

Herausforderung Alltag

Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen





Martin Baierl

Herausforderung Alltag

Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit
mit psychisch gestörten Jugendlichen

Mit 59 Tabellen und 4 Abbildungen

5., überarbeitete und ergänzte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Dieses Buch ist all jenen Jugendlichen gewidmet, die mich gelehrt haben, mit Ihnen umzugehen.

Mein besonderer Dank gilt Dagmar, die mir den Mut gab, dieses Buch auf den Weg zu bringen, Andrea für das unermüdliche Prüfen und Verbessern, Moritz für die wertvolle Hilfe beim Aktualisieren der 5. Auflage sowie meiner Frau für ihre beständige Unterstützung.



VON WEGEN
Ausbildung | Beratung | Supervision

VONWEGEN bietet Weiterbildungen, Beratung und Supervision rund um die (sozial-)pädagogischen Bedarfe junger Menschen, die psychische Auffälligkeiten zeigen.

Die Angebote schlagen eine Brücke zwischen pädagogischer Kompetenz, psychologisch-therapeutischem Fachwissen und der Weiterentwicklung des eigenen professionellen Selbstverständnisses. Fundiertes Fachwissen wird ebenso vermittelt wie wirkungsvolle pädagogische Handlungsmöglichkeiten und Rahmensetzungen. Grundlage ist eine wertschätzende Haltung gegenüber den jungen Menschen und deren Familien sowie Kollegen und sich selbst gegenüber.

www.vonwegen.biz

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-49166-0

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2017, 2008, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A. www.v-r.de
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Graffiti psycho © www.SAGEN.at

Satz: Stefan Sossna, PTP-Berlin, Protago TeX-Production GmbH, Berlin

Inhalt

Vorwort zur 5. Auflage	11
Teil I: Grundlagen	13
1 Einführung	13
2 Das Konzept »psychische Störung«	19
3 Die Diagnostik »psychischer Störungen«	27
3.1 Grundgedanken zur Diagnostik	27
3.2 Die ICD-10	29
4 Richtungen der Psychotherapie	37
4.1 Psychoanalyse, analytische Psychotherapie und tiefen- psychologisch fundierte Psychotherapie	37
4.2 Verhaltenstherapie	41
4.3 Systemische Therapie	44
5 Psychopharmaka	48
5.1 Wirkweise von Psychopharmaka	48
5.2 Zulassungsbestimmungen für Psychopharmaka	50
5.3 Gruppen von Psychopharmaka	51
6 Haltung, Werte und grundlegende Konzepte, welche die Alltags- gestaltung erleichtern	59
6.1 Konstruktivistisches Weltbild	60
6.2 Wirklichkeitskonstruktionen, Individualität und Gemein- schaft	61
6.3 Bindung, Beziehung und Begegnung	63
6.4 Pädagogik der positiven Absicht	71
6.5 Ressourcenorientierung	72
6.6 Vorbild	74
6.7 Lebensfreude	75
6.8 Spiritualität	76
6.9 Selbstfürsorge	79
7 Anforderungen an Mitarbeiter	84
8 Grundinterventionen	92
8.1 Alltagsstrukturierung	92
8.2 Bearbeitung innerseelischer Konflikte	95

8.3	Bedürfnisse erkennen und befriedigen	95
8.4	Entspannung	96
8.5	Erfolgserlebnisse schaffen	99
8.6	Expositionstraining	100
8.7	Frustrationstoleranz ausbauen	100
8.8	Gefühle und emotionale Kompetenz stärken	101
8.9	Genusstraining	103
8.10	Integration in die Peergroup	104
8.11	Kognitive Umstrukturierung und positives Denken	105
8.12	Kommunikationstraining	108
8.13	Körperwahrnehmung	109
8.14	Die positive Absicht	109
8.15	Positive Verstärkung	110
8.16	Probleme und Belastungen verringern	111
8.17	Problemlösetraining	111
8.18	Psychoedukation	112
8.19	Risikofaktoren minimieren	113
8.20	Rückfallprophylaxe	113
8.21	Selbststeuerungsfähigkeit und Selbstkontrolle fördern	114
8.22	Selbstwertsteigerung	116
8.23	Selbstwirksamkeit	117
8.24	Soziales Kompetenztraining	117
8.25	Stimuluskontrolle	118
8.26	Stressbewältigungstechniken	120
8.27	Verstärkerpläne	121
8.28	Ziele	121
8.29	Zwangseinweisung, § 1631b BGB und PsychKG	123
9	Elterarbeit	127
10	Kooperation in Helfersystemen	138
Teil II: Ausgewählte psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters		145
11	Drogenmissbrauch und Sucht F10–19	147
11.1	Statistik	147
11.2	Ursachen und Risikofaktoren	147
11.3	Komorbidität	149
11.4	Symptome	150
11.5	Intervention	159

11.6	Psychotherapie	174
11.7	Medikation	175
11.8	Anforderungen an Mitarbeiter	176
11.9	Elternarbeit	177
12	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen F20–F29	181
12.1	Statistik	184
12.2	Ursachen und Risikofaktoren	184
12.3	Komorbidität	186
12.4	Phasen im Verlauf einer Schizophrenie	187
12.5	Symptome	187
12.6	Risikofaktoren für einen Rückfall	193
12.7	Typen psychotischer Störungen	194
12.8	Intervention in der Prodromalphase	196
12.9	Intervention in der Akutphase	198
12.10	Intervention bei erfolgter Besserung	204
12.11	Psychotherapie	208
12.12	Medikation	209
12.13	Anforderungen an Mitarbeiter	209
12.14	Elternarbeit	210
13	Depression F30–39	213
13.1	Statistik	213
13.2	Ursachen und Risikofaktoren	214
13.3	Komorbidität	214
13.4	Symptome	215
13.5	Typen depressiver Störungen	215
13.6	Intervention	219
13.7	Psychotherapie	228
13.8	Medikation	229
13.9	Anforderungen an Mitarbeiter	230
13.10	Elternarbeit	230
14	Angststörungen F40–43	232
14.1	Statistik	233
14.2	Ursachen und Risikofaktoren	234
14.3	Komorbidität	235
14.4	Symptome	235
14.5	Intervention bei Angststörungen allgemein	236
14.6	Kurzcharakteristik einzelner Angststörungen	240

15	Traumatisierung und Traumafolgen F43 und F62.0	245
15.1	Definition Traumatisierung	245
15.2	Statistik	246
15.3	Risiko- und Resilienzfaktoren	246
15.4	Komorbidität und Differenzialdiagnosen	249
15.5	Symptome	250
15.6	Intervention	260
15.7	Psychotherapie	275
15.8	Medikation	276
15.9	Jugendhilfe	276
15.10	Eltern- und Familienarbeit	276
15.11	Anforderungen an Mitarbeiter	279
15.12	Akute Traumatisierung	281
16	Essstörungen F50	286
16.1	Statistik	287
16.2	Ursachen und Risikofaktoren	288
16.3	Komorbidität	290
16.4	Symptome	290
16.5	Medizinische Komplikationen und Folgeschäden bei Fehlernährung	293
16.6	Prävention von Essstörungen	294
16.7	Intervention	299
16.8	Psychotherapie	313
16.9	Stationär-psychiatrische Behandlung	314
16.10	Anforderungen an Mitarbeiter	314
16.11	Elternarbeit	316
17	Persönlichkeitsstörungen F60	321
17.1	Statistik	322
17.2	Ursachen und Risikofaktoren	322
17.3	Komorbidität	323
17.4	Symptome	323
17.5	Intervention bei Persönlichkeitsstörungen allgemein	324
17.6	Kurzcharakteristik einzelner Persönlichkeitsstörungen	329
17.7	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus F60.3	334
17.8	Intervention	335
17.9	Psychotherapie	345
17.10	Stationär-psychiatrische Behandlung	345

17.11	Medikation	345
17.12	Anforderungen an Mitarbeiter	346
17.13	Elternarbeit	347
18	Autismus-Spektrum-Störungen F84.0, F84.1, F84.5	349
18.1	Statistik	349
18.2	Ursachen	350
18.3	Komorbidität und Differenzialdiagnosen	350
18.4	Symptome	351
18.5	Intervention	356
18.6	Jugendhilfe	368
18.7	Psychotherapie	368
18.8	Medikation	368
18.9	Anforderungen an Mitarbeiter	369
18.10	Elternarbeit	371
19	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und hyperkinetische Störung F90	376
19.1	Statistik	377
19.2	Ursachen und Risikofaktoren	378
19.3	Komorbidität	380
19.4	Symptome	380
19.5	Intervention	382
19.6	Psychotherapie	394
19.7	Medikation	395
19.8	Schule	398
19.9	Kooperation	400
19.10	Anforderungen an Mitarbeiter	401
19.11	Elternarbeit	401
20	Störungen des Sozialverhaltens F91–92	405
20.1	Statistik	405
20.2	Ursachen und Risikofaktoren	405
20.3	Komorbidität und Differenzialdiagnostik	407
20.4	Symptome	407
20.5	Intervention	408
20.6	Psychotherapie	432
20.7	Stationär-psychiatrische Behandlung	432
20.8	Medikation	433
20.9	Anforderungen an Mitarbeiter	433
20.10	Elternarbeit	434

21 Bindungsstörungen	438
21.1 Statistik	440
21.2 Risiko- und Resilienzfaktoren	441
21.3 Komorbidität	442
21.4 Symptome	443
21.5 Intervention	449
21.6 Psychotherapie	459
21.7 Medikation	460
21.8 Jugendhilfe	460
21.9 Elternarbeit	460
21.10 Anforderungen an Mitarbeiter	463
22 Suizidalität	468
22.1 Statistik	468
22.2 Ursachen und Risikofaktoren	468
22.3 Motive	470
22.4 Anzeichen für akute Suizidalität	470
22.5 Intervention	472
22.6 Psychotherapie	480
22.7 Medikation	481
22.8 Anforderungen an Mitarbeiter	481
22.9 Elternarbeit	481
23 Selbstverletzendes Verhalten	485
23.1 Statistik	486
23.2 Ursachen und Risikofaktoren	487
23.3 Komorbidität	489
23.4 Intervention	490
23.5 Psychotherapie, stationär-psychiatrische Behandlung und Medikation	492
23.6 Alternativen zu selbstverletzendem Verhalten	493
23.7 Anforderungen an Mitarbeiter	494
23.8 Elternarbeit	495
24 Abschließende Bemerkungen	498
Teil III: Anhang	499
25 Romane, Jugendbücher und Filme zum Thema	499
26 Glossar	505
27 Stichwortverzeichnis	547

Vorwort zur 5. Auflage

Es freut mich sehr, dass dieses Buch nach acht Jahren bereits in die 5. Auflage geht. In dieser Zeit hat sich einiges verändert. Mit der Traumapädagogik hat sich zumindest ein Bereich geöffnet, in dem Erzieher, Pädagogen, Sozialarbeiter und andere pädagogische Fachleute deutlich vertreten, dass dieses bisher hauptsächlich Psychiatern und Psychotherapeuten überlassene Feld auch zum ureigenen Gebiet von Pädagogik und Erziehung gehört. Es ist zu hoffen, dass sich dieses Bewusstsein ausbreitet und Jugendliche mit psychischen Störungen generell eine ähnlich starke Lobby bekommen wie solche, die traumatische Erlebnisse hinter sich haben. Die Zeichen dafür scheinen gut zu stehen. Alltagspädagogik für Jugendliche mit psychischen Störungen wird in immer mehr Ausbildungsgängen selbstverständlicher Teil des regulären Curriculums. Dass dies teilweise mit Hilfe von »Herausforderung Alltag« geschieht, erfüllt mich natürlich mit Freude. Zudem bilden sich immer mehr Sozialpädagogen zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiter und vereinen so ebenfalls in ihrer Person psychologische und pädagogische Kompetenzen. Hoffentlich trägt diese Verbindung viele Blüten und Früchte, sodass Jugendlichen mit psychischen Störungen immer besser geholfen werden kann.

Was hat sich in der 5. Auflage geändert?

Neu hinzugekommen sind jeweils ein Kapitel zu Bindungs- und Autismus-Spektrum-Störungen. Das Kapitel zu Traumatisierung wurde komplett neu geschrieben. In anderen Kapiteln haben sich größere oder kleinere Veränderungen ergeben. Das Kapitel über Psychopharmaka wurde auf den neuesten Stand gebracht und die Liste mit Jugendbüchern, Romanen und Spielfilmen ist deutlich gewachsen. Das Kapitel zu Werten und Haltung wurde stark überarbeitet. Größere Veränderungen ergaben sich auch bei den Kapiteln zu Elternarbeit und den Anforderungen an Mitarbeiter. Zu Persönlichkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie bei der Einführung in psychische Störungen gab es hingegen nur einige wenige Ergänzungen. Ebenso bei den Grundinterventionen. Auf vielfachen Wunsch wurden direkte Literaturangaben in die neuen Texte aufgenommen, und wie in den letzten Ausgaben finden Sie in jedem Kapitel Literaturhinweise für das tiefere Einarbeiten in diverse Themen.

Diese Veröffentlichung bezieht sich wesentlich auf ICD-10 als dem in Deutschland verbindlichen internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen. Es wird nicht mehr lange dauern bis ICD-11 auf den Markt kommt. Dies wird dann der Anlass für eine neuerliche Überarbeitung dieses Buchs sein, um dem dann aktuellen Stand gerecht zu werden.

Ich bedanke mich bei all den vielen Kollegen, mit denen ich in fachlichem Austausch stehe. Ohne diesen lebendigen Kontakt wäre ein Werk wie dieses nicht zu bewerkstelligen. Und wie es bereits die Widmung der ersten Ausgabe ausdrückt, bedanke ich mich erneut bei all den jungen Menschen, die uns an ihren Erfahrungen teilhaben lassen und die uns unermüdlich lehren, immer besser mit ihnen umzugehen.

Martin Baierl

Teil I: Grundlagen

1 Einführung

Die Entwicklung, dass immer mehr Jugendliche mit psychischen Störungen in der Jugendhilfe betreut werden hat sich fortgesetzt und immer mehr Pädagogen sehen sich mit dieser speziellen Zielgruppe konfrontiert. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen in Deutschland ist von psychischen Störungen betroffen. Diese beginnen teilweise bereits in der Kindheit, andere manifestieren sich überwiegend in oder nach der Pubertät. Viele stationäre Jugendhilfeeinrichtungen berichten, dass mittlerweile bei 50–100 % der von ihnen betreuten Jugendlichen zumindest eine psychische Störung diagnostiziert worden ist. Studien (wie z. B. Schmid, 2007) sprechen von ähnlichen Zahlen.

Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Pädagogen, die in ihrer täglichen Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen umgehen. Der Begriff »Pädagoge« steht hier für alle mit Erziehungsaufgaben betrauten professionellen Helfer – unabhängig von deren Ausbildung oder Arbeitsauftrag. Entsprechend sind mit »Pädagogik« zunächst alle Leistungen gemeint, die professionelle Helfer in der direkten Erziehungsarbeit mit Jugendlichen innerhalb der Jugendhilfe erbringen. Der Schwerpunkt der pädagogischen Interventionen bezieht sich jedoch auf den Kontext der stationären Jugendhilfe oder der stationären psychiatrischen Behandlung und muss gegebenenfalls von diesem auf andere Kontexte übertragen werden.

Die Hauptbezugspersonen von Kindern und Jugendlichen sind jedoch deren Eltern und das Auftreten einer psychischen Störung ändert daran nur wenig. Viele Vorgehensweisen sind so beschrieben, dass sie – manchmal mit kleinen Abwandlungen – auch im Familienrahmen umsetzbar sind.

Der Begriff »psychische Störung« bezeichnet in diesem Buch zunächst nichts anderes als ein durch die ICD-10 (»Internationale Klassifikation psychischer Störungen«; s. Kapitel 2) klassifizierbares Phänomen. Die Gründe für diese Entscheidung werden im zweiten Kapitel dargelegt.

Obwohl ein mannigfaltiges Angebot therapeutischer Ansätze für Jugendliche mit psychischen Störungen vorliegt, gibt es bisher einen Mangel an konkreten Ansätzen für die pädagogische Arbeit mit ihnen. Dies liegt sicher mit daran, dass der professionelle Umgang mit psychisch gestörten Menschen bislang vorwiegend den Psy-

chologen und Psychiatern vorbehalten war. Ebenso ist das Gebiet der Diagnostik psychischer Störungen bis heute diesen Berufsgruppen vorbehalten. Psychologie und Psychiatrie haben – jeweils eigene – Erklärungs- und Veränderungsmodelle psychischer Störungen entwickelt, die sich in der Regel auf den Kontext der Einzel- und/oder Gruppentherapie beziehen. Diese Modelle in den pädagogischen Kontext zu übertragen, ist nicht ohne Weiteres möglich. Erschwerend kommt dabei hinzu, dass sich eigene therapietypische Sprachmuster und Ausdrücke herausgebildet haben, die dem Nicht-Therapeuten oft kaum mehr verständlich sind.

Dieses Buch stellt diesbezüglich einen Brückenschlag dar. Erfahrungen aus vielen Fachbereichen der Psychologie, Psychiatrie und der Pädagogik fließen in die Beschreibung einer Alltagspädagogik für Jugendliche mit psychischen Störungen ein. Ein schnelles Einarbeiten in diese Thematik soll dadurch ebenso ermöglicht werden wie das Nachschlagen in speziellen Situationen. So soll dieses Buch Praktikern Möglichkeiten zeigen, mit einer Klientel umzugehen, die ihren Alltag immer mehr bestimmt.

Mir ist bekannt, dass in vielen Einrichtungen spezifische pädagogische Konzepte für Jugendliche mit psychischen Störungen entwickelt wurden. Über einen weiterhin regen Austausch mit in diesen Bereichen aktiven Kollegen aller Fachrichtungen würde ich mich freuen.

In der ersten Ausgabe wurde der leichteren Lesbarkeit wegen auf Literaturhinweise – und deswegen auch auf unmittelbare Zitate – im Text weitgehend verzichtet. Die verwendete Literatur wurde jedoch immer am Ende der Kapitel angegeben. Veröffentlichungen, die in mehr als drei Kapiteln verwendet wurden oder welche zum geistigen Hintergrund des hier Geschriebenen gehören, sind am Ende dieses Kapitels verzeichnet. In den neuen Kapiteln sowie den Ergänzungen wurden direkte Literaturangaben verwendet.

Literatur

- Barnow, S., Freyberger, H. J., Fischer, W. (Hrsg.) (2000). Von Angst bis Zwang: Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. Bern: Huber.
- Beelmann, A., Schneider, N. (2003). Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Stand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129–143.
- Berger, M. (Hrsg.) (2000). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Burkhardt-Neumann, C. (2005). *Psychopharmaka. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. München: Zenit.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP), Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen*

- Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2. überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Erickson, M. E. (1995–1998). Gesammelte Schriften (Bd. 1–5). Hrsg. von E. L. Rossi. Heidelberg: Carl Auer.
- Erickson, M., Rossi, E., Rossi, S. (1979). Hypnose. München: Pfeiffer.
- Essau, C., Conrath, J. (2004). Aggression bei Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Esser, G. (Hrsg.) (2003). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (2. akt. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Farrelly, F., Brandsma, J. (1986). Provokative Therapie. Berlin: Springer.
- Fegert, J. M., Späth, K., Salgo, L. (Hrsg.) (2001). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Votum-Verlag.
- Frankl, V. E. (1996). Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute (7. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Frankl, V. E. (2004). Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk. München: Piper.
- Galuske, M. (2007). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (7. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Gudjons, H. (2006). Pädagogisches Grundwissen. Überblick – Kompendium – Studienbuch. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hentig, H. von (2006). Bewährung. Von der nützlichen Erfahrung, nützlich zu sein. München: Hanser.
- Hunold, P. (2000). Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ittel, A., Salisch, M. von (Hrsg.) (2005). Lügen, lästern, leiden lassen. Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Juen, B., Werth, M., Roner, A., Schönherr, C., Brauchle, G. (2004). Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte. Innsbruck: Studia Universitätsverlag.
- Jung, C. G., Jung, L. (2001). Archetypen. München: dtv.
- Junge, J., Neumer, S. P., Manz, R., Margraf, J. (2002). Gesundheit und Optimismus GO: Trainingsprogramm für Jugendliche. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Heidelberg: Springer.
- Knölker, U. (2000). Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. Bremen: Uni-Med.
- Koller, H.-C. (2006). Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Korczak, J., Goldsmith, H. (2005). Wie man ein Kind lieben soll. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Korczak, J., Goldsmith, H., Beiner, F. (2002). Das Recht des Kindes auf Achtung. Fröhliche Pädagogik. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Kuchenbecker, A. (Hrsg.) (2003). Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Maier-Hauser, H. (2001). Lieben, ermutigen, loslassen – Erziehen nach Montessori. Weinheim: Beltz.
- Merchel, J. (Hrsg.) (1998). Qualität in der Jugendhilfe. Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten. Münster: Votum-Verlag.
- Montessori, M. (2005). Grundlagen meiner Pädagogik. Und weitere Aufsätze zur Anthropologie und Didaktik von Maria Montessori. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Mortkowicz-Olczakowa, H. (1973). Janusz Korczak, Arzt und Pädagoge. München u. Salzburg: Anton Pustet.
- Mücke, K. (2003). Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. Lehr- und Lernbuch. Potsdam: ÖkoSysteme.
- Nissen, G. (Hrsg.) (2004). Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose. Stuttgart: Schattauer.
- Oerter, R., Montada, L. (2002). Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Perls, F. S. (1969). Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart: Ernst Klett.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2003). Kinderverhaltenstherapie (2. völlig veränd. Aufl.). Hohengehren: Schneider.
- Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.) (2000). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung – Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Petermann, U. (2007). Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Peters, U. H. (2000). Psychiatrie und medizinische Psychologie von A–Z. Wörterbuch. München: Urban & Schwarzenberg.
- Rahn, E., Mahnkopf, A. (2005). Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rehm, M. (1997). Didaktische Analyse zu Spielen und erlebnispädagogischen Aktionen – Einleitung, Durchführung und Nachbereitung. Erleben und Lernen. Zeitschrift für handlungsorientierte Pädagogik, 3/4, 36–38.
- Reinecker, H. (2005). Grundlagen der Verhaltenstherapie (3. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Reinecker, H., Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Reiners, A. (2004). Praktische Erlebnispädagogik. Augsburg: Ziel-Verlag.
- Remschmidt, H. (2005). Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV (4. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Resch, F. (2005). »Heidelberger Schulstudie«. Pressekonferenz zum 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie in Heidelberg, 17.03.2005.
- Rogers, C. (1992). Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rosner, R. (Hrsg.) (2006). Psychotherapieführer Kinder und Jugendliche. Seelische Störungen und ihre Behandlung. München: Beck.
- Rothaus, W. (Hrsg.) (2001). Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Rothaus, W., Trapmann, H. (2004). Auffälliges Verhalten im Jugendalter: Handbuch für Eltern und Erzieher. Bd. 2. Dortmund: Verlag Modernes Leben.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schenk-Danzinger, L. (1996). Entwicklung, Sozialisation, Erziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2003). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Heidelberg: Carl Auer.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett.
- Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spitzer, M. (2006). Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Freiburg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Steinhausen, H.-C. (1996). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stierlin, H. (1994). Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauch, B. (2004). Warum sie so seltsam sind. Gehirnentwicklung bei Teenagern. Berlin: Berlin Verlag.
- Thiel, H., Jensen, M., Traxler, S. (Hrsg.) (2006). Psychiatrie für Pflegeberufe. München u. Jena: Urban & Fischer.
- Vetter, B. (2001). Psychiatrie: Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. München u. Jena: Urban & Fischer.
- Warnke, W., Lehmkuhl, G. (Red.) (2003). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Schattauer.
- Watzlawick, P. (1976). Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München: Piper.
- Weidner, J., Kilb, R. (2006). Konfrontative Pädagogik. Konfliktbearbeitung in Sozialer Arbeit und Erziehung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weidner, J., Kilb, R., Kreft, D. (Hrsg.) (1997). Gewalt im Griff: Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings. Weinheim: Beltz.
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (2006). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer.
- Wüschner, P. (2003). Pubertät: Das Überlebenstraining für Eltern. Frankfurt a. M.: Eichborn.
- Wüschner, P. (2005). Grenzerfahrung Pubertät. Neues Überlebenstraining für Eltern. Frankfurt a. M.: Eichborn.

Internetadressen

www.agsp.de
www.blumenwiesen.org
www.bulimie-zentrum.de
www.charite.de
www.dgsf.org
www.dr-gumpert.de
www.drugcom.de
www.elternimnetz.de
www.familienhandbuch.de
www.fanlight.com
www.hks-ads.de
www.ivs-nuernberg.de
www.jugend-hilft-jugend.de
www.magersucht-online.de

www.neuro24.de
www.panikattacken.at
www.praevention.at
www.psychiatrie.de
www.psychosoziale-gesundheit.net
www.psy.uni-muenster.de
www.rotelinien.de
www.rotetraenen.de
www.starke-eltern.de
www.therapie.de
www.traumapaedagogik.de
www.tu-dresden.de
www.ulrich-sachsse.de
www.zi-mannheim.de

2 Das Konzept »psychische Störung«

Menschliches Verhalten und Erleben hat viele Facetten. Welche davon als »normal« und welche davon als »gestört« anzusehen sind, ist durch keine Definition zufriedenstellend klärbar. Zumal »normal« oft mit »gesund« oder »gut« verwechselt wird, während »gestört« oft gleichbedeutend mit »krank«, »schlecht«, »böse« oder »minderwertig« verwendet wird. In diesem Buch verwende ich den Begriff »psychische Störung« für Phänomene, die über die ICD-10 (»International Classification of Diseases« in der 10. Überarbeitung; s. Kapitel 3) klassifizierbar sind. Diese sehr reduzierte Definition wurde vor allem deswegen gewählt, weil Ansätze aus ganz unterschiedlichen Richtungen Anwendung finden, die sich in ihren Definitionen und Erklärungsansätzen teilweise deutlich widersprechen, in der Praxis aber oft gut miteinander vereinbar sind oder zumindest die Betrachtung eines Themas aus unterschiedlichen, sich ergänzenden Blickrichtungen erlauben. Zudem ist die ICD-10 das im deutschen Gesundheitswesen verbindliche Klassifizierungssystem und erhält dadurch für die Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen eine besondere Bedeutung.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (Dilling, Mombour u. Schmidt, 2015) definiert Gesundheit als komplettes körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden. Als Kriterien für einen psychisch gesunden Menschen werden die folgenden benannt: Ein psychisch gesunder Mensch gestaltet die materielle Außenwelt, ist arbeits- bzw. ausbildungsfähig und (ab einem bestimmten Alter) dazu in der Lage, für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen. Er kennt seine (seelische) Innenwelt und ist ebenfalls dazu in der Lage, diese zu gestalten. Auch weiß er um Belange, die über die eigene Person und deren unmittelbare Umgebung hinausgehen und ist auf diese ausgerichtet. Eine psychische Störung wird als längerfristige Veränderung von Fühlen, Denken und/oder Verhalten beschrieben, die von der allgemeinen Norm abweicht, (nicht triviales) Leid verursacht und das soziale Miteinander erschwert oder verunmöglicht (Dilling et al., 2015).

Neben den allgemeinen Schwierigkeiten, »gestörtes« von »normalem« Verhalten und Erleben zu unterscheiden, tritt bei Jugendlichen ein weiteres Problem hinzu. Die Pubertät ist ein Entwicklungsschritt des Übergangs. Außer in der Säuglingszeit finden in keinem anderen Lebensabschnitt so umfassende Veränderungen im Gehirn und im Hormonhaushalt eines Menschen statt wie in der Pubertät. Bis sich der Jugendliche an diese Umstellungen gewöhnt und ein neues Gleichgewicht gefunden hat, wird er viele ungewöhnliche oder gar bizarre Verhaltens- und Erlebensweisen zeigen, wie sie sonst teilweise nur bei psychischen Störungen auftreten. Zudem übernehmen Kinder noch die Realitätskonstruktionen der Erwachsenen und richten ihr Leben danach aus. Jugendliche erkennen irgendwann, dass es auch andere Wirklichkeiten gibt als die bisher angenommenen. Diese zu erkunden, ist

Teil ihrer Entwicklungsaufgabe in diesem Lebensabschnitt. Dabei ist es unvermeidlich, dass sie Erklärungsmuster und Lebensweisen ausprobieren, die sich deutlich von dem unterscheiden, was wir Erwachsenen als gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion akzeptiert haben.

Es ist also normal und gesund, dass Jugendliche anders fühlen, denken und handeln als Erwachsene. Sie leben entwicklungsbedingt in einer anderen Wirklichkeit. Menschen, die in Wirklichkeiten leben, welche stark von den generell akzeptierten Wirklichkeitskonstruktionen abweichen, werden von der Gesellschaft ganz unterschiedlich bewertet. Hat die Gesellschaft den Eindruck, dass diese »Andersartigen« besonders viel zur Entwicklung dieser Gesellschaft beitragen, kommt der Begriff »Genie« ins Spiel. Werden »Andersartige« als unbequem, schwierig, unangepasst, aber tolerierbar erlebt, wird oft von »Sonderlingen« gesprochen. »Andersartige«, die soweit außerhalb der Norm wahrgenommen werden, dass sie schwer oder gar nicht integrierbar scheinen, gelten in unserer Kultur schnell als »gestört« oder »verrückt«.

Das war nicht immer so. Verhaltens- und Erlebensweisen, die wir heute als psychische Störungen bezeichnen, sind wahrscheinlich so alt wie die Menschheit. Jede Kultur hat ihre eigenen Erklärungsmuster für die entsprechenden Phänomene entwickelt. Grob vereinfacht lässt sich dabei für die westliche Welt die folgende Entwicklungslinie nachzeichnen.

Es wird angenommen, dass in prähistorischen Kulturen hauptsächlich spirituelle Erklärungsmuster herangezogen wurden. Der Grat zwischen Verehrung und Verfolgung betroffener Menschen war sehr dünn. Ursachen und Lösungen für die auftretenden Andersheiten wurden in der Anderswelt bzw. der spirituellen Ebene gesucht und gefunden. Fachleute im Umgang mit diesen Menschen waren Priester, Schamanen und Medizinmänner bzw. deren weibliche Pendanten. Unter anderem durch die Spiritual Care/Spirituelle Pflege (LMU-Uniklinik München, 2016; Universität Zürich, 2016) finden spirituelle Erklärungs- und Behandlungsmuster (auch wissenschaftlich begründet) derzeit immer breitere Anwendung. Schamanische Energiemedizin wird auch in der westlichen Welt bis heute erfolgreich angewandt. Mehr zu psychischen Störungen aus schamanischer Sicht finden Sie bei Baierl (2014).¹

Mit der Aufklärung verlor diese Weltsicht immer mehr an Bedeutung. Betroffene Menschen galten jetzt als charakterschwach und/oder unmoralisch. Zuständig waren die jeweiligen Hüter von Gesetz und Ordnung. Die Betroffenen wurden eingesperrt, belehrt und/oder bestraft. Dies hat zwar zu einigen Anpassungsleistungen geführt, letztendlich aber die Situation der Betroffenen meistens nur verschlechtert.

Ende des 19. Jahrhunderts wurde damit begonnen, diese Menschen als krank anzusehen. Sie galten nicht mehr vorrangig als böse, sondern als Opfer von Krankheit. Wie alle anderen Kranken wurden sie von Ärzten behandelt, die Erfolge vor allem in körperlichen Behandlungen suchten. Von nun an wurde – unterschiedlich gut – für die Betroffenen gesorgt, statt dass sie ausgegrenzt und ausgestoßen

¹Dieser Artikel steht auch als kostenloser Download auf www.nyfry-ynstitut.de unter »Über uns«/»Bücher und CDs« zur Verfügung.

wurden. Wie bei anderen Kranken auch lag die Verantwortung für deren Heilung beim behandelnden Arzt.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich dann die Idee durchgesetzt, dass sich die Andersheit der Betroffenen nicht unmittelbar aus dem medizinischen Weltbild erschließen lässt. Die Menschen galten nicht mehr notwendigerweise als krank, vor allem, da oft keine körperliche Ursache für deren Andersheit gefunden werden konnte. Damals etablierte sich der Begriff der psychischen Störung statt der psychischen Krankheit. Dementsprechend werden Menschen, die wegen psychischen Störungen Hilfe suchen, teilweise als »Klienten« bezeichnet, da der Begriff »Patient« für kranke Menschen reserviert ist. Beide Konzepte werden in der Fachwelt derzeit je nach Weltbild der Fachleute benutzt und angewandt. Viele Konzepte gehen heute davon aus, dass der »gestörte« Mensch selbst den größten Einfluss auf die Veränderung seiner »Störung« nehmen kann, dafür aber Hilfe benötigt. Professionelle Helfer und Klienten teilen sich also die Verantwortung für mögliche Veränderungen.

Für die meisten Störungen geht man heute von einer »multifaktoriellen Genese« aus. Das heißt, es gibt nicht eine Ursache für diese oder jene Störung, sondern mehrere Faktoren müssen zusammenwirken, damit sich eine spezifische psychische Störung entwickeln kann. Besonders genetische, biologische, lebensgeschichtliche, familiäre und soziologische Faktoren werden derzeit als dafür relevant angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen genetisch bedingt bereits unterschiedlich anfällig für unterschiedliche psychische Störungen sind. Während der Schwangerschaft kommen weitere biologische und soziale Faktoren hinzu. Des Weiteren spielen die Erfahrungen und die körperliche Entwicklung der ersten beiden Lebensjahre eine wichtige Rolle. Die so entstandene Mischung macht Menschen unterschiedlich resistent oder verletzlich gegenüber psychischen Störungen. Die Verletzlichkeit wird Vulnerabilität genannt, die Widerstandsfähigkeit Resilienz. Faktoren, die das Auftreten einer psychischen Störung wahrscheinlicher machen, werden Risikofaktoren genannt. Je nach Vulnerabilität und Resilienz können spätere Belastungen dann Auslöser für psychische Störungen werden.

In den Tabellen 1 und 2 werden die wichtigsten derzeit angenommenen allgemeinen Risiko- und Resilienzfaktoren kurz benannt (Egle, Hofmann u. Steffens, 1997; Petermann, Niebank u. Scheithauer, 2000; Schiffer, 1997; Welter-Enderlin u. Hildenbrand, 2006). Bei unterschiedlichen Störungen spielen diese jeweils eine unterschiedliche Rolle. Zudem kommen für spezifische Störungen weitere spezifische Faktoren hinzu. Die störungsspezifischen Faktoren werden jeweils in den Kapiteln zu den einzelnen Störungsbildern benannt.

Für eine erfolgreiche Prävention sind alle Maßnahmen geeignet, die die Risikofaktoren verringern und die Resilienzfaktoren vermehren. Auch nachdem sich eine psychische Störung entwickelt hat, wirkt es sich positiv aus, wenn die Resilienzfaktoren gefördert und Risikofaktoren minimiert werden. Dementsprechend ist auch eine Vielzahl von Professionen als mögliche Helfer gefragt. Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer, Erzieher, Psychologen, Physiotherapeuten und viele andere mehr arbeiten oft gleichzeitig mit demselben Jugendlichen an dessen Veränderungsprozess.

Tabelle 1: Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen

körperliche Faktoren		
genetische Veranlagung	männliches Geschlecht	Geburtskomplikationen
Frühgeburt	Gehirnschäden	Störung des Gehirnstoffwechsels
motorische Einschränkungen	Wahrnehmungseinschränkungen	sprachliche Einschränkungen
ernsthafte und häufige Erkrankungen in der Kindheit	niedrige Intelligenz	
familiäre Faktoren		
psychische Störung eines Elternteils	Suchterkrankung eines Elternteils	schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils
spannungsreiche Elternbeziehung	Scheidung oder Trennung der Eltern	disharmonisches Familienleben
wenig Wärme vonseiten der Eltern	zu enge oder zu lose Bindung an die Eltern	autoritäres Erziehungsverhalten
Erziehung überwiegend durch Bestrafung	inkonsistentes Erziehungsverhalten	
lebensgeschichtliche Faktoren		
Konsum von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen in der Schwangerschaft	Stressbelastung der Mutter während der Schwangerschaft	Verlust der Mutter
wechselnde Bezugspersonen in den ersten beiden Lebensjahren	Traumatisierung, sexueller Missbrauch, Misshandlung	starke oder langanhaltende Belastungen
viele negative Lebensereignisse		
soziale Faktoren		
ungewollte Schwangerschaft oder uneheliche Geburt	weniger als 18 Monate Altersabstand zum nächsten Geschwister	alleinerziehender Elternteil
sehr junger Vater	Kriminalität eines Elternteils	schlechte Schulbildung der Eltern
niedriger sozioökonomischer Status	mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr	Arbeitslosigkeit bei einem Elternteil
große Familien bei wenig Wohnraum	häufig wechselnde frühe Beziehungen	wenig oder schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
Mitglied einer Minderheit	Migration	Mangel an kultureller Identität
Verlust des innerethnischen Schutzraums	Familie unter institutioneller Begleitung seit mindestens zwei Generationen	Aufwachsen bei Pflegeeltern
Persönlichkeitsfaktoren		
niedriges Selbstwertgefühl	geringe Frustrationstoleranz	unzureichende Stressbewältigungsmechanismen
geringe soziale Kompetenzen	geringe Problemlösefähigkeiten	

Tabelle 2: Resilienzfaktoren bezüglich psychischen Störungen

körperliche Faktoren		
robuste Gesundheit	körperliche Unversehrtheit	hohe Intelligenz
familiäre Faktoren		
Wärme und Geborgenheit im Elternhaus	guter Familienzusammenhalt	Anerkennung und Wertschätzung durch die Eltern
autoritativer Erziehungsstil	überschaubare und konsistente Regeln	flexibles Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes
Ermütigung zur Autonomie	Aufwachsen in einer Großfamilie	elterliche Teilnahme an wichtigen Lebensbereichen des Kindes
Erstgeborene(r)		
soziale Faktoren		
mindestens eine dauerhafte Beziehung zu erwachsener Person, die an das Kind glaubt	Einbindung in religiöse Glaubensgemeinschaft	gute soziale Einbindung
fester Freundeskreis	förderliche Schulumwelt	Bildungsmöglichkeiten
schulischer oder beruflicher Erfolg	soziale Förderung	stabile kulturelle und ethnische Einbettung
Persönlichkeitsfaktoren		
hohes Selbstwertgefühl	Selbstsicherheit	Eigenständigkeit
Beziehungsfähigkeit, sicheres Bindungsverhalten	gute Problembewältigungsstrategien	Frustrationstoleranz
soziale Kompetenz	gute soziale Wahrnehmung	gute Kommunikationsfähigkeit
Problemlösefähigkeiten	Konfliktfähigkeit	viel Eigenaktivität
ausgeprägte Interessen	spirituelles/religiöses Weltbild	Erleben eines Lebenssinns

Zudem gibt es innerhalb der einzelnen Professionen jeweils unterschiedliche Schulen, die unterschiedlichen Entstehungs- und/oder Veränderungsmodellen folgen. Entsprechend bunt sind daher die Vielzahl der Erklärungsmuster und Veränderungsangebote sowie die Einteilungen und Benennungen der psychischen Störungen. Insofern wird es kaum möglich sein, sich in einem Helferverbund auf eine einzige Definition und eine einzige Erklärungsweise für psychische Störungen zu einigen. Wichtig ist dann, dass die Vertreter der unterschiedlichen Fachrichtungen und theoretischen Schulen die Expertise der jeweils anderen anerkennen. Es sollte geklärt werden, wer welchen Beitrag zur Veränderung leisten kann und wo die jeweiligen Grenzen liegen. Dadurch wird eine effektive Zusammenarbeit zum Wohle des betroffenen Jugendlichen am ehesten möglich. Mehr zum Thema Kooperation findet sich in Kapitel 10.

Psychische Störungen sind übrigens allesamt nicht »ansteckend«, auch wenn bestimmte Verhaltensweisen für die Umwelt Belastungen darstellen, die zu verändertem Verhalten und Erleben führen können.

Aktuelle Studien (z. B. Schmid, 2007; Ford, Vostanis, Meltzer u. Goodman, 2007) berichten davon, dass je nach Einrichtung mindestens 60–100 % der stationär untergebrachten Jugendlichen die ICD-10-Kriterien für mindestens eine psychische Störung erfüllen und mindestens ein Drittel komplexe Symptomatiken ineinander verwobener Störungsbilder zeigt. Der Bundesdurchschnitt bei Gleichaltrigen liegt sechs Mal niedriger (BPTK, 2013). Andere Studien (wie z. B. Schmidt et al., 2002; Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, 1998 – JULE »Leistungen und Grenzen von Heimerziehung«; Knab u. Macsenaere, 1997; Macsenaere, Klein u. Scheiwe, 2003 – JES »Jugendhilfe-Effekte-Studie«) ergaben, dass circa 70 % der Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland erfolgreich sind. Es gelingt, sowohl Defizite zu reduzieren als auch Ressourcen aufzubauen. »Ein Überblick über mittlerweile circa 100 deutschsprachige HZE Wirkungsstudien ergibt je nach Studie und untersuchter Hilfeart eine Erfolgsquote zwischen 60 und 90 Prozent. Interessanterweise weisen dabei umstrittene Hilfearten, wie zum Beispiel die individualpädagogischen Hilfen im Ausland besonders hohe Werte auf. Erfreulicherweise können nicht nur beim Großteil der Klientel positive Veränderungen erzielt, sondern bei der Hälfte dieser positiven Verläufe zudem auch hohe positive Effektstärken ($d > 0,5$) erreicht werden« (Caritas, 2016). Dabei zeigt sich immer wieder, dass vor allem langfristige Hilfen Erfolg haben. Anhaltende Erfolge sind ab dem zweiten Jahr nachweisbar und steigen mit längerer Helpedauer noch erheblich an. Die besten Ergebnisse zeigen sich bei langer Helpedauer und planmäßiger Beendigung der Maßnahmen. Die Durchführung von Psychotherapie, Heilpädagogik und Entspannungsverfahren hat dabei einen unmittelbar positiven Einfluss auf die Helpedauer und somit indirekt auf die Effekte. Die durch Jugendhilfe erzielten Effekte bleiben nachweislich über ein Jahr nach Entlassung stabil oder steigern sich sogar noch. Dies spricht dafür, tatsächlich mit sich und den betroffenen Jugendlichen Geduld zu haben, da manche Veränderungen einfach ihre Zeit brauchen. Auch spricht es dafür, Settings zu entwickeln, in denen Jugendliche langfristig bis zu einem geplanten Ende betreut werden können. Vor allem aber spricht es dafür, Maßnahmen von vornherein langfristig anzulegen, weil nur dann die entsprechenden Erfolge zu erwarten sind. Mehr dazu finden Sie unter anderem in Roos (2005), Macsenaere und Esser (2012) sowie BMFSFJ (2013).

Laut EVAS konnten vorzeitige Hilfeabbrüche und Misserfolge hauptsächlich auf mangelnde Kooperation zwischen den professionellen Helfern und deren Familien zurückgeführt werden. Dies unterstreicht nochmals die besondere Bedeutung einer guten und intensiven Elternarbeit. Als zweiten Grund für Misserfolg werden Mängel bei der Prozessqualität genannt. Ich denke, dies sollte Anlass geben, die Abläufe innerhalb der eigenen Institution auf eventuelle ähnliche Mängel zu überprüfen.

Nach Klaus Roos (2002) ergibt sich aus der Jugendhilfe auch ein unmittelbarer volkswirtschaftlicher Gewinn. Dort heißt es, dass durch jeden für Jugendhilfe ausgegebenen Euro im Lebensverlauf ein gesamtwirtschaftlicher Gewinn von 2,32 Euro bei Männern bzw. von 2,79 Euro bei Frauen entsteht. Der Gewinn

errechnet sich hauptsächlich durch Reintegration ins Arbeitsleben, Absenkung von Gesundheitskosten wie zum Beispiel der Vermeidung von Psychiatrieaufenthalten und der Reduktion von Delinquenz plus damit einhergehender Strafverfolgung und Inhaftierung. Gerade in Zeiten immer knapper werdender Kassen können wir es uns also kaum leisten, auf geeignete Jugendhilfemaßnahmen zu verzichten.

Ähnliches gilt für das Gesundheitssystem. Die Erfolgsraten für die psychotherapeutische Behandlung von Störungen liegen in der Regel zwischen 60 und 80 %. Nur etwa ein Drittel der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten, die auf psychische Störungen zurückgehen, beziehen sich dabei direkt auf deren Behandlung wie etwa Psychiatrieaufenthalte oder Psychotherapie. Der weitaus größere Teil bezieht sich auf Folgekosten, die aus psychischen Störungen entstehen. Arbeitsausfälle und Arbeitsunfähigkeit geschehen etwa häufiger aufgrund von psychischen Problemen als aufgrund von körperlichen Erkrankungen. Nur etwa 4 % der Behandlungskosten gehen auf die Behandlung mit Psychopharmaka zurück und weniger als 1 % auf die psychotherapeutische Behandlung.

Es ist daher kontraproduktiv, über Kürzungen im Bereich der unmittelbaren Behandlungen Kosten einsparen zu wollen. Eine Verdoppelung der psychotherapeutischen Angebote würde zum Beispiel noch nicht einmal 2 % der derzeitigen Kosten ausmachen, könnte aber über die Reduzierung von Folgekosten (Krankenhausaufenthalte, Arbeitsausfälle, Arbeitsunfähigkeit u. Ä. m.) die Gesamtkosten deutlich senken.

Literatur

- Baierl, M. (2014). Psychische Störungen aus schamanischer Sicht – Von Seelenwegen und Psychotherapie. In E. Herrera Krebber (Hrsg.), *Die Weisheit des Heilens – Von der Ethnomedizin zur Ganzheitsmedizin/The Wisdom of Healing – From Ethnotherapies to Holistic Medicine* (S. 585–616). Norderstedt: BoD.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1998). *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (= JULE-Studie)*. Bd. 170 der Schriftenreihe des BMFSJ. Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013). 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013). Zugriff am 17.12.2013 unter <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html>
- Caritas (2016). Sind Hilfen zur Erziehung ihr vieles Geld wert? Zugriff am 25.08.2016 unter <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/sind-hilfen-zur-erziehung-ihr-vieles-gel>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Hans Huber.
- Dörner, K., Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.