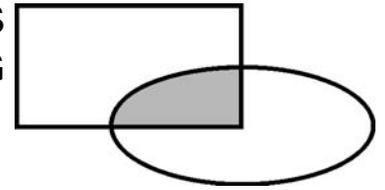


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



12. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2016

## Inhalt

### Themenschwerpunkt:

### Klinische Sozialarbeit im Kontext der Herausforderungen in der Kinder- und Jugendhilfe

- 3 Editorial
- 4 *Timo D. Vloet, Ulrich Hagenah, Silke Scherf, Beate Herpertz-Dahlmann, Ute Antonia Lammel*  
Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und Herausforderungen für die Jugendhilfe
- 7 *Gunter Groen, Astrid Jörns-Presentati*  
Interprofessionelles Lernen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 9 *Christian Bayer*  
Klinische Jugendhilfe – Möglichkeiten bedarfsorientierter Hilfen im Rahmen intensivpädagogisch-klinischer Begleitung
- 10 *Eva Brockmann, Daniela Thiele, Dominik Hake*  
»Flutterby« – ein Gruppenangebot zur Förderung der Schutzfaktoren bei Kindern psychisch erkrankter Eltern
- 12 *Ute Antonia Lammel*  
Suchtgefährdung im Jugendalter und die Suche nach Identität
- 16 *Rezension von Silvia Denner*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

**Christian Bayer.** Dipl.-Soz.Päd., Systemischer Familientherapeut (DGFS), Leitung der intensivpädagogisch-klinischen Wohngruppe der 1-2-GOI Klinische Jugendhilfe GmbH. *Kontakt: info.bayer@gmx.de*

**Eva Brockmann.** Dr. phil., Dipl.-Soz.Päd./Dipl.-Soz. Arb., Leiterin der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche (Caritasverband Paderborn), Lehrbeauftragte an der Katho NRW. *Kontakt eva.brockmann@caritas-pb.de*

**Silvia Denner.** Prof. Dr. med., Dipl.-Päd., Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Professorin an der Fachhochschule Dortmund. *Kontakt: denner@fh-dortmund.de*

**Gunter Groen.** Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor; Professor an der HAW Hamburg, Department Soziale Arbeit. *Kontakt: gunter.groen(@)haw-hamburg.de*

**Ulrich Hagenah.** Dr. med., Vertreter der Klinikleitung, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Aachen. *Kontakt: uhagenah@ukaachen.de*

**Dominik Hake.** Dipl.-Soz.Arb., Systemischer Familientherapeut, Leiter der Flutterby-Gruppe, Berater in der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes Paderborn e.V. *Kontakt Dominik.Hake@caritas-pb.de*

**Beate Herpertz-Dahlmann.** Univ.-Prof. Dr., Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und

Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Aachen. *Kontakt: bherpertz-dahlmann@ukaachen.de*

**Astrid Jörns-Presentati.** MA Soziale Arbeit, BA Psychologie, Wiss. Mitarbeiterin im Bachelorstudengang Soziale Arbeit der HAW Hamburg. *Kontakt: astrid.joerns-presentati(@)haw-hamburg.de*

**Gerhard Klug.** Klinischer Sozialarbeiter (M.A.), Dipl.-Soz.Päd. (FH); Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Mitarbeiter im Stadtjugendamt Augsburg. *Kontakt: gerhard.klug@gmail.com*

**Ute Antonia Lammel.** Prof. Dr. phil., Dipl.-Soz.Arb., Soziotherapeutin (FPI-EAG), Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katho NRW. *Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de*

**Silke Scherf.** Dipl.-Soz.Päd., Leiterin des Sozialdienstes, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Aachen. *Kontakt: sscherf@ukaachen.de*

**Daniela Thiele.** Sozialarbeiterin B.A., Mitarbeiterin in der Wohngruppe Friedrichsgrund (SPI Paderborn e.V.), Leiterin der Flutterby-Gruppe. *Kontakt: daniela.thiele@spi-paderborn.de*

**Timo D. Vloet.** Dr. med. Leitender Oberarzt, Privatdozent, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Aachen. *Kontakt: tvloet@ukaachen.de*

## 20./21.10.2016: 4. Bundeskongress der DG SAS

### 4. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) »Was wirkt?!« in Münster

Mit Unterstützung der Teilnehmenden des letzten Kongresses wird das »Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention« veröffentlicht. Das Kompetenzprofil soll als Leitfaden des 4. Bundeskongresses dienen. Auf die zentrale Fragestellung »Was wirkt?!« antworten die ReferentInnen auf unterschiedliche Weise: Sie beschreiben die Bedeutung wirksamer Ansätze und Methoden für die Weiterentwicklung der Sozialen

Arbeit. Sie konkretisieren die Wirkungen in verschiedenen Handlungsfeldern und erläutern, wie sie sich gegenüber KlientInnen, Leistungsträgern und Öffentlichkeit darstellen lassen.

Nach Vorträgen im Plenum werden arbeitsfeldspezifische Foren gebildet. Die ReferentInnen geben Inputs und laden ein, sich über Haltungen, Erfahrungen und notwendige wirksame Handlungsschritte auszutauschen.

**Kontakt und Informationen**  
<http://www.dgsas.de/aktuelles.html>

## 03.11.2016: Fachtag Kulturarbeit von/für/mit Geflüchtete(n)

### Fachtag »Wir sind nicht dein nächstes Kunstprojekt« zur Kulturarbeit von/für/mit geflüchtete(n) Menschen an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Aachen

In Fachvorträgen und Workshops wird eine ästhetische und künstlerische Praxis in den Blick genommen, die in der Arbeit mit geflüchteten Menschen eine kultursensible, partizipative und rassismuskritische Perspektive eröffnet. Moderierte Gesprächsrunden dienen dem Erfahrungsaustausch, der Re-

flexion und Inspiration, ein Konzert beschließt den Tag mit einem Get-together.

Der Fachtag richtet sich an alle AkteurInnen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen, an KünstlerInnen, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, Studierende, v.a. aber an alle ehrenamtlich engagierten BürgerInnen und die geflüchteten Menschen selbst. Die Teilnahme ist kostenlos.

**Kontakt: Marion Gerards** ([m.gerards@katho-nrw.de](mailto:m.gerards@katho-nrw.de))

## 28./29.04.2017: DGSA-Jahrestagung – Call for Papers

### Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) 2017 »Soziale Arbeit und Menschenrechte« an der Alice Salomon Hochschule Berlin

Zahlreichen Diskursen in Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit dienen Modelle und Kataloge der Menschenrechte als zentrale Referenzpunkte. In Theoriemodellen wird die Realisierung der Menschenrechte als Realutopie, konzeptioneller Anspruch, ethischer Bezugsrahmen fachlichen Handelns, als Referenz im Umgang mit Dilemmata und zur Orientierung im Umgang mit menschenrechtswidrigen Forderungen konzeptualisiert. In der Praxis wird die aktive und passive Nutzung des UN-Menschenrechtsschutzsystems diskutiert, und viele PraktikerInnen der Sozialen Arbeit finden in den Menschenrechten eine visionäre und zugleich konkrete Orientierung für ihr fachliches Handeln. Zentrale internationale Positionspapiere der Sozi-

alen Arbeit orientieren sich an der Umsetzung der Menschenrechte. Nicht zuletzt beziehen soziale Bewegungen und Zusammenschlüsse von AdressatInnen ihre Aktivitäten auf die Realisierung und Ausweitung der Menschenrechte.

Die Jahrestagung der DGSA bietet ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungsorientierter Fragen und Zugänge zum Thema. Zur Auseinandersetzung mit den daran geknüpften Fragen in der Sozialen Arbeit möchten wir Interessierte herzlich einladen. Von den Sektionen und Fachgruppen der DGSA können Panels (1,5 Std. inkl. Diskussion) gestaltet und Einzelbeiträge (20 Minuten plus Diskussion, als Vortrag sowie Posterpräsentation) eingereicht werden. Vorschläge sind bis zum 01.10.2016 einzureichen.

**Kontakt und Informationen**  
[Claudia Steckelberg](mailto:Claudia.Steckelberg@gradforum_sbe@hs-nb.de) ([gradforum\\_sbe@hs-nb.de](mailto:gradforum_sbe@hs-nb.de))

## Wissenschaftlicher Beirat

**Prof. Dr. Peter Buttner**  
Hochschule München

**Prof. Dr. Peter Dentler**  
Fachhochschule Kiel

**Prof. Dr. Matthias Hüttemann**  
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

**Prof. Dr. Johannes Lohner**  
Hochschule Landshut

**Prof. Dr. Albert Mühlum**  
Bensheim

**Prof. Dr. Helmut Pauls**  
Hochschule Coburg

**Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner**  
Fachhochschule FH Campus Wien

**Prof. Dr. Günter Zurhorst**  
Hochschule Mitweida

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (v. i. S. d. P.), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und European Centre for Clinical Social Work e. V. (ECCSW)

### Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)  
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

### Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron  
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, [ingo.mueller-baron@dvsg.org](mailto:ingo.mueller-baron@dvsg.org)

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman  
Katholische Hochschule für Sozialwesen  
Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin  
Tel. 030 50 10 10-84  
[karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de](mailto:karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de)

### Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

### Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

### Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:  
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2350

### Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Eine lebensweltbezogene und ressourcenorientierte Soziale Arbeit setzt grundsätzlich an den Stärken der Menschen an, und so sollte der defizitorientierte Blick grundsätzlich nicht im Vordergrund von Diagnostik und Intervention stehen. Im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (1987) und des Capability Approach nach Nussbaum und Sen (2000) geht es um »gelingendes Leben«. Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und das Gefühl von Sinnhaftigkeit im Umgang mit Lebensaufgaben stärken nach Antonovsky den Kohärenzsinn und damit die Gesundheit. Ohne dieses Ziel aus den Augen zu verlieren, ist Soziale Arbeit häufig mit chronischen Notlagen und Karrieren des Scheiterns beschäftigt. Globalisierungs- und Individualisierungsprozesse, weltweite Krisenherde, Migrationsbewegungen, anspruchsvolle Arbeitsmärkte und Bildungssysteme, Ausweitung virtueller Realitäten und mediale Dauerberieselung prägen die Lebenswelten und führen zu Überforderung und Stress. Die familiären Haltestrukturen werden zunehmend brüchig, und ein Mangel an Identitätsvorgaben und Rollenmodellen zieht den »Zwang zur Selbsterschaffung« nach sich. Suche nach der eigenen Identität ist nicht mehr nur eine Frage des Jugendalters. Verunsicherung und Suchbewegung prägen auch PartnerInnen- und Elternschaften sowie das Zusammenleben. Dem rasanten Wandel der Familienstrukturen sind insbesondere Kinder und Jugendliche oft schutzlos ausgeliefert. Zudem geht die Schere zwischen Arm und Reich stetig weiter auseinander. Hohe Scheidungsraten ziehen Armutsgefährdung nach sich, und so sind es insbesondere Kinder von alleinerziehenden Müttern, die das höchste Armutsrisiko in Deutschland tragen. Zahlreiche Familien-Neukonstruktionen und häufige Wechsel der PartnerInnenchaften, chaotische Lebensführung der Eltern und schlechte Wohnverhältnisse sorgen für problematische Entwicklungsbedingungen. Psychische und Suchterkrankungen von Eltern verschärfen die Lage für Heranwachsende. Kinder und Jugendliche reagieren auf verunsichernde Lebenssituationen und Überforderungen mit Rückzug, Verweigerung, psychosomatischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten (Lammel et al., 2015, S. 15ff.). »Psychische, emotionale und Verhaltensstörungen stehen in einem klaren Zusammenhang zur sozialen Lage eines Kindes bzw. eines Jugendlichen. Aktuelle Studien verdeutlichen, dass Kinder bzw. Jugendliche aus Familien mit geringem sozialökonomischen Status doppelt so häufig psychisch auffällig werden, wie Kinder bzw. Jugendliche aus Familien mit höherem sozialökonomischen Status. Familiäre und Umfeldbedingungen stellen wesentliche

Faktoren in Bezug auf die emotionale und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar« (DBSH, 2015, S. 2). Im Zuge dieser Entwicklungen wachsen die pädagogischen und therapeutischen Herausforderungen. Die Zahl der jährlichen Inobhutnahmen (sowie der Hilfen zur Erziehung gem. § 27ff. SGB VIII) steigt stetig, und es handelt sich dabei zunehmend um Heranwachsende mit komplexen Problemlagen und intensivem Förderbedarf: »Ca. ein Drittel zeigt so viele psychiatrische Störungen und Problemlagen wie nur zwei Prozent der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung. Frühe Traumatisierung nimmt dabei eine Spitzenstellung ein«, so Gahleitner (2011, S. 7). Die Zahl der nicht erkannten traumatisierten Klientel ist hierbei noch nicht erfasst.

Familien mit chronischen multiplen Problemlagen müssen meist viele Jahre begleitet werden. Zur Entwicklungsförderung und Krankheitsvorbeugung wird heute in Kindertagesstätten und Grundschulen weit mehr als Erziehungs- und Bildungsarbeit gefordert. Um Heranwachsenden und ihren Familien angemessen Hilfestellung leisten zu können, werden diagnostische Kompetenzen, klinisch-therapeutischer Sachverstand und Handlungsansätze der Sozialen Arbeit dringend gebraucht. In Begleitung, Beratung, Behandlung und Prävention leistet Klinische Sozialarbeit ambulant wie stationär wichtige Arbeit. Pauls (2008, S. 131) konstatiert, dass »schwere klinische Störungsbilder durch ambulante oder zeitlich zu eng befristete Maßnahmen ohne entsprechende klinische Qualität nicht angebar sind« und Folgekosten verursachen, die Kosten einer frühzeitigen bedarfsgerechten und qualifizierten Intervention übersteigen (ebd.). Bei Heranwachsenden mit ausgeprägten Störungsbildern, die retrospektiv betrachtet häufig bereits im Kindergarten auftraten, verstreichen oft zu viele Jahre – verbunden mit Versagenskarrieren in der Schule, Risikoverhalten und Drogenkonsum im Jugendalter –, bis geeignete qualifizierte Maßnahmen eingeleitet werden. Diese Lebensverläufe sind oft chronisch verwoben mit komplexen Notlagen und psychosomatischen Erkrankungen in den Elternhäusern (Fischer & Lammel, 2009). Daraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit frühzeitiger, intensiver lebensweltbezogener und die Lebenswelt einbeziehender Hilfestellungen. »Aus diesen Gründen wird dringend eine psychosozial fundierte sozialtherapeutische Perspektive gebraucht, die neben den Kindern und Jugendlichen auch ihre direkten Bezugspersonen und darüber hinaus ihr soziales Umfeld umfasst« (Pauls, 2008, S. 127). Die vielfältigen Problemlagen Heranwachsender und ihrer Familien verlangen nach qualifizierten und auch spezialisierten Hilfsangeboten.

Mit diesem Themenheft werden Aspekte der Klinischen Sozialarbeit im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe skizziert. *Timo D. Vloet, Ulrich Hagenah, Silke Scherf, Beate Herpertz-Dahlmann und Ute Antonia Lammel* fokussieren die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und zeigen Schnittstellenfragen zwischen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und Jugendhilfe auf. Mittels umfangreichen Datenmaterials zu den Hauptdiagnosen in Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Implikationen und Entwicklungsbedarfe für die Kinder- und Jugendhilfe markiert. *Gunter Groen* und *Astrid Jörns-Presentati* stellen das EU-Projekt RESME zur Kooperation von Kinder-/Jugendhilfe und Kinder-/Jugendpsychiatrie und deren jeweiligen Fachkräften vor. Zur Verbesserung dieser wichtigen und oft herausfordernden Zusammenarbeit wurde in sechs europäischen Ländern ein interdisziplinäres Fortbildungscurriculum entwickelt und erprobt. In einem kurzen Überblick werden wesentliche Inhalte der Fortbildung und zentrale Evaluationsergebnisse der Pilotstudie dargestellt. *Christian Bayer* zeigt die veränderten Bedarfe in der Jugendhilfe und stellt konzeptionelle Entwicklungen am Beispiel des Projektes »1-2-Go! Klinische Jugendhilfe« vor. *Eva Brockmann, Daniela Thiele* und *Dominik Hake* beschäftigen sich mit dem zielgruppenspezifischen Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern »Flutterby«. Durch Förderung zentraler Schutzfaktoren und Aktivierung der sozialen Ressourcen geht es hierbei um Stärkung der Belastungsbewältigung. *Ute Antonia Lammel* greift abschließend den rasanten Wandel von Familienstrukturen mit Blick auf die Suchtgefährdung vertiefend auf.

Für die Redaktion  
Gerhard Klug und Ute Antonia Lammel

#### Literatur

- Antonovsky, Aaron (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) (2015). *SGB VIII als Leitlinie der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie erhalten!* Berlin: DBSH. Online verfügbar: [http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/BHP\\_DBSH\\_Stellungnahme\\_Ausbildung\\_KJP\\_1\\_10\\_2015.pdf](http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/BHP_DBSH_Stellungnahme_Ausbildung_KJP_1_10_2015.pdf) [03.08.2016].
- Fischer, M. & Lammel, U. A. (2009). *Jugend und Sucht – Analysen und Auswege. Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe*. Opladen: Budrich.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lammel, U. A., Jungbauer, J. & Trost, A. (Hrsg.) (2015). *Klinisch-therapeutische Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: vml.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (Hrsg.) (2000). *The quality of life*. Oxford: Clarendon.
- Pauls, H. (2008). Aufgabenstellungen und Bedarf an Klinischer Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 126-136). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

# Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und Herausforderungen für die Jugendhilfe

Timo D. Vloet, Ulrich Hagenah, Silke Scherf, Beate Herpertz-Dahlmann, Ute Antonia Lammel

Nach dem Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KIGGS; vgl. Thyen & Scriba, 2007; Hölling et al., 2014) ist in Deutschland von einer hohen Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter auszugehen, bei 20% finden sich Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, 10% leiden sogar an einer behandlungsbedürftigen Erkrankung. Zu den häufigsten Diagnosen der 7- bis 17-Jährigen gehören Störungen des Sozialverhaltens (10%), Ängste (7,6%) und depressive Erkrankungen (5,4%). Die Längsschnittuntersuchung von Hölling und KollegInnen (2014) wies mithilfe des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) zwischen 2006 und 2014 eine Zunahme emotionaler Probleme und von Verhaltensproblemen nach. Eine Längsschnittstudie in den USA (Great Smoky Mountains Study) zeigte, dass auch dort die kumulative Prävalenz definierter psychischer Störungen mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen deutlich ansteigt (Costello et al., 2016). Auch wenn noch größere Zeiträume betrachtet werden, hat sich die Häufigkeit psychiatrischer Störungen in der Altersgruppe deutlich verändert. In den letzten 50 Jahren sind besonders expansive Störungen angestiegen, die durch aggressives Verhalten, Delinquenz sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit gekennzeichnet sind. Dies gilt auch für die Prävalenz depressiver Störungen und der Essstörungen (Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa). Relativ stabil scheint das Auftreten organischer Erkrankungen und schizophrener Psychosen zu sein. Zu Zwangs- und Angststörungen sowie Tic-Störungen und Tourette-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist die Datenlage uneinheitlich.

Parallel zur Zunahme psychischer Störungen ist ein deutlicher Anstieg der Anzahl stationärer Behandlungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland zu beobachten. Daten des Statistischen Bundesamtes (Bölt & Graf, 2012, S. 119) belegen, dass zwischen 1991 und 2010

die Anzahl einzelner stationärer Behandlungen um 130% zugenommen hat. Die Zunahme der psychischen Auffälligkeiten führte zu einer deutlichen Steigerung der stationären psychiatrischen Behandlung und einer erheblichen Leistungsverdichtung in den Kliniken. Zeitgleich verkürzte sich die Verweildauer der PatientInnen um 69% (ebd.).

## Indikationen für stationäre Jugendhilfe

Bereits 2009 wiesen Beck und Warnke darauf hin, dass aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ca. 25% aller jungen PatientInnen in stationärer Behandlung anschließend Jugendhilfeangebote benötigen. Aus Sicht der Jugendhilfe zeigte Schmid (2007) in der Ulmer Heimkinderstudie auf, dass ca. 60% der Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen mindestens unter einer psychischen Störung leiden. Daraus ergibt sich eine bedeutende Schnittmenge zwischen psychiatrischer Versorgung und Jugendhilfe. In der Ulmer Studie zeigten die Betroffenen zu einem Großteil expansive Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens (31%) oder die sogenannte hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, dies meint das gemeinsame Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens und einer Aufmerksamkeitsstörung (27%) (Schmid et al., 2008). Internalisierende Störungen wie Angst- und depressive Störungen kamen bei insgesamt 18% vor. Rauschmittelmissbrauch wurde für 11% der TeilnehmerInnen ermittelt.

Nach der Studie von Beck (2015) bestanden bei 38% der Kinder und Jugendlichen vor einer stationären bzw. teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung Jugendhilfemaßnahmen. Nur wenige Kinder und Jugendliche wurden teilstationär versorgt. Die Auswertung des Bedarfs an Jugendhilfe im Anschluss an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ergab, dass in über 20% der Fälle stationäre Hilfen zur Erziehung empfohlen werden, wobei er-

wartungsgemäß ein Großteil dieser PatientInnen die Inanspruchnahme-Voraussetzungen des § 35a SGB VIII erfüllten. Erziehungsbeistandschaft wurde in ca. 15% und sozialpädagogische Familienhilfe in ca. 14% der Fälle empfohlen. Bemerkenswert ist dabei, dass die in dieser Erhebung vonseiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlenen Maßnahmen zum überwiegenden Anteil auch entsprechend umgesetzt werden. Aus klinischer Sicht ist die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe besonders im Rahmen der Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII von hoher Bedeutung. Demnach haben Kinder und Jugendliche »Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist« (BMJ, 1990, o. S.). Im Rahmen des § 35a haben Minderjährige einen Rechtsanspruch auf Hilfen. Bei den Hilfen zur Erziehung (§ 27ff. SGB VIII) sind hingegen die Sorgeberechtigten, i. d. R. die Kinseltern, anspruchsberechtigt.

Eine seelische Behinderung findet sich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht besonders dann, wenn (1) die kinder- und jugendpsychiatrische Störung deutliche Auswirkungen auf mehrere Lebensbereiche (Familie, Schule, Freizeit) hat, (2) die Ausprägung der Symptomatik intensiv ist, (3) die Funktionsbeeinträchtigung länger andauert und eine Chronifizierung zu erwarten oder bereits eingetreten ist. Indikationen für eine stationäre Jugendhilfemaßnahme bestehen aus klinischer Sicht insbesondere dann, wenn eine schwere psychische Erkrankung vorliegt und die familiären und elterlichen Ressourcen hierdurch überfordert werden und/oder die Auswirkungen der Erkrankung die Bewältigung altersgemäßer Entwicklungsaufgaben ohne zusätzliche pädagogische Unterstützung erschweren. Auch ein problematisches familiäres Umfeld mit möglicherweise ebenfalls psychisch kranken oder

suchtkranken Eltern kann die Indikation für eine stationäre Jugendhilfe begründen. Fischer und Lammel (2009) wiesen in der Viersen-Studie nach, dass bei ca. 30% der jungen PatientInnen (psychische Störung mit Substanzmissbrauch) in den Familien psychische Erkrankungen oder Sucht vorlagen, bei 13% sogar über mehrere Generationen. 48% der Untersuchten waren Opfer familiärer Gewalt, wobei die Mädchen von Gewalt und insbesondere von sexueller Gewalt stärker betroffen waren. Gefunden wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und Suizidversuchen. 54% der Mädchen hatten bereits einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. Während in der Kindheit häufig Autismusspektrumstörungen, chronifizierte Verläufe von Schulphobie, Schulangst oder expansive Störungen zu einer stationären Jugendhilfe führen, sind es in der Adoleszenz meist schwer ausgeprägte Essstörungen, chronische Depressionen, Störungen aus dem schizophrenen Spektrum und des Sozialverhaltens mit einer massiven Selbstgefährdung. Die enge Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe ist hier zwingend notwendig.

### Störungen des Sozialverhaltens als multimorbide Störung im Fokus

Störungen des Sozialverhaltens sind gekennzeichnet durch durchgängiges und dauerhaftes dissoziales und delinquentes Verhalten (Übersicht bei Vloet et al., 2006). Sie zählen zu den häufigsten Gründen für die Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung. Nach einer Erhebung von Schmeck und Poustka (2000) waren 38% aller Aufnahmen von PatientInnen aus Jugendhilfeeinrichtungen in die Psychiatrie von sozialen Verhaltensstörungen gekennzeichnet. Zudem bestehen hohe Komorbiditätsraten, d.h. Störungen des Sozialverhaltens gehen zumeist mit anderen Erkrankungen einher, besonders häufig mit Aufmerksamkeitsstörung. Der Verbleib in einem dissozialen Umfeld verschärft das Störungsbild bis hin zu einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (Übersicht bei Vloet et al., 2006). In einer umfangreichen Erhebung von Angold und KollegInnen (1999) war die Wahrscheinlichkeit, bei einer Störung des Sozialverhaltens an einer komorbiden Aufmerksamkeitsstörung zu leiden, um den Faktor 10 erhöht. Das Risiko für eine zusätzliche depressive Störung war um den Faktor 7, für Angststörungen immerhin noch um den Faktor 3 erhöht. Außerdem bestehen bei diesen Jugendlichen häufig Drogenprobleme und Alkoholmissbrauch sowie eine hohe Gefahr für traumatische Erfahrungen und die Entwicklung von Traumafolgestörungen, wie z.B. einer posttraumatischen Belastungsstörung. Störungen des Sozialverhaltens, die zunehmend auch bei Mädchen diagnostiziert werden (vgl. auch Vloet et al., 2014), treten häufig zusammen mit Entwicklungs- und Lernstörungen, Sprachentwicklungsstörungen und Lese-/Rechtschreibstörungen, dies mit meist erheblichen Folgen für die schulische Laufbahn. Die hohe Belastung durch mehrere Störungsbereiche begründet eine zumeist ungünstige Prognose und die dringende Notwendigkeit für kompetente Unterstützung und enge Kooperation mit einer qualifizierten Jugendhilfe. Geschlechtsspezifische Angebote sollten aufgrund der Datenlage im gesamten Behandlungsspektrum unbedingt Berücksichtigung finden.

Das Risiko für eine zusätzliche depressive Störung war um den Faktor 7, für Angststörungen immerhin noch um den Faktor 3 erhöht. Außerdem bestehen bei diesen Jugendlichen häufig Drogenprobleme und Alkoholmissbrauch sowie eine hohe Gefahr für traumatische Erfahrungen und die Entwicklung von Traumafolgestörungen, wie z.B. einer posttraumatischen Belastungsstörung. Störungen des Sozialverhaltens, die zunehmend auch bei Mädchen diagnostiziert werden (vgl. auch Vloet et al., 2014), treten häufig zusammen mit Entwicklungs- und Lernstörungen, Sprachentwicklungsstörungen und Lese-/Rechtschreibstörungen, dies mit meist erheblichen Folgen für die schulische Laufbahn. Die hohe Belastung durch mehrere Störungsbereiche begründet eine zumeist ungünstige Prognose und die dringende Notwendigkeit für kompetente Unterstützung und enge Kooperation mit einer qualifizierten Jugendhilfe. Geschlechtsspezifische Angebote sollten aufgrund der Datenlage im gesamten Behandlungsspektrum unbedingt Berücksichtigung finden.

Anzeige

**KatHO** NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Catholic University of Applied Sciences

## Masterstudiengänge Soziale Arbeit:

### Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit sechs verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-Therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Soziale Arbeit in internationaler Perspektive (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)“ ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und eröffnet den Zugang zum Höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert, und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt zudem auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

**Bewerbungsschluss ist der 15. Mai 2016.**

Weitere Informationen unter [www.katho-nrw.de](http://www.katho-nrw.de)



„Das Studium an der KatHO ist fundiert und praxisnah.“

Foto: simonthon.com / photocase.de

## Leitfaden zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Verständigungsprobleme zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, fehlende Kenntnisse über den jeweils anderen Sektor erschweren die notwendige Zusammenarbeit. Hinzu kommen – aufgrund der meist angespannten Finanzlage der Kommunen – unzureichend vorhandene Ressourcen auf beiden Seiten. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der daraus entstehenden Reibungsverluste finden in der Region Aachen/Düren seit mehreren Jahren regelmäßige Kooperationstreffen auf Leitungsebene zwischen den regionalen Jugendämtern (Städteregion Aachen, Aachen, Eschweiler, Alsdorf, Würselen, Stolberg, Herzogenrath, Düren) statt. Im Rahmen dieser Arbeitstreffen wurde u.a. ein Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet, der bestimmte Arbeitsabläufe und die unterschiedlichen Verantwortungsbereiche der Kooperationspartner an der Schnittstelle zwischen beiden Systemen beschreibt. Ganz wesentlicher Bestandteil dieser Kooperation ist eine gemeinsame Perspektivplanung für die Kinder und Jugendlichen durch Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vor allem bei jungen Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder einer schweren psychotischen Erkrankung ist die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zwingend. Aufgrund der Schwere der Symptomatik werden hier erwartungsgemäß besonders häufig stationäre Jugendhilfemaßnahmen und eine störungsspezifische pädagogische Betreuung und Behandlung in enger Kooperation nötig. Es gibt in Deutschland spezialisierte Einrichtungen für bestimmte Störungsbilder, die auf integrierte oder angegliederte therapeutische Angebote zurückgreifen. Darüber hinaus besteht oft eine interdisziplinäre Kooperation mit einer vor Ort ansässigen Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesen Modellen arbeiten psychotherapeutische und pädagogisch-sozialarbeiterische Berufsgruppen systemübergreifend zusammen, wobei sie entweder in Kooperation mit den Einrichtungen tätig oder in den Einrichtungen selbst angestellt sind. Die Art und der Schweregrad der Störungen erfordern besonders im Rahmen der Eingliederungshilfen ein gut abgestimmtes Zusam-

menwirken pädagogischer, klinisch-therapeutischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sicherzustellen. Aus klinischer Sicht ist eine Spezialisierung innerhalb der Jugendhilfe sehr zu begrüßen, z. B. durch die Etablierung eigener Teams für Eingliederungshilfe im Sinne einer klinischen Jugendhilfe. Der Jugendhilfesektor und insbesondere die öffentliche Jugendhilfe sollten ein Interesse an einer sozial-klinisch fundierten Bearbeitung dieser Fälle haben, denn dem finanziellen Einsatz von Steuergeldern stehen zu Recht die Erwartung und die Forderung nach Wirksamkeit von Jugendhilfe- bzw. Eingliederungsmaßnahmen aufseiten der Auftraggeber, KlientInnen und (fach)politischen Öffentlichkeit gegenüber (vgl. Borg-Laufs, 2009; Klug, 2013; Macsenaere, 2013).

Klinische Sozialarbeit – mit dem Ansatz einer biopsychosozialen Diagnostik, der Betrachtung des Menschen in seiner Umwelt und mit den sozialtherapeutischen Behandlungsmethoden zur Förderung der sozialen Einbindung und der Lebensbewältigungsfähigkeiten im Umgang mit anstehenden Entwicklungsaufgaben – kann zur wichtigen Behandlungssäule werden und auch eine Brückenfunktion zwischen dem medizinischen und dem pädagogischen Sektor übernehmen. Der diagnostische Sachverstand und das vielfältige Methodenspektrum bieten weitreichende Möglichkeiten im Bereich der stationären Jugendhilfe, der Nachsorge nach psychiatrischer Behandlung und zur Vorbeugung einer chronischen Entwicklung der beschriebenen Störungsbilder und psychosozialen Problemlagen (Fischer & Lammel, 2009). Klinische Sozialarbeit kann Ansätze der Aufsuchenden Sozialen Arbeit integrieren, arbeitet mit Bezugsgruppen und FreundInnenkreisen der Jugendlichen, begleitet die schulische Wiedereingliederung und kann eine Stabilisierung des Heilungsprozesses durch (systemische) Familienarbeit fördern.

### Literatur

- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87. Online verfügbar: <http://devepi.duhs.duke.edu/library/pdf/12338.pdf> [14.07.2016].
- Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 443-451.
- Beck, N. & Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer

Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 57-67.

- Bölt, U. & Graf, T. (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. *Wirtschaft und Statistik*, 12(2), 112-138. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen20JahreKrankenhausstatistik.pdf> [21.07.2016].
- Borg-Laufs, M. (2009). Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung des »treatment gap« zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung. *Klinische Sozialarbeit*, 5(4), 9-10.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (1990). *Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163), § 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. Berlin: BMJ. Online verfügbar: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/\\_35a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_35a.html) [14.07.2016].
- Costello, E. J., Copeland, W. E. & Angold, A. (2016). The Great Smoky Mountains Study: developmental epidemiology in the southeastern United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 639-646.
- Fischer, M. & Lammel, U. A. (2009). *Jugend und Sucht – Analysen und Auswege. Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe* (Reihe: Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Bd. 10). Opladen: Budrich.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819. Online verfügbar: <http://edoc.rki.de/oa/articles/re9wG5xBftbdM/PDF/23snHyPggs8sPo.pdf> [14.07.2016].
- Klug, G. (2013). Kritische Bestandsaufnahme zur Erziehungsbeistandschaft. *Klinische Sozialarbeit*, 9(3), 12-14.
- Macsenaere, M. (2013). Wirkungsforschung in den stationären Hilfen zur Erziehung: Historie und zentrale Ergebnisse. *Klinische Sozialarbeit*, 9(3), 4-5.
- Schmuck, K. & Poustka, F. (2000). Biologische Grundlagen von impulsiv-aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 9(1), 3-13.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe* (Reihe: Juventa Materialien). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nützel, J. & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28(2), Art. 2. Online verfügbar: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-2-2> [14.07.2016].
- Thyen, U. & Scriba, P. C. (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2003-2006 [Themenheft]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5/6).
- Vloet, T. D., Herpertz, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Ätiologie und Verlauf von Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren für die Entstehung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(2), 101-116.
- Vloet, T. D., Großheirich, N., Konrad, K., Freitag, C. M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(2), 95-107.

# Interprofessionelles Lernen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gunter Groen, Astrid Jörns-Presentati

## Interprofessionelle Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder und Jugendliche als AdressatInnen von Maßnahmen der Jugendhilfe und als PatientInnen der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung sind eine psychosozial besonders stark benachteiligte und belastete Gruppe. Studien zufolge leiden bis zu 75% (Schmid et al., 2011) der in stationären Jugendhilfeeinrichtungen lebenden jungen Menschen an einer psychischen Störung, die häufig mit einer hohen Rate an Komorbidität einhergeht und sich oft durch eine schwerwiegende und komplexe Symptomatik auszeichnet. In der Regel sind diese Mädchen und Jungen bereits vor Beginn der stationären Jugendhilfe eine Reihe von Risiken ausgesetzt gewesen (z.B. Traumatisierungen, Bindungsabbrüchen, Armut). Der 13. Kinder- und Jugendbericht (BT-Drs. 16/12860, 2009, S. 103) verweist darauf, dass Kinder und Jugendliche mit einem dementsprechend »speziellem Versorgungsbedarf« auf eine gelingende Kooperation aller sozialen Dienste besonders angewiesen sind. Eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischem Gesundheitsbereich ist eine entscheidende Komponente für eine effektive Versorgung dieser vulnerablen Gruppe.

Interprofessionelle Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise sozialrechtlich versäulte Hilfen, nicht eindeutig definierte Verantwortungsbereiche der einzelnen Hilfebringer sowie begrenzte Ressourcen (Fegert et al., 2008). Trotz individueller Bemühungen wird die Zusammenarbeit außerdem häufig erschwert durch Unterschiede im beruflichen Habitus und professionellen Selbstverständnis der beteiligten Disziplinen sowie durch konkurrierende fachliche Diskurse (vgl. Haselmann, 2010). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt dem Blick auf psychosoziale Faktoren und individuelle Ressourcenstärkung ein medizinisch orientiertes Krankheitsmodell zugrunde, das im Ansatz noch immer Störungen eher klassifizierend betrachtet und stärker Hei-

lung fokussiert. In der sozialpädagogisch ausgerichteten Jugendhilfe werden Verhaltensauffälligkeiten eher als Möglichkeiten der Lebensbewältigung gedeutet und die soziale Dimension bzw. psychosoziale Dynamik ist zentral (Sommerfeld et al., 2016, S. 7). Nicht selten führt dies immer noch zu einer »ausgrenzende[n] Handlungspraxis« (Homfeldt & Gahleitner, 2012, S. 19), in der sich Fachkräfte beider Seiten instrumentalisiert fühlen können: Der Psychiatrie wird die Rolle des »Reparaturbetrieb[s]« (ebd., S. 20) zugeschrieben, der Jugendhilfe die des »Dienstleisters« (ebd.). Ein bestehendes Machtgefälle wird deutlich, wenn Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Unterstützung geschätzt, aber noch nicht als »gleichwertig, nämlich nicht als Profession wahrgenommen wird« (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Interprofessionelle Fortbildungen stellen ein Angebot dar, in dessen Rahmen Kooperation im Allgemeinen und eine reflektierte Haltung bzw. ein Bewusstsein möglicher Vorurteile in der Zusammenarbeit mit Fachkräften des anderen Systems im Besonderen gefördert werden kann (D'Amour & Oandasan, 2005).

## Evaluationsstudie

Im Rahmen des EU-Projekts »Residential Child Care and Mental Health Treatment« – kurz: RESME – wurden interprofessionelle Fortbildungskurse für Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in jeweils landesspezifisch angepassten Versionen entwickelt und in Finnland, Spanien, Dänemark, Litauen, Schottland und Deutschland mit insgesamt knapp 160 Professionellen beider Systeme erprobt (vgl. Groen & Jörns-Presentati, 2015). Um dabei den alltäglichen Anforderungen der Praxis gerecht zu werden, basierten die Inhalte der Fortbildung auf Erfahrungen und Einschätzungen diverser Fachkräfte, mit denen vorab Interviews geführt wurden. Es erscheint demnach als ausschlaggebend für eine konstruktive Zusammenarbeit, die Aufgabenbereiche und Rahmenbedingungen des jeweils anderen Systems zu kennen, Kooperation in der eigenen Arbeit zu priorisieren, ihr gegenüber positiv eingestellt

zu sein und sowohl auf organisationaler Ebene als auch in der aktiven Netzwerkarbeit eine Kultur der Kooperation zu pflegen (Groen & Jörns-Presentati, 2014).

Übergeordnetes Lernziel in der Konzipierung des Curriculums war daher, bei den Beteiligten das Bewusstsein für Hindernisse und Gelingensfaktoren in der Schnittstellenarbeit zu schärfen, um im nächsten Schritt erfahrungsbasiert konkrete Veränderungsschritte für die eigene Praxis zu formulieren. Die Gruppengröße erstreckte sich von 8 bis 37 Teilnehmenden, durchschnittlich nahmen 22 PraktikerInnen teil. 59% waren ErzieherInnen, SozialpädagogInnen bzw. SozialarbeiterInnen, 17% psychiatrische Pflegekräfte und 23% Fachkräfte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsbereich (Psychologie und Medizin). Die Mehrheit verfügte über einschlägige Berufserfahrung von 11 bis 20 Jahren (18%) oder mehr als 20 Jahren (44%). 65% der Fachkräfte arbeiteten im Bereich der Jugendhilfe bzw. im Jugendamt, während 32% im Gesundheitsbereich (v.a. Kliniken) tätig waren. Fast die Hälfte der Teilnehmenden arbeitete als Leitungskraft.

Methodisch bediente sich der Fortbildungskurs des Blended-Learning-Ansatzes sowie des Problemorientierten Lernens. Im Rahmen des persönlichen Kontakts der Fachkräfte umfassten die didaktischen Methoden neben umfassender Wissensvermittlung via Kurzpräsentationen (u.a. zu den Rahmenbedingungen beider Systeme und den jeweiligen Abläufen der Hilfe bzw. Behandlung) vor allem interdisziplinäre Fallarbeit und Diskussion. Anhand selbst eingebrachter »schwieriger« Fälle wurden Verstehenszugänge und wahrgenommene Hilfebedarfe ausgetauscht sowie Hindernisse und Gelingensbedingungen in der konkreten Kooperation ausgetauscht. Darüber hinaus war den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, in fachfremden Einrichtungen (»auf der anderen Seite«) zu hospitieren. In allen Ländern wurden die Kurse von ReferentInnen (Mitglieder der RESME-Forschungsteams) und zusätzlichen externen GastdozentInnen geleitet. Die Präsenzzeit lag je nach länderspezifischen Möglichkeiten zwischen 4 und 10 Tagen mit durchschnittlich 47 Stunden.

Die Ergebnisse einer ersten, auf den Rückmeldungen von 66 Teilnehmenden sowie den ReferentInnen beruhenden Evaluation, erhoben mithilfe eines Fragebogens, zeigen das große Potenzial entsprechender interdisziplinärer Fortbildungen. Mindestens 85% der Befragten bewerteten die einzelnen Komponenten des Curriculums und die in der Pilotweiterbildung verwendeten Lernkonzepte als sehr gut oder gut (auf einer 4-Punkte-Skala): die didaktische Präsentation, die inhaltliche Konzeption, die ReferentInnen, die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme, das Verhältnis von Theorie und Praxis, die Arbeitsatmosphäre und die Hospitation. Die Möglichkeit, miteinander und voneinander zu lernen, gemeinsam Fälle zu besprechen und das eigene fachliche Selbstverständnis zu reflektieren, wurde als besonders hilfreich und bereichernd bewertet. Durchweg wurde der Wunsch nach der Fortsetzung der Weiterbildung, v.a. in Form von kooperativer Fallarbeit, Entwicklung von Kooperationsleitlinien und weiterem Wissensinput geäußert.

## Fazit

Die Erprobung und Evaluation des Curriculums deuten auf die großen Möglichkeiten gemeinsamer Weiterbildungen zur Verbesserung der Schnittstellenarbeit. Fachübergreifende Zusammenarbeit und kooperative Verantwortung ist im Sinne der gemeinsam betreuten Klientel von großer Bedeutung, gelingt aber nicht automatisch und nebenbei. Der systematische, persönliche Austausch von Erfahrung und Wissen und die Erweiterung der eigenen Perspektive in einem eigens dafür

vorgesehenen Rahmen tragen wesentlich dazu bei. Vor allem der moderierte Austausch auf der Ebene konkreter Einzelfälle scheint einem Erkenntnisgewinn und der Kooperation förderlich. In einem weiteren Projekt unserer Forschungsgruppe (»Grenzgänger«) werden aktuell regelmäßige Treffen zweier Jugendämter und Jugendhilfeträger und einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Besprechung von herausfordernden Fällen und Abstimmung von Hilfen in Schleswig-Holstein wissenschaftlich begleitet.

Im Hinblick auf den spezifischen Wissenstransfer in Fort- und Weiterbildung ergeben sich auch Bezüge zu aktuellen Fachdebatten in der Klinischen Sozialen Arbeit, wonach u.a. eine »konsolidierte Wissensbasis ... ein entscheidendes, weil notwendiges, bislang fehlendes Element auf dem Weg zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen« (Sommerfeld et al., 2016, S.13) darstellt, um als »Partner-Profession in einem interprofessionell koordinierten Hilfesystem« (ebd.) wahrgenommen zu werden. Das interprofessionelle Lernarrangement stellt daher eine Gelegenheit für PraktikerrInnen dar, die eigene Fachlichkeit im interprofessionellen Austausch zu benennen. Mögliche Unklarheiten und Bedarfe in Bezug auf diagnostische und handlungstheoretisch-methodische Kompetenzen (ebd.) können bewusster erlebt und dadurch die eigene Professionalisierung in einem komplexen Handlungsfeld weiterentwickelt werden.

**Anmerkung:** Das Projekt RESME wurde gefördert durch das Lifelong Learning Programme der Europäischen Kommission (Grant Agreement Number: 2012-3154/001-001).

## Literatur

- BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag. Drucksache vom 30.04.2009) (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [04.02.2016].
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20.
- Fegert, J. M., Besier, T. & Goldbeck, L. (2008). Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reisenburger interdisziplinärer Appell der Fachkräfte. *Das Jugendamt*, 81(4), 187-192.
- Groen, G. & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer Interviewstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 151-160.
- Groen, G. & Jörns-Presentati, A. (2015). On the borders between residential child care and mental health care. Evaluation of the RESME pilot-course. In E. Timonen-Kallio, J. Pivoriene, M. Smith & J. Fernandez del Valle (Hrsg.), *On the borders between residential child care and mental health treatment in Europe* (S. 136-155). Turku, Finnland: Turku University of Applied Sciences.
- Haselmann, S. (2010). Die neue Hilfeplanung in der Psychiatrie – Soziale Arbeit zwischen alten Spannungsfeldern und aktuellen Kontroversen. In B. Michel-Schwarze (Hrsg.), *Modernisierungen methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (S. 231-278). Wiesbaden: VS.
- Homfeldt, H. G. & Gahleitner, S. B. (2012). Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf – eine Einführung. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (S. 11-33). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Kölich, M., Fegert, J. M. & Schmeck, K. (2011). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen (MAZ)*. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.

## Anzeige



**ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit**

### ■ Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

#### Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

#### Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

#### Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, E-Mail: [gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de](mailto:gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de)
- Website der ZKS: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)



**ZKS  
VERLAG**

### ■ Spezialisierter Fachverlag der ZKS

#### Angebote des Verlags:

- Veröffentlichungen als PDF downloaden
- Filme und Interviews online anschauen
- hoher Verbreitungsgrad
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld der Veröffentlichungen
- hohe wissenschaftliche Standards
- kostenlos

#### Bewerbung und Information:

- eigene Artikel und Publikationen senden Sie an: [einreichen@zks-verlag.de](mailto:einreichen@zks-verlag.de)
- Weitere Informationen erhalten Sie unter: [www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)

# Klinische Jugendhilfe – Möglichkeiten bedarfsorientierter Hilfen im Rahmen intensivpädagogisch-klinischer Begleitung

Christian Bayer

## Veränderungsprozesse in der sozialpädagogischen Versorgung

Seit einigen Jahren zeigt sich eine deutliche Veränderung des Bedarfs im Bereich der Jugendhilfe. Immer mehr KlientInnen haben neben Defiziten im sozioemotionalen Bereich und in der Persönlichkeitsentwicklung seelische oder schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen (vgl. Vloet et al., in diesem Heft). Die »1-2-GO! Klinische Jugendhilfe GmbH« sieht sich als Anbieterin eines Modells, das auf diese Veränderungen reagiert (Murafi & Bohm, 2013).

Die bisher üblicherweise ausreichenden sozialpädagogischen Angebote scheinen für einzelne Kinder und Jugendliche nicht mehr in gleichem Maße ihre Wirksamkeit zu entfalten. Betreuungsstellen und die weiteren verantwortlichen Institutionen sind wegen fehlender oder unzureichender Hilfsmittel, u.a. psychiatrischer und medizinischer Bausteine, trotz ausreichender pädagogischer Kompetenzen überfordert. Die Folge ist oft Hilflosigkeit. Das Hilfesystem kann das weitere Vorgehen im Sinne des tatsächlichen individuellen Hilfebedarfs nicht zuverlässig planen. Dies führt dazu, dass die Jugendlichen die Einrichtungen und Kliniken häufig wechseln. Die notwendige Beziehungskontinuität (Fischer & Lammel, 2009, S. 126ff.; Gahleitner, 2012, S. 35ff.; Lammel et al., 2015, S. 45ff.) ist vor diesem Hintergrund nicht mehr sicherzustellen. Dies kann insbesondere in den wichtigen Entwicklungsphasen zu einer weiteren Kumulation von Risikofaktoren und der Vergeudung von Ressourcen führen, sowohl personell als auch materiell. Eine ausreichende Vernetzung der notwendigen Hilfen wie Entwicklungsbegleitung, Schule und Ausbildung gestaltete sich aufgrund der starren Sektorengrenzen, getrennten Verantwortlichkeiten sowie entkoppelten Finanzierungsquellen als schwierig.

## Bedarf an Intensivpädagogik

Um den genannten Veränderungsprozessen adäquat begegnen zu können, wurden im Rahmen konzeptioneller Entwicklung unterschiedliche Modellvarianten herausgearbeitet. Da viele Einrichtungen und Jugendämter Entwicklungsverzöge-

rungen oder behandlungsbedürftige Störungen bei Kindern und Jugendlichen vermuteten, wurde vonseiten der Jugendhilfe der Wunsch nach einer professionellen Diagnostik und prognostischen Einordnung geäußert, um angemessen arbeiten zu können.

Eine Anbindung an kinder- und jugendpsychiatrische Praxen war jedoch aufgrund langer Wartezeiten oft schwierig. Dies führte im Rahmen der Jugendhilfe dazu, dass vorgestellte Jugendliche eine Maßnahme bereits wieder verlassen mussten, da adäquate psychiatrische Kapazitäten nicht verfügbar waren. Darüber hinaus war für Familien mit multiplen Problemlagen häufig die Überwindung der Schwelle zu einer kontinuierlichen Anbindung an entsprechende Praxen oder Kliniken zu hoch. Des Weiteren waren die Jugendlichen selbst – aufgrund einer möglicherweise langen Hilfshistorie – nicht motiviert, oder ihnen fehlte die Einsicht, dass es für sie sinnvoll ist, entsprechende Settings aufzusuchen. War jedoch entsprechende Anbindung möglich, bestand im Verlauf oftmals eine signifikante Trennung vom sozialpädagogischen Hilfesystem und psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Im Rahmen der konzeptionellen Entwicklung Klinischer Jugendhilfe zeigte sich auch vonseiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bedarf an intensivpädagogischer Betreuung mit Störungswissen und Therapieverständnis, um Jugendliche nach Psychiatrieaufenthalt adäquat nachbegleiten zu können.

## 1-2-GO! Klinische Jugendhilfe

Als Ziele dieser Form der Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie wurde die Früherkennung von Krisen und Fehlentwicklungen herausgearbeitet – und damit verbunden die Möglichkeit rechtzeitiger Intervention. In der praktischen Arbeit stellte sich dies zunächst als schwierig dar, weil aufgrund der bereits erwähnten starren Sektorengrenzen, getrennten Verantwortlichkeiten sowie entkoppelten Finanzierungsquellen eine Vernetzung des Hilfesystems nicht möglich schien. Dennoch zeigte sich im Verlauf zunehmend die Bereitschaft, neue, bedarfsorientierte Wege in der Hilfeform zu gehen.

Durch eine gelungene Überwindung struktureller Schwierigkeiten und Bereitstellung entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen aller am Hilfeprozess Beteiligten konnten nun bei »1-2-GO! Klinische Jugendhilfe GmbH« ambulante Hilfen und stationäre Hilfsangebote im Rahmen einer intensivpädagogisch-klinischen Wohngruppe installiert werden. 1-2-GO arbeitet mit einem multiprofessionellen Team, bestehend aus einem Kinder- und Jugendpsychiater, Familientherapeuten, Klinischen SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen. Hierüber werden sowohl pädagogische als auch therapeutische und psychiatrische Aufgaben abgedeckt. Durch eine direkte Kooperation und Kommunikation können auf kurzem Wege pädagogische, therapeutische und psychiatrische Maßnahmen erarbeitet und durchgeführt werden.

Die medizinischen Maßnahmen finanzieren die Krankenkassen, die pädagogische und therapeutische Arbeit die Jugendämter. Die Jugendämter sind zunehmend bereit, ganzheitliche Hilfsangebote zu bewilligen, da sie den Bedarf erkennen und diese Form der Hilfe als erfolgversprechend erachten.

## Ein Fallbeispiel aus der ambulanten Praxis von 1-2-GO

Im Rahmen der Jugendhilfe wurde der 14-jährige Robert K. aufgrund von Schulverweigerung in eine Beschulungsmaßnahme vermittelt, in der durch Kurz- und Einzelbeschulung eine Schulfähigkeit wiederhergestellt werden sollte. Im Anschluss war eine Rückführung in das Regelschulsystem geplant. Im Hilfeverlauf zeigte sich, dass Robert zwar faktisch an das Schulprojekt angebunden war, er jedoch schulisches Arbeiten verweigerte. Auch schaffte er es nicht – aufgrund eines verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus –, immer pünktlich zum Projekt zu erscheinen. Darüber hinaus fiel er mit seltsamen Verhaltensweisen auf: Robert verhielt sich teilweise wie ein Kleinkind, indem er sich z.B. auf dem nahegelegenen Spielplatz versteckte oder ausschweifende Fantasiegeschichten erzählte.

Die aufsuchende Arbeit und ein kontinuierliches Beziehungsangebot führten zwar zu stabiler Anbindung an das Projekt, aber es war keine Weiterentwicklung erkennbar. Nach ausführlicher Diagnostik durch den Kinder- und Jugendpsychiater (psychischer Befund, Fragebogenverfahren, Familieninterviews) wurde eine emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit sowie Trennungsängstlichkeit und depressiver Entwicklung (F93.0/F93.2/F93.8) festgestellt. Aufgrund der engen pädagogischen und therapeutisch-psychiatrischen Vernetzung konnte die Hilfe zügig neu strukturiert werden (keine Wartezeiten, keine externe Praxis, finanzielle Klärung). Hierzu zählten die Installation von Psychotherapie, weitere Begleitung durch das Schulprojekt (Jugendhilfe), störungsspezifische Elternberatung und Psychoedukation sowie eine pharmako-therapeutische Behandlung. In der Folge konnte Robert deutlich stabilisiert und eine Überleitung in ein Regelschulsystem vollzogen werden.

## Fazit

Im interdisziplinären Team von 1-2-GO! Klinische Jugendhilfe sind Klinische SozialarbeiterInnen Teil der psychosozialen Prozessdiagnostik. Sie arbeiten im Verständnis mehrdimensionaler Behandlungsansätze sowohl lebensweltorientiert und biografisch als auch auf Grundlage von spezifischem Störungs- und Therapiewissen, um den multiplen, oftmals dysfunktionalen und destruktiven Bewältigungsmechanismen der KlientInnen adäquat begegnen zu können (Gahleitner, 2012). Klinische Sozialarbeit in der Jugendhilfe ist Ausdruck eines notwendigen Professionalisierungsschritts, der stets die Austarierung des jeweiligen Behandlungsprimats beinhaltet und jener Behandlungsebene in einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit den Vorzug bietet, die in der jeweiligen spezifischen Situation die übrigen Behandlungsebenen ungünstig beeinflusst (Pauls, 2011/2013).

## Literatur

- Fischer, M. & Lammel, U. A. (2009). *Jugend und Sucht – Analysen und Auswege. Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe* (Reihe: Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Bd. 10). Opladen: Budrich.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lammel, U. A., Jungbauer, J. & Trost, A. (Hrsg.) (2015). *Klinisch-therapeutische Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: vml.
- Murafi, K. & Bohm, G. (2013). *Ein Betreuungskonzept für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem pädagogischen Betreuungsbedarf und seelischer Erkrankung. Gesetzliche Grundlage: §§ 27 ff, § 34 SGB VIII, § 35a SGB VIII sowie § 41 SGB VIII*. Freiensteinau: 1-2-GO! Online verfügbar: <http://www.dr-murafi.de/klinische-jugendhilfe/Konzeption-Hessen.pdf> [03.08.2016].
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011).

# »Flutterby« – ein Gruppenangebot zur Förderung der Schutzfaktoren bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

Eva Brockmann, Daniela Thiele, Dominik Hake

## Erhöhtes Erkrankungsrisiko und Belastungsfaktoren

»Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter einem erhöhten Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln« (Lenz, 2014, S.13). So liegt die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1%, während das Risiko der Kinder eines schizophren erkrankten Elternteils, selbst im Laufe ihres Lebens an einer schizophrenen Störung zu erkranken, ca. 13% beträgt. Sind beide Eltern erkrankt, steigt das Risiko einer schizophrenen Störung auf 46% (vgl. Matzejat, 2008; Schosser et al., 2006). Bei Kindern, die mit einem depressiv erkrankten Elternteil aufwachsen, lässt sich ebenfalls ein erhöhtes spezifisches Erkrankungsrisiko feststellen, sodass hier von einem zweibis sechsfach erhöhten Depressionsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung ausgegangen werden kann (Nussbaum et al., 2010, S. 312). Leiden beide Elternteile an einer depressiven Störung, steigt das Erkrankungsrisiko der Kinder auf 70% (Matzejat, 2002). Neben diesem erhöhten spezifischen Risiko der Kinder, an der

gleichen psychischen Störung zu erkranken wie ihre Eltern, zeigen Studien jedoch auch, dass die Kinder ein erhöhtes allgemeines Erkrankungsrisiko für psychische Störungen haben. So entwickeln beispielsweise 60% der Kinder von an einer depressiven Störung erkrankten Elternteilen im Laufe ihrer Kindheit und Jugend eine andere psychische Störung, insbesondere Angststörungen, Störungen im Sozialverhalten, vermehrt auftretende Phobien, Panikstörungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Einschränkungen in der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit (Wiegand-Grefe et al., 2011). Diese und weitere Forschungsergebnisse zur Entwicklung einer psychischen Störung – insbesondere Studien zur Zwillingsforschung (u.a. Remschmidt & Theisen, 2011) – lassen auf eine erhöhte genetisch bedingte Vulnerabilität der Kinder psychisch erkrankter Eltern schließen (Sollberger, 2002).

Neben diesem erhöhten genetisch bedingten Erkrankungsrisiko wachsen die Kinder mit zahlreichen alltäglichen Belastungsfaktoren auf (Matzejat, 2008). Dazu zählen neben den objektiven Belastungsfaktoren – wie Armut, problematische Wohnverhältnisse und eine mangelnde Inanspruchnahme professioneller Unterstützung – insbesondere subjektive Bela-

stungsfaktoren, wie durch qualitative Forschungen herausgefunden werden konnten (Lenz, 2005, 2014). Zu diesen subjektiven Belastungsfaktoren zählen Tabuisierung der elterlichen Erkrankung, soziale Isolation, Parentifizierungen, emotionale Nichtverfügbarkeit des erkrankten Elternteils und Entnormalisierung des familiären Alltags.

## Schutzfaktoren

Doch trotz der zahlreichen Belastungsfaktoren und einer genetisch bedingten erhöhten Vulnerabilität für die Ausbildung einer psychischen Störung erkranken bei Weitem nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern selbst an einer psychischen Störung, wie Rutter und Quinton bereits 1984 in einer nach wie vor vielfach zitierten Langzeitstudie belegen konnten. In dieser Studie, in der 137 Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil über einen Zeitraum von vier Jahren untersucht wurden, zeigte sich, dass ein Drittel der Kinder über diesen Zeitraum hinweg psychisch gesund blieb, ein weiteres Drittel kurzzeitig psychische Auffälligkeiten zeigte und ein Drittel der Kinder langfristig psychisch erkrankte. Antworten auf die Frage, wie es den Kindern gelingen kann, trotz der zahl-

reichen Belastungsfaktoren und der genetisch bedingten erhöhten Vulnerabilität psychisch gesund zu bleiben, liefert die Resilienzforschung.

Im Rahmen der Resilienzforschung konnten generelle und spezifische Schutzfaktoren identifiziert werden, die es Kindern ermöglichen, die mit der elterlichen Erkrankung einhergehenden Belastungsfaktoren relativ unbeschadet zu überstehen. Zu diesen Schutzfaktoren zählen kindzentrierte Faktoren wie Stressbewältigungsfähigkeiten und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl, familiäre Schutzfaktoren, gelingende Kommunikation in der Familie oder ein angemessenes Erziehungsverhalten sowie soziale Schutzfaktoren, zu denen soziale Unterstützung der Familie oder erwachsene Bezugspersonen für die Kinder außerhalb ihrer Familie zählen (Lenz, 2010). Neben diesen generellen Schutzfaktoren konnte durch Studien die Psychoedukation (Lenz, 2005), also die Krankheitsaufklärung der Kinder, als ein elementarer spezifischer Schutzfaktor identifiziert werden, denn »Wissen darüber, was in und um uns herum geschieht, ist für jeden Menschen außerordentlich wichtig. Besonders bedeutend sind Informationen dann, wenn uns etwas Unerwartetes oder nicht Verstehbares geschieht« (Knuf et al., 2007, S. 56). Kinder psychisch erkrankter Eltern sind oftmals mit unerwarteten und unvorhersehbaren Situationen konfrontiert, da sie die Reaktionen des erkrankten Elternteils insbesondere in akuten Krankheitsphasen nicht einordnen und verstehen können. Doch die »Kinder müssen wissen, was mit der Mutter oder dem Vater los ist. Erst dadurch erhalten die Kinder die innere Erlaubnis Fragen zu stellen, die notwendigen Veränderungen angemessen in ihr Leben zu integrieren und sind in der Lage, über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen« (Lenz, 2010, S. 185).

### Flutterby – Gruppe für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Die Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung und die Förderung der weiteren Schutzfaktoren hat sich das Angebot »Flutterby – Gruppe für Kinder psychisch erkrankter Eltern« zum Ziel gesetzt. Diese Gruppe wird seit 2009 von der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes Paderborn e.V. in Kooperation mit der Sozialpsychiatrischen Initiative Paderborn e.V. angeboten. Sechs bis acht Kinder, deren Eltern unter einer seelischen Erkrankung leiden, werden einmal wöchentlich von dem Diplom-Sozialpädagogen und Familientherapeuten Dominik Hake und der Sozialarbeiterin (B.A.) Daniela Thiele betreut.

Teilnehmen können Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren, die aus dem Stadt- und Kreisgebiet Paderborn kommen. Der Name »Flutterby« leitet sich vom englischen Wort »Butterfly« (Schmetterling) ab, der sich auch im Logo der Gruppe wiederfindet. Der Schmetterling symbolisiert mit seiner Metamorphose die Veränderungen der psychischen Verfassung.

Die inhaltliche Ausrichtung der Gruppentunden orientiert sich an den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Resilienzforschung. So nimmt die offene Kommunikation über die elterliche Erkrankung einen hohen Stellenwert in den Gruppentunden ein und wird über den Gruppenzeitraum hinweg kontinuierlich durchgeführt. Die Kinder erhalten den Raum, Ängste und Sorgen zu äußern, Fragen zu stellen, aber auch Wut und Enttäuschung zu artikulieren. Durch kindgerechte Informationen, wie das Buch »Sonnige Traurigtage« (Homeier, 2006), werden mit den Kindern insbesondere die Fragen nach der eigenen Schuld an der elterlichen Erkrankung, die Verantwortung für den Elternteil und die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung thematisiert. Zur Förderung der Belastungsbewältigung werden mit den Kindern nicht nur individuelle Problemlösestrategien eingeübt, sondern auch Möglichkeiten der sozialen Unterstützung aufgedeckt. Den Kindern soll dadurch aufgezeigt werden, welche Personen ihnen in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen, die sie in Konflikt- und Krisensituationen, aber auch zur regelmäßigen Entlastung kontaktieren können. Durch die vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe gelingt es den Kindern schnell, sich zu öffnen und die Erfahrung zu machen, nicht allein von einer elterlichen psychischen Erkrankung betroffen zu sein. Durch die neuen Erfahrungen in der Gruppe und die pädagogische und therapeutische Begleitung lernen die Kinder den Umgang mit ihren erkrankten Eltern und das Achten der eigenen Bedürfnisse.

Die Umsetzung der erlernten Gruppeninhalte in den familiären Alltag, die Enttabuisierung der Erkrankung, die Beachtung der eigenen Bedürfnisse sowie die Entlastung von dem hohen Verantwortungsfühl ist nur dann möglich, wenn es den Eltern gelingt, diese Veränderungen zuzulassen und die Kinder zu unterstützen. Daher ist die begleitende Elternarbeit im »Flutterby«-Konzept ein elementarer Bestandteil. Das übergeordnete Ziel ist es, gemeinsam das System Familie so zu verändern, dass die Unterstützung für das Kind langfristig Erfolg hat und die psychische Gesundheit des Kindes gestärkt wird.

Da Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern nur dann wirksam greifen können, wenn es den Einrichtungen gelingt, diese Hilfen aufeinander abzustimmen (vgl.

Santen & Seckinger, 2003) und interdisziplinäre Kooperationsbeziehungen zu gestalten (Brockmann & Lenz, 2010), ist das Projekt »Flutterby« in regionale Hilfenetzwerke eingebunden. Enge Netzwerkpartner sind u.a. das Jugendamt der Stadt Paderborn, das Jugendamt des Kreises Paderborn sowie die psychiatrische Klinik des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe in Paderborn. Zudem sind die Einrichtungsträger der Flutterby-Gruppe im langjährigen Arbeitskreis »Kinder psychisch kranker Eltern« in Paderborn vertreten, der aus Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugendhilfe, der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, der erwachsenenpsychiatrischen Versorgung, der Schulen sowie VertreterInnen aus Wissenschaft und Forschung besteht. Dieser Arbeitskreis bildet eine wichtige Basis zur fallbezogenen und fallübergreifenden Kooperation und interdisziplinären Vernetzung. Die Flutterby-Gruppe des Caritasverbandes Paderborn e.V. und der Sozialpsychiatrischen Initiative Paderborn e.V. stellen in diesem Hilfenetzwerk einen wichtigen Knotenpunkt für Kinder psychisch erkrankter Eltern dar.

### Literatur

- Brockmann, E. & Lenz, A. (2010). Beziehung gestalten. Eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 687-703.
- Homeier, S. (2006). *Sonnige Traurigtage*. Frankfurt: Mabuse.
- Knuf, A., Osterfeld, M. & Seibert, U. (2007). *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. (2002). Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 231-245). Stuttgart: WVG.
- Mattejat, F. (2008). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 68-95). Bonn: Balance.
- Nussbaum, L. A., Nussbaum, L. M. & Mircea, T. (2010). The family and psychosocial background of children with endogenous depressive parents. *Journal of Experimental Medical & Surgical Research*, 17(4), 311-315.
- Remschmidt, H. & Theisen, F. M. (2011). *Schizophrenie*. Berlin: Springer.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14(4), 853-880.
- Santen, E. v. & Seckinger, M. (2003). *Kooperation. Mythos und Realität einer Praxis*. München: DJI.
- Schossner, A., Kindler, J., Mossaheb, N. & Aschauer, H. N. (2006). Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 7(4), 19-24.
- Sollberger, D. (2002). Kinder psychosekranker Eltern. *Qualitative Biografieforshung als Forschungsdesiderat. Psychiatrische Praxis*, 29(3), 119-124.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P. & Petermann, F. (2011). Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern – ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 145-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

# Suchtgefährdung im Jugendalter und die Suche nach Identität

Ute Antonia Lammel

## Gesellschaft und Individuum

Die spätmoderne Gesellschaft steht vor großen Herausforderungen, die Menschen und ihre Bezugssysteme bewältigen werden müssen. Keupp (2010) spricht von »prekäre[r] Verortungen [der Individuen] in der Spätmoderne« (ebd.; Erg. v. Verf.) und hebt die Notwendigkeit einer ständigen und lebenslangen Identitätsarbeit in der multikulturellen, multiptionalen, sich rasch wandelnden Gesellschaft hervor (ebd.). Als zentrale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters steht die Identitätsarbeit mit den Fragen »Wer bin ich? Und zu wem gehöre ich?« im Zentrum der jugendlichen Suchbewegungen.

Generell müssen wir von einer prekären Entwicklungsmatrix für das Aufwachsen ausgehen (ebd.), Zersplitterung und Unruhe werden zunehmend zur Normalität, Konsumorientierung und mediale Dauerberieselung verschärfen die Lage. »Die ›soziale Ozonschicht‹ für Kinder, die ihnen

einen Schutz für eine ungestörte Persönlichkeitsentwicklung sichern könnte, hat erhebliche Löcher und Ausdünnungen erhalten. Die gefährlichen Strahlen der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung treffen immer direkter auch schon Kinder, die sich im Aufbau ihrer Persönlichkeit befinden. Viele von ihnen sind durch diese Strahlen überfordert, sie reagieren mit Allergien, mit psychosomatischen Beschwerden, mit Aggressionen und Aufmerksamkeitsdefiziten« (Hurrelmann, 2009, S. 264) und Suchtgefährdungen.

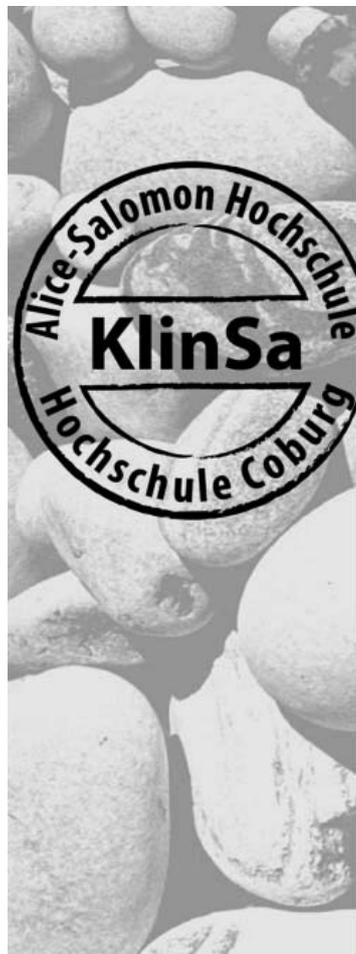
Der Mangel an Haltestrukturen in brüchigen Familienkonstellationen, das Fehlen von Resonanz- und Erprobungsräumen für die zaghafte Identitätsentwürfe der Heranwachsenden birgt – im Kontext der scheinbar unerschöpflichen Möglichkeiten einer globalen und vernetzten Welt – Gefährdungspotenziale. Werden Gefährdungen nicht rechtzeitig erkannt und angemessen beantwortet, können sich Karrieren des Versagens – meist in Schule und

Ausbildung – bis hin zur manifesten Suchterkrankung entwickeln. Verhaltensauffälligkeiten, Delinquenz und psychische Erkrankungen im Jugendalter müssen ebenfalls im gesellschaftlichen Kontext verstanden und behandelt werden.

## Suchtgefährdung und Identitätsarbeit

Die Entwicklungspyramide (Abb. 1) verdeutlicht einen langwierigen Prozess, in dem familiärer und pädagogischer Einfluss möglich ist, um die Gefährdungsspirale frühzeitig zu stoppen. Am Anfang des Weges stehen die jugendliche Neugierde, ein Hunger nach Anerkennung und eine Sehnsucht nach Feedback für die Facetten der sich entwickelnden Identität. Gewähren Eltern und Familien zu wenig Aufmerksamkeit, so suchen junge Menschen früh Rückmeldung und Rückendeckung in ihren Freundeskreisen. Wenn Haltestrukturen in den Familien fehlen und die

Anzeige



## Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 16. Kurses im Sommersemester 2017

### Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

### Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.hs-coburg.de](http://www.hs-coburg.de) und [www.ash-berlin.eu](http://www.ash-berlin.eu)

Alice Salomon  
HOCHSCHULE BERLIN  
University of Applied Sciences

HOCHSCHULE COBURG

Peers zur einzigen Quelle der Orientierung und zu Maßstäben für das eigene Handeln werden, so wächst ihr Einfluss auch bei der Entwicklung von (Rauschmittel-)Konsumgewohnheiten. Peers und Jugendkulturen, auch die drogenaffinen, übernehmen die »Sozialisation in eigener Regie«. Die in der Kindheit familiär geprägten (Konsum-)Gewohnheiten werden hier verfeinert, verfestigt und habitualisiert (Lammel, 2010, S. 7ff.). Ein Mangel an Alternativen in Familie, Schule, Ausbildung treibt den ursprünglich experimentellen Konsum in Missbrauch, Gewöhnung an Suchtstoffe und Verhaltensweisen und letztendlich in die Abhängigkeit und Suchterkrankung. Auch Verhaltenssuchte wie die Spielsucht und Essstörungen entwickeln sich auf diese Weise.

Grundsätzlich ist bei der Entstehung von Suchtgefahren und Suchterkrankung von einem Faktorenbündel im Sinne der »multifaktoriellen Genese« auszugehen. In Abbildung 2 werden Risikofaktoren einer Suchtgefährdung skizziert. Erst das ungünstige Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren lässt manifeste Suchtkarrieren entstehen. Neben dem Wirkspektrum der Substanzen (z.B. Alkohol, Nikotin, Cannabis) mit den jeweils unterschiedlichen Suchtpotenzialen spielen die persönlichen Grundlagen und persönlichen Belastungsfaktoren eine sehr bedeutende Rolle.

## Pubertät und Adoleszenz

Gravierende körperliche und psychische Veränderungen in Pubertät und Adoleszenz begründen die besondere Anfälligkeit dieses Lebensalters für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Entwicklungs Offenheit und Störungsanfälligkeit des Jugendalters sind ähnlich den frühkindlichen Jahren aufgrund der neuronalen (neuroplastischen) und psychophysischen Veränderungen (Lammel, 2013, S. 208ff.). Floren und KollegInnen (2015) führen dazu aus: »Die Pubeszenz stellt für alle Kinder durch die Veränderungsprozesse im Frontalhirn eine dramatische Umbruchsphase dar. Die damit einhergehenden Zustände von Übererregung werden umso dramatischer, je schwächer das schon in der vorausgehenden Entwicklung ausgebildete Fundament ist. ... Außenstehende erleben diese Phase als so genanntes latentes Frontalhirndefizit. Viele Jugendliche können sich nicht mehr in andere hineinversetzen, können Handlungen nicht mehr gut planen, können Impulse nur schlecht steuern und Frustrationen nicht mehr gut aushalten. ... Das Frontalhirn entwickelt sich in einer sehr komplexen Weise und ist stark abhängig von psychosozialen und sozioökologischen Einflüssen« (S. 156).

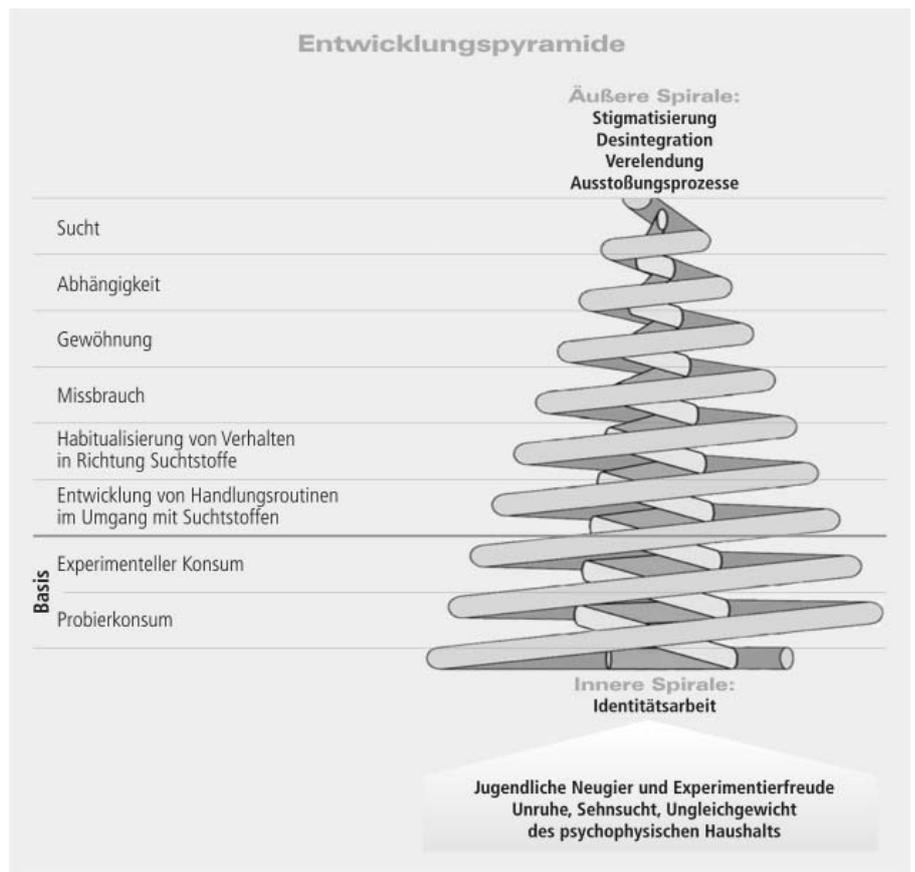


Abbildung 1: Entwicklungspyramide (Lammel, 2003, S. 187)



Abbildung 2: Modell der multifaktoriellen Suchtentstehung (Lammel, 2003, S. 191)

In dieser »sensiblen Phase« können biografische Belastungen und Traumatisierungen zu persönlichen Risikofaktoren werden. Problematische Umweltbedingungen erschweren die Entwicklungsprozesse und lassen Rückzugstendenzen und Vermeidungsverhalten der Jugendlichen wachsen. Eine eigenaktive Auseinandersetzung mit Außenanforderungen ist Garant für gelingende Entwicklungsprozesse und den Aufbau von Widerstandskraft. Hierfür ist ein stützender, aufmerksamer Entwicklungsraum nötig. Auch im Jugendalter werden – ähnlich den Kleinkindjahren – elterliche Zuwendung, Feinfüh-

ligkeit und Fürsorge für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben benötigt. Gebraucht werden Bezugspersonen und Bindungsangebote auch für Auseinandersetzungen und Konflikterfahrungen. Fehlen diese, so entsteht ein Nährboden für vielfältige Entwicklungsdefizite. Vertraute Personen müssen die pubertären Ausbrüche und emotionalen Schwankungen begleiten und einen Halteraum zur Verfügung stellen. Die Eltern-Kind-Konflikte sind in dieser Periode oft schwer aushaltbar und führen Eltern und ErzieherInnen an ihre Grenzen. So ist die Elternarbeit zur Unterstützung ihrer Erziehungskompetenz und

Belastbarkeit im Umgang mit ihren Jugendlichen eine bedeutende Säule in der Jugendhilfe!

Die Entwicklungsoffenheit in der Pubertät bietet neben den Belastungen aber auch die Chance zur Nachreifung und Wiedergutmachung von Versäumnissen in der Kindheit (Lammel, 2014, S. 157ff.). Entwicklungsfördernd wirken positive Beziehungserfahrungen und Unterstützung bei der Lösung der anstehenden Entwicklungsaufgaben: Akzeptanz der körperlichen Erscheinung, Geschlechterrollefindung, Aufbau eines FreundInnenkreises und intimer Beziehungen, Ablösung vom Elternhaus, Berufsfindung und Gestaltung von PartnerInnenenschaft, Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Entwicklung von Werten und Moralvorstellungen als Richtschnur für das eigene Verhalten und Aufbau der Identität (Feser, 2000, S. 89). Hurlmann (2004, S. 34f.) fügt hinzu: Einübung der Konsumentenrollen und Erlernen von verantwortungsvollem Umgang mit Konsumgütern (vgl. auch Lammel, 2013, S. 209).

Suchtstoffe können aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns im frühen Jugendalter großen Einfluss auf die Entwicklung nehmen, und Gewöhnungsprozesse schreiten rasch voran. Suchtkarrieren beginnen retrospektiv betrachtet oft schon vor dem 14. Lebensjahr mit Alkohol, Nikotin und anderen Rauschmitteln. Der späte Einstieg ist ein wichtiger Schutzfaktor (Lammel, 2013). Aus diesem Grunde sollten Eltern diesen Einstieg, so weit es ihnen möglich ist, herauszögern. Ein jedes Jahr mehr an zunehmender Reifung verbessert die Entwicklung von Selbstkontrolle und verantwortlichem Handeln.

## Rausch und Ekstase

Um die jugendliche Sehnsucht nach Grenzerfahrungen, nach sensationellen Gefühlen und Rauschzuständen verste-

hen zu können, werfen wir einen Blick auf Merkmale ekstatischer Zustände, die Legnaro (1981) beschreibt: Relativität der Zeit bzw. Zeitlosigkeit; Entstehung von unermesslichen Raumwelten; Verwandlung des Denkens in symbolische-archetypische Konfigurationen; der innere Zusammenhang wird zur sinnlichen Erfahrung; De-Automatisierung der psychologischen Strukturen; Ich-Entgrenzung; Veränderung des Weltbezuges bzw. der Erfahrung von »All-Einheit« der Welt (vgl. auch Lammel, 2003).

Beschrieben wird eine Art »Regression«, in der die »Ich«-Kontrolle außer Kraft gesetzt wird. Je nach Rauschmittel regrediert der Mensch auf einen frühkindlichen Zustand, in dem das Verantwortungsgefühl und die Selbstkontrolle geschwächt oder gänzlich ausgeschaltet sind. So rufen beispielsweise Opiate (z.B. Heroin) und auch Alkohol solche Zustände in Extremform hervor (Lammel, 2003, S.193). Die Sehnsucht nach Außeralltäglichkeit und Rausch ist eine Ursehnsucht des Menschen, nicht nur im Jugendalter! Überforderung, Frustration und ein anregungsarmer Alltag lassen die Sehnsucht nach Rausch wachsen.

Rauschmittel übernehmen im Jugendalter zwei zentrale Funktionen: (1) Ekstatische Zustände (beim Sex, beim Tanzen, durch Drogen) und Rauschmittel lockern den Realitätsbezug der Jugendlichen und bringen emotionale Entspannung. (2) In drogenaffinen FreundInnenkreisen stärkt gemeinsamer Rauschmittelkonsum gruppenspezifisch das Wir-Gefühl und wird zum Bindemittel in der Gruppe der Altersgleichen. Ein abstinenter Lebensstil ist erschwert, weil er Ausgrenzung aus der Gruppe zur Folge haben könnte. So ist auch der Weg aus einem abhängigen Konsummuster für Betroffene mühsam, da die Lösung von Suchtmitteln in aller Regel auch die Herauslösung aus der Gruppe erfordert. Fehlen alternative Bezugsgruppen, sind Rückfälle in süchtige

Verhaltensweisen und den Drogenkonsum vorprogrammiert.

## Rauschmittel und Ich-Struktur

Eigentlich ist gegen regressive Zustände nichts einzuwenden, weil sie erholsam und entspannend wirken. Problematisch wird Regression im Rausch dann, wenn aufgrund von biografischen Belastungen, Vernachlässigung, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen eine stabile »Ich-Struktur« noch gar nicht aufgebaut werden konnte oder gerade diese Prozesse in der Pubertät noch in der Entwicklung sind. Die Ich-Struktur als Teil der Persönlichkeit ist die handelnde Instanz zur Welt hin, eine Art Regulationsmechanismus. Rauschmittel können vorübergehend scheinbar Defekte in dieser »Ich-Struktur« kitten und so zum »Schutzschild« gegen emotionale Überflutung mit Affekten und psychischen Schmerzen werden und den jungen Menschen gleichzeitig auch gegenüber überfordernden Umweltansprüchen abschotten. In der psychoanalytischen Suchtttheorie spricht man daher von der »Selbstheilungsfunktion« der Rauschmittel (Lammel, 2003, S. 152ff.; vgl. Abb. 3).

Problematisch wird die Regression durch regelmäßige Rauschzustände im Jugendalter, weil die Gefahr droht, dass Entwicklungsaufgaben in Auseinandersetzung mit der realen Welt im Elternhaus, in Schule und Ausbildung nicht mehr bearbeitet werden. Diese Gefahr besteht auch beim rauschhaften Abtauchen in virtuelle Spielwelten (wie z.B. bei World of Warcraft, kurz WOW; Lammel, 2010, S. 16). Junge Menschen müssen lernen, ihre Affekte zu beherrschen und wichtige Schritte hin zu einer ausdifferenzierten emotionalen Welt zu gehen. Sie müssen Frustrationstoleranz, Bedürfnisaufschub und soziales Verhalten erproben, und hierfür brauchen sie Spielräume, Lernerfahrungen und Vorbilder. Die Bewegung zwischen Abhängigkeit (vom Elternhaus) und Autonomie braucht Geleitschutz: elterlich, pädagogisch, therapeutisch. Eltern, ErzieherInnen, TherapeutInnen müssen im Jugendalter – ähnlich der frühen Kindheit – oft »Hilfs-Ich-Funktionen« übernehmen, um die emotionalen Wirren der Pubertät aufzufangen, dort, wo die eigenen Regulationsmechanismen noch nicht funktionieren und erst aufgebaut werden müssen.

## Kreativität und Bewegung

In der Zusammenschau meiner Jugendkultur- und Suchtforschungen in der Party- und Technoszene 1997-2003 – der Studie zu Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18-Jährigen (Lammel,

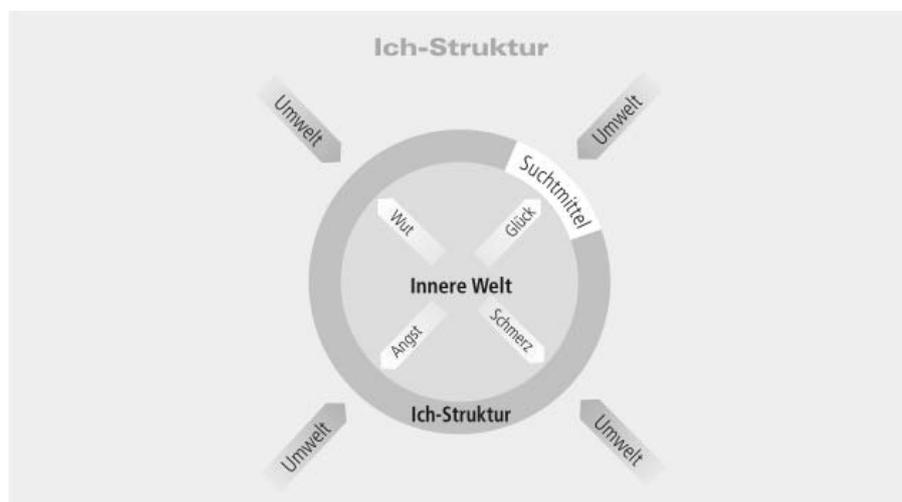


Abbildung 3: Ich-Struktur (Lammel, 2003, S. 158)

2004) und der Viersen-Studie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der junge suchtmittelabhängige Menschen untersucht wurden (Fischer & Lammel, 2009) – zeigt sich eine Gemeinsamkeit: Suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Jugendliche haben einen Hunger nach Rausch und Außeralltäglichkeit, nach Vergessen und Entspannung, sie zeigen und formulieren einen Hunger nach Bewegung und Kreativität, sie zeigen und formulieren eine Sehnsucht nach Zugehörigkeit und Orientierung. Die drogenaffinen FreundInnenkreise und Jugendkulturen sind daher sehr attraktiv und haben den jungen Suchenden einiges zu bieten. Sie sind Orientierungs- und Erprobungsraum für die Suche nach Identität, sie gewähren Rücken- deckung, werden zur Ersatzfamilie, dort, wo die eigenen Familien nicht greifbar sind. Die verschiedenen Jugendkulturen leisten daher einen wichtigen Sozialisationsbeitrag (Lammel, 2010, S. 7ff.).

Um Gefährdungspotenziale frühzeitig – im Sinne einer Sekundärprävention – zu bearbeiten und zu behandeln, müssen wir uns der beschriebenen jugendlichen Sehnsucht annehmen. Die Entwicklungsprozesse hin zu Autonomie müssen vorsichtig und feinfühlig begleitet werden. Es sind kreative Gestaltungsprozesse, die einen Spiel- und Erfahrungsraum brauchen. Soziale Arbeit ist zu oft nur an sprachlichem Austausch mit den Jugendlichen interessiert. Pädagogische (auch erlebnispädagogische) Arbeit kümmert sich kaum oder zu wenig um die körperlich und psychisch Verletzten mit vielerlei biografischen Verletzungen, da das diagnostische und methodische Repertoire meist fehlt. Die so belasteten Jugendlichen müssten frühzeitig versorgt und behandelt werden, um Schlimmeres zu verhindern. Zur Verhütung von manifesten psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen mit chronischen Verläufen, die – wie die Entwicklungspyramide (Abb. 1) zeigt – erst im Laufe eines längeren Prozesses entstehen, wäre kompetenter Geleitschutz dringend notwendig. Der Markt der Jugendhilfe ist dabei besonders gefordert, seine Konzepte und Behandlungsmodelle zu öffnen und suchtbelastete Jugendliche nicht auszuschließen, sondern ihnen angemessene Angebote zu machen.

### Klinische Sozialarbeit und Identitätsarbeit

Pädagogisch-therapeutische Klinische Sozialarbeit braucht Kreativität und Bewegung! »Die risikoreich Konsumierenden in den unterschiedlichen Jugendkulturen sind musisch interessiert und kreativ tätig, verfügen somit über wichtige Voraussetzungen. Bevor sie sich im Strudel zwi-

schen Drogenbeschaffung und Konsum verlieren und alle Interessen in die Enge führen, haben wir es mit jungen feinsinnigen und kreativen Menschen zu tun, die nicht selten aufgrund dieser Feinsinnigkeit ... scheitern. Die Analyse von Suchtkarrieren zeigen [sic], dass diese Kompetenzen und Qualitäten nicht gefördert wurden oder im wahrsten Sinne des Wortes »mit Gewalt« und Grenzverletzungen nieder gemacht wurden. Soziale Arbeit muss an diesen Potenzialen orientiert arbeiten« (Lammel, 2010, S. 18). Das kreative Potenzial ist – wie moderne Identitätstheorien zeigen – eine sehr gute Basis für gelingende Identitätsarbeit in der Spätmoderne. Anregungen für eine kreative und bewegungsorientierte Klinische Sozialarbeit mit Jugendlichen anhand eines konkreten Fallbeispiels aus der sozialtherapeutischen Suchtarbeit finden sich bei Lammel (2013): Auf der Basis der Integrativen Therapie und entlang der »5 Säulen der Identität« nach Petzold (1988) – Leiblichkeit, Soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheiten, Werte – wird gezeigt, wie die alltägliche jugendliche Identitätsarbeit mit kreativen Mitteln unterstützt werden kann. Als besonders prägnante kreative Methode der Integrativen Therapie kommt auch die »Panorama-Technik« zum Einsatz. Gefährdete junge Menschen müssen ange- regert werden, ihre Lebenswelt, ihre Blickwinkel, ihre Gefühle zur Welt in einem sicheren Beziehungs- und Halteraum gestalterisch vielfältig auszudrücken und zu verarbeiten. Die drogenaffinen Jugend- und Feierkulturen sind übervoll mit kreativen Ausdrucksformen, die als Zugangs- und Behandlungswege genutzt werden können. Sprache allein kann die notwendigen Verarbeitungs- und Integrationsprozesse, in einer heute zunehmend gebilderten Kommunikation, nur bedingt in Gang setzen (für nähere Beschreibungen zur Dynamik in den verschiedenen Jugendkulturen am Beginn des 21. Jahrhunderts vgl. Lammel, 2010).

Eine lebensweltbezogene Klinische Sozialarbeit muss sich für die jugendkulturellen Lebenswelten interessieren und an den sich dort offenbarenden Potenzialen ansetzen, da sie eine bedeutende Entwicklungsmatrix für Jugendliche darstellen. Die Sehnsuchtdynamiken und jugendkulturellen Praktiken, die sich in *Musik, Tanz, Kunst, Spiel* und *Rauschmittelkonsum* ausdrücken, sollten die Basis einer klientInnenzentrierten und ressourcenorientierten Suchtarbeit sein. Schrill und mächtig vereinnahmend sind die Konsumerfahrungen, die Drogenräusche, das Nachtleben in den Feierkulturen, die sexuellen Erlebnisse, das dauerhafte Verweilen in virtuellen Spielwelten, die sich im Leben von gefährdeten jungen Menschen finden lassen und dem sie viel zu früh ausgesetzt

sind. Verarbeitung und Integration dieser massiven emotionalen Erfahrungen sind in den Wirrungen der pubertären Veränderungen nur schwer möglich. Gerade dann nicht, wenn Jugendliche aufgrund unsicherer Familienstrukturen oder von Gefährdungslagen in der Familie (Gewalt, Grenzverlegungen) schon früh in die Außenorientierung gehen und kaum noch zu Hause sind.

Entlang der »5 Säulen« kann die individuelle Integrations- und Identitätsarbeit pädagogisch-therapeutisch unterstützt werden. Der *Leib* bzw. *Körper* ist aufgrund der hormonellen Veränderungen in Unruhe und anfällig, gleichzeitig wächst aber auch die körperliche Kraft und Leistungsfähigkeit. *Arbeit* bzw. *Leistung* gewinnt an Bedeutung. Die jugendliche Energie will gebunden werden in Aktivitäten und Projekten. Es ist wichtig, dass Projekte ernsthaft sinnvoll sind, dass Verantwortung übernommen werden kann, dass Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht werden (vgl. Antonovsky, 1987). Schulisch werden meist nur die kognitiven Fähigkeiten gefragt und geprüft, die in dieser Lebensphase – gerade dann, wenn familiäre Stützsysteme fehlen – am problematischsten sind. Die eigenen *sozialen Netzwerke* müssen aufgebaut und zum wachstumsfördernden Halteraum werden. Ernst gemeinte Wertschätzung gegenüber den selbst gewählten FreundInnenkreisen kann dazu beitragen, dass sie als Teil eines facettenreichen Lebens integriert werden und dass subkulturelle Abspaltungs- und Exklusionsprozesse, die zur einer Suchtkarriere beitragen, so verhindert werden. Soziale Gruppenarbeit kann beim Aufbau vielfältiger und alternativer Netzwerke unterstützen. Fehlt es an grundlegenden *materiellen Sicherheiten*, weil junge Menschen und ihre Familien von Armut bedroht sind oder unter schlechter sozioökonomischer Lage leiden, fehlt auch die Sicherheit für das Gelingen der notwendigen Entwicklungsprozesse. Zudem wird in diesem Alter das eigene *Wertesystem* aufgebaut, und es werden Maßstäbe für das eigene Handeln entwickelt. Pädagogische und therapeutische Arbeit muss diese komplizierten und langjährigen Prozesse vielfältig begleiten, Anregungen geben, Vorbilder bereitstellen und »Hilfslich«-Funktionen als Ersatzregulationsinstanz dabei vielfach übernehmen.

Die Jugendlichen bei der Integration ihrer Erfahrungen sensibel pädagogisch-therapeutisch zu begleiten, ihnen Reibungsfläche zu bieten, sie beim Aufbau der Persönlichkeit und der eigenen Identität zu unterstützen, bedeutet Entwicklungshilfe, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zugleich! Die Grenzen zwischen Pädagogik und Therapie sind dabei fließend. Wichtigste Basis

der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen ist die pädagogisch-therapeutische professionelle Beziehung (Lammel, 2014, S. 163ff.). Wenig produktiv ist in aller Regel die Weitervermittlung und Weiterreichung der jungen SuchtmittelkonsumentInnen zwischen den Sektoren Jugendhilfe, Suchtberatung und Psychiatrie. Das diagnostische und interventive Know-how der Klinischen Sozialarbeit muss daher stärker in die Einrichtungen der Jugendhilfe direkt eingebracht oder durch suchtspezifische Fortbildungen und Supervision integriert werden, damit Gefährdungen frühzeitig erkannt und angemessen beantwortet werden können.

#### Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well* (Reihe: The Jossey-Bass social and behavioral science series). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Feser, H. (2000). *Der menschliche Lebenszyklus. Entwicklung des Selbstkonzeptes und des Sozialverhaltens über elf Lebensabschnitte* (Reihe: Blickpunkt Gesundheit, Bd. 5). Schwabenheim: Sabo.
- Fischer, M. & Lammel, U. A. (2009). *Jugend und Sucht – Analysen und Auswege. Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Be-*

*handlung in Psychiatrie und Jugendhilfe* (Reihe: Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Bd. 10). Opladen: Budrich.

- Floren, M., Jupe, M., Hüther, G. & Petzold, H. G. (2015). Integrative Perspektiven zu körper-orientierten Ansätzen in der Jugendhilfe: annotierte Experten-Interviews. In U. A. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit* (S. 149-166). Dortmund: vml.
- Hurrelmann, K. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (Reihe: Grundlagentexte Soziologie; 7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2009). Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen gesellschaftlichen Umbruchs. *Integrative Therapie*, 35(2/3), 259-276. Online verfügbar: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/integrative%20therapie/it-2009-2-3-fuer-kinder-engagiert-mit-jugendlichen-auf-dem-weg.pdf> [10.08.2016].
- Keupp, H. (2010). Prekäre Verortungen in der Spätmoderne: Zum Patchwork Personaler und Kollektiver Identitäten. *Integrative Therapie*, 36(1), 7-29. Online verfügbar: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/integrative%20therapie/it-2010-1-identitaet-in-therapie-und-beratung.pdf> [09.08.2016].
- Lammel, U. A. (2003). *Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18-Jährigen. Orientierungslinien einer zeitgemäßen Sekundärprävention*. Dissertation. Aachen: Mainz Verlag.
- Lammel, U. A. (2004). Phänomenologie einer Jugendkultur in den 90er Jahren und Anfragen an Soziale Arbeit in Praxis und Ausbildung. In H. G. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie*.

*Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 15-50). Wiesbaden: VS.

- Lammel, U. A. (2010). Jugendkulturen und ihre Suchtmittelaffinität. In D. Sarrazin (Hrsg.), *Jugend zwischen Abstinenz und Abhängigkeit. Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum Suchtmittelkonsum junger Menschen* (S. 7-20). Hamm: DG-Sucht. Online verfügbar: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS\\_Sonderband5\\_DG-SAS.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_Sonderband5_DG-SAS.pdf) [10.08.2016].
- Lammel, U. A. (2013). Sozialtherapeutische Dimensionen der Suchtberatung im Jugendalter. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 207-224). Freiburg: Lambertus.
- Lammel, U. A. (2014). Die zweite Chance nutzen! Bindungsorientierte pädagogisch-therapeutische Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche* (S. 157-172). Dortmund: Borgmann.
- Lammel, U. A., Jungbauer, J. & Trost, A. (Hrsg.) (2015). *Klinisch-therapeutische Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: vml.
- Legnaro, A. (1981). Ansätze zu einer Soziologie des Rausches – zur Sozialgeschichte von Rausch und Ekstase in Europa. In G. Völger (Hrsg.), *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich* (Reihe: Ethnologica – N.F., Bd. 9; S. 93-114). Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum für Völkerkunde.
- Petzold, H. G. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. 2 Bände (Reihe: Integrative Therapie, Bd. 1). Paderborn: Junfermann.

## Rezension

### Schüler mit psychisch kranken Eltern

Silvia Denner

Schule ist – neben Elternhaus und Familie – der zentrale Lebensort von Kindern und Jugendlichen. Lehrkräfte sind daher nicht nur Bildungsvermittler, sondern verstehen sich auch als AnsprechpartnerInnen für die vielfältigen Problemlagen ihrer SchülerInnen. Eine lange unterschätzte Belastungssituation für die SchülerInnen ist das Aufwachsen mit psychisch kranken Eltern. Bedingt durch die Erkrankung ist die erzieherische Kompetenz des betroffenen Elternteils oftmals eingeschränkt und die Familiensituation angespannt. Was bedeutet dies für die Entwicklung des Kindes? Und wie können Lehrkräfte so handeln, dass die Schule eine hilfreiche Rolle für diese SchülerInnen einnehmen kann? Die Autorin und der Autor haben diese Fragen wissenschaftlich untersucht und erläutern im vorliegenden Buch konkrete Unterstützungs- und Handlungsmöglichkeiten im Kontext Schule.

Das Buch ist in zehn Kapitel gegliedert. Die ersten fünf Kapitel vermitteln ein Grundlagenwissen zur Situation der Kinder und ihren Familien. Zu Beginn wird die Relevanz dieses Themas für die Schule mit Zahlen betroffener Kinder belegt und die gesetzlichen Grundlagen im Hinblick auf die Schule genannt. Es folgen Ausführungen darüber, wie sich die elterliche Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit der Kinder auswirkt sowie – auf der anderen Seite – wie die Schule den kindlichen und familiären Alltag beeinflusst. Im nächsten Kapitel wird insbesondere auf die objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern eingegangen. Abschließend werden psychosoziale und genetische

Risikofaktoren dargestellt, die zur psychischen Erkrankung der Kinder führen können. Neben den Risiken werden im nachfolgenden Kapitel Studien zur Resilienzforschung erörtert, die belegen, dass auch Kinder mit schwierigen Lebensbedingungen diese bewältigen und eine gesunde Entwicklung nehmen können. Es folgt eine Übersicht über Schutzfaktoren. Zuerst werden Schutzfaktoren dargestellt, die für Kinder psychisch kranker Eltern spezifisch sind, danach auch die generellen Schutzfaktoren, die unabhängig von der Art der Belastungen eine positive Entwicklung fördern. Diese wiederum sind unterteilt in kindzentrierte, familiäre und soziale Schutzfaktoren.

In den folgenden fünf Kapiteln steht der Bereich der Schule im Mittelpunkt der Ausführungen. Es werden Faktoren in der Schule besprochen, die als Schutzfaktoren fungieren können. Dabei wird ausdrücklich auf die Bedeutung der Beziehung zwischen Lehrkräften und SchülerInnen im Schulalltag sowie auf die Rolle der Lehrkräfte als BeraterInnen hingewiesen. Eigene Forschungsergebnisse der Autorin, die die subjektiven Sichtweisen von SchülerInnen, Eltern und Lehrkräften erfassen, werden umfassend dargestellt und beispielhaft mit Interviewausschnitten der StudienteilnehmerInnen verdeutlicht. In den letzten beiden Kapiteln geht es um die Umsetzung der bisherigen Erkenntnisse auf der Handlungs- und der institutionellen Ebene. Dabei wenden sich die AutorInnen insbesondere im letzten Kapitel direkt an Lehrkräfte, um ihnen konkrete Hinweise und Handlungsempfehlungen für die schulische Praxis zu geben. Beachtenswerte Hinweise sind als Infokästen hervorgehoben. Eine ihrer Empfehlungen an Schulen lautet, sich an Netzwerken »Kinder psychisch kranker Eltern«

aktiv zu beteiligen, um neben dem spezifischen Wissen Kontakte und Kooperationen zu Einrichtungen des Jugendamts und des Gesundheitsamts zu etablieren. Zum Abschluss werden zahlreiche Literaturempfehlungen und hilfreiche Links gegeben.

Die beiden AutorInnen sind durch ihre wissenschaftliche Forschung und Publikationen als ExpertInnen für das Thema »Kinder mit psychisch kranken Eltern« ausgewiesen und dafür bereits in der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem sehr anerkannt. Mit dem vorliegenden Buch haben sie einen weiteren Schritt getan, da sie nun auch das System Schule in ihre Forschungen miteinbezogen haben. Die Ergebnisse zeigen, welche Ressourcen dieses System für die betroffenen Kinder beinhalten kann. Dieses Buch bietet einer interessierten LeserInnenschaft die Möglichkeit, sich nicht nur theoretisches Wissen über die Situation dieser Kinder und deren Familien anzueignen, sondern auch viele praxisorientierte Handlungsanweisungen zu erhalten. Das Buch ist nicht nur für Lehrkräfte und angehende Lehrkräfte sehr wertvoll, sondern auch für Fachleute in den medizinischen und pädagogischen Praxisfeldern. Sie erhalten einen Einblick in das System Schule mit seinen Ressourcen für die betroffenen Kinder.

Zusammenfassend lässt sich sagen, die es den beiden AutorInnen gelungen ist, ein sehr lesenswertes Fachbuch zu verfassen.

*Brockmann, Eva & Lenz, Albert (2016). Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.. 200 Seiten. ISBN 9783525402252. EUR 25 (E-Book: EUR 19,99).*