

**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit**

Psychisch auffällige Jugendliche in der stationären Jugendhilfe

**Vom Unterstützungsbedarf der Jugendlichen und den Fachkompetenzen der
Professionellen der Sozialen Arbeit**

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz
Muttenz

Autorin: Ramona Markl

Eingereicht bei: Prof. Claudia Roth

Datum: 28. Juni 2019

Abstract

Jugendliche im Heimkontext sind oft stark belastet und weisen eine erhöhte Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen auf. Durch die Zunahme komplexer Störungsbilder bei fremdplatzierten Jugendlichen steigen auch die Anforderungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit. Dieser Gegenstandsbereich wird in der vorliegenden Arbeit genauer untersucht. Es werden störungsspezifische Unterstützungsbedarfe und die daraus folgenden Anforderungen und entsprechende Kompetenzen für soziale Fachkräfte ausgearbeitet.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Thematische Relevanz für die Soziale Arbeit und Forschungsfrage	5
1.2 Methodisches Vorgehen.....	6
1.3 Schlüsselbegriffe	6
1.3.1 Jugend.....	6
1.3.2 Stationäre Jugendhilfe	8
1.3.3 Psychische Auffälligkeiten.....	9
2. Psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen	11
2.1 Epidemiologie.....	11
2.2 Klassifikationssysteme psychischer Störungen.....	12
2.2.1 Kategoriale Klassifikation	13
2.2.2 Dimensionale Klassifikation.....	15
2.2.3 Kategorial vs. dimensional	16
2.3 Erklärungsmodell zur Entstehung psychischer Auffälligkeiten	17
2.3.1 Das integrative bio-psychosoziale Modell.....	17
2.4 Zusammenfassung	19
3. Stationäre Jugendhilfe und psychisch auffällige Jugendliche	20
3.1 Stationäre Jugendhilfe als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit.....	20
3.2 Fachliche Kompetenzen in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen	21
3.2.1 Sachkompetenz bezüglich psychischer Störungen	22
3.2.2 Methodenkompetenz.....	23
3.2.3 Interdisziplinäre Teamkompetenz	24
3.2.4 Selbstreflexionskompetenz und Psychohygiene.....	24
3.3 Zusammenfassung	26
4. Ausgewählte Formen von psychischen Auffälligkeiten	27
4.1 Traumatisierung und Traumafolgen.....	27
4.1.1 Symptome und typische Verhaltensmuster bei Traumatisierung	28
4.1.2 Unterstützungsbedarf von traumatisierten Jugendlichen	31
4.2 Depression	34
4.2.1 Symptome und typische Verhaltensmuster bei Depression.....	34
4.2.2 Unterstützungsbedarf von depressiven Jugendlichen	37

4.3	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	39
4.3.1	Symptome und typische Verhaltensmuster bei ADHS.....	40
4.3.2	Unterstützungsbedarf von Jugendlichen mit ADHS.....	41
4.4	Borderline-Persönlichkeitsstörung	43
4.4.1	Symptome und typische Verhaltensmuster der Borderline-Persönlichkeitsstörung ...	44
4.4.2	Unterstützungsbedarf von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	46
5.	Schlussteil	50
5.1	Beantwortung der Fragestellung.....	50
5.2	Fachliche Reflexion und Ausblick	53
6.	Quellenverzeichnis	55
6.1	Literaturquellen.....	55
6.2	Internetquellen.....	58
6.3	Tabellenverzeichnis.....	59

Abkürzungsverzeichnis

ADHS:	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD:	International Classification of Diseases der WHO
KiGGS:	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KIDSCREEN:	Screening for and Promotion of Children and Adolescents Health: A European Public Health Perspective
MAS:	Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters nach ICD-10 der WHO
MAZ:	Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen
WHO:	World Health Organisation
ZESCAP:	Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der kategorialen Klassifikationssysteme psychischer Störungen.....	15
Tabelle 2:	Dimensionen/Achsen des Eltern- Erziehers- und Jugendlichenfragebogens nach Achenbach.....	16
Tabelle 3:	Auswahl von Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen.....	18
Tabelle 4:	Auswahl von gesundheitsfördernder Faktoren.....	18
Tabelle 5:	Typische Symptome depressiver Störungen im Jugendalter.....	36

1. Einleitung

In der Schweiz können zwischen 22'000 und 30'000 Kinder und Jugendliche nicht bei ihren Eltern wohnen und aufwachsen (vgl. Aebischer 2012: 10). Der Zusammenbruch oder das Fehlen eines ausreichend gut versorgten und fördernden Familiensystems stellt oft die Indikation für eine Fremdplatzierung dar. Bis anhin ist es nicht gelungen, eine landesweite Statistik in der Schweiz zu installieren, welche die Zahl der Fremdplatzierungen erfasst. Nach Zahlen des Deutschen Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2012 stieg die Zahl der Jugendliche, welche ambulante und stationäre Jugendhilfeleistungen in Anspruch nehmen, jedoch stetig (vgl. Schmid 2013: 141f.). In der Schweiz wurden in den letzten Jahren neue Konzepte betreffend der Fremdplatzierung lanciert, in denen zuerst versucht wird, die Ressourcen der betroffenen Familien durch ambulante Angebote wie beispielsweise Familienhilfen zu stärken.

Durch den Ausbau ambulanter Kinder- und Jugendhilfemassnahmen werden Heranwachsende daher erst fremdplatziert, wenn ambulante Massnahmen von vornherein als wenig erfolgsversprechend eingestuft werden und daher direkt ausgeschlossen wurden, ambulante Hilfen bereits gescheitert sind oder die familiäre Situation bereits so angespannt ist, dass das Kindeswohl gefährdet ist. Diese Entwicklung führt nun dazu, dass die psychischen und psychosozialen Belastungen der fremdplatzierten Kinder und Jugendliche deutlich zunehmen müssen, da Heranwachsende nur in stationäre Jugendhilfemassnahmen oder Pflegefamilien gelangen, wenn ambulante Hilfeangebote ausgeschöpft sind (vgl. ebd.).

Diese Annahme korrespondiert auch mit den Ergebnissen unterschiedlicher internationaler Untersuchungen zu psychischen Belastungen und Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen in der Heimerziehung (vgl. ebd.: 143).

Im Rahmen des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ) wurde zwischen 2006 und 2011 die erste epidemiologische Untersuchung in der Schweiz zum pädagogischen Bedarf von Heranwachsenden in der Heimerziehung und zur Prävalenz von psychosozialen sowie psychischen Belastungen der Heimjugendlichen durchgeführt. Unter anderem wurde in dieser epidemiologischen Untersuchung der Fragestellung nachgegangen, wie viele Heranwachsende unter psychischen Erkrankungen leiden. Durch den Modellversuch konnte belegt werden, dass es sich bei den untersuchten Heranwachsenden um eine extrem belastete Stichprobe handelte. 80 % der Jugendlichen berichteten von mindestens einem und über ein Drittel von mehr als drei traumatischen Erlebnissen (vgl. Schmid et al. 2012: 5).

Durch den Modellversuch konnte weiter belegt werden, dass 74 % der Heranwachsenden nach den psychiatrischen Diagnosesystemen DSM-IV oder ICD-10 unter mindestens einer

psychischen Erkrankung litten. Hierbei erfüllten 44 % die Diagnosekriterien für zwei bis mehr psychische Erkrankungen. Durch die Anwendung des Screeninginstrumentes BARO, in welchem relevante Lebensbereiche der Jugendlichen ausgewertet werden können, wiesen 80 % der Jugendlichen in mindestens 5 zentralen Lebensbereichen besorgniserregende Faktoren auf. Dieser Wert zeigt deutlich, wie ausgeprägt und vielfältig der pädagogische Unterstützungsbedarf der Heranwachsenden im Alltag ist (vgl. ebd.).

An Hand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass die Störungsbilder fremdplatzierter Jugendlichen komplexer geworden sind, womit auch die Anforderungen an Mitarbeitende in der stationären Jugendhilfe steigen. Obwohl Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten vor denselben Entwicklungsaufgaben stehen wie andere Jugendliche und demnach auch dieselbe Unterstützung benötigen, gilt es neben dem rein pädagogischen auch ihren pädagogisch-therapeutischen Bedarf abzudecken. Dies wiederum verlangt von den pädagogischen Mitarbeitenden in stationären Jugendhilfemassnahmen eine vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischem Fachwissen (vgl. Baierl 2017a: 62f.).

1.1 Thematische Relevanz für die Soziale Arbeit und Forschungsfrage

Die Soziale Arbeit als Profession umfasst eine Vielzahl an differenzierten sowie fachspezifischen Tätigkeiten und zeichnet sich durch einen heterogenen Zusammenschluss unterschiedlicher Arbeitsfelder aus. Hochuli/Stotz (2013: 37) verstehen Soziale Arbeit als „ein gesellschaftliches Funktionssystem, welches soziale Gerechtigkeit und Wahrung der Menschenwürde sichern soll. Sie leistet einen Beitrag zur sozialen Grundversorgung und Bildung und bietet Unterstützung in der Alltagsgestaltung und Lebensbewältigung und trägt zur sozialen Integration bei“. Die Soziale Arbeit richtet sich an Individuen, Gruppen, Gemeinwesen und gesellschaftliche Systeme, welche in ihrer Befriedigung von biologischen, psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedürfnissen aus unterschiedlichen persönlichen und/oder sozialen Voraussetzungen be- oder verhindert werden (AvenirSocial 2014: 2).

Der Gegenstandsbereich der Jugendhilfe ist somit eines der vielen Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Schweizweit gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten, Dienstleistungen und Einrichtungen, welche Jugendliche in ihrer Entwicklung fördern und sie unter anderem beim Bewältigen ihrer Entwicklungsaufgaben sowie Belastungen und dem Meistern schwieriger Lebenslagen unterstützen. Oft weisen Heranwachsende in stationären Einrichtungen psychosoziale und psychische Belastungen auf, welche sich durch vielfältige Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu psychischen Störungen äussern können. Um betroffene Jugendliche adäquat in ihren Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, bedarf es daher

Fachwissen über bestimmte Dynamiken spezifischer Störungsbilder, damit Interventionen in der Alltagsgestaltung gelingen können. Infolge dieser Erkenntnis widmet sich diese Bachelorarbeit folgender Forschungsfrage:

Welchen Unterstützungsbedarf haben psychisch auffällige Jugendliche in der stationären Jugendhilfe und welche Kompetenz benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit?

1.2 Methodisches Vorgehen

Als Einstieg in diese Arbeit erfolgt in Kapitel 2 eine Einführung in die Thematik zu psychischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen. Anhand eines Vergleichs unterschiedlicher Studien werden die Epidemiologie von psychischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen untersucht und anschliessend einzelne kategoriale und dimensionale Klassifikationssysteme beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf dem Vergleich der ICD-10, MAS und dem dimensional-diagnostischen System nach Achenbach. Weiter wird das integrative bio-psycho-soziale Modell als Erklärungsansatz zur Entstehung von psychischen Auffälligkeiten hinzugezogen.

Kapitel 3 widmet sich dem Gegenstandsbereich der stationären Jugendhilfe im Zusammenhang mit der Betreuung von psychisch auffälligen Jugendlichen und beschreibt notwendige fachliche Kompetenzen für Professionelle der Sozialen Arbeit, die in diesem Arbeitsfeld tätig sind.

Kapitel 4 befasst sich mit ausgewählten Formen von psychischen Auffälligkeiten: In diesem Zusammenhang werden Traumatisierung, Depression, ADHS und die Borderline-Persönlichkeitsstörung genauer untersucht. Der Fokus liegt dabei auf der Beschreibung von störungstypischen Symptomen, Verhaltensmustern und dem daraus folgenden Unterstützungsbedarf der betroffenen Jugendlichen.

In Kapitel 5 werden die Fragestellung anhand der erarbeiteten theoretischen Grundlagen beantwortet und die Ergebnisse diskutiert. Eine fachliche Reflexion und ein theoretischer Ausblick schliessen diese Arbeit ab.

1.3 Schlüsselbegriffe

1.3.1 Jugend

Der Begriff der Jugend lässt sich aus unterschiedlichen Perspektiven definieren. Jugend im Alltagsverständnis wird als Übergang zwischen Kindheit und Erwachsensein bezeichnet, wie es beispielsweise im Brockhaus (2006: 151) beschrieben ist: „Jugend, bezeichnet im klass. Sinn die Lebensphase zw. Kindheit und Erwachsenenalter, in der Heranwachsende geistig,

körperlich und sozial reifen. Allerdings ist die J.-Phase keine anthropology. Konstante, die in allen Gesellschaften und allen histor. Epochen zu finden ist.“

In der Jugendphase steht die Identitätssuche im Vordergrund, in der unterschiedliche Ablösungsprozesse vollzogen werden und das Bestreben nach Autonomie immer mehr in den Fokus gerät. Hurrelmann und Quenzel (2013) beschreiben hierzu vier Entwicklungsaufgaben, welche Jugendlichen zu bewältigen haben:

- *Die interkulturelle und soziale Kompetenzentwicklung:* Durch die Erweiterung der kognitiven und interkulturellen Fähigkeiten sowie den sozialen Umgangsformen erlangen die Jugendlichen mehr Wissen, welches sie selbstverantwortlich einsetzen können. Dies befähigt sie dazu, gesellschaftliche Sozial- und Leistungsanforderungen zu meistern und sich zusätzlich, durch den Erwerb berufsrelevanter Fähigkeiten, selbständig zu finanzieren.
- *Die Elternablösung und der Gleichaltrigen-Kontakt:* Infolge des physischen und psychischen Veränderungsprozesses gelangen die Jugendlichen zu ihrer Geschlechtsidentität und ihrer sexuellen Orientierung, welche dazu dienen, eine neue Bindung zu einem Partner oder einer Partnerin einzugehen. Die Ablösung vom Elternhaus und das Eingehen einer neuen Bindung gilt als Voraussetzung, um selber eine Familie gründen zu können. Dieser Aspekt der Lebensphase Jugend ist für den Fortbestand einer Gesellschaft existenziell.
- *Die Entlastungs- und Konsumstrategien:* Um sich in der Rolle des Wirtschaftsbürgers zurechtzufinden, müssen die Jugendlichen Strategien für ihr Konsumverhalten und ihre Entlastungsmethoden entwickeln. Diese werden benötigt, damit die Jugendlichen ihren eigenen Lebensstil entwickeln und selbstbestimmt über einen gesunden Konsumbeitrag in einer Gesellschaft entscheiden können. Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe befähigt die Jugendlichen dazu, sich von stressigen Situationen selbständig zu erholen.
- *Normen- und Wertesystem:* Die Jugendlichen benötigen für ihre politische Teilhabe an einer Gesellschaft eigene Normen und Werte. Dazu bedarf es einer Auseinandersetzung mit politischen, religiösen, ethischen und moralischen Einstellungen, welche auch das alltägliche Handeln steuern (vgl. ebd.: 29–37)

Werden diese Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigt, wird ein Jugendlicher erwachsen und gilt somit als selbständiges und eigenverantwortliches Mitglied einer Gesellschaft (vgl. ebd. 39).

Es gibt unterschiedliche Faktoren, welche sich in der Lebensphase der Jugend negativ auf die Entwicklung auswirken. Wenn Jugendliche zu früh in die Verantwortung gezogen werden und

sie die Lebensphase der Jugend nicht vollständig durchleben können, hat dies schädigende Auswirkungen auf ihre Entwicklung. Werden sie für die Interessen der Eltern ausgenutzt oder verfügen nicht über genügend verlässliche Beziehungen, führt dies ebenfalls zu einer Beeinträchtigung der Entwicklung (vgl. King/Müller 2000: 19). Da die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter miteinander verbunden sind, wirken sie wechselseitig aufeinander. Wird eine Entwicklungsaufgabe nicht oder zu gering gemeistert, hat dies also eine negative Wirkung auf eine andere Entwicklungsaufgabe und umgekehrt. Die Persönlichkeitsentwicklung kann durch Schwierigkeiten und schlechte Einflüsse innerhalb einer Entwicklungsaufgabe erschwert werden (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2013: 225). Können die Herausforderungen einer Entwicklungsphase nicht mit den personalen und sozialen Ressourcen bewältigt werden, finden die Jugendlichen in der Jugendhilfe Unterstützung.

1.3.2 Stationäre Jugendhilfe

Die Jugendhilfe umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote. Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht jedoch die stationäre Jugendhilfe. Hierbei handelt es sich um Angebote, welche Tag und Nacht ausserhalb der Herkunftsfamilie Erziehungshilfe bieten. Die Institution, in der die Jugendlichen wohnen, stellt somit den Lebensmittelpunkt der Heranwachsenden dar, und alltägliche zentrale Aufgaben der Familie werden stellvertretend durch Professionelle der Sozialen Arbeit übernommen.

In der Regel werden Fremdplatzierungen in einem stationären Setting erst vorgenommen, wenn ambulante Hilfsangebote ausgeschöpft oder als nicht erfolgsversprechend eingestuft und somit ausgeschlossen wurden. Eine Platzierung erfolgt somit auf Grund einer Notlage in der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Durch die vielschichtigen Problemlagen in der Herkunftsfamilie stehen die Heranwachsenden vor der Herausforderung, neben ihren eigenen Entwicklungsaufgaben noch zusätzliche komplexe Probleme bewältigen zu müssen. Das (meist) mehrfachbelastete Umfeld erschwert es den Jugendlichen jedoch, ihre Ressourcen bestmöglich zu nutzen und Kompetenzen zu entwickeln, die für die Bewältigung dieser komplexen Aufgaben benötigt werden (vgl. Cassée 2007: 24).

In der stationären Jugendhilfe sollen Hilfeleistungen nach dem individuellen Bedarf der Heranwachsenden erbracht werden. Diese gehen auch über das Alltagsgeschehen hinaus und werden mit therapeutischen sowie pädagogischen Angeboten verknüpft. Das Ziel einer Fremdplatzierung in einer Institution der stationären Jugendhilfe ist hierbei individuell auf das Klientel zugeschnitten und kann die Rückkehr in die Herkunftsfamilie, die Vorbereitung der Platzierung in einer Pflegefamilie oder die Vorbereitung auf ein eigenverantwortliches und selbständiges Leben beinhalten. Hierbei kann die Platzierung ein zeitlich begrenztes oder dauerhaft angelegtes Angebot darstellen (vgl. Frija 2009: 9).

1.3.3 Psychische Auffälligkeiten

Der Begriff der psychischen Auffälligkeit bzw. Störung umfasst sehr viele Formen psychischer Erkrankungen. Eine übergeordnete Definition und allgemeine Kriterien festzulegen, gestaltet sich demnach äusserst schwierig. Auch stellt sich die Frage, ab welchem Punkt ein abweichendes Verhalten Krankheitswert erlangt.

Weiter ist die Definition von normalem oder abweichendem Verhalten immer an soziale Prozesse gebunden. Bei einer potentiellen Auffälligkeit sind die Symptome in ihrem Verlauf sowie in Bezug auf die Auswirkungen (Leiden) auf das Individuum und dessen Umwelt im Kontext zu betrachten. Um Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren, spezifische Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten auszuarbeiten und um (erste) Orientierung zu bieten, ist es dennoch sinnvoll, Symptome und Auffälligkeiten unter allgemeinen Diagnose-Begriffen zusammenzufassen (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007: 21). Die Diagnose und Klassifikation psychischer Störungen basieren wissenschaftlich auf zwei unterschiedlichen Ansätzen, der kategorialen (ICD, DSM MAS) und der dimensionalen Diagnostik. Auf diese wird in Kap. 2.2 noch vertiefter eingegangen.

In der Vergangenheit war der allgemeine Krankheitsbegriff eng damit verbunden, dass einer Krankheit eine Ursache, spezifische und unspezifische Symptome sowie ein krankheitstypischer Verlauf zu Grunde liegen. Durch die Umorientierung und Überarbeitung der Diagnosekriterien psychischer Störungen (DSM-IV und ICD-10) in den 1990er Jahren wird inzwischen versucht, der Tatsache Rechnung zu tragen, dass seelische Erkrankungen unterschiedliche Ursachen haben können und der Verlauf sehr variabel ist sowie durch soziale Faktoren bestimmt wird. Da sich die verschiedenen Psychotherapierichtungen nicht auf ein gemeinsames Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Beschwerden einigen konnten, verständigte man sich auf klinisch erkennbare Komplexe von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die unter dem Begriff der Störung zusammengefasst wurden (vgl. Denner 2008: 16).

Dennoch werden in der wissenschaftlichen Literatur die Begriffe „Störung“ und „Krankheit“ oft nebeneinander oder synonym verwendet. Auch in die Leistungsgesetze der Sozial- und Krankenversicherungen fanden beide Begriffe Einzug. Damit soll verdeutlicht werden, dass nicht jede psychische Störung Anspruch auf gesetzlich verankerte Hilfe hat, sondern nur jene, die zu einer erheblichen psychischen Abweichung mit Funktionsstörungen und Beeinträchtigung der Lebensführung führen (vgl. ebd.: 17).

Um auffälliges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben, werden in der Literatur auch die Begriffe Verhaltensstörung, Verhaltensauffälligkeit oder Verhaltensschwierigkeiten verwendet. Diese beschreiben psychische Auffälligkeiten auch ohne Krankheitswert. Da sich

die vorliegende Arbeit jedoch ausschliesslich mit krankheitsbezogenen seelischen Zuständen von Jugendlichen befasst, wird hier ausschliesslich der Begriff der Störung verwendet. Hierbei werden die Begriffe „psychische Auffälligkeit“ und „psychische Störungen“ als Synonyme eingesetzt.

2. Psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen

Wie bereits beschrieben, sind Jugendliche im Heimkontext stark belastet und weisen eine erhöhte Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen auf. Im folgenden Kapitel wird dies noch genauer untersucht. Darüber hinaus wird auf die theoretischen Grundlagen zur Klassifikation von psychischen Störungen eingegangen. Der Gegenstandsbereich der differenzierten Diagnostik wird im Rahmen dieser Arbeit nicht näher behandelt. Zum Verständnis der Entstehung von psychischen Auffälligkeiten wird das integrative-bio-psycho-soziale Modell vorgestellt.

2.1 Epidemiologie

Die psychische Gesundheit bildet die wesentliche Grundlage für die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe eines Individuums. Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter führen häufig zu hohen psychosozialen Beeinträchtigungen. Nicht selten bleiben diese bis ins Erwachsenenleben bestehen und verursachen neben den individuellen und gesamtgesellschaftlichen Folgen auch erhebliche Krankheitskosten. In Hinblick auf diese schwerwiegenden Auswirkungen sind demnach die Betrachtung und Untersuchung psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Heranwachsenden von entscheidender Bedeutung, um entsprechende Präventions- und Interventionsmassnahmen initiieren zu können. Eine Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigte erstmals anhand repräsentativer Daten, dass zwischen 2014 und 2017 16,9 % der Kinder und Jugendlichen nach Angaben ihrer Eltern psychische Auffälligkeiten aufwiesen (vgl. Klipker et al. 2018: 39).

In der Schweiz gibt es nur wenige Studien und Erhebungen betreffend die Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. 1994 wurde die ZESCAP (Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology) als bislang einzige repräsentative Studie durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten eine 6-Monats-Prävalenz für psychische Störungen von 22,5 % (vgl. Wyl et al. 2017: 40). Die Stichprobe belief sich hierbei jedoch nur auf Kinder und Jugendliche des Kantons Zürich.

2003 war das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern an der KIDSCREEN-Studie (Screening for and Promotion of Children and Adolescents Health: A European Public Health Perspective) beteiligt. Bei dieser Studie wurden 8- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche aus 13 europäischen Ländern befragt. Die Auswertung ergab für Schweizer Kinder und Jugendliche eine 6-Monats-Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 14 % (vgl. ebd.)

Die erste epidemiologische Untersuchung in der Schweiz zum pädagogischen Bedarf von Heranwachsenden in stationären Einrichtungen wurde 2012 veröffentlicht (MAZ-Studie). Sie ergab, dass 74 % der Heranwachsenden in der stationären Jugendhilfe unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden, wobei 44 % die Diagnosekriterien für zwei bis mehr psychische Erkrankungen erfüllen (vgl. Schmid et al. 2012: 5).

Das Fehlen repräsentativer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeigt, wie vernachlässigt die Thematik ist. Zudem variieren die Prävalenzraten internationaler Studien auf Grund von unterschiedlichen Untersuchungsmethoden, variierenden Altersgruppen, verschiedenen Instrumente etc. beträchtlich, was einen direkten Vergleich erschwert (vgl. Wyl et al. 2017: 44).

Ein weiteres Problem bei epidemiologischen Studien stellt die Komorbidität dar, also das gemeinsame Vorkommen mehrerer psychischer oder somatischer Erkrankungen. Bezogen auf Heranwachsende im Heimkontext wird in nationalen und internationalen Studien über eine Prävalenzrate von 30 bis 96 % berichtet. Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens erfüllen häufig die Kriterien einer weiteren Störung, beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, Substanzabhängigkeit, Angststörungen, Depressionen sowie Persönlichkeitsstörungen (vgl. Dölitzsch et al. 2014: 140f.).

2.2 Klassifikationssysteme psychischer Störungen

Als wesentliches Kriterium einer psychischen Störung gilt die Abweichung von einer bestimmten Norm resp. die Abweichung von einer normalen alterstypischen Entwicklung. Diese Abweichungen beziehen sich auf Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Weiter ist die willentliche Steuerung durch Betroffene nicht mehr oder nur zum Teil möglich. Ein weiteres Kriterium ist der Faktor, wie ausgeprägt die Beeinträchtigungen des altersentsprechenden Lebensvollzuges und die Entwicklungsmöglichkeiten durch die Störung sind (vgl. Denner 2008: 14). Remschidt/Schmidt (1988: 20) fassen diese Erkenntnisse wie folgt zusammen: „Als psychische Krankheit bezeichnen wir den Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“ Auf Grund der unterschiedlichen körperlichen und seelischen Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen ist schwer zu erkennen, ab wann ein abweichendes Verhalten Krankheitswert erlangt. Viele Verhaltensweisen sind zusätzlich abhängig von äusseren Bedingungen wie Situation, Person oder Umfeld und treten nicht situationsübergreifend auf (vgl. Barkmann/Schulte-Markwort 2007: 909). Zur Bestimmung, ob eine Abweichung von der normalen alterstypischen Entwicklung und ein

pathologisch abweichendes Verhalten besteht, bedarf es daher einer diagnostischen Abklärung und entsprechender Klassifikationssysteme.

Bei der Diagnose und Klassifikation von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird hierbei auf zwei unterschiedliche Ansätze zurückgegriffen: die kategoriale (DSM, ICD, MAS) und die dimensionale Diagnostik. Die Ansätze sind mit verschiedenen Traditionen verknüpft, konvergieren in der letzten Zeit jedoch zunehmend (vgl. Döpfner/Petermann 2008: 7). Im Folgenden werden die ICD-10, das MAS und das dimensionale Diagnosesystem nach Achenbach beschrieben.

2.2.1 Kategoriale Klassifikation

Die kategoriale Diagnostik geht davon aus, dass sich psychische Störungen diskret und klar von psychischer Normalität abgrenzen lassen, und ist somit eng mit dem allgemeinen Krankheitsbegriff verbunden, der davon ausgeht, dass einer Krankheit eine Ursache, spezifische und unspezifische Symptome sowie ein krankheitstypischer Verlauf zu Grunde liegen. International haben sich zur Klassifikation psychischer Störungen zwei Systeme durchgesetzt: die ICD und die DSM. Weiter wird in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) angewandt. Dabei handelt es sich um kein amtlich zertifiziertes Klassifikationssystem, Teile der ICD-10 werden darin jedoch übernommen (vgl. Gahleitner et al. 2013: 101).

ICD

Die ICD ist eine internationale Klassifikation für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. Sie wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht und liegt aktuell in der derzeit gültigen 10. Version vor (ICD-10). Die revidierte und aktualisierte 11. Version wurde im Mai 2019 verabschiedet und tritt offiziell ab Januar 2022 in Kraft (vgl. DMID o.J.: o.S.). Die vorliegende Arbeit orientiert sich daher an der ICD-10.

Dieses Klassifikationssystem fasst Symptome, welche bei einzelnen Störungsbildern beschrieben werden, zusammen, trifft jedoch keine Aussagen über die Ursachen der Störungen und mögliche Therapien. Die Symptome werden hierbei nach den Kriterien der Häufigkeit, Dauer und Intensität bewertet. In Kapitel „F“ werden die Leitlinien für psychische Störungen klassifiziert. Hierbei wird zwischen einzelnen Störungen kategorial unterschieden, z. B. zwischen einer Depression oder Zwangsstörung. Innerhalb einer Störung werden die Symptome dimensional betrachtet und zu einem Kontinuum zusammengefasst, bspw. leichte und schwere Depression. Wesentliche Diagnosen der ICD-10 für das Kinder- und Jugendalter sind (vgl. Denner 2008: 16f.):

- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (F90)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91-92)
- Essstörungen (F50)
- Zwangsstörungen (F42)
- Angststörungen (F40-43)
- Depressive Störungen (F30-39)
- Psychische Störung infolge schwerer seelischer Belastung (F43)

Bei dieser Aufzählung wurden nur die häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters aufgeführt. Weiter wurden Persönlichkeitsstörungen nicht benannt, da diese Diagnose bei Jugendlichen zurückhaltend gestellt werden soll. In Kapitel 4.4 wird noch näher darauf eingegangen.

MAS

Die multiaxiale Klassifikation nach MAS versteht sich als Weiterentwicklung der ICD-10 bei der Diagnose und Klassifikation von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie beschreibt dabei ein Störungsbild auf mehreren Achsen und bietet somit die Möglichkeit einer Diagnose auf mehreren Ebenen. Die Diagnose einer psychischen Störung wird bei der multiaxialen Klassifikation unter der Berücksichtigung von möglichen Entwicklungsstörungen, der individuellen intellektuellen Fähigkeiten, der körperlichen Funktionen und psychosozialen Bedingungen gestellt. Die Diagnose erfolgt hierbei anhand von sechs Achsen (vgl. Döpfner/Petermann 2008: 14).

Auf der ersten Achse wird die psychische Störung nach der ICD-10 Kategorie diagnostiziert, auf der zweiten werden Entwicklungsstörungen umschrieben und auf der dritten das Intelligenzniveau. Hierbei werden nicht nur ausgeprägte intellektuelle Behinderungen, sondern auch leichte, normale, und überdurchschnittliche Intelligenzausprägungen klassifiziert. Auf der vierten Achse werden körperliche Erkrankungen, die für den Umgang oder das Verständnis der psychischen Störung relevant sind, diagnostiziert, während auf der fünften aktuelle abnorme psychosoziale Umstände klassifiziert werden, welche möglicherweise mit der Entwicklung oder Aufrechterhaltung der Störung in Verbindung stehen. Auf der sechsten Achse wird eine globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung vorgenommen. Hierbei wird eine Beurteilung vorgenommen, in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung in unterschiedlichen Lebensbereichen (Beziehungen, lebenspraktische Fähigkeiten, schulische Anpassung, Interessen usw.) vorliegt (ebd.: 14f.).

Zum besseren Verständnis wurden in der folgenden Tabelle die unterschiedlichen Achsen der ICD-10 und der MAS zusammengestellt.

ICD-10 Erwachsene	MAS Kinder und Jugendliche
Achse I 1. Psychiatrische Diagnosen 2. Persönlichkeitsstörung 3. Störung durch psychotrope Substanzen 4. Körperliche Erkrankungen	Achse I Klinische-psychiatrische Symptome (wie ICD-10)
	Achse II Umschriebene Entwicklungsrückstände
Achse II Soziale Funktionseinschränkungen	Achse III Intelligenzniveau
	Achse IV Körperliche Erkrankungen
Achse III Abnorme psychosoziale Situationen	Achse V Assoziierte, aktuelle abnormale psychosoziale Umstände
	Achse VI Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Tab. 1: Übersicht der kategorialen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (In Anlehnung an: Gahleitner et al. 2013: 102)

2.2.2 Dimensionale Klassifikation

Gegenüber der kategorialen Klassifikation, die einzelne Störungen als klar voneinander abgrenzbare Krankheitsbilder beschreibt, steht die dimensionale Klassifikation. Der dimensionale Krankheitsbegriff versucht der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit nur quantitative Unterschiede gibt und zwischen gesund und krank graduelle und fließende Übergänge bestehen. Um der Dimensionalität psychischer Störungen gerecht zu werden, wurden daher unterschiedliche Modelle entwickelt, wobei sich das Diagnosesystem nach Achenbach durchsetzen konnte (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007: 27). Bei diesem Diagnosesystem wird anhand unterschiedlicher Fragebögen das Urteil von Eltern, Erziehenden und Jugendlichen selbst erfasst. Mittels Faktorenanalyse konnte Achenbach für das Kinder- und Jugendalter acht Dimensionen bilden. Anhand einer Skala beurteilen Eltern, Erzieher und Jugendliche das jeweilige Verhalten des Kindes oder Jugendlichen (vgl. Döpfner/Petermann 2008: 16). Die folgende Tabelle beschreibt die acht Dimensionen.

Internale Störungen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialer Rückzug</i>: Kinder mit hoher Ausprägung auf Skala möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich, zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufig traurig verstimmt. • <i>Körperliche Beschwerden</i>: Skala erfasst verschiedene somatische Symptome (Schwindelgefühl, Müdigkeit, Schmerzen, Erbrechen). • <i>Angst/Depression</i>: Skala erfasst neben Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.
Externale Störungen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dissoziatives Verhalten</i>: Skala erfasst Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten, z. B. lügen, stehlen, Schule schwänzen etc. • <i>Aggressives Verhalten</i>: Skala erfasst verbale und körperlich aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig damit in Verbindung stehen (spielt Clown, redet viel und laut etc.).
Gemischte Störungen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Soziale Probleme</i>: Skala umfasst Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenabhängiges Sozialverhalten. • <i>Schizoid/zwanghaft</i>: Skala erfasst Tendenz zu zwanghaftem Denken, Handeln, psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen), eigenartiges, bizarres Denken (Thought Problems-Skala). • <i>Aufmerksamkeitsstörungen</i>: Skala erfasst motorische Unruhe, Impulsivität, Konzentrationsstörungen, Verhaltensweisen, die bei hyperkinetischem Verhalten auftreten (verhält sich jung, tapsig etc.).

Tab. 2: Dimensionen/Achsen des Eltern- Erzieher- und Jugendlichenfragebogens nach Achenbach (In Anlehnung an: Döpferr/Petermann 2008: 134)

2.2.3 Kategorial vs. dimensional

Wie bereits erwähnt, sind die kategoriale und die dimensionale Klassifikation mit verschiedenen Traditionen verknüpft und haben daher unterschiedliche Vor- und Nachteile. Während der kategoriale Ansatz besonders angemessen scheint, wenn klare Grenzen zwischen den diagnostischen Klassen erkennbar sind und die Klassen sich gegenseitig ausschliessen, ermöglicht der dimensionale Ansatz auch eine Diagnose, wenn sich Phänomene kontinuierlich verteilen und sich nicht als diskrete Störungsbilder beschreiben lassen. Diesem Nachteil versucht die kategoriale Klassifikation entgegenzuwirken, indem sie innerhalb einer Störung für die Ausprägung der Symptome auch dimensionale Betrachtungen zulässt (bspw. leichte Depression, schwere Depression). Grenzwerte zur Erfassung kontinuierlich verteilter Merkmale innerhalb einer diskreten Kategorie zu definieren, stellt jedoch für die kategoriale Klassifikation ein unlösbares Problem dar. Auch betreffend die Komorbidität psychischer Erkrankungen ist der dimensionale Ansatz im Vorteil, da er Ausprägungen auf mehreren Dimensionen zulässt. Im Gegensatz zur kategorialen Diagnostik werden beim dimensional Ansatz jedoch nur aktuell auftretende Symptome klassifiziert. Der kategoriale Ansatz hingegen bezieht auch Kriterien wie Häufigkeit, Dauer, Verlauf und Intensität der Symptome mit ein. Auch betreffend die Praktikabilität bietet der kategoriale Ansatz entscheidende Vorteile, da dimensionale Beschreibungen in der Kommunikation zwischen Experten weniger geläufig sind (vgl. Döpferr/Petermann 2008: 17f.).

Die Diskussion der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Ansätze zeigt daher, dass bei der Diagnose psychischer Störungen eine Kombination dieser beiden sinnvoll ist, da so die jeweiligen Nachteile eines Ansatzes durch den anderen kompensiert werden können.

2.3 Erklärungsmodell zur Entstehung psychischer Auffälligkeiten

Die Entstehung psychischer Auffälligkeiten wurde in der Vergangenheit durch zwei unterschiedliche Sichtweisen konträr diskutiert. Während das medizinische Modell psychische Erkrankungen als individuell-organische Beeinträchtigung betrachtete, verstand das soziologische Modell pathologische Auffälligkeiten als sozial definierte Verhaltensabweichungen. Beide Ansätze wurden jedoch der Komplexität von psychischen Erkrankungen nicht gerecht. Durch neue Erkenntnisse in der Bindungs-, Resilienz- und Traumaforschung entwickelte sich ein neues integratives Verständnis von der Entstehung, der Aufrechterhaltung und dem Verlauf von psychischen Erkrankungen. Durch die Ergänzung von biomedizinischen Forschungsergebnissen durch sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle konnte aufgezeigt werden, dass es bei psychischen Erkrankungen keine einfachen Ursache-Wirkungszusammenhänge gibt. Das Entstehen psychischer Probleme leitet sich vielmehr aus den Wechselwirkungen vielzähliger und vielfältiger Faktoren ab. Hierbei haben unter anderem die genetische Ausstattung, Beziehungsmuster und gesellschaftliche Bedingungen Einfluss auf den Krankheitsverlauf (vgl. Denner 2008: 19f.). Auf diesem Hintergrund entwickelte sich unter anderem das integrative bio-psychosoziale Modell, auf das im Folgenden näher eingegangen wird.

2.3.1 Das integrative bio-psychosoziale Modell

Das integrative bio-psychosoziale Modell beschreibt die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen als ein Zusammenspiel zwischen biologischen Ausgangsbedingungen und (früh-)kindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen, durch das sich die individuelle Selbststruktur, also die handlungsleitenden innerpsychischen Schemata, ausbildet. Diese Entwicklung ist wiederum abhängig von unterschiedlichen Risiko- und Schutzfaktoren, bei denen primäre Bezugspersonen eine bedeutende Rolle einnehmen. In den Lebensphasen der Kindheit und Jugend gilt es, neben den alterstypischen Entwicklungsaufgaben auch äussere Stress- und Belastungssituationen zu verarbeiten. Wie diese bewältigt werden, hängt von der individuell entwickelten Selbststruktur und den vorhandenen Ressourcen sowie Schutzfaktoren ab (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007: 39). Den Gegenstand einer psychischen Krankheit beschreibt Hurrelmann (2000: 94) als „das Stadium des Ungleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt.“

Eine exemplarische Auswahl an empirisch untersuchten Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen wird in der folgenden Tabelle aufgezeigt.

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

Tab. 3: Auswahl von Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen (In Anlehnung an: Denner 2008: 20)

Das Vorhandensein von Risiken führt jedoch nicht zwangsläufig zur Entwicklung einer psychischen Krankheit, sondern beschreibt lediglich eine höhere Vulnerabilität, also eine höhere Gefährdung. Den Risikofaktoren gegenüber stehen die Ressourcen und Schutzfunktionen. In empirischen Untersuchungen wurden unter anderen folgende gesundheitsfördernde Faktoren nachgewiesen (vgl. Denner 2008: 20):

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

Tab. 4: Auswahl gesundheitsfördernde Faktoren (In Anlehnung an: Denner 2008: 21)

Besteht zwischen vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren ein Ungleichgewicht, kann dies zu einer Gefährdung der psychischen Gesundheit oder sogar zu einer Entstehung einer psychischen Erkrankung führen. Dennoch kann es gelingen, dass sich ein Kind oder ein Jugendlicher trotz biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken unauffällig oder sogar positiv entwickelt. Diese Erkenntnis wurde von Risikoforschern mit dem Konzept der Resilienz beschrieben (vgl. Denner 2008: 21).

2.4 Zusammenfassung

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter führen häufig zu hohen psychosozialen Beeinträchtigungen. Der Untersuchung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Heranwachsenden kommt somit eine grosse Bedeutung zu, damit entsprechende Präventions- und Interventionsmassnahmen initiiert werden können. In der Schweiz gibt es nur wenige Studien zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Die 2012 veröffentlichte MAZ-Studie gilt als erste epidemiologische Untersuchung zum pädagogischen Bedarf von Heranwachsenden in stationären Einrichtungen. Es konnte festgestellt werden, dass es sich bei den untersuchten Probanden um eine sehr belastete Stichprobe handelte. Die Ergebnisse stimmen mit internationalen Studien überein, die von einer Prävalenzrate von 30 bis 96 % berichten.

Bei der Diagnose und Klassifikation von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird auf zwei unterschiedliche Ansätze zurückgegriffen. Während das kategoriale Klassifikationssystem einzelne Störungsbilder als klar voneinander abgrenzbare Krankheitsbilder beschreibt, ermöglicht die dimensionale Klassifikation auch eine Diagnose, wenn sich Phänomene kontinuierlich verteilen und sich nicht als diskrete Störungsbilder beschreiben lassen. Bei der Diagnose von psychischen Störungen wird daher eine Kombination beider Ansätze empfohlen.

Neue Erkenntnisse in der Bindungs-, Resilienz- und Traumaforschung ermöglichen ein besseres integratives Verständnis von der Entstehung, Aufrechterhaltung und dem Verlauf von psychischen Erkrankungen. Das integrative bio-psycho-soziale Modell beschreibt die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen als ein Zusammenspiel zwischen biologischen Ausgangsbedingungen und (früh-)kindlichen Erfahrungen. Durch das Vorhandensein von biologischen sowie psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren kann sich die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen resp. vermindern.

3. Stationäre Jugendhilfe und psychisch auffällige Jugendliche

Das folgende Kapitel befasst sich mit der stationären Jugendhilfe als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Hauptfokus wird dabei auf wichtige Kernkompetenzen gelegt, die in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen von zentraler Bedeutung sind.

3.1 Stationäre Jugendhilfe als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit

Das stationäre Betreuungsangebot der Jugendhilfe hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert. Neben klassischen Kinder- und Jugendheimen gibt es unter anderem auch Therapieheime, Schulheime, Jugendheime mit Aussenwohngruppe und begleitete Wohngemeinschaften. Bei solchen stationären Settings bildet die Institution den Lebensmittelpunkt der Jugendlichen, die Verantwortung der Erziehung und die Entwicklungsbegleitung wird hier durch Professionelle der Sozialen Arbeit übernommen. Wie bereits in Kapitel 1.3.2 erläutert, erfolgt eine Fremdplatzierung erst dann, wenn ambulante Hilfsangebote ausgeschöpft oder als nicht erfolgsversprechend eingestuft wurden. Bei den platzierten Jugendlichen handelt es sich meist um Heranwachsende, die in ihrer Herkunftsfamilie mit vielfältigen und kumulierenden Belastungen sowie Problemlagen konfrontiert sind. Können die Heranwachsenden oder das Familien- und (ambulante) Unterstützungssystem die Belastungen nicht befriedigend bewältigen, kann dies zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen, eine förderliche Entwicklung wird dadurch behindert (vgl. Diethelm 2013: 124f.). Im Vordergrund einer Fremdplatzierung steht das Ziel, Jugendlichen durch die pädagogische Begleitung im Alltag neue Erfahrungen zu ermöglichen, die ihnen dabei helfen, ihre Defizite auszugleichen. Hierbei sollen sie auf Grund von Erfolgserlebnissen mehr Selbstwirksamkeit erlangen und neue Verhaltensweisen erlernen sowie ausprobieren können. Weiter bietet das Zusammenleben mit Gleichaltrigen und das Beziehungsangebot von Erwachsenen die Möglichkeit des sozialen Lernens. Durch die stationäre Betreuung soll somit ein Ort geschaffen werden, der eine förderliche Entwicklung erlaubt und schlussendlich eine selbständige Lebensführung ermöglicht (vgl. ebd.: 129).

Soziale Fachkräfte treffen jedoch im Arbeitsfeld der stationären Jugendhilfe nicht nur auf Heranwachsende mit erhöhtem pädagogischen Bedarf, sondern auch auf Jugendliche, die auf eine erhöhte pädagogisch-therapeutische Unterstützung angewiesen sind. Wie bereits vorgängig in Kapitel 2.1. erläutert, leiden 74 % der Heranwachsenden in der stationären Jugendhilfe unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Der Anteil an Jugendlichen, die psychiatrische oder psychologische Behandlungen in Anspruch nehmen, ist jedoch mit 12.5 % äusserst gering (vgl. Schmidt et al. 2006: 553). Um der Komplexität und dem Schweregrad von psychischen Störungen bei Jugendlichen gerecht zu werden, ist daher eine

interprofessionelle Kooperation unter anderem zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und der Jugendpsychiatrie von grosser Bedeutung (vgl. Denner 2008: 61). Zur Kernaufgabe dieser Kooperation gehört die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Im Bereich der stationären Jugendhilfe ergeben sich daraus viele Ansätze für entsprechende Präventions- und Interventionsmassnahmen. Zur zentralen Aufgabe der sozialen Fachkräfte zählt hierbei, die Jugendlichen und ihre Ressourcen zu fördern. Denn nur durch Stärkung der Resilienz kann es gelingen, dass Heranwachsende Stress und Anforderungen besser bewältigen können und wieder an den alterstypischen Lebensvollzügen teilnehmen können. Dies wiederum verlangt von den Fachkräften Wissen über die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren der einzelnen Jugendlichen (vgl. ebd.: 21).

3.2 Fachliche Kompetenzen in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen

Wie bereits erwähnt, haben sich die Angebote der stationären Jugendhilfe stark ausdifferenziert, woraus sich eine Vielzahl an Einrichtungen mit unterschiedlichen Handlungsaufträgen und Rahmenbedingungen ergibt. Dennoch umfassen sie allesamt gemeinsame zentrale Aspekte der Sozialen Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen. Vorrangig wird die Arbeit der sozialen Fachkräfte als tragfähige, verbindliche und reflektierte Beziehungsarbeit verstanden. Ziel dabei ist, eine entwicklungsgemässe Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die aktive Förderung der Jugendlichen soll durch eine lebenswelt-, ressourcen- und lösungsorientierte Arbeitsweise erfolgen. Interventionsstrategien umfassen hierbei Beraten, Begleiten, Unterstützen sowie Informieren, und zwar unter der Wahrung einer angemessenen Eigenverantwortung der betreuten Jugendlichen (vgl. Denner 2008: 291).

Zur Erreichung der gesellschaftlichen Partizipation nennt Denner (2008) unter anderen folgende Aufgaben für soziale Fachkräfte:

- Vermitteln von Normen, Werten und Rollenverhalten im alltäglichen Umgang miteinander
- Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen und Belastungen
- Schaffung einer Tagesstruktur (regelmässige Mahlzeiten, schulische oder berufliche Bildung, Freizeitgestaltung etc.)
- Trainieren von Alltagsfertigkeiten (Einkaufen, Kochen etc.)
- Gestaltung von Gruppenaktivitäten (Ausflüge, Lager, Wochenendaktivitäten)
- Förderung der altersentsprechenden Selbständigkeit (Zimmer aufräumen, Umgang mit Finanzen etc.)

- Einübung von alternativen Verhaltensweisen beispielsweise bei Wutanfällen oder selbstverletzendem Verhalten (ebd.: 291f.)

Neben diesen direkt auf den Jugendlichen bezogenen Aufgaben gehören Elternarbeit, Kooperation mit anderen Einrichtungen und Fachkräften, administrative und organisatorische Aufgaben, Dokumentations- und Berichtspflicht sowie Wissen über die Grundlagen der Sozialgesetzgebung zum Arbeitsauftrag der Sozialen Fachkräfte (vgl. ebd.: 292).

Denner (2008) und andere Fachkräfte beschreiben zudem weitere vier Kompetenzen, die für die professionelle Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen von Bedeutung sind: die Sachkompetenz bezüglich psychischer Störungen, die Methodenkompetenz, die Interdisziplinäre Teamkompetenz und die Selbstreflexionskompetenz/Psychohygiene (vgl. ebd.).

3.2.1 Sachkompetenz bezüglich psychischer Störungen

In der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen fordert Baierl (2017a: 84) von Sozialen Fachkräften genügend spezifisches Fachwissen über die Umstände, Dynamiken und Verläufe von psychischen Störungen oder die Bereitschaft, sich dieses anzueignen, denn nur durch dieses Verständnis lassen sich pädagogische Beziehungsangebote ausarbeiten. Mit diesen Kenntnissen können Fachkräfte besser abschätzen, über welche Zeitdauer die Hilfe geplant werden soll, und können beurteilen, wie viel Selbständigkeit von den Jugendlichen zu erwarten ist und ob zusätzliche Hilfs- und Unterstützungsangebote notwendig sind. Weiter lassen sich so Zeichen einer Verschlechterung der Symptome besser erkennen, was eine adäquate Reaktion darauf ermöglicht. Dabei sollen Fachkräfte nicht schematisch handeln, sondern die Betreuungs- und Bildungsangebote individuell an die betroffenen Jugendlichen anpassen (vgl. Denner 2008: 292). Durch diese individuelle Anpassung der Anforderungen an einzelne Jugendliche können in Wohneinheiten mit anderen Mitgliedern schnell Unmut und Konflikte über scheinbare Ungerechtigkeiten entstehen. Auch dem kann besser entgegengewirkt werden, wenn sich Unterschiede fachlich begründen lassen und den Jugendlichen aufgezeigt werden kann, dass die Abweichungen auf den individuellen Bedarf des jeweiligen einzelnen zurückzuführen sind (vgl. Baierl 2017a: 84).

Es gehört zur alterstypischen Entwicklung von Jugendlichen, dass Grenzen überschritten und Autoritäten sowie Entscheidungen in Frage gestellt werden. Auch entstehen durch das Zusammenleben von Menschen automatisch gegenseitige Verstrickungen. Diese natürlichen Dynamiken können sich jedoch in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen noch verstärken. Aggression, Spaltung, Heimlichkeit, Ohnmacht, Versagensängste, Vermeidung, Unsicherheit und andere Dynamiken können sich daher schnell von den Jugendlichen auf Mitarbeitende und auf den Teamprozess übertragen (vgl. ebd.: 86). Auch hierbei unterstützt

ein fundiertes Wissen über spezifische Verhaltensmuster und -weisen psychischer Störungen die Erkennung dieser Dynamiken. Durch das Erkennen und Ansprechen dieser Konfliktodynamiken im Team lassen sich unbewusstes Mitagieren und Verstrickungen reduzieren. Somit wird ein auf wissensbasiertes professionelles Handeln und ein reflektierter Umgang mit psychisch auffälligen Jugendlichen im Alltag ermöglicht (vgl. Denner 2008: 292f.).

3.2.2 Methodenkompetenz

Zur Sicherung der eigenen Qualifikation im Tätigkeitsfeld und der Verbesserung der methodischen Fähigkeiten sind berufliche Fort- und Weiterbildung oder Zusatzausbildungen wünschenswert. Bei manchen Anstellungsträgern sind diese sogar Voraussetzung. Diese sind jedoch nicht immer verpflichtet, fachliche Fort- und Weiterbildungen zu bezahlen (vgl. Denner 2008: 293). In diesem Zusammenhang fordern Reinker/Müller (2008: 97) von Einrichtungen, die berufliche Förderung von Mitarbeitenden zu ermöglichen, da sich somit kompetente Fachkräfte loyal an die Institution binden. Dadurch lassen sich zudem die Qualität der Arbeit erhöhen und die Personalfuktuation senken, was sich wiederum stabilisierend und positiv auf die Teamentwicklung auswirken kann.

Auch wenn durch Zusatzausbildungen die fachliche Basisqualifikation der professionellen Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen ausgebaut werden kann, bleibt die reflektierte Beziehungsgestaltung das zentrale Instrument der Sozialen Arbeit (vgl. Denner 2008: 294). Da ein Grossteil der stationär untergebrachten Jugendlichen unsichere Bindungen aufweisen, kommt der respektvollen und wertschätzenden Beziehungsgestaltung eine zusätzliche Bedeutung zu. Weiter fordern unterschiedliche Störungsbilder, wie in Kapitel 3 beschrieben, auch eine unterschiedliche Beziehungsgestaltung. Die Jugendlichen sollen durch die Beziehung Wertschätzung, Akzeptanz in ihrer Individualität und echte Anteilnahme erfahren, denn je näher sich die Pädagogen und Jugendlichen sind, desto mehr kann über die Beziehung transportiert werden (vgl. Baierl 2017a: 85f.).

Hierbei ist es stets, eine professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz zu bewahren. Dieser kommt unter anderem bei intensiven und engen Beziehungen zwischen Fachkräften und Jugendlichen eine grosse Bedeutung zu. Ist diese nicht vorhanden, können schnell gefährliche Rollenübertragungen (Eltern, Freund, Opfer etc.) durch den Jugendlichen auf die Pädagogen oder umgekehrt eine Überidentifikation mit den Betroffenen durch die Fachkraft entstehen. Damit solchen Konflikten und Gefahren begegnet werden kann, braucht es wiederum eine Balance zwischen persönlicher und professioneller Beteiligung. Auch bei einer persönlichen Antipathie gilt es, eine professionelle Nähe herstellen zu können. All dies gelingt leichter, je besser sich die Fachkräfte ihrer eigenen Stärken, Schwächen und Schattenseiten bewusst sind. Durch das Herstellen einer professionellen Nähe und Distanz bleiben Fachkräfte

unabhängig von der Beziehung und können ihre pädagogische Handlungsfreiheit erhalten (vgl. ebd.).

3.2.3 Interdisziplinäre Teamkompetenz

Einen weiteren zentralen Aspekt in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen sollte die interdisziplinäre Kooperation bilden. Nicht immer ist diese direkt gegeben, sondern muss vom Team erarbeitet werden. Dies erfordert von den Beteiligten wiederum die Fähigkeit, über die eigenen beruflichen Grundlagen hinauszugehen (vgl. Denner 2008: 294). Der beständige Austausch zwischen Team, Ärzten, Psychologen, Lehrern und anderen Fachkräften leistet weiter einen Beitrag dazu, dass relevante Aspekte seltener übersehen werden. Dies ist unter anderem in Überschneidungsbereichen von zentraler Bedeutung. Durch die Absprache mit anderen Berufsgruppen kann gewährleistet werden, dass die Beteiligten im Handlungsraum ihrer Rolle bleiben können und keine Arbeitsfelder unbearbeitet bleiben (vgl. Baiertl 2017a: 85).

Weiter gilt es, die durch die Kooperation erlernten Denk- und Handlungsmuster in der Praxis umzusetzen, um dadurch in der praktischen Arbeit innere Sicherheit zu erlangen. Aus dem heraus können sich ein professionelles Selbstverständnis und die eigene Berufsidentität bilden. Dies dient wiederum der Rollenklarheit sowie Rollensicherheit und erleichtert die Begegnung mit Jugendlichen sowie Vertretern anderer Fachrichtungen (vgl. ebd.). Auch steht den Beteiligten durch die interdisziplinäre Kooperation eine grössere Auswahl an Interpretationsansätzen zur Verfügung, womit das Spektrum der Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten erweitert werden kann (vgl. Denner 2008: 294).

3.2.4 Selbstreflexionskompetenz und Psychohygiene

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion gehört zu einer der Grundkompetenzen der Sozialen Arbeit. Sie verlangt von Professionellen der Sozialen Arbeit, dass sie sich intensiv mit der eigenen Biographie, der persönlichen inneren Haltung, gelebten Werten und Normen, erfahrenen psychosozialen Belastungen und eigenen Konfliktmustern auseinandersetzen. Diese fortlaufende Selbstreflexion ist von grosser Bedeutung, da nicht nur Jugendliche ihre familiären Konfliktmuster auf soziale Fachkräfte übertragen oder wiederholen, sondern dies auch umgekehrt in der professionellen Beziehungsgestaltung durch Fachkräfte passiert. Neben der Beschäftigung mit der eigenen Biografie ist in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Erfahrungen von Gesundheit sowie Krankheit von zentraler Bedeutung. Die bewusste Wahrnehmung von persönlichen Rollenmustern, Ängsten und Vorurteilen gegenüber dem Krankheitsbild kann hilfreich sein, damit mit den betroffenen Jugendlichen unbelasteter und bewusster umgegangen werden kann (vgl. Denner 2008: 295).

Die Aneignung dieser Selbstreflexionskompetenz erfolgt teilweise im Studium oder in der beruflichen Fortbildung, hauptsächlich aber in Teambesprechungen und Supervisionen. Dieser Erwerbungsprozess ist fortlaufend und kann nicht ab einem gewissen Zeitpunkt als abgeschlossen gelten. Dies verlangt von Professionellen der Sozialen Arbeit die innere Bereitschaft, fortlaufend an dieser Kompetenz zu arbeiten und sich emotional weiterentwickeln zu wollen. Diese Prozesse sind nicht ohne Risiko und mit Anstrengung verbunden, können aber die Arbeitszufriedenheit erhöhen und einen grossen Beitrag für die eigene Persönlichkeitsentwicklung leisten (vgl. ebd.).

Die Möglichkeit der Aneignung von Fachwissen und Selbstreflexionskompetenz sowie der kollegiale Austausch mit dem Team und weiteren Fachkräften sind weiter von Notwendigkeit, damit soziale Fachkräfte ihre Arbeit befriedigend und effektiv ausführen können. Bei der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende an ihre Grenzen stossen. Gemeinsam mit den Jugendlichen müssen teilweise traumatische Biographien psychisch verarbeitet, konfliktbehaftete Beziehungsmuster reinszeniert und durchlebt oder Krisen bewältigt werden. Dies fordert von sozialen Fachkräften eine hohe psychische Belastbarkeit. Hierbei wird der kollegiale Austausch als grosse Entlastung empfunden. Durch diesen können situative Überforderungen eines einzelnen Mitarbeitenden besser abgefangen werden, und durch die gemeinsame Freude an gelungenen Entwicklungen und schönen Erfahrungen kann sich ein Team festigen und ein Gefühl von Bindung, Stärke und Zuversicht vermitteln. Das Team erfüllt somit eine wichtige Entlastungs- und Schutzfunktion. Durch den gemeinsamen Austausch von Erfahrungen und Wissen von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitenden kommt ihm zudem auch eine Fortbildungsfunktion zu. Neben der kontinuierlichen Selbstreflexion und den Teambesprechungen bieten auch weiterbildungsorientierte Supervisionen einen Ort für Konfliktklärung und Reflexion. Die Supervision bietet den Fachkräften die Möglichkeit, ihre Arbeitspraxis unter fachlicher Anleitung und Moderation aus einer gewissen Distanz und ohne direkten Handlungsdruck zu reflektieren. Die Supervision leistet einen grossen Beitrag zur Erweiterung der Team- und Selbstreflexionskompetenz, ermöglicht eine differenzierte Wahrnehmung und Entwicklung neuer Wege und dient somit der Professionalisierung (vgl. ebd.: 295–297).

Um arbeitsfähig zu bleiben, spielt neben dem Vorhandensein von entsprechenden Arbeitsbedingungen auch die persönliche Psychohygiene eine wichtige Rolle. Um die tägliche Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen bewältigen zu können, hilft ein gesunder Selbstwert und das Bewusstsein, dass der eigene Wert nicht überwiegend durch die Leistung bei der Arbeit definiert wird. Es besteht die Notwendigkeit, sich immer wieder Freiräume sowie Kraftquellen zu erschliessen, um sich aufzutanken. Dabei spielen neben der Arbeit weitere

Lebensfelder wie Familie, Freunde und Hobbys eine wichtige Rolle. Ein lebendiges Umfeld neben der Arbeit bietet Schutz vor einer Vereinnahmung durch diese und bietet die Möglichkeit, durch Abstand destruktive Dynamiken besser zu erkennen. In der Arbeit mit Jugendlichen sind darüber hinaus Geduld, Gelassenheit und ein Bewusstsein dafür, dass es nicht notwendig ist, perfekt zu sein, weitere Stützen. In der täglichen Arbeit stossen soziale Fachkräfte zwangsläufig immer wieder an persönliche Grenzen, woraus kleinere oder grössere Fehler resultieren können. Diese gilt es anzuerkennen und sich persönlich auch einzugestehen. Um auch bei schwierigen Entwicklungsverläufen von Jugendlichen handlungsfähig zu bleiben, hilft weiter das Bewusstsein, dass nicht jeder Jugendlicher „gerettet“ werden kann. Soziale Fachkräfte haben den Auftrag, den Jugendlichen gute Entwicklungsangebote zu machen. Ob und wie die Jugendliche diese nutzen, liegt in ihrer eigenen Verantwortung und entzieht sich somit der Kontrolle der Mitarbeitenden. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass Verantwortungsbereiche klar zwischen Jugendlichen, Eltern, dem Team und weiteren Fachkräften aufgeteilt werden. Dies schützt einzelne vor überzogenen Erwartungen oder übermässiger Verantwortungsübernahme. Bei der Bewältigung der vielzähligen Aufgaben sind Flexibilität, Kreativität und Sinn für Humor weitere Hilfen. Die Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen stellt viele Anforderungen an Professionelle der Sozialen Arbeit. Es sind vielseitige Blickwinkel zu beachten und zu berücksichtigen, was nicht von einer einzelnen Person gewährleistet werden kann, daher sind bei dieser Arbeit Teamplayer und keine Einzelkämpfer gefragt (vgl. Baierl 2017a: 89f.).

3.3 Zusammenfassung

Im Vordergrund einer Fremdplatzierung steht das Ziel, Jugendlichen durch die pädagogische Begleitung im Alltag neue Erfahrungen zu ermöglichen, die ihnen dabei helfen, ihre Defizite auszugleichen. Im Arbeitsfeld der stationären Jugendhilfe treffen soziale Fachkräfte nicht nur auf Heranwachsende mit pädagogischem Bedarf, sondern auch auf Jugendliche, die einen erhöhten pädagogisch-therapeutischen Unterstützungsbedarf aufweisen. Im Bereich der stationären Jugendhilfe ergeben sich daraus viele Ansätze für entsprechende Präventions- und Interventionsmassnahmen. Zu den zentralen Aufgaben der sozialen Fachkräfte zählt hierbei, die Jugendlichen in ihren Ressourcen zu fördern, ihnen zu ermöglichen, an alterstypischen Lebensvollzügen teilnehmen zu können und sie zur gesellschaftlichen Partizipation zu befähigen.

In der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen sind die Sachkompetenz bezüglich psychischer Störungen, die Methodenkompetenz, die Interdisziplinäre Teamkompetenz sowie die Selbstreflexionskompetenz und Psychohygiene von zentraler Bedeutung.

4. Ausgewählte Formen von psychischen Auffälligkeiten

Wie bereits beschrieben, weisen Jugendliche mit einer psychischen Auffälligkeit einen erhöhten pädagogisch-therapeutischen Unterstützungsbedarf auf. Folgend werden nun spezifische Störungsbilder genauer erläutert. Der Hauptfokus wird dabei auf die Traumatisierung gelegt, da der Hauptteil von fremdplatzierten Jugendlichen traumatische Erlebnisse durchgemacht haben. Als Beispiel einer internalisierten Auffälligkeit wird die Depression erläutert, gefolgt von einer externalisierten Auffälligkeit, und zwar ADHS. Als Beispiel einer komplexen Auffälligkeit wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben. Der Hauptfokus liegt dabei nicht auf der Diagnostik, den Ursachen oder möglichen Präventionsmassnahmen, sondern auf typische Symptome sowie Verhaltensmuster und dem sich daraus ergebenden spezifischen Unterstützungsbedarf.

4.1 Traumatisierung und Traumafolgen

Ursprünglich leitete sich das Wort „Trauma“ aus dem Griechischen ab und bedeutet „Verletzung“ oder „Wunde“. Ob sich die Verletzung auf den Körper oder die menschliche Seele bezieht, geht daraus jedoch nicht hervor. Der Begriff findet sich daher neben der Psychologie auch in der Medizin wieder und beschreibt körperliche Verletzungen, die im Zusammenhang mit äusserlicher Gewalteinwirkung stehen. In der vorliegenden Arbeit wird aber nur die psychologische Definition von Trauma untersucht.

Die ICD-10 definiert Trauma als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al. 2015: 194). Weitere Autoren und Fachkräfte heben zudem hervor, dass auch langanhaltende Belastungen wie Kränkung, Mobbing oder Ausgrenzung zu traumatischen Systematiken führen können (vgl. Baierl 2017a: 245). In der praktischen Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen empfiehlt Baierl (2014) folgende Definition:

Traumatisierung entsteht durch Situationen oder Geschehnisse extremer oder langanhaltender meist aussergewöhnlicher Belastung, welche die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigt und dadurch zu anhaltenden tief greifenden Veränderungen des Selbst- und Weltlebens führen sowie dauerhafte Veränderungen von Denken, Fühlen und Handeln hervorrufen (ebd.: 23f.).

Alle Definitionen stimmen darin überein, dass nur von einer Traumatisierung gesprochen werden kann, wenn sowohl ein speziell belastetes Geschehen als auch dadurch verursachte tiefgreifende Veränderungen auftreten. Zu möglichen Traumata zählen unter anderen

Vernachlässigung, seelische Misshandlung, häusliche Gewalt, oder traumatische Sexualisierung. In der Schweiz berichten 80 % der fremdplatzierten Jugendlichen von mindestens einem traumatischen Erlebnis, über ein Drittel durchlebte sogar mehr als drei traumatische Erlebnisse (vgl. Schmid et al. 2012: 5). Es gibt daher kaum stationäre Institutionen, bei denen Professionelle der Sozialen Arbeit nicht mit Auswirkungen von Traumata konfrontiert werden. Eine Traumatisierung stellt zudem einen Hauptrisikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen dar. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, psychosomatische Beschwerden und Borderline-Persönlichkeitsstörungen treten dabei besonders häufig auf (vgl. Baierl 2017a: 249).

Traumatisierungen lassen sich in unterschiedliche Typen unterteilen. Auf diese wird im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht detaillierter eingegangen. Der Fokus wird im weiteren Verlauf auf Symptome und typische Verhaltensmuster bei Traumatisierung und dem sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarf für Jugendliche gelegt.

4.1.1 Symptome und typische Verhaltensmuster bei Traumatisierung

Grundsätzlich kann jede körperliche oder psychische Beschwerde als Traumafolge auftreten. Solche Traumafolgen dienen als Überlebensstrategie, um in gefährlichen Lebenslagen bestehen zu können. Diese Mechanismen werden überwiegend ohne bewusste Kontrolle so lange aufrechterhalten, bis sich die Betroffenen wieder in Sicherheit fühlen (vgl. Baierl 2017a: 250). Im Folgenden werden diese Grundmechanismen beschrieben.

Veränderung in der Physiologie bzw. Neurologie

Auf Belastung reagiert der Körper grundsätzlich mit drei Grundsystemen. Das Kampf-Flucht-System sorgt zunächst für eine maximale Reaktionsbereitschaft, um schnell und kraftvoll handeln zu können. Durch die Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin werden physische Reaktionen wie schnellerer Herzschlag, Schwitzen und Anspannung der Muskeln ausgelöst. Dies soll der körperlichen Abwehr dienen und Schutz bieten. Der Körper wird auf Autopilot geschaltet, in diesem Zustand werden nur unmittelbar überlebenswichtige Informationen aufgenommen, womit die Erinnerungsfähigkeit reduziert wird. Kann eine Bedrohung durch Kampf oder Flucht bewältigt werden, stärkt dies das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Gelingt dies nicht, setzt das Bindungssystem ein. Durch die Ausschüttung von Oxytocin wird der Körper ruhiger, zitteriger und schlaff. Betroffene wirken dadurch ungefährlicher oder schützenswert. Beim Angreifer soll damit Bemessung oder bestenfalls die Bereitschaft zur Hilfe aktiviert werden. Erfolgt eine Lösung durch das Bindungssystem, können daraus positive soziale Erfahrungen resultieren. Wenn die gefährliche Situation auch durch das Bindungssystem nicht aufgelöst werden kann, setzt das Erstarrungssystem ein. Hierbei schüttet der Körper Opiate und Enkephaline aus, das vegetative Nervensystem wird weitgehend heruntergefahren, was

bis zur Ohnmacht führen kann. Die Aussenwahrnehmung wird grösstenteils abgeschaltet, Dissoziation setzt ein und das Schmerzempfinden wird deutlich gesenkt. Durch diese Erstarrung tritt extreme Hilflosigkeit auf (vgl. Baierl 2017a: 250f.).

Die Möglichkeit einer Traumatisierung ist spätestens nach dem Eintreten der Erstarrungsphase von hoher Wahrscheinlichkeit. Die drei Bewältigungsmechanismen werden danach unbewusst und unwillkürlich aufrechterhalten, auch wenn die Gefahr vorbei ist. Betroffene bleiben zwischen dem Kampf-, Flucht-, Bindungs- und Erstarrungssystem gefangen. Dies führt zu einem dauerhaft erhöhten Adrenalinpiegel, und in belastenden Situationen wird zusätzliches Adrenalin ausgeschüttet. Diese Übererregtheit des vegetativen Nervensystems kann zu heftigen, langanhaltenden Kontrollverlusten führen (vgl. ebd.: 251).

Veränderung des Selbst- und Welterlebens

Traumatisierte Jugendliche betrachten und interpretieren das Selbst- und Welterleben wie durch eine Brille. Bedrohung (Ich bin gefährlich), Kontrollverlust (Ich bin ausgeliefert), Infragestellung des eigenen Wertes (Ich bin wertlos) sowie Schuld und Scham (Ich habe es wohl selbst gewollt) sind mögliche Filter. Wenn Täter nahestehende Personen, wird Nähe als besonders bedrohlich empfunden. Betroffene Jugendliche stecken somit in einem Dilemma, da sich die meisten Nähe und Beziehung wünschen. Schöne Momente der Nähe können von ihnen als Bedrohung empfunden werden, was wiederum entsprechende Schutzmechanismen wie nicht erklärbare Ausraster aktivieren kann. Einige kompensieren schlimme Erfahrungen auch damit, dass sie sich selbst als böse betrachten, was das Geschehen gerechtfertigt. Diese Vorstellung von Gut und Böse hilft ihnen dabei, ein Grundgefühl der Kontrolle aufrechtzuerhalten. Dadurch kann es aber nie einen sicheren Ort geben, da sie das vermeintlich Böse in sich tragen (vgl. Baierl 2017a: 251f.).

Dauerhafte Veränderung des Denkens

Während der Traumatisierung ist die Informationsaufnahme und -verarbeitung deutlich reduziert. Das Erlebnis wird somit nicht als Ganzes, sondern als einzelne Erinnerungsbrocken abgespeichert. Somit gilt es nie als abgeschlossen oder vorbei. Durch diese lückenhafte Speicherung können sich Jugendliche nicht mehr an den gesamten Ablauf der Geschehnisse erinnern. Das Erlebte wird dadurch schwer fassbar, was es zudem auch erschwert, darüber zu sprechen. Auch können bestimmte Inhalte nicht vergessen werden, die sich dadurch immer wieder in die Erinnerung drängen (Intrusion). Weiter kann jedes Ereignis, welches im Zusammenhang mit einem Erinnerungsfetzen steht, das Erleben, die Gefühle und das Verhalten auslösen, die während der Traumatisierung erfolgten. Einzelne Reize können daher ein sofortiges Wiedererleben auslösen. Dabei reagieren die Jugendlichen nicht auf das aktuell

äussere Geschehen, sondern auf ihre innere Wahrnehmung (Dissoziation) (vgl. Baierl 2017a: 252f.).

Dauerhafte Veränderung der Gefühle

Dissoziation, Trigger und Intrusion können heftige und unvorstellbare Gefühle auslösen. Diese werden durch den erhöhten Adrenalinpiegel schnell extrem erlebt und benötigen länger, um wieder abzuklingen. Zeitweise können betroffene Jugendliche auch in frühere Entwicklungsstufen zurückfallen (Regression) und verhalten sich dadurch nicht altersentsprechend. Weiter können viele traumatisierte Jugendliche Gefühle nicht richtig voneinander unterscheiden, da diese ähnliche Grundkomponenten haben (bei Freude und Wut z. B. Erregung). Viele traumatisierte Jugendlichen erlebten auch parallel auftretende Gefühle, beispielsweise Liebe und Angst bei nahestehenden Personen. Gefühle konnten dadurch nie getrennt erlebt werden (vgl. Baierl 2017a: 253).

Dauerhafte Veränderung des Handelns

Das individuelle Verhalten richtet sich nach der eigenen Wahrnehmung sowie dem Denken und Fühlen, daher sind ängstliche, wütende, hilflose, schwer nachvollziehbare und extreme Verhaltensweisen bei traumatisierten Jugendlichen normal. Wissen über solche Verhaltensmuster ist daher Voraussetzung für die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen. Dies ist unter anderem in der ambivalenten und komplexen Beziehungsgestaltung mit Traumatisierten von zentraler Bedeutung. Das komplexe Beziehungsmuster, das sich aus der Suche nach Nähe und der Angst davor ergibt, gilt es als Symptom zu erkennen und ist nicht als böswillige Manipulation oder Beziehungsunfähigkeit zu deuten (vgl. Baierl 2017a: 253).

Traumakompensatorische Muster

Um den durch das Trauma auftretenden Veränderungen begegnen zu können, entwickeln viele traumatisierte Jugendliche eigene Muster. Diese dienen als Überlebensstrategien und sind oft entsprechend verfestigt. Während Rückzug und Vermeidung vor anderen Menschen, Triggern und Überforderung schützt, schützt Angst zu machen davor, Angst zu haben. Durch solche Muster können Anstrengungen, die sich durch Veränderungen ergeben, vermieden und eine Form der Kontrolle bewahrt werden. Oft rekonstruieren traumatisierte Jugendliche auch ihnen bereits bekannte Konstellationen. Sie verhalten sich dabei bewusst oder unbewusst so, dass sie immer der Aussenseiter bleiben oder von anderen abgelehnt werden. Dies sind zwar keine angenehmen, aber ihnen bereits bekannte sowie vorhersehbare Situationen und vermitteln ihnen dadurch eine Pseudosicherheit. Weiter reagieren traumatisierte Jugendliche auf übermächtige Emotionen mit Maskierungsgefühlen. Beispielsweise kann es einfacher sein, Wut zu zeigen, als Enttäuschung und Trauer zuzulassen. Nicht selten zeigen sie daher nach aussen andere Gefühle, als sie im Inneren fühlen (vgl. Baierl 2017a: 254).

4.1.2 Unterstützungsbedarf von traumatisierten Jugendlichen

Wie soeben beschrieben, weisen traumatisierte Jugendliche Verhaltensmuster auf, die ausserhalb der alltagspädagogischen Erfahrungen liegen. Sie reagieren auf scheinbar unbedeutende Ereignisse impulsiv und aggressiv, laufen weg oder verletzen sich selbst. Gewohnheitsmässiges Lügen oder sich nicht mehr an Handlungen erinnern zu können (Dissoziation) stellen weitere Überlebensmuster dar, die den Alltag mit diesen Jugendlichen prägen. Ihr Selbstbild ist gezeichnet von Ablehnung und Verurteilung, was es ihnen erschwert, positive Erfahrungen zuzulassen und daraus Verhaltensänderungen zu entwickeln. Zur zentralen Aufgabe in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen gehört demnach auch, Selbstfindungs- und Selbstheilungsprozesse zu unterstützen. Dies verlangt von Sozialen Fachkräften, dass sie sich auf die psychische Realität und die oft bizarren Verhaltensweisen der Jugendlichen einlassen können (vgl. Baierl et al. 2017: 59). Entsprechende pädagogische Konzepte und Ansätze werden unter dem Begriff der Traumapädagogik zusammengefasst. Folgend werden ausgewählte Grundaspekte dieser Pädagogik dargelegt und der pädagogische Bedarf der Jugendlichen in diesen Bereichen aufgezeigt.

Herstellen von Sicherheit

Traumatisierte Jugendliche benötigen zuallererst Sicherheit und Geborgenheit. Solange dies nicht gegeben ist, werden sie ihre Überlebensmuster weiterführen. Eine sichere Lebenswelt zu schaffen, bedeutet, Beziehungen aufzubauen, durch die die Jugendlichen Liebe, Wohlbefinden und Geborgenheit erfahren können. Durch das Abdecken von körperlichen, psychischen und sozialen Grundbedürfnissen soll weiter ein Milieu geschaffen werden, das schützt, versorgt, stärkt sowie fördert und korrigierende positive Erfahrungen ermöglicht. Neben dieser personellen und inneren Sicherheit benötigen traumatisierte Jugendliche auch einen äusseren sicheren Rahmen, der sie vor weiteren Gewalteinwirkungen, Misshandlungen oder Personen schützt. Kontrolle, Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit dienen traumatisierten Jugendlichen als Sicherheitsgeber. Die Traumapädagogik verlangt somit das Vorhandensein von klaren Strukturen und verständlich kontrollierbaren Regeln. Auch wenn objektiv sichere Rahmenbedingungen gesetzt wurden, gilt es, das subjektive Sicherheitsempfinden der Jugendlichen stets gemeinsam zu überprüfen und Bedingungen zu schaffen, die es den Jugendlichen ermöglichen, sich wirklich sicher zu fühlen (vgl. Baierl 2017b: 73–78).

Stärkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit

Eine schwere Traumatisierung kann bei Jugendlichen ähnliche Beziehungsmuster hervorrufen wie sie bei Jugendlichen mit Bindungsstörungen anzutreffen sind. Der Aufbau von Bindungs- und Beziehungsfähigkeit stellt somit einen zentralen Aspekt in der Arbeit mit traumatisierten

Jugendlichen dar. Langfristig tragfähige und verlässliche Beziehungen, in denen Nähe als positiv erlebt werden kann und die auch Krisen überstehen, sind dabei unerlässlich. Um eine tragfähige Beziehung aufbauen zu können, ist es hilfreich, wenn Jugendliche wissen, wer für sie zuständig ist. Durch das gemeinsame Erleben von schönen Erfahrungen und durch das Bewältigen von Krisen erfahren Jugendliche Halt, Nähe und das Gefühl, dass jemand zu ihnen hält, auch wenn es schwierig wird. Da Beziehungen zu Gleichaltrigen für Jugendliche genauso wichtig sind wie zu Erwachsenen, gilt es auch hier einen geschützten Rahmen zu schaffen, in dem Jugendliche diesbezüglich positive Erfahrungen machen können und erleben, dass auch Krisen und Streit keine Katastrophen sind (vgl. Baierl 2017a: 264; Baierl 2017b: 78f.).

Förderung der Selbstregulation

Traumatisierte Jugendliche durchlebten Ereignisse, in denen sie jegliche Kontrolle über die Situation verloren haben. Weiter können im Alltag Trigger und äussere Reize unkontrollierbare Gefühlsausbrüche auslösen und zu extremen Verhaltensweisen führen. In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen stellen somit das Steuern und Kontrollieren der eigenen Gefühle, Körperreaktionen und des eigenen Verhaltens einen wichtigen Lernprozess dar. Damit Jugendliche wieder lernen, mit ihren Gefühlen umzugehen, benötigen sie zunächst Unterstützung in der Gefühlswahrnehmung, -erkennung, -benennung und -zulassung. Jugendliche sollen daher im Alltag in der Gruppe die Möglichkeit erhalten, mit Hilfe der Sozialen Fachkräfte potenziell emotionale und geladene Situationen zu bewältigen. Dies kann in spezifischen Trainings in der Gruppe oder in Einzelsituationen erfolgen. Neben der Herstellung von emotionaler Stabilität spielt auch die körperliche Stabilisierung eine tragende Rolle. Dies kann unter anderem durch gesunde Ernährung, einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus und körperliche Bewegung geschafft werden. Diese Grundlagen gilt es zu gewährleisten, und die Jugendlichen müssen darin unterstützt werden, damit sie ihre Selbstfürsorge wieder eigenverantwortlich wahrnehmen können (vgl. Baierl 2017b: 80f.). Weiter sollen traumatisierte Jugendliche bei der Förderung von eigenmächtigem Verhalten und dem Umgang mit Kontrollverlust unterstützt werden. Dies bedingt von Professionellen der Sozialen Arbeit Wissen über traumabedingte Dynamiken. Hierbei kommen Trainings zur Selbstwertsteigerung, Selbstfürsorge, zu sozialen Kompetenzen sowie zur Problemfähigkeit, Konfliktfähigkeit und Gewaltlosigkeit zum Tragen (vgl. Baierl 2017a: 268).

Veränderungen der Verhaltensmuster

Durch traumatisierende Erlebnisse ist häufig die Informationsverarbeitung beeinträchtigt. Dies beeinflusst die eigene Selbst- und Welterlebenswahrnehmung. Traumatisierte Jugendliche konstruieren sich eigene Wirklichkeiten und entwickeln daraus ihre Verhaltensmuster. Das Konzept der Traumapädagogik versteht jedes Verhalten eines Jugendlichen als positive Absicht (Annahme des guten Grundes), da es für die Jugendlichen innerhalb ihrer erlebten

Wirklichkeit als sinnvoll gedeutet wird. Ihre Muster dienen ihnen als Überlebensstrategie und sind daher tief verankert. Diese Dynamiken gilt es in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen zu erkennen und zu deuten. Grundlage dafür ist ein ehrliches Interesse an der Realität des Jugendlichen und eine empathische und wertschätzende Grundhaltung. Nur durch das Zusammenspiel der erlebten Wirklichkeit des Jugendlichen und der Fachlichkeit der sozialen Fachkräfte kann ein gemeinsames Verstehen wachsen und heilsam wirken. Aus diesem Verständnis ergeben sich neue Wege zur Selbst- und Weltwahrnehmung, und zudem wird die Entwicklung von neuen Verhaltensweisen ermöglicht (vgl. Baierl 2017a: 265; Baierl et al. 2017: 60).

Lebensfreude

Durch das Erfahren von traumatischen Erlebnissen ist die Freude am Leben oder dem eigenen Sein nur noch bedingt möglich. Traumatisierte Jugendliche benötigen daher ein Setting, das durch Spass, Humor und gemeinsame Freude das Empfinden von Lebensfreude, Stolz und Liebe wieder ermöglicht und zu positiven Wirklichkeitskonstruktionen führt. Weiter sollen sie durch das gemeinsame Erleben wieder erfahren können, dass sie einen wertvollen Beitrag für die Gemeinschaft (Wohngruppe, Familie, Gesellschaft) leisten (vgl. Baierl 2017b: 83).

Eltern- und Familienarbeit

Oft stehen Eltern den traumatischen Erlebnissen und den sich daraus entwickelnden Dynamiken und Veränderungen bei ihrem Kind hilflos gegenüber. Hierbei gilt es, die Eltern zunächst soweit zu unterstützen, dass sie für ihr Kind wieder ein hilfreiches Gegenüber sein können. Ist diese Stabilisierung nicht möglich, kann es den Jugendlichen besonders schwerfallen, selber wieder Sicherheit zu entwickeln. Wenn sich Eltern durch ihre starke Belastung aktuell nicht um ihre Kinder kümmern können, gilt es, sie darin zu bestärken, dass sie die professionellen Hilfen für ihr Kind annehmen und unterstützen. Weiter sollen Eltern stets ausführlich über alle traumarelevanten Themen informiert werden, damit sie ein besseres Verständnis betreffend das Verhalten und den Dynamiken ihrer Kinder erlangen. Weiter weisen viele Eltern von traumatisierten Jugendlichen überängstliche und überbehütete Verhaltensweisen auf. Nachdem ihr Kind in ernster Gefahr war, ist dies zwar nachvollziehbar, hindert die Jugendlichen aber in ihrer Entwicklung von Selbstständigkeit. Eltern sollten daher Unterstützung in der Frage erfahren, wie sie ihr Kind einerseits schützen können, andererseits aber auch dessen Eigenständigkeit fördern. Hierbei gilt es, überängstliche und vermeidende Verhaltensweisen der Eltern zu erkennen und zu benennen, da diese ansonsten von den Jugendlichen als negative Modelle übernommen werden können. Damit wieder eine gewisse Normalität und Sicherheit hergestellt werden kann, gilt es, alle Interventionen, die einen guten Kontakt, gemeinsame Freude und positive Erlebnisse fördern, in Erwägung zu ziehen. Sind die Eltern mitverantwortlich für die Traumatisierung, gestaltet sich die Elternarbeit sehr

komplex. Wie und in welcher Form Kontakt aufgenommen werden soll, gilt es mit den Jugendlichen, den Eltern und den involvierten Behörden sowie Fachkräften zu klären. Im Vordergrund sollen hierbei stets die Sicherheit der Jugendlichen und der Schutz des Kindeswohles stehen (vgl. Baierl 2017a: 277f.).

4.2 Depression

Die Depression wird den internalisierten bzw. überkontrollierten Störungsbildern zugeordnet. Beeinträchtigungen der Gefühls- und Stimmungslage und des inneren Erlebens stellen charakteristische Merkmale dieser Störung dar. Im allgemeinen Sprachgebrauch und der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff „Depression“ unterschiedlich verwendet. Seine Bedeutung reicht von der Beschreibung eines eher alltäglichen Gefühls der Traurigkeit bis hin zur Bezeichnung für eine schwerwiegende und umfassende psychische Störung (vgl. Groen/Petermann 2011: 15). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff als Bezeichnung einer psychischen Störung verstanden.

In wissenschaftlichen Diskussionen herrscht eine nahezu übereinstimmende Meinung, dass neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche von depressiven Symptomen betroffen sein können. Es bleibt jedoch strittig, ob die Unterschiede zwischen einer diagnostizierten depressiven Störung und normalen Stimmungszuständen qualitativ eingestuft werden können oder ob die Übergänge eher als fließend zu betrachten sind (vgl. ebd.:16f.).

Epidemiologische Studien zeigen, dass depressive Störungen und Symptome im Jugendalter recht weit verbreitet sind. Bei Kindern wird eine diagnostizierbare depressive Störung vergleichsweise seltener festgestellt. Ein deutlicher Anstieg der Auftretungshäufigkeit wurde aber mit dem Beginn der Jugendzeit festgestellt, wobei Mädchen davon wesentlich häufiger als Jungen betroffen sind. Empirische Untersuchungen zeigen allgemein eine deutliche Zunahme der Depressionsrate bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten (vgl. ebd.: 31).

Depressionen treten häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf. Unterschiedliche Studien zeigen eine Komorbiditätsrate von 40 bis 70 %. Angststörungen, Drogenmissbrauch und Suizidversuche sind häufig beobachtete Störungen, die im Zusammenhang mit Depression auftreten (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007: 79).

4.2.1 Symptome und typische Verhaltensmuster bei Depression

Die Depression lässt sich nach ICD-10 in eine Reihe unterschiedlicher Typen klassifizieren. Diese spezifischen Ausprägungen werden folgend nicht näher beschrieben. Obwohl sich die Störungsbilder in einigen Aspekten unterscheiden, sind die grundlegenden Symptome bei allen Ausprägungen vorhanden. Zu den wesentlichen Anzeichen einer Depression gehören

eine deutliche emotionale Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit, eine reduzierte Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden (Anhedonie), ein verminderter Antrieb und eine schnelle Ermüdbarkeit (vgl. Groen/Petermann 2011: 17).

Die Kernsymptome bzw. klinischen Merkmale lassen sich laut Fröhlich-Gildhoff (2007) geordnet nach vier Kategorien wie folgt beschreiben:

- *Stimmung*: traurig, niedergedrückt, unglücklich, reizbar
- *Kognition*: negative Gedanken, geringe Kontrollerwartung, geringes Selbstwertgefühl, Selbst-Schuldzuschreibungen, Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidgedanken
- *Verhalten*: Antriebsverringerng/-armut, psychomotorische Verlangsamung (oder auch Erregung, Weinen, sozialer Rückzug, Suizidhandlungen)
- *Körperlich*: Schlafstörungen, starke Müdigkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit (ebd.: 77)

Neben dem wohl jedem Menschen vertrauten Gefühl einer zeitweisen Traurigkeit und Unlust, lässt sich eine depressive Störung durch die Intensität und Dauer der Symptome klar von einer eher alltäglichen Verstimmung abgrenzen. Von einer Depression wird erst dann gesprochen, wenn mehrere der genannten Symptome gleichzeitig auftreten, diese eine bestimmte Intensität erreichen, über den Zeitraum von mindestens einigen Wochen durchgängig auftreten und das Leben der Betroffenen deutlich beeinträchtigen (vgl. Groen/Petermann 2011: 17).

Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Symptome depressiver Episoden und die Depressionsmuster von Jugendlichen mit denen der Erwachsenen übereinstimmen. Im Unterschied zu Erwachsenen konnte jedoch festgestellt werden, dass bei Jugendlichen häufiger Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit, Veränderung des Appetits, erhöhtes Schlafbedürfnis und suizidales Verhalten auftreten (vgl. ebd.: 29). Folgende Tabelle fasst die Studienergebnisse zu den häufigen und deutlich auftretenden Symptomen depressiver Störungen im Jugendalter zusammen.

Psychische Symptome	Somatische Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • Schwankungen des Befindens • Teilnahmslosigkeit • Verzweiflung, Wut • Verweigerung • Lust- und Antriebslosigkeit • Desinteresse • Sozialer Rückzug • Verlangsamung von Denken und Handeln • Konzentrationsstörungen • Vermindertes Selbstvertrauen • Angst, Grübeln, Zukunftsängste • Suizidalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlaf- und Essstörungen • Psychosomatische Beschwerden • Morgentief • Früherwachen • Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Tab. 5: Typische Symptome depressiver Störungen im Jugendalter (In Anlehnung an: Nevermann/Reicher 2009: 45)

Einige der aufgeführten Merkmale einer depressiven Störung bei Jugendlichen werden folgend näher ausgeführt.

Traurigkeit, Gereiztheit und Pessimismus

Bei Jugendlichen, die unter einer langanhaltenden freudlosen Stimmung und dem damit einhergehenden Gefühl des Unwohlseins leiden, kann sich die Traurigkeit neben einer deutlich zu beobachtenden Niedergeschlagenheit, Verlangsamung des Handelns und Appetitlosigkeit auch in einer eher gereizten und schnell aufbrausenden Stimmung äussern. Die Traurigkeit wird zu einem inneren Stressfaktor, mit dem sich die Jugendlichen überfordert fühlen. Dies belastet nicht nur die Psyche, sondern auch den Organismus und verbraucht viel Kraft sowie Energie. Betroffene Jugendlichen befinden sich daher häufig in einem Zustand des „Ausgebrannt-Seins“ und der „inneren Erschöpfung“. Kleinste Anmahnungen, Aufforderungen oder Worte der Kritik können je nach Ausmass des psychischen Downs bei den Jugendlichen völlig unangemessene Ärgerreaktionen hervorrufen. Einen weiteren zentraler Aspekt von Depression bei Jugendlichen bildet der Pessimismus und das sogenannte Katastrophendenken. Sie sehen die Zukunft als trostlos, erleben die Gegenwart als unerträglich und sehen die Vergangenheit voller Niederlagen. Sie selbst sehen sich nicht in der Lage, etwas zum Besseren zu verändern (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 25f.).

Negative Selbstwertung, geringes Selbstwertgefühl

Durch ein negatives Selbstwertgefühl kommt es bei depressiven Jugendlichen zu negativen Einschätzungen gegenüber sich selbst und den eigenen Leistungen. Dieses Merkmal ist eines der häufigsten Symptome, die bei Jugendlichen auftreten, ist jedoch nicht nur typisch für eine Depression, sondern kann auch im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung stehen. Die negativen Selbstüberzeugungen des Jugendlichen stimmen dabei häufig nicht mit

der Realität überein. Durch ihre Tendenz, sich selbst und die Dinge negativ zu sehen, lenken die Jugendlichen ihr Denken und Handeln entsprechend (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 28f.).

Körperliche Beschwerden

Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme oder auch allgemeines Unwohlsein sind körperliche Beschwerden, die häufig bei depressiven Jugendlichen auftreten. Nicht selten flüchten sich die Jugendlichen in Unwohlsein und körperliche Beschwerden, um sich damit unangenehmen Situationen (Bsp. Schule/Arbeit) zu entziehen. Körperliche Beschwerden sind dennoch ernst zu nehmen und sollten von einem entsprechenden Arzt untersucht werden. Kann dieser keine organische Ursache finden, kann die Ursache mit der psychischen Gesundheit des Jugendlichen in Verbindung stehen, woraufhin eine entsprechende fachliche Beratung aufgesucht werden sollte (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 34f.).

Sozialer Rückzug aus Beziehungen

Nicht selten haben Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen wenig bis gar keine Freunde, mit denen sie ihre Freizeit verbringen können. Bestehen Kontakte zu Gleichaltrigen, sind diese in der Tendenz eher konfliktreich und instabil. Weiter löst das depressive Verhalten der betroffenen Jugendlichen bei anderen Ablehnungsverhalten aus, was zu weiteren depressiven Reaktionen führt. Durch die Erfahrung von Ablehnung und dem Mangel an positiven Rückmeldungen und positiver Verstärkung können sich depressive Symptome verstärken, und betroffene Jugendliche zeigen die Tendenz, sich zu isolieren. Diese soziale Isolierung kann in eine starke Einsamkeit münden und verstärkt wiederum die Symptomatik einer Depression. Durch einen langanhaltenden sozialen Rückzug wird die Entwicklung von altersentsprechenden sozialen Kompetenzen verhindert, die Jugendlichen erhalten somit zu wenige Möglichkeiten, um zu lernen, wie man sich in einer Gruppe verhält, Konflikte austrägt oder gemeinsam Probleme löst. In der Regel bildet der schwerwiegendste Aspekt für betroffene Jugendliche die Tatsache, dass sie massiv darunter leiden, keine oder wenige soziale Kontakte zu haben (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 32–34f.).

4.2.2 Unterstützungsbedarf von depressiven Jugendlichen

Wie bereits beschrieben, kann eine Depression ganz unterschiedliche Erscheinungsbilder haben und die Jugendlichen auf unterschiedliche Weise in ihrem Erleben und Gestalten des Alltags beeinträchtigen. Sie weisen in unterschiedlichen Bereichen einen spezifischen Unterstützungsbedarf auf. Folgend wird auf einige davon näher eingegangen.

Beziehung, Kontakt und Geduld

Depressive Jugendliche können am besten unterstützt werden, wenn betreuende Fachkräfte ihnen gegenüber eine positive Haltung einnehmen. Durch die Präsenz von Bezugspersonen können die Jugendlichen erfahren, dass jemand für sie da ist und gerne Zeit mit ihnen verbringt. Da Jugendliche eher selten von sich aus auf andere zugehen, ist es die Aufgabe der sozialen Fachkräfte, den Kontakt immer wieder aufzunehmen und zu halten. Depressive Jugendliche können dies oft nicht würdigen, fordern, in Ruhe gelassen zu werden und erleben den Kontakt als ungewolltes Einmischen in ihre Angelegenheiten. Da depressiven Jugendlichen teilweise der Antrieb für ein Gespräch oder eine Unternehmung fehlt, müssen soziale Fachkräfte die Energie und Motivation für beide mitbringen und aufrechterhalten. Das Aushalten solcher Situationen benötigt von den sozialen Fachkräften viel emotionale Kraft (vgl. Baierl 2017a: 219f.).

Depressive Jugendliche fühlen sich oft niedergeschlagen, ängstlich oder sogar aggressiv. Diese Gefühle sind stets ernst zu nehmen und zu akzeptieren. Befinden sich Jugendliche in einer depressiven Episode, gelingt es ihnen nicht mehr, gegen diese Gefühle anzukämpfen. Die negativen Gefühle und Gedanken bilden dabei die momentane Wirklichkeit der Jugendlichen, aus der oftmals kein schneller Weg herausführt.

Es gilt, die Jugendlichen diesbezüglich geduldig zu begleiten und Zustände, in denen sich Jugendliche über alles beklagen und alles als hoffnungslos empfinden, gemeinsam auszuhalten (vgl. ebd.: 221).

Tagesstruktur und Aktivierung

Jugendlichen mit einer Depression fehlt oft die Motivation und Energie, ihren Tag eigenständig und sinnvoll zu strukturieren. Würden sie dabei sich selbst überlassen, würden viele den Tag vollständig im Bett verbringen. Betroffene beschreiben diesen Zustand als langsames Versinken in einem weichen Sumpf. Um dieses Versumpfen zu verhindern, hilft eine klare Tagesstruktur. Die Tagesplanung sollte so ausgelegt werden, dass der Tag aus kleinen, überschaubaren und trotz Depression bewältigbaren Abschnitten und Aufgaben besteht. Es liegt im Aufgabenbereich der sozialen Fachkräfte, die Jugendlichen dazu anzuhalten, sich an der vereinbarten Tagesplanung zu orientieren. Ein solcher Plan bietet den Jugendlichen die Struktur, die sie sich momentan nicht geben können. Bei der Ausarbeitung des Tagesablaufes empfiehlt es sich, eine Balance zwischen klarer Struktur und flexiblem Eingehen auf die momentane Befindlichkeit der betroffenen Jugendlichen zu schaffen (vgl. Baierl 2017a: 222).

Durch die Depression befinden sich betroffene Jugendliche schnell in einem Teufelskreis aus Inaktivität, Rückzug und depressiven Symptomen. Durch vermehrtes Schonen und sich Zurückziehen verlieren depressive Jugendliche Kraft, Freude und Lebensmut, womit es ihnen immer schwerer fällt, sich für neue Aktivitäten zu motivieren. Auch wenn die Jugendlichen

Aktivitäten als Qual empfinden, ist es dennoch notwendig, aktiv zu bleiben. Die Initiative dafür muss auch hier von den sozialen Fachkräften ausgehen. Gemeinsame Aktivitäten, die von Gesunden als spannend und aufregend erlebt werden, und körperliche Aktivität gelten als unterstützend für die Durchbrechung des Teufelskreises (vgl. ebd.: 222f.).

Psychotherapie und Medikation

Leichte Depressionen können manchmal von selbst abklingen. Mittlere und schwere Depressionen bedürfen aber einer psychotherapeutischen Behandlung. Oft können sich depressive Jugendliche, wie auch bei anderen Tätigkeiten, schwer aufrufen, Termine wahrzunehmen. Soziale Fachkräfte sind auch hier mitverantwortlich, dass die Termine wahrgenommen werden. Hierbei sollte mit dem Einvernehmen des Jugendlichen ein lebendiger Austausch zwischen Therapeuten und Pädagogen stattfinden, damit sich durchgeführte Massnahmen gegenseitig ergänzen können. Äussern Jugendliche Suizidgedanken, ist eine Risikoabschätzung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig. Ist eine medikamentöse Behandlung unerlässlich, sind die sozialen Fachkräfte mit verantwortlich, dass die Jugendlichen die Medikamente zuverlässig und in den angegebenen Dosen zu sich nehmen. Auch hier wird eine gute Zusammenarbeit zwischen Pädagogen und Therapeuten dringend empfohlen (vgl. Baierl 2017a: 228f.).

4.3 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Betroffene Jugendliche kämpfen mit Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Überaktivität, innerer und äusserlicher Unruhe sowie Impulsivität. Bisher ist es noch nicht gelungen, eine Übereinkunft darüber zu finden, wie die Störungsgruppe in zutreffende Untergruppen eingeteilt werden kann. In der ICD-10 wird zwischen einer „einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) und einer „hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) unterschieden. Der Überbegriff „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) stammt aus der DSM-IV. Diese unterteilt die Störung in überwiegend aufmerksamkeitsgestört (Aufmerksamkeitsdefizitstörung ADS), überwiegend hyperaktiv (Hyperaktivitätsstörung, HKS) und einem Mischtyp dieser beiden Kategorien. Obwohl die ICD-10 das Störungsbild enger fasst, wird in Europa teilweise noch diese Definition herangezogen. In der klinischen Forschung und Wissenschaft hat man sich mittlerweile zur Begriffsbildung des Störungsbildes auf die allgemeine Bezeichnung ADHS geeinigt. Diese Definition wird auch für den weiteren Verlauf dieser Arbeit übernommen (vgl. Baierl 2017a: 376, Neuhaus 216: 32–35).

Die Diagnose ADHS steht derzeit im Rampenlicht des öffentlichen Interesses und wird im allgemeinen Sprachgebrauch als Modediagnose betitelt. Es ist weiterhin fachlich umstritten,

ob diese Störung tatsächlich häufig zu Unrecht diagnostiziert wird. Ein zentraler Risikofaktor für eine Fehldiagnose ist, dass 70 % der Diagnosen von Haus- oder Kinderärzten erstellt werden. Diese sind jedoch keine Fachleute für psychische Störungen. Oft leben gesunde, lebhaft Kinder und Jugendliche in Rahmenbedingungen, in denen sie ihre Lebendigkeit nicht ausleben können, weshalb sie als Problem angesehen werden. Eine weitere Problematik der differenzierten Diagnose stellt die hohe Komorbidität mit weiteren psychischen Auffälligkeiten dar. Etwa 80 % der Betroffenen leiden mindestens an einer weiteren psychischen Störung. ADHS wird häufig in Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Angststörungen sowie Traumatisierung beobachtet. Eine entsprechende Diagnose sollte daher nur durch erfahrene Fachkräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt werden (vgl. Baierl 2017a: 376–380).

4.3.1 Symptome und typische Verhaltensmuster bei ADHS

Kinder und Jugendliche mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen zeigen, wie der Name bereits nahelegt, Störungen in ihrer Aufmerksamkeit. Sie brechen Aufgaben vorzeitig ab, lassen sich extrem schnell ablenken, wechseln häufig von einer Aktivität zur nächsten und zeigen ein ausgeprägtes Mass an Unruhe, Rastlosigkeit sowie motorischer Überaktivität, was in ihrer Umwelt zu Problemen führen kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007:117).

Betroffene Jugendliche zeigen in ganz unterschiedlichen Situationen ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität sowie Impulsivität. Nach den Kriterien der DSM-VI müssen mindestens sechs oder mehrere Symptome in den entsprechenden Bereichen während eines Zeitraums von mindestens 6 Monaten durchgängig auftreten und die Betroffenen in mindestens zwei unabhängigen Lebensbereichen (bspw. soziale und schulische/berufliche Aktivitäten) negativ beeinträchtigen, damit eine Störung diagnostiziert werden kann (vgl. Neuhaus 2016: 32). Mögliche Ausprägungen in den drei Symptombereichen werden wie folgt beschrieben.

Unaufmerksamkeit:

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler
- Schwierigkeiten, längere Zeit Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spiel aufrechtzuerhalten
- Scheinbar schlechtes Zuhören
- Anweisungen von anderen werden nicht vollständig durchgeführt und Tätigkeiten werden häufig nicht zu Ende gebracht
- Schwierigkeiten beim Organisieren von Aktivitäten und Aufgaben
- Vermeidung länger dauernder geistiger Anstrengungen

- Häufiges Verlieren von Gegenständen (Schulmaterial, Schlüssel, Mobiltelefon usw.)
- Leicht durch äussere Reize ablenkbar
- Häufige Vergesslichkeit (vgl. Neuhaus 2016: 33f.)

Hyperaktivität

- Häufiges Zappeln/auf dem Stuhl Herumrutschen
- Herumlaufen, Aufstehen in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- Häufiges Herumlaufen und Klettern
- Schwierigkeiten mit ruhigem Spiel
- Ausgeprägte Redseligkeit (vgl. ebd.: 34)

Impulsivität:

- Vorzeitiges Herausplatzen mit Antworten
- Schnelles Wechseln zwischen Aktivitäten
- Unterbrechen und Stören anderer
- Schwierigkeiten, abzuwarten, bis man an der Reihe ist (vgl. ebd.: 34f.)

Während bei jüngeren Kindern oft die motorische Unruhe im Vordergrund steht, dominieren bei Jugendlichen eher Aufmerksamkeits- und Impulskontrollstörungen. Mädchen zeigen dabei häufiger Aufmerksamkeitsproblematiken und Jungen häufiger Impulskontrollstörungen. Im Laufe des Jugendalters treten die hyperaktiven Anteile häufig in den Hintergrund. Die ADHS äussert sich dann überwiegend in der Form einer als störend erlebten inneren Unruhe und erhärteten Reizbarkeit. Bleibt die ADHS unbehandelt, können sich die Symptome bis ins Erwachsenenalter fortsetzen, und es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich Folgestörungen wie Persönlichkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Suchterkrankungen und Delinquenz entwickeln (vgl. Baierl 2017: 377, 380).

4.3.2 Unterstützungsbedarf von Jugendlichen mit ADHS

Wie bereits beschrieben, zeigen Jugendliche mit einer ADHS ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität sowie Impulsivität. Um der Komplexität der Störung gerecht zu werden, bedarf es unterschiedlicher Massnahmen, die die Jugendlichen unterstützen, begleiten und ihnen für ihr weiteres Lebensumfeld (Bsp. Schule/Beruf) unterstützende Strukturen sicherstellen. Folgend werden ausgewählte Unterstützungsbereiche ausführlicher beschrieben.

Klarheit, Regeln und Strukturen

Da Jugendliche mit ADHS oft nicht in der Lage sind, sich selbst zu kontrollieren und einen angemessenen Rahmen einzuhalten, brauchen sie klare Regeln und Strukturen. Betreffend den existierenden Regeln und deren Stellenwert in der Gemeinschaft benötigen sie volle Transparenz. Sie müssen wissen, wann sie sich einfach an die Regeln zu halten haben und wo Verhandlungsspielräume möglich sind. Bei der Vermittlung der Regeln gilt es ihre verminderte Aufmerksamkeitsspanne und Merkfähigkeit zu berücksichtigen. Jugendliche mit ADHS profitieren von einer klar ausgearbeiteten Tagesplanung. Durch das Regeln der sich wiederholenden Abläufe und dem Festlegen von zu erfüllenden wiederkehrenden Aufgaben erhalten sie Orientierung und können so ihren Verpflichtungen besser nachkommen. Weiter zählt die Arbeit mit Verstärkerplänen beim Störungsbild der ADHS zu einer bewährten Methode. Die Jugendlichen sollen hierbei direkt nach der Erledigung einer Aufgabe entsprechend belohnt werden. Die Belohnung kann von einem einfachen Zuspruch bis hin zu materiellen Gütern oder gemeinsamen Aktivitäten reichen und sollte dem Schweregrad der Aufgabe angepasst sein. Jugendliche mit ADHS sollen immer eine Aufgabe nach der anderen erledigen. Diese Struktur kann sie davor schützen, dass sie am Ende des Tages nicht vor einem Berg angefangener Aufgaben stehen (vgl. Baierl 2017a: 384–386).

Konsequenz

Regeln und Strukturen sind nur sinnvoll, wenn diese auch eingehalten und eingefordert werden. Bei Jugendlichen mit ADHS ist diesbezüglich ein konsequentes Erziehungsverhalten gefragt. Es sollen klare Vereinbarungen darüber getroffen werden, woran sich die Jugendlichen sowie die sozialen Fachkräfte zu halten haben. Oft sind notwendige Regeln und Verhaltensweisen für Jugendliche mit ADHS nicht selbstverständlich und müssen daher immer wieder geübt werden. Damit sie sich diese einprägen können, müssen sie immer wieder zuverlässig eingefordert werden. Das Team muss sich daher über verbindliche und gemeinsame Regeln sowie Konsequenzen einig werden und diese konsequent einfordern. Jugendliche mit ADHS weisen oft eine hohe Reizbarkeit auf und können bei Auseinandersetzungen schnell impulsiv und aufbrausend werden. In solchen Situationen müssen die sozialen Fachkräfte abschätzen können, ob sich das Verhalten noch im Kontrollbereich des Jugendlichen befindet oder grössere Gefahren drohen. Um die Situation zu schlichten, kann es helfen, die Jugendlichen unmittelbar einzugrenzen oder ihnen erst Freiraum zu gewähren, damit sie wieder zu sich kommen können. Bei allen Regeln und Konsequenzen gilt es auf Transparenz und Verhältnismässigkeit zu achten. Empfinden die Jugendlichen eine Konsequenz als ungerechtfertigt, folgen an Stelle der gewünschten Verhaltensänderungen Trotzreaktionen. Durch ein klares Regelwerk mit nachvollziehbaren positiven und negativen Konsequenzen kann die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die

Jugendlichen mit der Zeit Einsicht zeigen und ihre Selbststeuerungsfähigkeit wächst (vgl. Baierl 2017a: 386–388).

Lob und Kritik

Von ADHS Betroffene bedürfen eines besonders hohen Masses an positiver Rückmeldung. Die Leistungen sollten hierbei immer unmittelbar nach der Erbringung angemessen anerkannt werden. Um dem erhöhten Bedürfnis nach Anerkennung besser gerecht zu werden, lohnt es sich, grössere Aufgaben in kleinere Teilschritte zu unterteilen. Diese können dann leichter angemessen bewundert werden. Wird eine Aufgabe nicht erfüllt, fällt es Jugendlichen mit ADHS schwer, mit der entsprechenden Kritik umzugehen. Da es ihnen schwerfällt, für andere selbstverständliche Regeln einzuhalten, und ihnen alltägliche Aufgaben deutlich schwerer fallen erleben sie immer wieder, dass sie den Anforderungen nicht ausreichend entsprechen. Nicht selten werden sie daher öfters ermahnt als Gleichaltrige und fühlen sich dadurch minderwertig, ungeliebt, nicht verstanden und ungerecht behandelt. Auch wenn mit Kritik behutsam umgegangen werden sollte, ist es trotzdem notwendig, Strukturen einzugrenzen und einzufordern. Die Kritik sollte dabei jedoch stets sachlich vorgetragen werden und sich nur auf ein aktuell auftretendes Verhalten konzentrieren (vgl. Baierl 2017a: 388f.).

Psychotherapie und Medikation

In der Behandlung von ADHS bewähren sich die Verhaltenstherapie und daraus abgeleitete Trainingsverfahren am besten. Meist reicht eine ambulante Psychotherapie. Eine stationäre Behandlung ist meist nur notwendig, wenn die Symptome besonders stark ausgeprägt sind, eine weitere psychische Störung vorliegt oder die ambulante Therapie keinen Erfolg zeigt. Die Medikation bei ADHS wird äusserst kontrovers diskutiert, dennoch müssen nicht alle betroffenen Kinder und Jugendliche medikamentös behandelt werden. Bei einer milden Symptomatik können verhaltenstherapeutische, soziale und pädagogische Massnahmen bereits ausreichen. Besteht jedoch eine starke Ausprägung und werden die Betroffenen oder ihr Umfeld durch die Symptomatik erheblich beeinträchtigt, kann eine Medikation notwendig werden. Eine entsprechende Abklärung ist stets von einem Facharzt durchzuführen (vgl. Baierl 2017a: 395).

4.4 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in internationalen Klassifikationssystemen als Untergruppe der spezifischen Persönlichkeitsstörungen klassifiziert. Persönlichkeitsstörungen werden hier definiert als „tief verwurzelte und rigide Verhaltensweisen die situationsübertreffend auftreten, persönliches Leid und/oder gestörte Funktionsfähigkeiten zur Folge haben und über längere Zeiträume persistieren“ (Dulz et al. 2011: 168). Ob schon erste

Merkmale von Persönlichkeitsstörungen häufig bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, ist fachlich umstritten, ebenso wie die Frage, ob die Kategorie der Persönlichkeitsstörungen auf Kinder und Jugendliche angewandt werden soll. Jugendliche befinden sich noch in einer Entwicklungsphase, und auf dieser Grundlage ist eine Verfestigung einer Störung der Persönlichkeit kritisch zu betrachten. Dennoch finden sich bei Jugendlichen (besonders bei Mädchen) eine Anzahl an Symptomen, Verhaltensweisen und Formen des Selbsterlebens, die jenen der Borderline-Störung der Erwachsenen ähnlich sind (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007: 163).

Persönlichkeitsstörungen treten oft gemeinsam auf, und eine Kombination mit weiteren Störungen wie Traumafolgestörungen, Bindungsunsicherheit, affektive Störungen (Bsp. Depression) und Sucht erschweren zusätzlich eine differenzierte Diagnose. Da sich die Auffälligkeiten im Jugendalter nicht „auswachsen“, sind die Jugendlichen in der Regel auf eine intensive, professionelle und vernetzte Begleitung und Unterstützung angewiesen, damit Selbstveränderungen auf der Persönlichkeits- bzw. (Selbst-)Strukturebene möglich sind (vgl. ebd.).

Auf dieser Grundlage werden folgend spezifische Merkmale, Verhaltensweisen und der daraus resultierende Unterstützungsbedarf von Jugendlichen mit einer (vermeintlichen) Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben.

4.4.1 Symptome und typische Verhaltensmuster der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Borderline-Typus zählt gemeinsam mit dem Instabilen-Typ im ICD-10 zu den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen. Da beim Borderline-Typ neben dessen spezifischen Merkmalen auch Symptome des Instabilen-Typs auftreten, werden folgend Erscheinungsbilder beider Störungen beschrieben.

Impulsiver Typ

Betroffene Jugendliche geraten leicht in extreme innere Anspannung. Sie sind dadurch schnell reizbar und neigen schon bei geringen Anlässen zu Wutausbrüchen. Adam/Breithaupt-Peters (2010) fassen die typischen Symptome dieses Typus wie folgt zusammen:

- Impulsives Verhalten, Handlungen ohne Berücksichtigung der Konsequenz
- Schwierigkeiten, Handlungen beizubehalten, die nicht unmittelbar belohnt werden
- Nicht-Abschätzen-Können von Gefahren
- Besonders ausgeprägte plötzliche Wechsel des Funktionsniveaus
- Häufige Verstimmungen, unerträgliche Spannungen, die keinem Gefühl mehr zugeordnet werden können
- Plötzliche und heftige Gefühlsreaktionen mit Angst, Verzweiflung oder Zorn

- Häufige unangemessene Wut bei scheinbar kleinen Anlässen
- Mildernde Formen von impulsivem selbstschädigendem Verhalten (Bsp. Fressanfälle)
- In Phasen extremer Emotionen: Normales Denken erscheint wie abgeschaltet, und man hat das Gefühl, Betroffene stehen neben sich
- Häufige Streitereien und Konflikte mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden (ebd.: 65)

Borderline-Typus

Betroffene Jugendliche weisen die Merkmale des impulsiven Typus auf, schwanken aber zusätzlich im zwischenmenschlichen Bereich zwischen Nähe und Distanz. Sie verhalten sich in Beziehungen sehr wechselhaft. Adam/Breithaupt-Peters (2010) fassen typische Symptome wie folgt zusammen:

- Brüchiges, instabiles Selbstbild, diffuses Identitätsgefühl
- Instabile, aber heftige Beziehungen, die zwischen extremer Idealisierung und Entwertung, zwischen sehnsüchtiger Bindung und harscher Zurückweisung schwanken
- Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- Extreme Formen von impulsivem selbstschädigendem Verhalten (Selbstverletzungen, Selbstmorddrohungen)
- Chronisches Gefühl von Leere oder Langeweile, wo alles Mögliche für Zeitvertreib und Beschäftigung bereitsteht
- Verstärktes Schwarz-Weiss-Denken, Spaltung der Welt in Gut oder Böse = Entweder- oder anstatt Sowohl-als-auch
- Von paranoidem Misstrauen geprägte Fantasieaktivität
- Schwierigkeiten, aus positiven emotionalen Erfahrungen zu lernen und daraus veränderte Handlungs- und Interaktionsstrategien abzuleiten (ebd.: 65)

Während der impulsive Typus überwiegend bei Jungen auftritt, kommt der Borderline-Typ hauptsächlich bei Mädchen vor. Zusammenfassend stehen bei dieser Störung drei Bereiche im Vordergrund: die hohe Impulsivität und die fehlende Fähigkeit, die eigenen Affekte zu kontrollieren; die Schwierigkeit, eigene und fremde Affekte wahrzunehmen und zu differenzieren; und die besondere Beziehungsdynamik, die durch extreme Schwankungen geprägt ist (vgl. Baierl 2017a: 334; Fröhlich-Gildhoff 2007: 166f.).

Renneberg (2001) beschreibt die Wechselwirkung dieser Symptome als „Teufelskreis stabiler Instabilität: Die Probleme der affektiven Instabilität, des impulsiven Verhaltens und der

Schwierigkeit in Beziehungen bedingen einander und schaukeln sich hoch, so dass aus dem Teufelskreis eine permanenten psychische Krise resultiert“ (ebd.: 399).

4.4.2 Unterstützungsbedarf von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wie bereits erwähnt, treten bei der Borderline-Störung starke Beziehungs- und Krisendynamiken auf. Durch den ständigen Wechsel der Gefühle, Gedanken, Vorstellungen und Präferenzen verhalten sich betroffene Jugendliche oft sprunghaft. Die daraus resultierenden Verhaltensweisen sind für Betroffene sowie Dritte oft schwer nachzuvollziehen, was die Entwicklung von stabilen und tragfähigen Beziehungen erschwert. In der pädagogischen Arbeit mit betroffenen Jugendlichen stellt daher die Unterstützung in der Beziehungsgestaltung die zentralste Rolle dar. Im Folgenden werden weitere ausgewählte Unterstützungsbereiche beschrieben.

Rahmengestaltung, Beziehung und Krisenmanagement

In der Beziehungsgestaltung mit betroffenen Jugendlichen sind äusserst komplexe Zusammenhänge zu beachten. Die Beziehung sollte jedoch stets eine klare Arbeitsbeziehung darstellen. Damit verhindert werden kann, dass die sozialen Fachkräfte in die Beziehungsfalle der Borderline-Kranken treten, ist es sinnvoll, bereits zu Beginn klare Grundregeln festzuhalten. Es empfiehlt sich, verbindliche Vereinbarungen darüber zu treffen, welche Symptome in welchem Rahmen bearbeitet werden, welcher Struktur das Miteinander folgt und welche Hilfestellungen von den sozialen Fachkräften zu erwarten sind. Dies beinhaltet auch Abmachungen, wie mit Krisen umgegangen werden soll. Auf Grund der Schwierigkeiten mit dem inneren Erleben dienen klare strukturelle Rahmenbedingungen Borderline-Erkrankten als wichtige Orientierung und nutzen so der Sicherung der Zusammenarbeit. Einige Borderline-Erkrankte haben Schwierigkeiten mit Regeln. Da sie es kaum aushalten, in Widerspruch mit Regeln zu geraten, stellen sie eine Vereinbarung fortwährend in Frage und testen sie auf ihre Tragfähigkeit. Es gilt daher, die Vereinbarungen stetig auf ihren Nutzen und Zieldienlichkeit zu überprüfen. Die Beziehungsgestaltung muss ebenfalls beständig neu ausgehandelt werden. Hierbei sollen beide Partner jeweils autonom und selbstverantwortlich bleiben. Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfordert die Aufrechterhaltung dieses Rahmens oft einiges an Energie und Konfliktbereitschaft von Seiten der Sozialen Fachkräfte (vgl. Baierl 2017a: 335f.; Rahn 2015: 100f.).

Gegenüber betroffenen Jugendlichen gilt es, eine wertschätzende Haltung einzunehmen und die Symptome als (dysfunktionale) Lösungsversuche anzuerkennen. Soziale Fachkräfte sollen hierbei unbeeindruckt und unabhängig von allen Dynamiken bleiben, ansonsten besteht die Gefahr, dass sich Fachkräfte in nicht zuträglichen Rollen wie Freund, Retter, Täter oder Opfer

wiederfinden. Im Verlauf der Zusammenarbeit werden Jugendliche positive wie negative frühere Beziehungserfahrungen sowie innere Konflikte und Sehnsüchte auf die sozialen Fachkräfte projizieren. An einem Tag ist die betreuende Person der einzige Mensch, der den Jugendlichen versteht, und am nächsten Tag gilt sie als fieser und hinterlistiger Betrüger. Diese Dynamiken gilt es immer wieder offen anzusprechen und den Jugendlichen mit den Folgen seines Verhaltens zu konfrontieren. Soziale Fachkräfte sollten kein Teil des Systems werden, sondern stets eine unabhängige Aussenposition vertreten. Betroffene Jugendliche haben die Tendenz, Professionelle der Sozialen Arbeit für sich alleine zu vereinnahmen. Diesen Versuch, übergrosse Nähe zu erhalten, gilt es abzuwehren. Jugendliche mit einer Borderline-Störung bewerten diese Zurückweisung oft als Ablehnung ihrer selbst und als Katastrophe. Die Folgen davon können heftige Krisen sein, inklusive selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. Diese Überreaktionen sind für die Jugendlichen oft nötig, um ihre inneren Spannungen abzubauen und die Zurückweisung aushalten zu können (vgl. Baierl 2017a: 336f.).

Um solche Krisen bewältigen zu können, bedarf es eines zuvor vereinbarten Krisenplans, in dem allgemeine und konkrete Strategien zur Verringerung einer Gefährdung festgehalten werden. Manchmal reichen eine klare Eingrenzung und Rahmengestaltung, um die Krise zu bewältigen. Ist die Sicherheit des Jugendlichen im gegenwärtigen Rahmen jedoch nicht mehr gewährleistet, muss eine zeitweise Überführung in einen sichereren Kontext geschehen, meist eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität muss immer ernst genommen werden, da diese Verhaltensweisen Symptome darstellen, die bearbeitet werden müssen. Auch wenn vermutet werden kann, dass die gezeigten Verhaltensweisen Manipulationsversuche darstellen, kann meist nicht ausgeschlossen werden, dass echte Verzweiflung die Triebfeder ist. Die Gratwanderung bei der Bewältigung der Krise besteht darin, einerseits die Sicherheit der Jugendlichen zu gewährleisten und andererseits zu verhindern, diesen Dynamiken nicht zu viel Raum und Aufmerksamkeit zu geben. Soziale Fachkräfte dürfen sich nicht durch Suiziddrohungen erpressen lassen. Die Jugendlichen bleiben in ihrem Handeln stets selbstverantwortlich. Sie entscheiden sich, mit dieser Art des Verhaltens dem Handeln von anderen gegenüberzutreten. In der professionellen Zusammenarbeit tragen Soziale Fachkräfte und die Jugendlichen gemeinsam die Verantwortung dafür, dass weder die Beziehung noch der Hilfeprozess durch selbstschädigendes oder suizidales Verhalten bestimmt wird (vgl. ebd.: 337f.).

Unterstützung bei der Identitätsfindung

Da Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kein sicheres Gefühl ihres Selbst haben, wird es ihnen kaum gelingen, ohne zusätzliche Psychotherapie ihre eigene Identität zu finden. Viele der sprunghaften Verhaltensweisen im Alltag sind auf diese innere Unsicherheit

zurückzuführen. Dies verunsichert nicht nur Dritte, sondern auch die Jugendlichen selbst. Bis diese ihre eigene innere Stabilität gefunden haben, sind sie daher auf äussere Strukturen angewiesen. Damit betroffene Jugendliche für sich selbst eine entsprechende Sicherheit und Stabilität entwickeln können, benötigen sie eine zuverlässige Person, die sie versteht und nicht auf ihre Spiele hereinfällt. Neben klaren äusseren Strukturen hilft es den Jugendlichen auch, wenn ihren erlebten inneren Zuständen mit Empathie begegnet wird. Eine solche Würdigung ihres Handicaps kann ihnen dabei helfen, an der (Neu-)Strukturierung ihrer Identität nicht zu verzweifeln. Weiter tendieren Borderliner dazu, in Absolutismen zu denken. Personen sind entweder gut oder böse, eine Aufgabe wurde entweder völlig gemeistert oder sie haben total versagt. Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung benötigen auch hier Anleitung zur Auflösung solcher Schwarz-Weiss-Szenarien (vgl. Baierl 2017a: 340).

Umgang mit Traumatisierung

Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden häufig auch unter Traumatisierungen. Ihr ausuferndes krisenhaftes und ausweichendes Verhalten kann auch im Zusammenhang mit ihren Erfahrungen und Triggern in Verbindung stehen (vgl. Baierl 2017a: 343). Vertiefte Ausführungen zu Verhaltensweisen und Umgang mit Traumatisierung sind dem Kapitel 4.1 zu entnehmen.

Psychotherapie

Damit es Borderliner gelingen kann, ihr Selbsterleben und ihre Verhaltensweisen dauerhaft zu verändern, benötigen sie neben pädagogischen Massnahmen auch eine langfristig angelegte psychotherapeutische Behandlung. Meist brauchen Jugendliche mehrere Anläufe, bis sie eine Psychotherapie durchhalten. Die Zusammenarbeit zwischen sozialen Fachkräften und Therapeuten sollte hierbei möglichst eng gestaltet werden. Weiter kann auch eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig werden, wenn bspw. Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten nicht mehr unter Kontrolle gebracht wird, sich die Symptomatik verschlechtert, ein Impulskontrollverlust droht oder durch herrschende Dynamiken der Alltagsvollzug verunmöglicht wird (vgl. Baierl 2017a: 345).

Eltern- und Familienarbeit

Damit Eltern sich hilfreich und unterstützend verhalten können, benötigen sie Wissen über die spezifischen Dynamiken, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit sich bringt. Die Psychoedukation ist somit einer der wichtigsten Bestandteile der Elternarbeit. Da ihr Kind wohl jahrelang auf professionelle Hilfen angewiesen sein wird und manche Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale ein Leben lang beibehalten wird, benötigen sie im Prozess der Akzeptanz und dem Lernen eines neuen Umgangs mit den Verhaltensweisen ihres Kindes entsprechende Hilfestellung. Oft stellen sich die Eltern auch die Schuldfrage und zweifeln an

ihren eigenen Kompetenzen. Hierbei ist es wichtig, den Eltern zu vermitteln, dass es nicht an ihrem Unvermögen, sondern am speziellen Behandlungsbedarf ihrer Kinder liegt, dass professionelle Hilfen gefragt sind. Bei heftigen Verstrickungen zwischen Eltern und Kind kann eine zeitweise Unterbrechung des Eltern-Kind-Kontakts nötig sein. In solchen Situationen gilt es, den Eltern zu vermitteln, dass es sich um eine störungsspezifische Dynamik handelt und die Unterbrechung des Kontakts nicht für immer bestehen bleibt. Auch sollten Eltern bereits im Vorfeld informiert werden, dass in untragbaren Krisensituationen eine Zwangsunterbringung notwendig sein kann. Da Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dazu neigen, Massnahmen abubrechen und Eltern diesbezüglich unter extremen Druck stellen, ist eine enge, gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Eltern von äusserster Wichtigkeit (vgl. Baierl 2017a: 347f.).

5. Schlussteil

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Durch die in dieser Arbeit bearbeiteten theoretischen Grundlagen konnte aufgezeigt werden, dass psychisch auffällige Jugendliche eine grosse Adressatengruppe in der stationären Jugendhilfe darstellen. Bei den platzierten Jugendlichen handelt es sich meist um Heranwachsende, die in ihrer Herkunftsfamilie mit vielfältigen und kumulierenden Belastungen und Problemlagen konfrontiert sind sowie in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Durch die pädagogische Begleitung im Alltag sollen Jugendliche im Rahmen einer Platzierung die Möglichkeit erhalten, an ihren Defiziten zu arbeiten und neue positive Erfahrungen zu sammeln, die sie in ihrer Entwicklung fördern und es ihnen erlaubt an allen altersentsprechenden Lebensvollzügen teilzunehmen.

Auch konnte im Rahmen von Kapitel 3 festgestellt werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld eine Reihe von spezifischen Fachkompetenzen benötigen, damit sie dem individuellen Unterstützungsbedarf der Jugendlichen gerecht werden können. Dennoch bleibt die folgende Forschungsfrage offen:

Welchen Unterstützungsbedarf haben psychisch auffällige Jugendliche in der stationären Jugendhilfe und welche Kompetenz benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden nun direkte Bezüge zwischen dem in Kapitel 4 festgehaltenen störungsspezifischen Unterstützungsbedarf und den Fachkompetenzen der sozialen Fachkräfte hergestellt. Der Fokus wird dabei auf die Kompetenzen gesetzt, die bei dem entsprechenden Störungsbild von zentralster Bedeutung sind.

Traumatisierung und Traumafolgen

Traumatisierte Jugendliche weisen eine Vielzahl an anspruchsvollen Verhaltensmuster auf, die ihnen als Überlebensstrategien dienen und dementsprechend tief verankert sind. Sie reagieren auf unbedeutende Ereignisse impulsiv, aggressiv, laufen weg oder verletzen sich selbst. Gewohnheitsmässiges Lügen oder sich nicht mehr an Getanes erinnern zu können (Dissoziation) sind weitere häufig aufgetreten Verhaltensmuster bei traumatisierten Jugendlichen. Ihr durch Ablehnung und Verurteilung gezeichnetes Selbstbild erschwert es ihnen, positive Erfahrungen zulassen zu können und daraus Verhaltensänderungen zu entwickeln. Traumatisierte Jugendliche benötigen daher hauptsächlich Unterstützungen bei ihrer Selbstfindung und bei Selbstheilungsprozessen. Bei Jugendlichen mit traumatischen Erlebnissen sind somit Unterstützungsangebote auf der Beziehungs- und Verhaltensebene von zentraler Bedeutung.

Für soziale Fachkräfte bedeutet dies, dass sie im Bereich der entsprechenden Methodenkompetenzen ausreichend gefestigt sind und auf genügend Ressourcen zurückgreifen können. Traumatisierte Jugendliche weisen ähnliche Beziehungsmuster auf, wie sie bei Jugendlichen mit Bindungsstörungen zu beobachten sind. Zur zentralen Aufgabe der sozialen Fachkräfte gehört es demzufolge, den Jugendlichen langfristige, tragfähige und verlässliche Beziehungsangebote zu machen, in denen die Jugendlichen positive Nähe erfahren können. Um sich dabei von gefährlichen Rollenübertragungen oder Überidentifikation mit den Jugendlichen zu schützen, bedarf es jedoch einer professionellen Balance zwischen Nähe und Distanz.

Neben der Methodenkompetenz ist auch die Sachkompetenz, bzw. das Wissen über Traumatisierung und die sich daraus ergebenden Folgen in der Arbeit mit den Jugendlichen, von zentraler Bedeutung. Traumatisierte Jugendliche konstruieren sich ihre eigene Wirklichkeit und entwickeln daraus ihre Verhaltensmuster. Durch eine empathische und wertschätzende Grundhaltung gilt es, ein gemeinsames Verständnis und Verstehen zu entwickeln und daraus neue Wege zur Selbst- und Weltwahrnehmung zu ermöglichen.

In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen werden soziale Fachkräfte automatisch mit deren furchtbaren Erlebnissen konfrontiert und müssen sich damit auseinandersetzen. Um in solchen Situationen handlungs- und arbeitsfähig zu bleiben, verlangt es ein hohes Mass an psychischer Stabilität. Eine gute Psychohygiene ist daher von zentraler Bedeutung.

Depression

Depressive Jugendliche fühlen sich oft niedergeschlagen, ängstlich oder sogar aggressiv und ziehen sich vermehrt zurück. Ihre Traurigkeit wird zu einem inneren Stressfaktor, mit dem sich die Jugendlichen überfordert fühlen. Dieser hindert sie daran, alltäglichen Tätigkeiten und Aktivitäten nachzukommen.

Zur zentralen Aufgabe der sozialen Fachkräfte zählen in der Arbeit mit depressiven Jugendlichen die Aktivierung und das Ausarbeiten einer sinnvoll strukturierten Tagesstruktur. Dies verlangt von sozialen Fachkräften ein ausreichendes Mass an Methodenkompetenz und Wissen über mögliche Interventionsmassnahmen und Instrumente.

In der Arbeit mit depressiven Jugendlichen besteht eine hohe Gefahr des Ausbrennens. Soziale Fachkräfte müssen beim Prozess der Aktivierung oft Motivation und Energie für beide aufbringen, was viel Zeit, Geduld und Ausdauer verlangt. Um sich vor einer Vereinnahmung der Depressionsdynamik zu schützen, ist es von zentraler Bedeutung, dass soziale Fachkräfte stets auf ihre eigene Befindlichkeit achten und sich genügend Möglichkeiten des Ausgleichs schaffen. Dabei zählen der kollegiale Austausch im Team oder die Supervision zu zentralen Entlastungs- und Schutzfunktionen.

ADHS

Jugendliche mit ADHS zeigen ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität. Es fällt ihnen schwer, Anweisungen vollständig durchzuführen und Tätigkeiten zu Ende zu bringen. Ihre Aufmerksamkeitsspanne ist eingeschränkt, wodurch sie sich nicht lange auf eine Aufgabe oder Aktivität konzentrieren können.

Jugendliche mit ADHS benötigen daher klare Regeln und Strukturen, die ihnen Orientierung bieten und sie bei der Entwicklung ihrer Selbststrukturierung unterstützen. Soziale Fachkräfte sollen hierbei die Rahmensetzung übernehmen und gemeinsam Regeln und Strukturen festlegen, an die sich der Jugendliche zu halten hat. Dies verlangt von den sozialen Fachkräften ein hohes Mass an Methodenkompetenz und Wissen über mögliche Interventionsmassnahmen und Instrumente.

Diese Regeln und Strukturen gilt es zuverlässig einzufordern und mit entsprechend negativen oder positiven Konsequenzen darauf zu reagieren. Damit dies gelingt, müssen sich soziale Fachkräfte über das Regelwerk und die entsprechenden Konsequenzen einig sein. Eine entsprechende Teamkompetenz ist daher von zentralere Bedeutung.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung treten starke Beziehungs- und Krisendynamiken auf. Sie verhalten sich oft sprunghaft und erleben einen ständigen Wechsel der Gefühle, Gedanken, Vorstellungen und Präferenzen. Die daraus resultierenden Verhaltensmuster sind oft schwer nachzuvollziehen und erschweren das Entwickeln von stabilen und tragfähigen Beziehungen.

Wie auch bei der Traumatisierung benötigen Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hauptsächlich Unterstützung auf der Beziehungsebene. Dabei gilt es stets unabhängig und unbeeindruckt von den destruktiven Dynamiken zu bleiben. Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung neigen dazu, soziale Fachkräfte zu vereinnahmen, wodurch starke Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken entstehen können. Damit soziale Fachkräfte unabhängig und handlungsfähig bleiben können, bedarf es ein hohes Mass an Selbstreflexionskompetenz. . Ebenso müssen diese sich ausreichend von den vorhandenen Beziehungsdynamiken abgrenzen. Auch zählen der kollegiale Austausch im Team und die Supervision zu wichtigen und notwendigen Massnahmen zur Entlastung und zum Schutz.

5.2 Fachliche Reflexion und Ausblick

Trotz differenzierter Angebote der stationären Jugendhilfe für psychisch auffällige Jugendliche zählt bei allen die tragfähige, verbindliche und reflektierte Beziehungsarbeit als fundamentale Basis in der täglichen pädagogischen Arbeit. Wie auch in Kapitel 4 beschrieben, finden sich bei praktisch allen Störungsbildern Defizite und ein grosser Unterstützungsbedarf auf der Beziehungsebene. Um Verhaltensänderungen zu erreichen und gemeinsam mit den Jugendlichen neue Denk- und Handlungsmuster zu entwickeln, benötigt man viel Zeit, Geduld, gegenseitiges Verständnis und Vertrauen. Doch wie kann dies ausreichend entwickelt werden, wenn beispielsweise die Platzierung nicht langfristig genug angelegt ist? Zudem ist es gut möglich, dass die Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung bereits einige prägende Beziehungsabbrüche durchlebt haben und dadurch nur schwer Vertrauen fassen können, was den Beziehungsaufbauprozess zusätzlich verlängert. Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Punkt ist die Personalfuktuation. Durch den Wechsel von Bezugspersonen erleben die Jugendlichen Beziehungsabbrüche und müssen sich zwangsläufig wieder auf eine neue zuständige Person einlassen. Diese Problematiken lassen sich nicht beheben und stellen zusätzliche Herausforderungen für die Professionellen der Sozialen Arbeit dar.

Wie in dieser Arbeit bereits erläutert, müssen sich soziale Fachkräfte in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen auch mit deren schwierigen, belastenden und traumatisierenden Erlebnissen auseinandersetzen. Neben diversen Fachkompetenzen ist daher auch ein hohes Mass an psychischer Stabilität erforderlich. Neben den persönlichen Ressourcen stellen dabei der kollegiale Austausch im Team und die Supervision wichtige Stützen dar. Doch was ist, wenn diese Gefässe vom Arbeitgeber oder dem Team nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden?

Eine weitere grosse Herausforderung in der Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen ist die hohe Komorbidität. Ihre Verhaltensweisen, Denk- und Handlungsmuster lassen sich oft nicht nur einer spezifischen Störung zuordnen, sondern setzen sich aus einer Kombination mehrerer Störungsbilder zusammen. Damit Verhaltensänderungen gelingen können, wird zusätzlich eine gewisse Einsicht betreffend dem Störungsbild von Seiten der Jugendlichen benötigt. Doch was ist, wenn beispielsweise keine Diagnose vorliegt und sich die Jugendlichen ihrem Unterstützungsbedarf gar nicht bewusst sind?

Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten übertragen ihre Beziehungs- und Krisendynamiken nicht nur auf Bezugspersonen und das Team, sondern auch auf die Gleichaltrigen in der Wohngruppe. Auch hier stellt sich die Frage, wie sich

Gruppendynamikprozesse durch das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Störungsbilder entwickeln und wie sie dadurch den pädagogischen Alltag beeinflussen.

Dies sind einige Fragen und Thematiken, die im Rahmen des Themenfelds „psychisch auffällige Jugendliche in der stationären Jugendhilfe“ zusätzlich spannende und weiterführende Untersuchungsgegenstände darstellen.

6. Quellenverzeichnis

6.1 Literaturquellen

Adam, Albert/Breithaupt-Peters, Monique (2010). Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integrativer Ansatz für die psychotherapeutische und sozialpädagogische Praxis. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Aebischer, Mirjam (2012). Aktuelle Entwicklung in der Fremdplatzierung. Eine Tour d'Horizont durch Themen und Entwicklungen im Bereich Fremdplatzierung. In: SozialAktuell. Nr. 12_Dezember 2012. S. 10–13.

Baierl, Martin (2014). Mit Verständnis statt Missverständnis. Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 21–46.

Baierl, Martin (2017a). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Baierl, Martin (2017b). Traumaspezifischer Bedarf von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, Silke/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 72–87.

Baierl, Martin/Götz-Kühne, Cornelia/Hensel Thomas/Lang, Brigit/Strauss, Jochen (2017). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, Silke/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 59–71.

Barkmann, Claus/Schulte-Markwort, Michael (2007). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie und Diagnostik. In: Monatsschrift Kinderheilkunde. Ausgabe 10/2007. Berlin: Springer. S. 906–914.

- Brockhaus Enzyklopädie (2006). Brockhaus Enzyklopädie in 30 Bänden. 21., völlig neu bearbeitete Auflage. 21. Aufl., Bd. 14. Leipzig und Mannheim: F.A. Brockhaus.
- Cassée, Kitty (2007). Familien befähigen statt Familien ersetzen. Paradigmawechsel in der Arbeit mit belasteten Familien. In: SozialAktuell. AvenirSocial. 39.Jg (4). S. 24–26.
- Denner, Silva (2008). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Diethelm, Karl (2013). Institutionen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Intergas (Hrsg.). Leitfaden Fremdplatzierung. 1. Aufl. Zürich: Intergas. S. 124–131.
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Hogrefe Verlag
- Dölitzsch, Claudia/Fegert, Jörg M./Künster, Anne/Kölch, Michael/Schmeck, Klaus/Schmid, Marc (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung. 23 (3). Göttingen: Hogrefe Verlag. S.140–150.
- Döpfers, Manfred/Petermann, Franz (2008). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2., überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dulz, Birger/Herpertz, Sabine C./Kernerg, Otto F./Sachsse, Ulrich (2011). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Frija, Annika (2009). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Diplomarbeit. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege. Fachbereich Sozialpädagogik. Hamburg.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Wahlen, Klaus/Bilke-Hentsch, Oliver/Hillenbrand, Dorothee (2013). Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Groen, Gunter/Petermann, Franz (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Klinische Kinderpsychologie. Band 6. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2013). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Hurrelmann, Klaus (2000). Gesundheitssoziologie. Weinheim/München: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2013). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 12. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag.
- King, Vera/Müller, Burkhard (2000). Adoleszenz und pädagogische Praxis. Bedeutung von Geschlecht, Generation und Herkunft in der Jugendarbeit. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Klipker, Kathrin/Baumgarten, Franz/Göbel, Kristin/Lampert, Thomas/Hölling, Heike (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 3(3). S. 37–45.
- Rahn, Ewald (2010). Basiswissen. Umgang mit Borderline-Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Reinker, Judith/Müller, Hartwig (2008). Pädagogischer Dienst auf einer allgemeinpsychiatrischen Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Denner, Silva (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 85–99.
- Renschmidt Helmut/Schmidt, Martin H. (1988). Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. In drei Bänden. Bd. I: Grundprobleme, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Renneberg, Babette (2001). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Franke, Alexa/Kämmerer, Annette (Hrsg.). Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 397–442.

Neuhaus, Cordula (2016). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Nevermann, Christiane/Reicher, Hannelore (2009). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, Verstehen, Helfen. 2. Aufl. München: C.H. Beck

Schmid, Marc (2013). Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Kooperative Herausforderung. In: Intergas (Hrsg.). Leitfaden Fremdplatzierung. 1. Aufl. Zürich: Intergas. S. 140–159.

Schmid, Marc/Nützel, Jakob/Fegert, Jörg M./Goldbeck, Lutz (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus der Tagesgruppe von Kindern aus der stationären Jugendhilfe?. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 7. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 544–558.

6.2 Internetquellen

AvenirSocial (2014). Berufsbild der Professionellen Sozialen Arbeit. Bern: AvenirSocial – Soziale Arbeit. URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/AS_Berufsbild_DE_def.pdf [Zugriffsdatum: 11. Dezember 2018].

Schmid, Marc/Kölch, Michael/Fegert, Jörg M./Schmeck, Klaus (2012). Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Modellversuches Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.). URL: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/zusammenfass-maz-d.pdf> [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2018].

Wyl, Agnes/Chew Howard, Erica/Bohleber, Laura/Haemmerle, Patrick (2017). Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016. Obsan Dossier 62. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. URL: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_dossier_62_1.pdf [Zugriffsdatum: 06. Mai 2019].

DMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (o.J.). In <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> [Zugriffsdatum 10. Juni 2019].

6.3 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1:** Übersicht der kategorialen Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Gahleitner, Silke Birgitta/Wahlen, Klaus/Bilke-Hentsch, Oliver/Hillenbrand, Dorothee (2013). Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 102.
- Tabelle 2:** Dimensionen/Achsen des Eltern-, Erziehers- und Jugendlichenfragebogens nach Achenbach. Döpfner, Manfred/Petermann, Franz (2008): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 134.
- Tabelle 3:** Auswahl von Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Denner, Silva (2008). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 20.
- Tabelle 4:** Auswahl an gesundheitsfördernden Faktoren. Denner, Silva (2008). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 21.
- Tabelle 5:** Typische Symptome depressiver Störungen im Jugendalter. Nevermann, Christiane/Reicher, Hannelore (2009). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, Verstehen, Helfen. 2. Aufl. München: C.H. Beck. S. 45.