abgelegt. Dieser Lernprozess wird allerdings durch äußere Einflüsse beeinflusst. Vor allem die Erfahrungen in der Familie und mit primären Bezugspersonen spielen hier eine große Rolle. Auf diese Weise kann ein zunächst emotional instabiles Kind durchaus in der Lage sein, später sehr erfolgreich die eigenen Emotionen zu nutzen. Natürlich kann aber auch durch äußere Einflüsse die emotionale Instabilität verstärkt werden. Das ist besonders in Familien der Fall, in denen es auch Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch gibt. Dabei haben Borderline-Kranke oft in diesem Sinne auffällige Biografien. Der Ausbruch der Erkrankungen in der Pubertät erklärt sich durch die Hirnentwicklung in dieser Lebensphase. Die Zentren, in denen Emotionen erzeugt werden entwickeln sich schneller als jene, in denen abwägende Urteile erzeugt werden.

Die Kombination von spezifischer Anlage und ungünstigen Entwicklungsbedingungen erfordert von den Betroffenen immer wieder besondere Lösungen, aus denen individuelle Reaktionsmuster (Schemata) entstehen. Diese oft unter Extrembedingungen gelernten Schemata können später in viel weniger dramatischen Situationen sehr hinderlich sein. Diese sind hauptverantwortlich für die Entstehung eines negativen Selbstbildes, etwa der Vorstellung von Borderline-Kranken, wenig erfolgreich und akzeptiert zu sein. Sie führen aber in Verbindung mit der emotionalen Instabilität auch zu Unsicherheiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, die von Seiten der Betroffenen Anlass für die Entstehung eines zum Teil extremen Misstrauens sind. Unsicherheiten und Misstrauen sind auch Grund für die häufig vorkommenden Beziehungstests, zu denen Borderline-Kranke neigen, wenn sie keine Sicherheit in der zwischenmenschlichen Beziehung herstellen können. So kann ein Versprechen einer Betreuerin, in Notsituationen verfügbar zu sein, zu einer zwischenmenschlichen Katastrophe werden.

Es gibt kaum Lebensräume, in denen diese Kombination aus Selbstbildstörung und zwischenmenschlichen Problemen keine Integrationsbarrieren zur Folge hat. Das ist auch der Grund, warum Borderline-Kranke in vielen sozialen und beruflichen Bereichen anecken und als Problemklientel wahrgenommen werden. Dazu trägt zusätzlich auch ein Phänomen bei, dass im engeren Sinne gar kein Symptom der Borderline-Störung ist, sondern eine Folge der mit der Borderline-Störung verbundenen höheren Stressanfälligkeit darstellt. Die Betroffenen nehmen diese Stressanfälligkeit als zum Teil unerträgliche innere Spannung war. Viele berichten, dass die Spannung sehr schnell ansteigt und kaum kontrollierbar ist. Grund dafür

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

sind die nicht regulierten und kontrollierten Emotionen. Stress vereinfacht unsere Reaktionen, blockiert reflektierendes Denken und reduziert unser Verhalten auf Flucht, Kampf und Verstecken. Da aufgrund der Cortisolausschüttung bei Stress auch das Gedächtnis blockiert ist, sind Lerneffekte unter Stress minimal. Es ist nachvollziehbar, dass Borderline-Kranke immer wieder versuchen, ihre inneren Spannungen, die oft in Alltagssituationen auftauchen, zu reduzieren. Dazu gehören auch Experimente mit dem eigenen Körper. In diesem Sinne lernen Borderline-Kranke etwa sich selbst zu verletzen, um Spannungen abzubauen. Andere essen dann, zeigen risikoreiches Verhalten, nehmen Drogen oder trinken Alkohol. Mit der Zeit entstehen daraus auch Programme, die sich zum Teil verselbstständigen. Oft werden medizinische und soziale Einrichtungen in diese Programme einbezogen und damit auch missbraucht. Einige Borderline-Kranke ziehen sich mit der Zeit in soziale Nischen zurück, wobei sich dort die Stressbewältigungsprogramme endgültig zum Selbstzweck entwickeln können.
Leider trägt damit unser Versorgungssystem oft dazu bei, dass die Störung chronifiziert. Dabei hat sie eigentlich im medizinischen Sinne eine gute Prognose. Bei fast 90% der Betroffenen sind zehn Jahre nach der Erkrankung die diagnostischen Kriterien der Borderline-Störung nicht mehr erfüllt. Die Borderline-Erkrankung ist also ausgeheilt. Leider haben dann die Betroffenen sehr viel mehr mit den Folgen der Erkrankung zu kämpfen. Sie sind sozial isoliert, unzureichend beruflich integriert und leiden aufgrund der ungesunden Lebensweise unter zahlreichen körperlichen Erkrankungen. Besonders gravierend ist das metabolische Syndrom, einer Kombination von Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörung, das bei der Borderline-Störung häufig vorkommt und unter anderem zu einer Reduktion der Lebenserwartung führt. Ohnehin nimmt die Suizidrate bei Borderline-Kranken im Alter zu. Der Ausgangspunkt dieser Krankheitsfolgen liegt allerdings im Übergang zum Erwachsenenalter. Daher muss die Hilfe für Borderline-Kranke nicht nur die aktuellen Probleme in den Blick nehmen, sondern auch Elemente der Vorbeugung enthalten.

Die Borderline-Störung tritt in verschiedenen Variationen und Schweregraden auf. Zu Anfang ist die Diagnose schwierig, weil die Pubertät ähnliche Phänomene hervorbringt. Auch die Anlage zur emotionalen Instabilität ist in dieser Lebensphase sehr viel stärker und birgt die Gefahr, dass die Erkrankung viel zu häufig diagnostiziert wird. Dazu kommen Phänomene, wie etwa die Selbstverletzungen unter Stress, die unzutreffend mit der Borderline-Diagnose gekoppelt wird. Alles das sind Gründe, mit der Diagnose zurückhaltend zu sein. Auf der anderen Seite können Techniken, die im Zusammenhang mit der Borderline-Störung entwickelt worden sind, auch Menschen helfen, die das Vollbild der Erkrankung gar nicht entwickelt haben. In diesem Sinne lässt sich durch die Arbeit mit Borderline-Kranken vieles lernen, was im Alltag auch für andere Zielgruppen durchaus hilfreich angewendet werden kann. So kann die Beziehungsgestaltung mit Borderline-Kranken eine für die Helfer/innen wertvolle Erfahrung darstellen, die auch für andere Zielgruppen genutzt werden kann.

Die Symptomatik der Borderline-Störung lässt sich dabei auf etwa vier Kernphänomene reduzieren. Dazu gehört zunächst die emotionale Instabilität, die ja wie beschrieben eine Emotionsregulationsstörung ist. Sie beeinträchtigt insbesondere die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Betroffenen. Kennzeichen sind Misstrauen und die sogenannten Beziehungstests, bei denen es um die Suche nach Sicherheit in Beziehungen geht. Borderline-Kranke

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

leiden wie andere persönlichkeitsgestörte Menschen des Clusters B unter der Anfälligkeit für innere Leere und Langeweile (Boredom Susceptibility). Dieses von vielen Betroffenen als sehr belastend wahrgenommene Phänomen führt vor allem dazu, dass Borderline-Kranke das Alleinsein vermeiden. Das erklärt auch, warum viele Krisen der Betroffenen sich an Wochenenden und am Feierabend ereignen. Die emotionale Instabilität hat natürlich auch einen Einfluss auf die Art und Weise gedanklich zu urteilen. Das ist der Hauptgrund für das Phänomen des „Schwarz-Weiß Denkens“ (Unfähigkeit zu Dialektik), was häufig Ausgangspunkt für Idealisierung und Abwertungen ist. Borderline-Betroffene sind ansonsten sehr mit sich selber beschäftigt und versuchen verzweifelt, innere Stabilität und Sicherheit herzustellen. Das führt unter anderem auch dazu, dass der Blick auf den anderen dadurch getrübt wird. Deswegen haben Borderline-Kranke Schwierigkeiten, sich empathisch in den anderen hineinzuversetzen (Mentalisierungsschwäche).

Nach wie vor werden ansonsten für die exakte Diagnose der Erkrankung meistens die neun Kriterien des DSM herangezogen. Die befinden sich aber gegenwärtig in einer Überarbeitung. Wichtig ist eine Orientierung an den Kernbereichen Selbstbild und zwischenmenschliche Beziehungen. Zukünftige diagnostische Systeme werden diesem Anspruch gerecht. Aufgenommen wird das wenig entwickelte und instabile Selbstbild mit ausgeprägter Selbstkritik, chronisches Gefühl der Leere, Instabilität der Zielsetzungen, Vorlieben und Wertvorstellungen, eingeschränkte Fähigkeit sich mit den Gefühlen und Bedürfnissen anderer Personen auseinanderzusetzen, instabile und konfliktreiche zwischenmenschliche Beziehungen, Angst vor dem Alleinsein und Neigung zu radikalen Urteilen. Dazu kommen auch die Phänomene, die mit Stress einhergehen, etwa die Selbstverletzungen sowie akute und chronische Suizidalität.

Die Überlegungen zur Diagnose zeigen, welches Ausmaß die Erkrankung annehmen kann. Oftmals fühlen sich die Betroffenen der Erkrankung hilflos ausgeliefert. Einige suchen in ihrer Hilflosigkeit Unterstützung ohne selber eine Vorstellung zu haben, wie man der Erkrankung begegnen kann (aktive Passivität). Zusätzlich wird die Kontinuität der sozialen Beziehungen durch die häufigen Stressphasen zum Teil erheblich gestört, zumal sich die Spannungen oft erst langsam zurückbilden. Gerade in Stresssituationen sind Borderline-Kranke extrem irritierbar. Außerdem lösen Borderline-Kranke aufgrund von Spiegelungen heftige Gefühle in ihrer Umgebung aus. Im Ergebnis steigert sich auf die Unsicherheit, obwohl gerade die Betroffenen in zwischenmenschlichen Beziehungen eine erhebliche Sicherheit benötigen. In diesem Sinne stehen auch die Helfer/innen im Umgang mit Borderline-Kranken vor einer großen Herausforderung. Sie werden mit starken Gefühlen konfrontiert, müssen sich mit einer Reihe von negativen Grundannahmen auseinandersetzen und brauchen eine längere Zeit, um eine stabile und tragfähige Beziehung zu dem/der Klient/in aufzubauen. Auf der anderen Seite verfügen Borderline-Kranke über zahlreiche Ressourcen, die aktiviert werden können und die Arbeit mit der Klientel kann sehr lehrreich und wirksam sein.

Sicherlich hat zu den Vorteilen gegenüber Borderline-Kranken beigetragen, dass die gängigen Formen der Hilfe gerade bei dieser Klientel sich als unwirksam erwiesen hat, denn sie basierten auf der Voraussetzung einer „empathischen“ Beziehung. Die emotionale Instabilität macht es Borderline-Kranken eigentlich schwer möglich, sich auf die Empathie einzulassen.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Ein erster Schritt zu einer wirksamen Hilfe für die Betroffenen war der Schluss, dass bei Borderline-Kranken zunächst erst mal die Voraussetzungen für eine emphatische Beziehung geschaffen werden müssen. Dazu müssen zunächst die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit geklärt werden. Das betrifft die Ziele der Zusammenarbeit, die möglichst konkret formuliert werden sollten. Bei der Zusammenarbeit werden alle Beteiligten mit emotionalen Reaktionen konfrontiert werden. Das gilt selbstverständlich auch für die Helfer/innen. Die Beziehung ist in diesem Sinne nicht neutral. Für die Entwicklung einer empathischen Beziehung ist es daher erforderlich, mit einer bestimmten Offenheit miteinander umzugehen. Dazu gehört auch, unangenehme Erfahrungen zu besprechen und zu bearbeiten. Auch der/die Helfer/in soll sich nicht einem unangemessenen Neutralitätsgebot unterwerfen. Vielmehr sind die eigenen emotionalen Erfahrungen im Umgang mit Borderline-Kranken sehr wertvolle Hinweise, für die Voraussetzungen und die Entwicklung der Helferbeziehung. Alle Beteiligten an der Beziehungsklärung muss daran gelegen sein, die Grundlagen der Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten. Alles andere gefährdet die Kontinuität der Beziehung, die für einen erfolgreichen Abschluss der Zusammenarbeit notwendig ist. Das gilt für überzogene Erwartungen der Betroffenen ebenso wie die Überschreitung persönlicher Grenzen auf Seiten der Helfer/innen. Nicht zuletzt geht es auch bei der Beziehungsklärung um die Verantwortung, die jede/r für die Zusammenarbeit übernehmen muss. Es ergibt keinen Sinn, durch ein paternalistisches Vorgehen Borderline-Kranken etwa die Verantwortung die für alle möglichen Formen der Selbstinstruktionen abzunehmen zu wollen.

Natürlich wollen die Betroffenen auch Kontrolle über die Beziehung erlangen. Das ist eigentlich legitim. Eine gute Beziehungsklärung erhöht aber deutlich die Sicherheit der Betroffenen und trägt damit zur Kontinuität der Beziehung bei und verhindert die berüchtigten Beziehungstests der Betroffenen.

Die Hilfe für Borderline-Kranke baut auf diesen geklärten Beziehungen auf. Da die Borderline-Störung verschiedene Lebensbereiche beeinflusst, muss die Hilfe von Anfang an komplex aufgebaut sein. Es ist vorteilhaft, wenn die Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen koordiniert werden. Es geht nicht darum, dass alle gleich handeln, sondern dass die Zusammenarbeit und Koordination auf der Basis von Respekt und Aufgabenteilung beruht. Nur so lassen sich die beiden Kernbereiche Selbstbild und zwischenmenschliche Beziehungen beeinflussen. Borderline-Kranke brauchen längerfristige Hilfen, weil die Krisen vor allem durch Stress geprägt sind und daraus keine Lernerfahrungen resultieren. Die Bewältigung einer Krise dient allenfalls zur Vermeidung von Folgeschäden. Die eigentliche Veränderung und Genesung der Borderline-Kranken findet außerhalb der Krise statt. Ohnehin dient die Hilfe immer nicht der Sicherung, sondern der Entwicklung der Betroffenen. Dazu gehört auch ein verantwortlicher Umgang mit Zeit und der gemeinsamen Arbeit an notwendigen und wesentlichen Veränderungen.

Die Genesung von der Borderline-Krankheit verläuft in Phasen. Sie erfordert Aktivität von allen Seiten, insbesondere von den Betroffenen. Die Anfälligkeit für Leere und Langeweile bedingt, dass die Phasen von Inaktivität besonders zerstörerisch sein können. Die Hauptverantwortung muss immer bei den Betroffenen selber liegen. Die erste Phase ist meist durch die Krisenbewältigung geprägt. Borderline-Kranke fangen an Hilfen nachzufragen, wenn sie

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

in ihrem Leben an eine unüberwindlich erscheinende Barriere stoßen. Viele wollen lediglich, dass die Helfer/innen diese Barrieren wegräumen und lernen erst langsam, dass dazu notwendig ist, die Hilfe auch anzunehmen. Viele profitieren in dieser Phase davon, dass ihnen die Auswirkungen der Krankheit erklärt werden (die Krankheit erkennen und annehmen). Erster therapeutischer Schritt ist dann die Verbesserung der Stresstoleranz um eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu sichern und zerstörerische Lösungsversuche entbehrlich zu machen. Eine besonders systematische Form dafür ist das Stresstoleranz Training der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Das Training ist leicht zu erlernen und lässt sich sehr gut in den Alltag integrieren. Es werden vor allem Fertigkeiten (Skills) vermittelt, die bei hohen Spannungen eine Reduktion der Spannung ermöglichen. Am Anfang fällt den Betroffenen schwer, die eigenen Techniken zu ersetzen, weil diese in der Regel als erfolgreich und sicher wahrgenommen werden. Das Erlernen von Alternativen erfordert sehr viel Übung und auch eine höhere Aufmerksamkeit, wie Spannungen entstehen und bis zu welchem Grad sie durch unschädliche Skills gesenkt werden können. Die Aufgabe der Helfer/innen ist dabei oft, den/die Betroffene/n an die Anwendung der Skills zu erinnern und sich in Krisen nicht allzu aktivieren zu lassen. Es gibt noch weitere und zahlreiche Methoden, um die Stresstoleranz zu fördern. Das wirksamste psychotherapeutische Verfahren ist die Achtsamkeit, die auch im Stresstoleranz Training der DBT vermittelt wird.

In der zweiten Phase der Hilfe geht es darum, Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen zu lernen. Zusätzlich müssen Ressourcen aktiviert, ungünstige Verhaltensmuster revidiert und Mythen überdacht werden. Diese Phase ist die Domäne des Fertigkeiten Trainings, für das es unterschiedliche Methoden gibt, etwa in den weiteren Modulen der DBT, dem Stepps Training und der Mentalisierung basierten Therapie (MBT). All diese Verfahren können auch in anderen Hilfemaßnahmen integriert werden. Sie sichern unter anderem, dass die Betroffenen auch etwa an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, betreutem Wohnen und anderen überhaupt teilnehmen können. Gerade der beruflichen Integration muss im Hinblick auf die Langzeitfolgen der Borderline-Störung eine große Bedeutung beigemessen werden.

Die dritte Phase ist durch eine aktive Gestaltung des weiteren Lebensweges geprägt. Borderline Kranke brauchen in dieser Phase Hilfe, Anlässe für emotionale Krisen zu erkennen und Krisen in den zwischenmenschlichen Beziehungen selbstständig zu lösen. Auch die Arbeit an einem angemessenen und positiven Selbstbild steht im Fokus. Spätestens in dieser Phase sollten sich die Betroffenen von institutioneller Hilfe lösen. Der sorgsame Umgang mit Zeit bedeutet nämlich auch, dass die einzelnen Hilfen auch abgeschlossen werden müssen.

Durch das Erkennen der emotionalen Instabilität als Basisphänomen der Borderline-Störung, die Notwendigkeit einer spezifischen Beziehungsklärung im Sinne eines Verhandlungsmodell, die spezifische Förderung der Fertigkeiten zur Stresstoleranz und dem Umgang mit Emotionen und die sorgsame Verteilung der Verantwortung im Rahmen der Hilfe ist es gelungen, die Beziehung zu Borderline-Kranken erheblich zu verbessern, wirksam zu helfen und den Betroffenen einen Zugang zu ihren Ressourcen zu ermöglichen. Das hat unter anderem auch dazu beigetragen, dass die Borderline-Störung den Schrecken für die professionellen Helfer/innen verloren hat. In der Vergangenheit hat der Umgang mit dem Borderline-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Kranken vielen Helfer/innen ermöglicht, ihre persönliche und berufliche Entwicklung zu erweitern und zu bereichern. Gerade aber bei der Etablierung spezifischer Hilfen, der Koordination von Hilfen und der Unterstützung der Helfer/innen ist noch viel zu tun, um die Integration von Borderline-Kranken zu verbessern.

5. Depression bei jungen Menschen

Autorin: Julia Ebhardt
Disskussionsforum Depression e. V. unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Projekt: FIDEO

Flo (17) kann sich zu nichts mehr aufraffen, zieht sich von Schule und Freund/innen zurück und fühlt sich innerlich leer. Oft ist er müde und kommt morgens nur schwer aus dem Bett. Selbst Fußballspielen, seine große Leidenschaft, bereitet ihm keine Freude mehr. Flo fühlt sich wertlos und meint, er sei für seine Eltern und seine Freundin eine Last. Manchmal möchte er nicht mehr leben. Er ist nicht einfach nur traurig

So wie Flo hat wohl jeder junge Mensch einmal Stimmungsschwankungen oder kann sich für nichts begeistern. Häufiger als man vielleicht im ersten Moment denkt, können hinter diesen Anzeichen aber auch ernste psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel eine Depression, stecken. Leichte depressive Verstimmungen bis hin zu schweren depressiven Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, unter denen Jugendliche leiden können. Mädchen sind doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Aktuell leiden 3-10 % aller Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren unter einer Depression. Insgesamt erkranken 5,3 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland im Laufe eines Jahres an Depression. Wird eine Depression erkannt, kann sie jedoch gut behandelt werden.

Woran erkennt man eine Depression?
Von einer depressiven Episode spricht man, wenn die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten. Es gibt Betroffene, die nur einmal, im Verlauf des Lebens an einer Depression erkranken – andere wiederum mehrfach. Typische Symptome einer depressiven Episode sind zunächst der Verlust von Interesse und Freude, eine gedrückte Stimmung und ein verminderter Antrieb. Die Betroffenen können sich also tatsächlich nur schwer zu etwas aufraffen, empfinden keine Freude an den Dingen, die ihnen früher Spaß gemacht haben. Häufig kommen noch weitere Beschwerden hinzu. Jugendliche haben ein vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, entwickeln starke Schuldgefühle und schauen pessimistisch in die Zukunft. Viele Betroffene beschreiben auch, dass sie nur schwer einschlafen und durchschlafen oder sehr früh erwachen. Der Schlaf ist also insgesamt nicht mehr erholsam und verstärkt das Gefühl der Erschöpfung und Kraftlosigkeit. Meist kommen dann noch Konzentrationsschwierigkeiten hinzu. Auch körperliche Beschwerden, wie Kopf- und Rückenschmer-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

zen ohne organische Ursache können auf eine depressive Erkrankung hindeuten. Da alle Krankheitszeichen der Depression zusammengenommen sehr belastend sind und die Lebensqualität damit deutlich reduziert wird, können Suizidgedanken und -handlungen hinzukommen.

Gerade bei jungen Menschen tritt die Depression oft auch mit anderen psychischen Erkrankungen gemeinsam auf. So können z.B. auch neben Suchterkrankungen, Essstörungen oder verschiedenen Ängsten zusätzlich depressive Symptome auftreten. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Jugendliche oder junge Erwachsene in professionelle Hilfe kommen, damit eine genaue Diagnostik und dann die erforderliche Behandlung erfolgen können.

Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten

Wie bei vielen Erkrankungen hat auch die Depression nicht nur die eine Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren und Lebensumständen zur Erkrankung. Psychosoziale und biologische bzw. genetische Faktoren spielen bei der Krankheitsentstehung eine Rolle. So haben z.B. Kinder, deren Eltern an Depression leiden, ein dreimal höheres Risiko, depressiv zu erkranken. Hier besteht demnach eine genetische Veranlagung. Es gibt depressive Episoden, die ohne erkennbaren äußeren Anlass auftreten, aber auch solche mit einem Auslöser. Solche Auslöser einer Depression können kritische Lebensereignisse sein, z.B. die Scheidung der Eltern oder Liebeskummer, Misserfolge in der Schule oder auf dem Weg ins Berufsleben und Mobbing. Daneben spielen neurobiologische Faktoren (z.B. Veränderung der Stresshormonproduktion) eine Rolle. Wie für Erwachsene gilt auch für Jugendliche beim Auftreten einer Depression: Immer sind mehrere Faktoren zusammengekommen, die für diesen Menschen, mit seiner individuellen, emotionalen Verwundbarkeit sprichwörtlich "das Fass zum Überlaufen" brachten.
Die Behandlung umfasst neben der Aufklärung des/der Jugendlichen über die Depression meist eine Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie und möglicherweise Interventionen in der Familie. Je nach Schweregrad der Depression erfolgt die Behandlung ambulant oder stationär.

Wie kann man helfen?

Viele junge Menschen scheuen sich, bei anhaltend depressiver Stimmung professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und ziehen sich zurück. Wird eine Depression jedoch früh erkannt und behandelt, kann oft ein chronischer Verlauf verhindert werden. Eine Depression früh zu erkennen ist wichtig, um das akute Leid der Jugendlichen zu lindern. Depressive Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko, auch als Erwachsene an einer Depression oder einer anderen psychischen Krankheit zu erkranken und in soziale und berufliche Anpassungsprobleme zu geraten. Daher ist es wichtig, dass die Depression möglichst früh erkannt und behandelt wird – auch weil depressive Kinder ein dreifach erhöhtes Risiko gegenüber gesunden Kindern haben, irgendwann einmal einen Selbsttötungsversuch zu unternehmen. Eine Früherkennung kann folglich Leben retten!
Wenn sich bei einem Schüler oder bei einer Schülerin über mehrere Wochen und Monate Symptome zeigen, dann handelt es sich nicht mehr um "normale" alterstypische Veränderungen oder eine nachvollziehbare vorübergehende Reaktion auf eine äußere Belastung, sondern möglicherweise um eine Depression. Bei leichten depressiven Episoden können

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Betroffene unter Schwierigkeiten normale schulische und soziale Aktivitäten fortsetzen. Mittelgradige oder schwere depressive Episoden führen aber zu erheblichen Schwierigkeiten bei sozialen und schulischen Aufgaben. Hier ist es umso bedeutsamer, mit dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ein vertrauensvolles und ruhiges Gespräch zu suchen.

Hinweise zum Gespräch

- Zunächst Überblick über die Situation verschaffen und das Thema behutsam ansprechen
- Äußern, dass man Veränderungen wahrgenommen hat: „Mir ist in den letzten Wochen aufgefallen, dass Du… . Wie siehst Du das?“
- Nachfragen, ob die Problematik nur in der Ausbildung bzw. auf den schulischen Bereich begrenzt ist. "Gibt es auch anderswo Schwierigkeiten?"
- Wie ist der Kontakt zu Freunden?: "Triffst Du Dich mit Freunden?"
- Gibt es noch Interessen und Momente der Freude?: "Gehst Du Deinen Hobbys nach?"
- Ansprechpersonen? "Mit wem kannst Du Dich unterhalten, wenn Du Sorgen hast?"
- Kann der/die Jugendliche sich selbständig Hilfe suchen?: "Hast Du Dir schon Hilfe geholt?"
- Vorschlagen, sich alleine oder mit Unterstützung der Familie an eine Beratungsstelle zu wenden
- Betonen, dass es wichtig ist, sich Hilfe zu holen und dass es in der Regel gute Behandlungsmöglichkeiten gibt
- Bei Bedarf weiter Unterstützung und Informationen anbieten

Manchmal müssen Sozialarbeiter, Lehrer oder Freunde auch mehrfach nachfragen, bis sich eine betroffene Person öffnet und Unterstützung annehmen möchte. Wenn man also im Gespräch den Eindruck gewinnt, dass es dem jungen Menschen nicht gut geht und depressive Symptome vorliegen, ist es notwendig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier kommt Sozialarbeiter/innen und –pädagog/innen, die in Kontakt mit den Jugendlichen sind, eine sehr bedeutsame Rolle zu, dass sie als Mittler/innen zwischen möglicherweise erkrankten Jugendlichen und Hausärzt/innen, Fachärzt/innen und/oder Psychotherapeut/innen fungieren, wo dann eine genaue Diagnostik und auch der Ausschluss körperlicher Erkrankungen erfolgen.

Suizidgedanken

Depression geht häufig mit Suizidalität (Suizid = lat. Selbsttötung) einher. Ab dem Alter von 15 Jahren nimmt die Suizidrate kontinuierlich zu. Die Selbsttötung gehört zu den häufigsten Todesursachen im Jugendalter. Insgesamt bestehen bei Depression ein 7-20fach erhöhtes Risiko eines Suizides und ein 12-15fach erhöhtes Risiko eines Suizidversuches. Mädchen unternehmen im Vergleich zu Jungen doppelt so häufig einen Suizidversuch. Hingegen versterben Jungen dreimal so häufig durch Suizid, was auch auf die Wahl tödlicherer Methoden zurückzuführen ist. Ein erhöhtes Risiko besteht auch dann, wenn Suizide oder Suizidversuche in der Familie oder im Freundeskreis bereits vorgekommen sind (Modellcharakter) und bei Jugendlichen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

Suizidgedanken sollten immer ernst genommen werden. Wichtig dabei ist, mit dem jungen Menschen ins Gespräch zu kommen, Hilfe anzubieten oder Anlaufstellen zu kennen, wo professionelle Hilfe angeboten wird. Bei anhaltender unberechenbarer Stimmung, Äußerung eines Planes zur Selbsttötung oder wenn die Eltern keinen Zugang mehr zu Ihrem Kind finden können, sollte umgehend eine Praxis oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kontaktiert und sofort ein Termin wahrgenommen werden. Im Fall von konkreter Suizidankündigung ist es wichtig, den Rettungsdienst unter 112 oder die Polizei unter 110 zu benachrichtigen oder sofort gemeinsam die nächstgelegene Klinik aufzusuchen.

Weitere Informationen und Hilfsangebote:

FIDEO: Informationsangebot mit integriertem Diskussionsforum für junge Menschen ab 14 Jahren zum Thema Depression.
www.fideo.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe: Neben Forschungsaktivitäten bietet die Stiftung Betroffenen und Angehörigen unter ihrem Dach vielfältige Informations- und Hilfsangebote wie das Diskussionsforum Depression und das deutschlandweite Info-Telefon Depression.
www.deutsche-depressionshilfe.de

Nummer gegen Kummer: Telefonische Beratung und Beratung per E-Mail für Kinder und Jugendliche von professionellen Berater/innen oder von Jugendlichen für andere Jugendliche. Außerdem telefonische Beratung für Eltern.
www.nummergegenkummer.de

U25: Informationen und Online-Beratung für junge Menschen unter 25 Jahren in Krisen und bei Suizidgefahr. Kostenlose und anonyme E-Mail-Beratung durch ehrenamtliche Peer-Berater/innen, die von Fachkräften unterstützt werden.
www.u25-deutschland.de

Jugendnotmail: Vertrauliche und kostenlose Online-Beratung durch Fachkräfte
hwww.jugendnotmail.de

Freunde fürs Leben: Informationen über Depression und Suizid bei jungen Menschen und jungen Erwachsenen des Vereins Freunde fürs Leben.
www.frnd.de

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

BEST PRACTICE

6. „Zur Veränderlichkeit braucht man Zeit." – Wie junge Frauen mit psychischen Erkrankungen durch die fachpraktische Arbeit in der Jugendwerkstatt Roter Faden gestärkt werden

Autorin: Kerstin Klein, Jugendwerkstatt Roter Faden, Ronnenberg

„Die psychiatrischen Erkrankungen und ihre für den Unerfahrenen erschreckenden (…) Symptome sind zugegebenermaßen sehr gewöhnungsbedürftig. Befasst man sich jedoch länger mit diesen Erkrankungen, erlebt man mehr und mehr, dass bei diesen „eigenartigen" Reaktions- und Verhaltensweisen (…) eigentlich immer wieder ganz „normale" Verhaltensanteile anzutreffen sind, trotz aller Ungewöhnlichkeit der Handlungs- und Reaktionsweisen. Und was ist eigentlich „normal"? Wer soll, wer kann das entscheiden? Was in der einen Kultur als völlig „normal" gilt, sogar besondere Anerkennung erlangt, gilt in einer anderen als völlig „unnormal", als „krank" als „geisteskrank". Dies sollte eine Herausforderung an uns sein, einmal zu überlegen, ob unsere eigenen Maßstäbe über „normal" oder „nicht normal" die einzigen sind, die angelegt werden sollten."[1]

Mit den hier von Frau Dr. Zistl beschrieben „gewöhnungsbedürftigen Symptomen" bei der Teilnehmendengruppe werden die Mitarbeiter/innen in Jugendwerkstätten immer häufiger konfrontiert. Dies bringt neue Herausforderungen für die pädagogische und fachpraktische Arbeit in Jugendwerkstätten mit sich, die nicht nur durch ein breiteres Fortbildungsangebot, sondern auch regelmäßiger Teamsupervisionen bedürfen. Dass die Arbeit mit psychisch belasteten jungen Menschen jedoch nicht nur herausfordernd, sondern auch bereichernd sein kann, zeigt das folgende Beispiel einer Teilnehmerin:

Frau E. begann im März 2017 in unsere Jugendwerkstatt mit dem Ziel der Stabilisierung hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit. Ein besonderer Handlungsbedarf wurde im ersten Gespräch mit der Fallmanagerin für folgende Bereiche benannt:

- Soziale Ängste,
- Konfliktfähigkeit,
- Kommunikationsfähigkeit.

Die ersten Monate der Teilnahme waren dadurch geprägt, dass Frau E. aufgrund ihrer psychischen Erkrankung regelmäßig vor Arbeitsbeginn in der Jugendwerkstatt anrief, um sich zu vergewissern, dass sie alles richtig gemacht hatte und um mitzuteilen, dass sie sich auf dem Arbeitsweg befinden würde. Sehr häufig verspätete sie sich.

Während des Arbeitstages benötigte sie 3-4 Einzelgespräche mit der Sozialarbeiterin, um ihre Ängste und Gedanken zu thematisieren. „Können wir bitte reden". Neben ihren Ängsten und den Konflikten zwischen den Eltern belastete sie auch ihre starke Körperbehaarung, die

[1] Zistl 2004: S.20

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

begleitend hormonell behandelt wurde. Zudem litt sie unter ihrem Übergewicht. Dieses hatte sich im Laufe der Behandlungen mit diversen angstlösenden Medikamenten immer mehr gesteigert. Frau E. empfand es als sehr entlastend, dass die Gruppe ausschließlich aus Frauen bestand. Sie sagte, dass sie sich in einer gemischtgeschlechtlichen Teilnehmendengruppe sicher sehr unwohl gefühlt hätte. „(…)ja ich weiß nicht aber… (*Redepause*) dann hätten die Männer immer so geguckt und so (…) und ich wäre dann einfach nicht mehr in die Jugendwerkstatt gegangen."
Frau E. konnte darüber hinaus von der Durchführung ernährungsbezogener Projekte profitieren. Hierzu setzten sich die Teilnehmerinnen mit ihrem Ernährungsverhalten auseinander und stellten anhand von Plakaten vermeintlich gesunde Lebensmittel ihres täglichen Bedarfs dar. Dies förderte nicht nur bei Frau E. das Bewusstsein für ein gesünderes Essverhalten. „Dann kann ich ja jetzt ähm… (*Redepause*) abnehmen und so."

Innerhalb der Lerngruppe kam es jedoch aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten von Frau E. überproportional häufig zum Streit, der regelmäßig durch die Sozialarbeiterinnen geschlichtet werden musste. So fühlte sich Frau E. beispielsweise häufig bereits durch das „Gucken" der anderen Teilnehmerinnen persönlich angegriffen und wurde dann in ihren Äußerungen schnell laut und aggressiv. „(…) ja und wie würdest Du dich denn fühlen, wenn ich dich immer so angucke. Das nervt mich voll (…)." Die Sozialpädagogin vereinbarte daraufhin mit ihr, dass sie bereits bei den ersten Anzeichen von innerer Unruhe den Raum verlassen und einmal um den Block gehen sollte, um Abstand zur Situation zu gewinnen und um ihre Gefühle wieder für sich in Ruhe ordnen zu können. Frau E. gelang es nach einigen „Spaziergängen" und anschließenden Reflexionsgesprächen immer schneller die innere Unruhe zu bändigen, bevor sie ausfallend wurde und konnte so immer länger im Raum bleiben.

Durch die engmaschige Betreuung durch die Jugendwerkstatt Roter Faden und Unterstützung durch einen Psychologen, den Frau E. regelmäßig konsultierte, konnte nach einem ¾ Jahr eine deutliche positive Verhaltensänderung beobachtet werden. Dies hatte u.a. zur Folge, dass Frau E sich traute, ein Praktikum in dem Betrieb einer ehemaligen Kollegin zu absolvieren. Dieses Praktikum wurde erfolgreich abgeschlossen und Frau E. ist mit hoher Motivation zurück in die Jugendwerkstatt gekommen. Durch diesen Erfolg ermutigt, suchte sich Frau E. selbständig ein zweiwöchiges Vollzeitpraktikum im Einzelhandel. Das Praktikum, in einem Drogeriemarkt, wurde jedoch bereits am ersten Tag durch

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Frau E. abgebrochen. Nach ihren Angaben wäre sie mit einem Arbeitsauftrag und durch eine strengere Arbeitsanweisung ihrer Anleiterin überfordert gewesen. Frau E. reagierte nach eigenen Angaben sehr unangemessen emotional, was auch die Anleiterin in einem Telefonat bestätigte. „(…) ja ich weiß, ich bin dann voll schnell …(*Redepause*) so in mir...ja ich war dann voll sauer und ich hab ihr das auch gesagt.“ Frau E. erkannte, dass sie in ihrer Entwicklung noch nicht so weit war, wie sie es sich gewünscht hätte. Dies motivierte sie jedoch, sich weiter in der Jugendwerkstatt mit ihrem Verhalten auseinander zu setzen. Dies schien bei ihr eine Erleichterung hervorzurufen, die sich sehr positiv auf ihr Arbeitsverhalten und ihre Mitarbeit im Fachbereich „Women@Work“ auswirkte. So zeigte sie sich sehr engagiert bei der Umgestaltung der Werkstatt und traute sich an Aufgaben heran, die sie noch zu Beginn der Teilnahme für sich, aus Angst etwas falsch zu machen, ausgeschlossen hatte. Insbesondere durch das praktische Tun, bei dem ihre Arbeit „sichtbar“ wurde, konnte Frau E. Selbstwirksamkeit erfahren. Die Anerkennung der Fachanleiterinnen und Kundinnen und Kunden unseres DiakonieLädchen kids waren hierbei die maßgeblichen „Antreiber“ für die Steigerung ihrer Selbstsicherheit.

Im allgemeinbildenden Unterricht war schließlich Stück für Stück eine Verbesserung ihrer Sprach- und Lesekompetenz zu verzeichnen. Gerade im Hinblick auf ihr Sozialverhalten zeigten sich erhebliche Verbesserungen im Vergleich zum Beginn der Teilnahme. Frau E. hatte nun eine bessere Anbindung an die Gruppe und es fiel ihr leichter, mit anderen Teilnehmerinnen zusammenzuarbeiten. Auch reagierte sie nun seltener übermäßig emotional bei Konfliktsituationen innerhalb der Teilnehmer/innengruppe.

Zum Ende der Teilnahme zeichnete sich Frau E. dadurch aus, dass sie konstruktive Kritik annehmen und auch in für sie belastenden Situationen ruhig bleiben konnte. In kontinuierlichen, kleinen Schritten gelang es ihr, an Sicherheit zu gewinnen, ihr Sozialverhalten angemessen zu verändern und ihre Ängste zu kanalisieren.

Um die erzielten Erfolge im Arbeitskontext zu erproben, nahmen wir Kontakt mit dem Verein „Neue Arbeit“ im Stadtteil Mühlenberg auf. Der Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, arbeitslose Menschen zu begleiten und zu qualifizieren, sodass sich ihre Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt deutlich verbessern. Die Neue Arbeit e.V. befindet sich lediglich zwei Bushaltestellen von der Jugendwerkstatt Roter Faden entfernt, sodass die geringe Entfernung Frau E. Sicherheit gab und sie ein Praktikum als Malerin begann. Zunächst wurden kurze Probetage vereinbart, die wir mit Frau E. im Anschluss in unserer Einrichtung reflektierten. Zusätzlich fanden auch Telefonate und Gespräche in der Neuen Arbeit statt.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Im darauf folgenden Jahr konnte Frau E. schließlich mit einer Einstiegsqualifizierung in einem Malerbetrieb in der Innenstadt beginnen. Sie stand zunächst weiterhin im engen, fast wöchentlichen Kontakt mit uns, was für ihr Sicherheitsbedürfnis weiterhin wichtig war und einen gelingenden, nachhaltigen Ablöseprozess förderte. Inzwischen telefonieren wir nur noch gelegentlich miteinander, was für Frau E. einen großen Entwicklungsschritt darstellt.
Als Ergebnis können wir festhalten, dass aus der intensiven Zusammenarbeit mit Frau E. etwas Positives hervorgegangen ist – auf das Frau E. und wir auch in Zukunft sehr gern zurückblicken werden.

Literatur

Zistl 2004: Einführung in die Psychiatrie. Ein Leitfaden für pflegendes, therapierendes und betreuendes Fachpersonal. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

7. Was geht? Psychische beeinträchtigte junge Menschen in der Pro-Aktiv-Center - Arbeit

Autor: Michael Cramer
Pro-Aktiv-Center Caritasverband Braunschweig e. V.

Mein Name ist Michael Cramer, ich bin Diplom Psychologe und begann vor fast 30 Jahren meine Arbeit in der Jugendsozialarbeit/Jugendberufshilfe. Damals hatte man für meine Stelle auf die Vorteile multiprofessioneller Teams gesetzt und Psychologen gesucht. Als solcher blieb ich jedoch in diesem Bereich eine Ausnahme, obwohl das Thema Umgang mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen im Kontext der Zielsetzung Integration in Beruf und Gesellschaft von Anfang an von hoher Bedeutung war. Immer wieder Gegenstand von Expertengesprächen, Fachtagungen und Fortbildungsangeboten, schien es dazu immer mehr Fragen als gute Antworten zu geben. Ich werde nun in aller Kürze meine Erfahrungen zusammenfassen.

Welche diagnostizierten und (noch) nicht diagnostizierten Störungen kommen in der Praxis vor?

- Angststörungen (insbesondere Generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und Agoraphobie, Soziale Phobien)
- Akute und posttraumatische Belastungsstörungen und Krisen (z. B. bei Gewalt- und Missbrauchserlebnissen)
- Depressionen und Anpassungsstörungen
- Selbst- und Fremdgefährdung (Autoaggression, Suizidalität, mangelnde Impulskontrolle)
- Borderlinesyndrom
- Psychosomatische / somatoforme und Schlafstörungen
- Suchtprobleme / Selbstmedikamentierung (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Cannabisabhängigkeit, Abhängigkeit von synthetischen Drogen, Kokain und Opiaten)

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

- ADS / ADHS
- Essstörungen
- Störung des Sozialverhaltens / Mutismus
- Autismus-Spektrum-Störungen (Atypischer Autismus, Asperger Syndrom)
- Psychosen (z. B. Paranoide Schizophrenie)

(Mehrfachproblematiken sind die Regel)

Eine Diagnose ist wichtig für die Einordnung z. B. hinsichtlich des Krankheitswertes, der Erwerbsfähigkeit, der Wahl geeigneter Behandlungsschritte (Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen, Kliniken) und möglicher Kostenträger. Sie ist jedoch nicht das A und O gemäß der alten Weisheit „Gefahr erkannt — Gefahr gebannt". Das heißt mit dem Erkennen oder der Diagnose werden nicht automatisch die weiteren Schritte zu einer geeigneten Behandlung angebahnt. Daher ist in der Praxis viel häufiger die Frage „Was geht und was geht nicht" entscheidend, zumal sich der Zugang zum medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem als keineswegs niedrigschwellig und zielgruppenadäquat darstellt. Hierfür sind eine hohe Frustrationstoleranz und ein „langer Atem" erforderlich, welcher bei den jungen Menschen, die sich an das PACE wenden, meist nicht vorhanden ist.

Diesbezüglich bilden in der PACE-Arbeit Prävention, Schaffung von Zugängen, Überbrückung von Wartezeiten und Begleitung zu den Hilfeangeboten einen Schwerpunkt. Noch wichtiger ist es, einen stabilen Kontakt, eine Vertrauensbasis und eine Motivation zur Bewältigung der Probleme herzustellen. In vielen Fällen ist den Rat- und Hilfesuchenden, aber auch den mit ihnen befassten Institutionen, mangels Krankheitseinsicht nicht bewusst, dass es sich um eine psychische Erkrankung handelt. Andere hingegen haben Angst vor Stigmatisierung oder bereits negative Erfahrungen im medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem gemacht und möchten diese nicht wiederholen. Hier ist ein verständnisvolles darauf Eingehen und sachgerechte Information von Seiten der PACE-Beratung gefragt. Oft haben die Erwartungen hinsichtlich einer Therapie oder psychiatrischen Behandlung wenig mit der Realität zu tun.

Mögliche Elemente der PACE-Arbeit bei psychischer Beeinträchtigung:

- Anamnese / Screening / Problemanalyse
- Erkennen verdeckter psychischer Problematiken
- Prävention
- Vorbereitung auf und Hinführung zu ambulanten und stationären Therapieangeboten
- (Kollegiale) Fallsupervision
- Psychosoziale Beratung
- Psychoedukation
- Informationen zu Auswirkungen des Konsums von Alkohol, Medikamenten und illegaler Substanzen
- Netzwerkarbeit (Kliniken, Therapeuten, Suchtberatungsstellen, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendamt und andere Facheinrichtungen)
- Stellungnahmen z. B. für ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur, Gesundheitsamt etc.
- Aufsuchen, wenn der Kontakt abreißt

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION

EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Trotz der mit psychischen Problemen einhergehenden Einschränkungen formulieren die meisten betreuten jungen Menschen selbst, eine Arbeit oder Ausbildung aufnehmen zu wollen. Für sie steht der Wunsch dahinter, etwas Sinnvolles zu tun zu haben, eine Tagesstruktur zu bekommen, Geld zu verdienen und ein „ganz normales Leben“ führen zu können. Immer sollte bei diesem Thema das persönliche Wohlergehen der Betroffenen im Vordergrund stehen. Es gilt abzuwägen, ob eine Basis geschaffen werden kann, auf der die von den Betroffenen selbst gesetzten beruflichen Ziele ggf. kleinschrittig umgesetzt werden können und können diese als persönlichkeitsstabilisierendes Element dienen, ohne durch Überforderung und Misserfolgserlebnisse die psychische Problematik zu verstärken.

Ein Fallbeispiel soll aufzeigen, dass es durchaus möglich ist, im Kontext der PACE-Arbeit geeignete Hilfestellung zu geben:
Patrick ist 23 Jahre alt und bereits zwei Jahre arbeitslos, als er zu mir zum ersten Beratungsgespräch in das Pro-Aktiv-Center kommt. Aufgewachsen ist er in einem kleinen Ort, etwa 20 Kilometer von Braunschweig entfernt. Seine Kindheit und Jugend beschreibt er als relativ unbeschwert, bis er nach der Pubertät stark an Körpergewicht zunimmt und anfängt bei jeder Gelegenheit extrem zu schwitzen. Dies belastet ihn stark, vor allem im Kontakt zu anderen Menschen.
Die Haupt- und Berufsschule schließt er, wenn auch mit mäßigem Erfolg, ab. Nach einer berufsvorbereitenden Maßnahme und einem längeren Praktikum, erhält Patrick schließlich die Chance eine Ausbildung zum Landschaftsgärtner in einem Gartenbaubetrieb zu absolvieren. Der Beruf macht ihm eigentlich Spaß. Die schwere körperliche Arbeit verstärkt jedoch sein Problem mit dem Schwitzen und er kann es auch nicht mehr verbergen. Er beginnt Ängste zu entwickeln, greift zu Alkohol und Cannabis, um diese zu bekämpfen. Seine Ausbildung kann er zwar noch abschließen und für eine kurze Zeit arbeitet er im Betrieb weiter, bleibt dann aber von einem Tag zum anderen der Arbeit fern und verliert den Job.
Patrick verbringt sein weiteres Leben in einer kleinen Wohnung in einem problematischen Umfeld, mit Leuten, die mit ihm zusammen trinken und Drogen konsumieren aber nicht seine Freunde sind, wie er selbst erkennt. Von seinen alten Freunden und seinen Verwandten hat er sich längst zurückgezogen und sein Tagesrhythmus hat sich verschoben. Er steht erst gegen Nachmittag auf und kann nachts nicht schlafen.
In ersten Gesprächen erörtern wir seine Probleme und erarbeiten Strategien, wie diese in einzelnen Schritten zu lösen sind. Zunächst steht die Lösung der gesundheitlichen, psychischen und Suchtprobleme im Vordergrund, die alle eng im Zusammenhang zu sehen sind und einer persönlichen Stabilisierung sowie einer beruflichen Perspektive entgegenstehen.
Zu Terminen bei Ärzten lässt sich Patrick bewegen, bekommt unter anderem Medikamente gegen die Ängste und das Schwitzen, leider mit starken Nebenwirkungen und ohne den gewünschten Erfolg. Den Besuch einer Suchtberatungsstelle schiebt er jedoch immer wieder auf. Gerade wenn es mit den vereinbarten Schritten nicht geklappt hat, klappt es auch nicht gut mit unseren vereinbarten Beratungsterminen. Er bleibt fern, meidet die Konfrontation mit seinen Versäumnissen. Mehrfache telefonische Kontaktaufnahmen und Hausbesuche führen jedoch zur Fortsetzung der Zusammenarbeit. Er ist bereit ein Suchttagebuch zu führen, um einen Überblick bezüglich seines Konsums zu bekommen, schafft es damit auch diesen deutlich zu reduzieren.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Patricks Bewerbungsbemühungen bei verschiedenen Firmen bleiben ohne Erfolg. Zum Teil bekommt er auch keinerlei Rückmeldung, was ihn immer sehr deprimiert. Er neigt dazu wieder in seine alte Lethargie zurückzufallen. In unseren Gesprächen gelingt es, den Frust und die Ängste abzubauen. Eine wichtige Rolle spielt hierbei auch die Frage: Wie kann ich es schaffen meine Ressourcen zu reaktivieren?
Ich kann Patrick motivieren, noch einmal zu seinem früheren Ausbildungsbetrieb Kontakt aufzunehmen. Da er aber den Zeitpunkt immer wieder hinausschiebt, muss ich harte Überzeugungsarbeit leisten, damit er direkt in meinem Büro zum Telefonhörer greift. Tatsächlich bekommt er einen Termin beim Chef. Im ersten Moment freut sich Patrick, bekommt dann aber Angst vor den zu erwartenden unangenehmen Fragen. In Gesprächen und einem Rollenspiel gehen wir die Situation durch und Patrick gewinnt an Sicherheit. Beim konkreten Termin läuft es gut, er wird freundlich empfangen, er stellt sich den Fragen und bekommt das Angebot direkt wieder einzusteigen.

Fazit
Hier ist es gelungen, im Rahmen der PACE-Arbeit ein passendes Hilfeangebot zu unterbreiten, bevor der junge Mann endgültig im Chaos seiner multiplen Problemlagen untergegangen wäre. In anderen Fällen, in denen sich bereits psychische oder Suchterkrankungen stärker manifestiert haben, ist eine passende Intervention schwieriger, wenn auch bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung unumgänglich. Lange Wartezeiten bei Fachärzt/innen, Therapeut/innen und Kliniken sind hier leider immer noch ein großes Problem, zielgruppengerechte (Therapie-) Angebote bislang noch die Ausnahme.
Eines möchte ich jedoch klarstellen, obwohl sich in meinem Fallbeispiel durchaus therapeutische Ansätze entdecken lassen, kann und sollte das Beratungsangebot in den Jugendberufshilfeeinrichtungen kein Experimentierfeld therapieaffiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch kein Ersatz für eine Psychotherapie sein. Eine wirksame Psychotherapie setzt immer die bewusste Entscheidung und den Willen des/der Betroffenen dazu voraus.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

8. MOTOR – Motivation, Orientierung, Tagesstruktur, Organisation realisieren

Autorin: Denise Boguth
Juniver Hannover

juniver
Jugendberufshilfe Diakonie Hannover
Junge Arbeit. Neue Perspektiven.

Was ist MOTOR?
Juniver bietet im Rahmen der Jugendwerkstätten ein Projekt mit niedrigschwelligen Angeboten im Vorfeld von Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung für erwerbsfähige Teilnehmende mit vielfältigen und schwerwiegenden Hemmnissen (multiple Problemlagen), die deshalb für eine erfolgreiche Qualifizierung noch nicht in Betracht kommen.

Dabei ist MOTOR nicht nur ein gewähltes Akronym, sondern beschreibt die grundlegenden Kernelemente in der pädagogischen Auseinandersetzung mit den Themen unserer Teilnehmer/innen: Eine individuell bestehende Antriebsstörung der Teilnehmenden, eine ebenso individuell bestehende Handlungsbereitschaft und damit einhergehend die jeweilige, individuelle Motivation zur Veränderung.

Die Ausgangslage
Die Zielgruppe des Projektes MOTOR stellen Jugendliche/ junge Erwachsene dar, die bereits vorhandene Angebote nicht (mehr) wahrnehmen können oder welche für sie nicht (mehr) leistbar sind. Neben diesen Kriterien stehen überwiegend Hemmnisse, beispielsweise gesundheitlicher (häufig psychischer/psychiatrischer) Natur sowie Unterstützungsbedarf zu Motivation, Tagesstruktur und sozialen Kompetenzen im Fokus. Aufgrund der unterschiedlichen Lernvoraussetzungen sowie der verschiedenen sozialen Hintergründe, Leistungskapazitäten, Vorerfahrungen und individuellen Interessen und Bedarfe, bilden die Teilnehmenden dabei eine heterogene Gruppe.

Unser Ziel ist im Kern, die Teilnehmer/innen zu motivieren, geeignete Angebote zur gesundheitlichen Stabilisierung (psychosozial/psychologisch) sowie zur beruflichen Qualifizierung für sich nutzbar zu machen und dabei eine (Wieder)Herstellung der Tagesstruktur zu erreichen.

Unterstützt wird das pädagogische Team dabei von einer Psychologin, welche neben einem festen, wöchentlichen Angebotstag auch weitere Zeitstunden zur individuellen Beratung oder zur Intervention in Krisensituationen vorhält und sich als wesentlicher Bestandteil des Angebotes herausstellt – nicht nur für die Teilnehmer/innen, sondern auch im kollegialen Austausch.

Der Verlauf
Insgesamt erweist sich die Klärung persönlicher Angelegenheiten und Schwierigkeiten als Grundvoraussetzung, damit sich die Teilnehmenden wieder mit schulischen und/oder beruflich qualifizierenden Angeboten auseinandersetzen können. Nur beispielhaft seien hier ne-

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION
EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

ben den offensichtlichen Biographiebrüchen (bestenfalls bereits diagnostizierte) psychische Erkrankungen, allgemeine gesundheitliche Problemlagen, mangelndes Selbstwertgefühl, gestörtes Ess-/Bewegungsverhalten oder ein defizitärer Umgang mit Geld zu benennen.

Im Rahmen unserer Förderplanung klären wir die biographischen Verläufe und bringen damit die individuellen sozialpädagogischen und psychosozialen Betreuungsanforderungen der Teilnehmer/innen in Erfahrung. Auch die Motivationslage sowie der Veränderungswille werden an dieser Stelle erfragt. Gemeinsam mit den Teilnehmer/innen legen wir kleinteilig die jeweiligen Ziele und damit nächsten Schritte unserer Zusammenarbeit fest. Diese werden fortlaufend überprüft, angepasst, gegebenenfalls neu formuliert oder ergänzt. Auf dieser Grundlage lassen sich die Teilnehmer/innen individuell begleiten und fördern.

Berufliche Orientierung

Bedingt durch die Vielzahl der bereits benannten Problemlagen werden nicht alle Teilnehmer/innen in der Lage sein, sich im Rahmen des Projektes diesem Thema widmen zu können. Dennoch setzen sich die Teilnehmer/innen, neben dem im Regelfall zunächst wesentlicheren Aspekt der Klärung individueller Problemlagen, intensiv mit ihrem Profil beruflicher Neigungen und ihren bewerbungsrelevanten Stärken und Potenzialen auseinander.
Über Hospitationen in den bei *juniver* bestehenden Qualifikationsbereichen, im Rahmen des Projekt-Angebots oder gar in betrieblichen Praktika, können die Teilnehmer/innen sich im geschützten Rahmen erproben, ihre gewählten Tätigkeiten mit ihren Neigungen und Interessen abgleichen sowie zugleich ihre Belastbarkeit testen.
Die Erfahrung zeigt allerdings, dass dies eben nur gelingt, wenn die Teilnehmer/innen „den Kopf frei haben“ und gefestigt sind. Häufig bringen schon kleine Misserfolge im privaten Leben Vorhaben wieder zu Fall und entsprechend muss wieder „Aufbauarbeit“ geleistet werden. Im Regelfall lässt sich so jedoch, für einen großen Teil der Teilnehmer/innen, ein zumindest kleinschrittiges Vorankommen attestieren und so kann auch vermittelt werden, dass ein „Scheitern“ nicht das Aufgeben bedeuten sollte.

Ein Fazit

Mit den eingangs beschriebenen Schlagworten *Antriebsstörung*, *Handlungsbereitschaft* und *Motivation*, lassen sich wesentliche Aspekte und das Prinzip von MOTOR recht passgenau beschreiben. Hintergründe werden eruiert, Möglichkeiten der Lösung von Problemlagen werden geplant und durch die gemeinsame Umsetzung wird Motivation geschaffen, sich mit sich selbst und dem persönlichen Fortkommen auseinanderzusetzen.
Unser Angebot bildet einen, nicht unwesentlichen, Baustein zur Festigung und zur Willensbildung im persönlichen Alltag. Darüber hinaus gehende Ziele, Wünsche und Vorstellungen und deren Umsetzung sind dann der nächste Schritt im Leben unserer jungen Teilnehmer/innen. Zu diesem Zweck können sie im Rahmen des Projektes erworbene Kenntnisse über persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten aber auch gesammelte Erfahrungen aus Praxiselementen nutzen. Die bestehenden Anschlussmöglichkeiten sind dabei letztlich so unterschiedlich wie unsere Teilnehmer/innen und reichen vom „sich um Gesundung bemühen“, zum Einmünden in weitere Qualifikationsbereiche bis hin zur Aufnahme von Ausbildung oder Arbeit.

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION
EUROPA FÜR NIEDERSACHSEN

Links, Empfehlungen und Impressum

Broschüren und Materialien
Wege zur Psychotherapie
https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Patienten/Einf%C3%BChrung/20180514_bptk_patientenbroschuere_wege_zur_psychotherapie_web1.pdf

Das Kostenerstattungsverfahren
https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/psychotherapie-kostenerstattung/

Bundesverband Autismus
https://www.autismus.de/was-ist-autismus.html

Bundesverband der Selbsthilfe Soziale Phobie
http://www.vssp.de/

Die Angst-Zeitschrift (daz)
https://www.angstselbsthilfe.de/daz/

Borderline Plattform
http://www.borderline-plattform.de/

Deutsche Depressionshilfe
https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe

Beratung
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
https://www.pknds.de/index.php?id=4

Kassenärztliche Vereinigungen
https://www.kbv.de/html/arztsuche.php

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
https://www.bapk.de/the-federal-association-of-families-of-people-with-mental-illness-bapk/greetings.html

IMPRESSUM

Landesarbeitsgemeinschaft der Jugendsozialarbeit in Niedersachsen (LAG JAW)
Referat Pro Aktiv Centren und Jugendwerkstätten
Kopernikusstraße 3, 30167 Hannover
Mail: pro-aktiv@jugendsozialarbeit.de
Homepage: www.nord.jugendsozialarbeit.de

Dieses Themenheft wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

EUROPÄISCHE UNION