

„Corona“ – Abstand, Rückzug, Einsamkeit Depression?“

Leben im Ausnahmezustand –
Was das Aufwachsen in Zeiten einer
globalen Pandemie für Kinder, Jugendliche
und ihre Psyche bedeutet

Mit wem haben Sie es zu tun...?



Sabine Finster

Dipl. Sozialpädagogin (FH), Diplomarbeit: Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung, Katholische Stiftungsfachhochschule 2009

2009-2011 Social Worker in Minnesota, USA, Mitarbeit in (teil-) und vollstationären Angeboten der Jugendhilfe North Homes Family Services inc.

2011-2016 Jugendschutzfachkraft im Landratsamt FFB, Amt für Jugend und Familie

2016-2017 Sozialpädagogin Bayerisches Landesjugendamt (BLJA)
Erwachsenenfortbildung Jugendsozialarbeit an Schulen

2017-2019 Sozialpädagogin im Bayerischen Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS), Referat ehemals II 5 Jugendpolitik, Jugendhilfe und II 7 Jugendsozialarbeit (JaS)
Arbeitsweltbezogene Jugendsozialarbeit, Jugendschutz

Bei Fragen
wenden Sie sich
an mich –
jederzeit!
0176 81 69 42 63

Und warum ich vielleicht etwas sinnvolles zum Thema des Fachtags beisteuern könnte...?!

2019-heute stellv. Geschäftsführerin der Aktion Jugendschutz,
Landesarbeitsstelle Bayern e. V., anerkannter Träger der
Kinder- und Jugendhilfe

2014-heute Jugendschutzsachverständige in den Prüfungsgremien der
Freiwilligen Selbstkontrolle der Filmwirtschaft GmbH
(FSK) und des **Bayerischen Mediengutachterausschusses**
sowie Mitglied im Appellationsausschuss der
Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle **(USK)**

2017-2019 zertifizierte Weiterbildung zur **Traumapädagogin (DeGPT)**
im Weiterbildungszentrum INPUT e. V. München

2018-heute Ausbildung zur **Kinder- und Jugendlichenpsychothera-
peutin** (Verfahren: Verhaltenstherapie) AVM in München

2019-2020 Psychotherapeutin in Ausbildung im Heckscher Klinikum

2020-heute Mitarbeiterin im Pflege- und Erziehungsdienst im
Heckscher Klinikum

2020-heute Psychotherapeutin mit eigenem Patientenstamm in der
Institutsambulanz der AVM in München-Schwabing

Und ...wer sind Sie?
Und ... wo wirken Sie?

Gehen Sie zu www.menti.com

Gerne über Ihr Smartphone oder Ihren Laptop über ein neues
Fenster/einen neuen Tab

Geben Sie den Code ein: **8022 3854!**

Und stimmen Sie bitte ab!

17 Patientinnen und Patienten zu Corona:

- Viel Zeit im Zimmer verbracht – wohin auch sonst?
- Zocken und daddeln in Sozialen Netzwerken
- Corona hat mich echt fertig gemacht
- Wollte nicht mehr in die Klasse, weil Angst hatte vor Reaktionen / Auslachen
- Nachts wach und tagsüber geschlafen, musste mich ja nur einloggen und dann immer nur was sagen, wenn aufgerufen wurde
- Auf einmal habe ich das Messer in meiner Hand gesehen – beim Pizza machen – und hatte Angst meinen Vater damit zu erstechen
- So ein blödes Video von mir machte dann auf Whats app die Runde
- Die Lehrer/-innen waren mit Zoom überfordert und wir mussten uns selbst um alles kümmern

Was sagt die Wissenschaft dazu!

- Zahlreiche Studien der großen Versicherer, Universitätskliniken und dem Deutschen Jugendinstitut zum (generellen) Aufwachsen in Corona-Zeiten, der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der Mediennutzung und den Zugängen zu Bildung, Freizeit und Kultur

=> Hier eine kleine Auswahl (mehr erhalten Sie in der Literaturliste)

- [COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf](#)
- [Kinder- und Jugendreport 2020 | DAK-Gesundheit](#)
- [Psychische Belastung hat während des zweiten Lockdowns zugenommen – BPTK](#)
- [UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland 2021](#)

Schauen wir rein in die Studie über...

[Video: Corona-Studie zu psychischen Problemen bei Kindern | tagesschau.de](#)

=> Was fällt Ihnen auf?

=> Gibt es etwas mit dem Sie gerechnet haben?

=> Überrascht Sie etwas?

=> Sonstige – kritische – Überlegungen?

Auswirkungen auf die Psyche/Familie/Leben:

- Insgesamt: Zunahme Belastungen, Sorgen, Nöte, Vergleiche mit anderen Familien/Kindern steigen (Auf- und Abwärtsvergleiche)
- Mehr: Reibereien, Stress und Konflikte in der Familie (auch weil man mehr Zeit zu Hause ist und jeder weniger (Frei-)Räume zum eigenen gestalten und zur Ruhe kommen hat)
- Explizit: Zunahme existentiell-finanzieller Sorgen, obwohl eher ein Thema von Erwachsenen ist => insgesamt mehr Übernahme von Verantwortung, die eigentlich eher Elternverantwortung ist (Gefahr der Parentifizierung in Zeiten der Corona-Krise)
- Leistungsknick in der Schule/Ausbildung/Beruf
- Rückzug Freundeskreis/Clique
- Zunahme von Substanzmittelmissbrauch (Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine, Rauchen)

- Zunahme psychischer Auffälligkeiten/Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Zunahme psychosomatischer Auffälligkeiten (Schwindel, Übelkeit, Einschlafprobleme, Migräne)
- Zunahme auffälligen Lebensstils und Missachtung einer guten „Baseline“ (Nahrung, Bewegung, Flüssigkeitszufuhr, Schlaf, Vitamine, soziale Interaktion) => z. B. Zunahme Essstörungen und Adipositas
- Besonders betroffen: Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Milieus, chronisch vorerkrankte, schwierige familiäre Verhältnisse
- Zunahme Behandlungen (Wartelisten) ambulanter Psychotherapie
- Zunahme stationärer Behandlungen
- Mehr Inanspruchnahme von (digitalen) pädagogischen, therapeutischen (Beratungs-) Leistungen und aus der Jugendhilfe

17 Patientinnen und Patienten – konkrete Zukunftsängste:

- Angst vorm Abgehängt sein
- Keinen guten Job zu bekommen und insbesondere Armut
- Keine Freundin und kein erstes Mal bald zu haben
- Das die Ängste nicht mehr weggehen
- Das Corona bleibt und alles was man so mitmachen musste
- Unsicherheit und, dass man nichts beeinflussen kann (Kontrollverlust)
- Strengere Regeln nach der Pandemie
- Isoliert und auf Dauer einsam zu sein
- ..., dass die psychischen Erkrankungen bleiben (Chronifizierung)
- Bildungstechnisch so richtig abzukacken und immer nur der „Corona-Jahrgang für alle (potentielle Arbeitgeber, Profs etc.) zu sein / bleiben

Welche psychischen Erkrankungen haben denn dann zugenommen – während Corona?

- Depression
- Angst
- Zwang
- Anpassungsstörungen
- Essstörungen

• Quellen

⇒ [Jugend & Corona: "Psychische Belastungen haben sehr deutlich zugenommen":
ärztliches journal \(aerztliches-journal.de\)](http://aerztliches-journal.de)

⇒ [Psychische Probleme in der Corona-Pandemie sehr deutlich zugenommen
\(medmix.at\)](http://medmix.at)

⇒ [BPtK Bericht: Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen - psychenet.de](http://psychenet.de)

Was gilt es vor der Feststellung einer Diagnose zu wissen?

- Eine psychiatrische Diagnose **kann nur** von eine/-r/m Facharzt/-in für Psychiatrie, Psychosomatik sowie eine/-r/-n Psychotherapeut/-in oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in festgestellt und erhoben werden.
- Es braucht für **einen Antrag auf Behandlung immer eine Diagnosestellung** (provokant könnte man das konstatieren: defizitärer Blick => aber ohne Diagnose keine Therapie! Ausnahme Beratung/Gesprächsziffern)
- **Diagnosen** werden in Deutschland nach dem noch **bestehendem ICD-10 erhoben** (der ICD-11 ist im Mai 2019 verabschiedet worden und soll am 1. Januar 2022 in Kraft treten, wann er allerdings nach Deutschland überführt wird ist noch nicht klar)
- Für **Kinder und Jugendlichen** gelten streng genommen die **Diagnosen im ICD-10 nicht**, da es ein Leitmanual für Erwachsene ist => **allerdings werden in der Praxis Diagnosen nach ihm erstellt, im Zusammenspiel mit dem MAS – dem Multiaxialen Diagnostik System für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.**

Das MAS – Das Multiaxiale Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche

Das Multiaxiale Klassifikationsschema für **psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters** ist eine **empirisch basierte Weiterentwicklung des ICD – 10 Schemas** und wird bei **psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter** angewandt.

Diagnosen

- Achse 1: F32.1+G mittelgradig depressive Episode, F40.01+G Agoraphobie mit Panikstörung, F40.1+G Soziale Phobie
- Achse 2: Keine umschriebenen Entwicklungsstörungen
- Achse 3: Durchschnittliche Intelligenz
- Achse 4: keine körperlichen Erkrankungen
- Achse 5: keine assoziierten, aktuellen abnormen psychosozialen Umstände
- Achse 6: Schwere soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber Schwierigkeiten im Schulischen Kontext und im Bereich Freunde und Freizeit

Depression

- **ICD-10 Depressionen** gehören zur Gruppe der **affektiven Störungen**.
- **F3x.x Codierung** im ICD-10 z. B. die F32.1 mittelgradig depressive Episode
- **Der Affekt** (Gefühl, Stimmung, Emotion) kann in Richtung **Depression gedrückt** oder in **Richtung Manie** gesteigert sein.
- **Generell häufigste Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen weltweit**
- **Früher Beginn (Alter)**
- **Häufig chronischer Verlauf**
- **Erhöhtes Risiko** für weitere **komorbide Störungen** (z. B. Phobien, Sucht, Angst)
- **Enorme Beeinträchtigung psychosoziale Entwicklung**
- **Kernsymptome:** depressive Verstimmung (Niedergestimmtheit, Stimmung verschoben zum negativen Pol, Antriebsverlust, Interessens- und Freudverlust)
- **Weitere Symptome:** körperlich – Verlust Libido, wenig Schlaf, Essen, Verhalten – Unruhe und verlangsamtes Verhalten, kognitiv/motivational – Konzentrationsprobleme/ Entscheidungsunsicherheit, emotional – geringerer Selbstwert, Schuldgefühle

Übersicht ICD 10

F32.- Depressive Episode

F32.0 leichte depressive Episode

F32.1 mittelgradige depressive Episode

F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F33.- Rezidivierende depressive Störung

F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Zu jeder psychischen Erkrankung gibt es Psychotherapeutische und Pharmakologische Leitlinien (vielleicht schon mal gehört: „Die neue S3-Leitlinie“... zu finden unter: [S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5 \(awmf.org\)](#))

Fallbeispiele aus meiner Arbeit...zu Depression

KRHA: 18-jährige Patientin, bisexuell, bosnischer Herkunft, enges-sehr symbiotisches Familiensystem, eineiiger Zwilling, Oberstufe FOS, 1 jüngere Schwester, enger-repressiver Erziehungsstil, in der Familienanamnese eine depressive Episode einer Verwandten bekannt, wenig Freiraum für eigene Entscheidungen, darf keinen Freund anderer Herkunft – außer Albanien/Kosovo/Bosnien – haben, hat einmal gekifft und extreme Angst nach Probierkonsum vor Eltern, findet sich selbst sehr hässlich, dick und einfach nur furchtbar, hat körperliche Vorerkrankungen Endokrinologische Probleme (Hashimoto-chronische Schilddrüsenerkrankung; Memo: Korrelation zwischen endokrinologem System und psychischen Erkrankungen, oft chronische Unterfunktion wie bei Hashimoto auch körperlicher Auslöser für Depression/affektive Störungen) und Hypertonie (Bluthochdruck); komorbide Störungen: Panikattacken (F41.0) gehört zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen der Gruppe F40-F48

Diagnose: F32.1 (G) mittelgradig depressive Episode

Symptome: dauerhafte Niedergestimmtheit, verminderter Selbstwert, Antriebsverlust, Verlust Libido, massive Ein- und Durchschlafprobleme, rasche, wechselhafte Gewichts- und Abnahme, Leistungsknick Schule, häufige Gereiztheit, Aktivitätsverlust, innerer und äußerer Rückzug...



5. Behandlungsplan (nach Literaturangabe)

1. Aufbau therapeutischer Beziehung: Wertschätzung, Ressourcenorientierung und Offenheit
2. Verbesserung des Verständnisses für die eigene Symptomatik: Psychoedukation zu Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression sowie Ängsten, Panikkreislauf, Angstkurve sowie Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells (Zwilling, somatische Erkrankungen, Mobbing, autoritäre familiäre Erziehungsstile, aktuelle Belastungen, etc.)
3. Verringerung depressiver Symptome: durch Strukturierung und Aktivitätenaufbau, Schlafhygieneregeln; durch Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Oberpläne und systematischer Denkfehler (nach Beck & Ellis) insbesondere durch den Abbau der depressionstypischen Denkmuster, wie Selbstabwertungen, Katastrophisierungen, Alles oder Nichts Denken, etc. (z.B. alle anderen können es besser, meine Schwester ist besser, ich schaffe es nie, ich bin schwächlich und nicht gut genug).
4. Emotionsregulation im Umgang mit Panikanfällen, durch Expositionen, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, kognitiver Umstrukturierung leistungsbezogener Erwartungen und Ansprüche
5. Förderung der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Grenzen, Aufbau von Achtsamkeits- und Entspannungstechniken und Entwicklung adaptiver Emotionsregulationsstrategien, Behandlung der depressiven Episode durch Offenlegung des Kreislaufes der Depression, des subjektiv verengten Wahrnehmungskorridors und der Fokussierung auf die negativen Emotionskreisläufe. Ferner Arbeit am Selbstwertgefühl- und -akzeptanz, Aufbau sozialer Kompetenzen und Ressourcen.
6. Arbeit über Bezugspersonenstunden mit der Familie, um übergeordnete Erziehungskonzepte, Denkmuster erkennen und das Familiensystem besser verstehen zu können.
7. Rückfallprophylaxe und Ausschleichen der Therapie. (u.a. Frühwarnzeichen, Notfallpläne)

...für jüngere
Patienten z. B.

Du!

SUPER-TRUMPF

Name _____

Magst gerne _____

Magst weniger _____

Lieblingssatz _____

Deine Behinderung _____

Spitz- oder Schimpfname _____

Wie oft kommt das vor _____

Wo kommt das her _____

Geht das wieder weg _____

Wie gehe ich auf dich zu _____

Was lasse ich lieber _____

Kann ich mit dir spielen _____

Was ist daran einfach nur doof _____

Vorteil _____

Geheimwissen Mitmach-Level

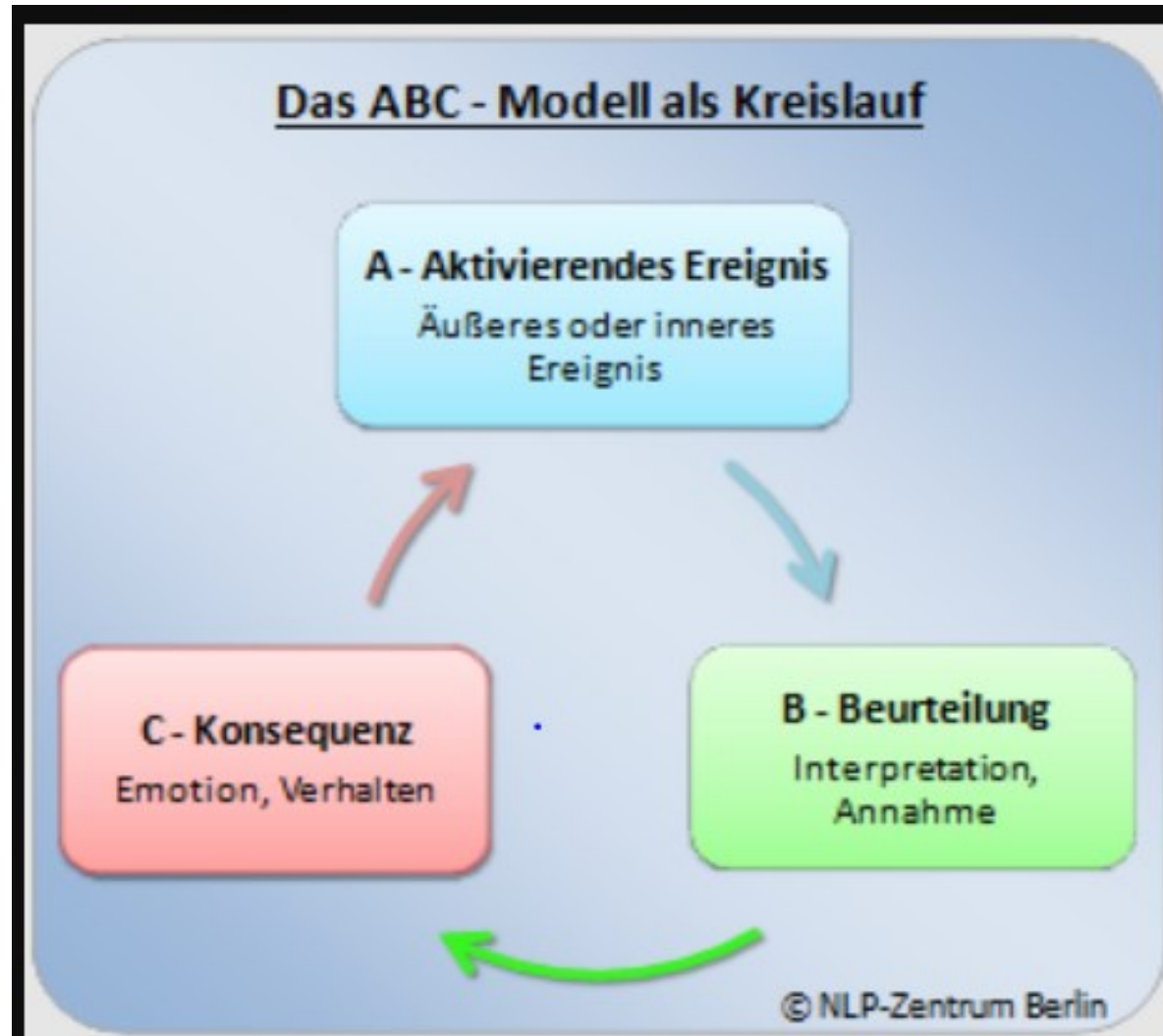
**...für ältere
Patienten z. B.**

**Geht um
Aktivitätenaufbau
Und kognitiver
Umstrukturierung in
der
Verhaltenstherapie
zumindest**

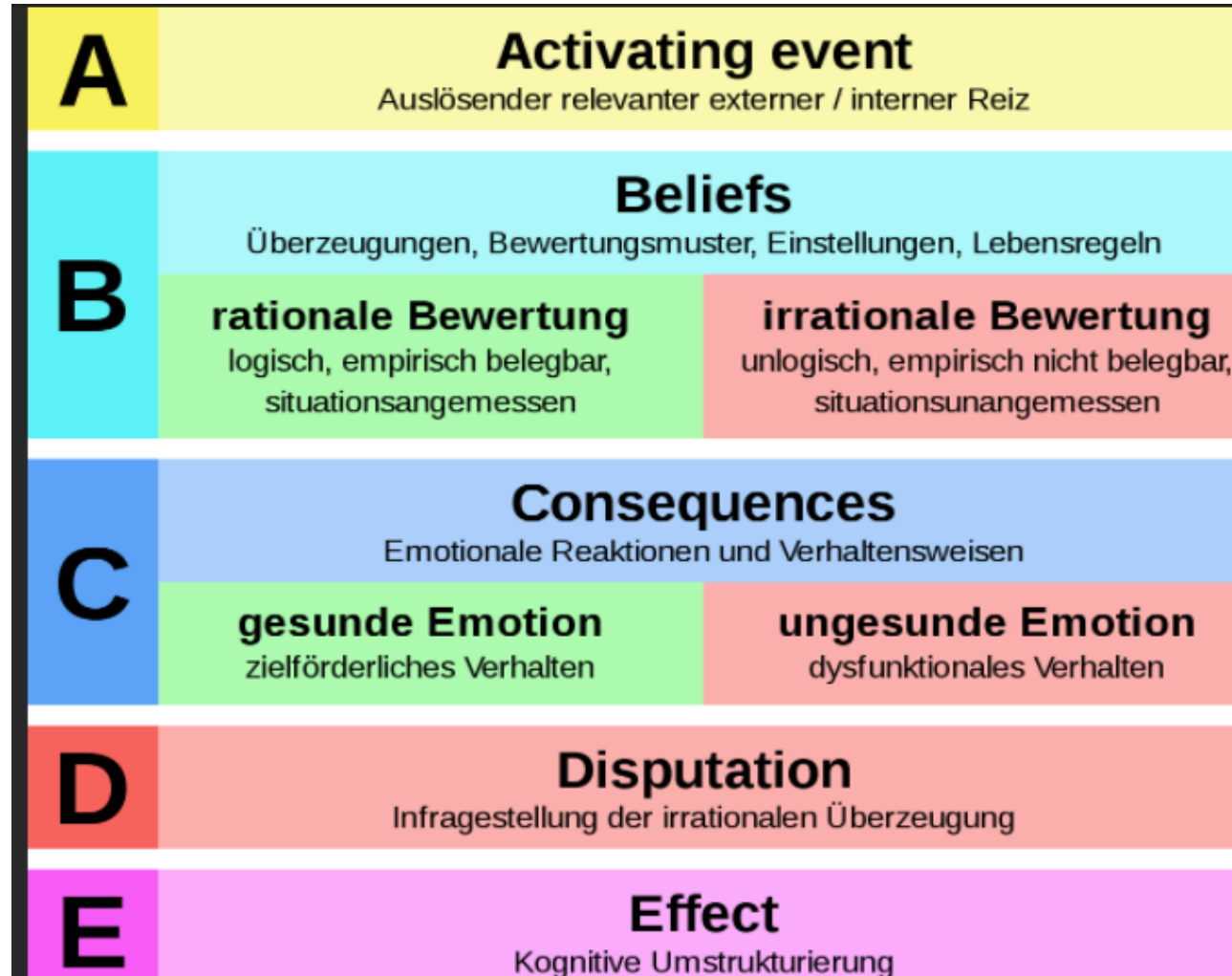


**...für die systemische, die
tiefenpsychologisch
fundierte und analytische
Therapie gelten wieder
andere Behandlungsansätze**

Das ABC- Modell der kognitiven Umstrukturierung nach Ellis



Das ABC-Modell der Emotionen von Ellis (1962) dient in der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie zur Beschreibung, zum Aufspüren und zur Diagnose von Situationen, Kognitionen, Emotionen und Verhalten. Die Abkürzung ABC steht dabei für Activating moment (Ausgangssituation), Belief system (Bewertungssystem) und Consequences (Konsequenzen).



Angst

Was denken Sie? Was ist eine Angsterkrankung

Gehen Sie bitte wieder zu www.menti.com

Und geben den **Zahlencode ein 6428 7576** und ich bin auf Ihre Meinung gespannt.

Angst

- ICD-10 Angsterkrankungen gehören zur Gruppe der neurotischen und somatoformen Störungen.
- F40.x Codierung im ICD-10 z. B. die F41.0 Panikstörung oder die F41.1 generalisierte Angststörung.
- Manifestationen der Angst – ohne auf eine bestimmte Situation/Umgebung bezogen
- Depressive, Zwangssymptome, Elemente phobischer Angst können vorhanden sein – vorausgesetzt sie stellen nicht die Hauptdiagnose
- Körperliche Differentialdiagnostik gut überprüfen

- (1) Herz-Kreislaufkrankungen (z. B. orthostatische Dysregulation, arterielle Hypertonie-Synkopen, Arrhythmien, besonders paroxysmale)
- (2) Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, funktionelle und sonstige Stimmbandstörungen, Laryngitis)
- (3) Neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsien, Migräne, Migraine accompagnée, neurodegenerative Erkrankungen, Multiple Sklerose, Bewegungsstörungen, Teilleistungsstörungen)
- (4) Gastroenterologische Erkrankungen (z. B. Laktose- oder Fruktosemaldigestion, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Obstipation, Zöliakie, Stuhlinkontinenz)
- (5) Urologische Erkrankungen (z. B. Dranginkontinenz, Enuresis)
- (6) Allergologische Erkrankungen (z. B. Anaphylaxie, Urticaria, Asthma)
- (7) Endokrine Störungen (z. B. Hyperthyreose, Hypoglykämie, Salzverlust bei AGS, endokrin aktive Tumore)
- (8) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Porphyrie, Hereditäres Angioödem)
- (9) Erkrankungen des Sinnesorgane (z. B. benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, plötzliche Höreinschränkungen oder Visusbeeinträchtigungen)

...Hintergründe allgemeiner Art zur Angst

Angst ist etwas Gesundes, ja Überlebensnotwendiges. Ein Gefühl, das jeder kennt. Für die meisten sind aber diese Angstmomente von kurzer Dauer und geringer Intensität. Im Gegensatz dazu sind Angststörungen dadurch gekennzeichnet, dass die Ängste über längere Zeit anhalten, meist übermäßig ausgeprägt sind und mit deutlicher Beeinträchtigung im Alltag oder Leidensdruck aufseiten des Kindes oder der Familie einhergehen.

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gehören zu den »stillen« Störungen, sodass es nicht selten ist, dass Kinder mit Angststörungen lange Zeit mit ihren Schwierigkeiten und Problemen allein sind und keine angemessene Behandlung erhalten. Und dies, obwohl Angststörungen mit 10 Prozent Prävalenzraten die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sind und einen Schrittmacher für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter darstellen. In diesem Sinne kommt der Behandlung von Kindern mit Angststörungen eine zentrale Rolle zu.

Aus den Therapie-Tools; Traub/In-Albon/ Angststörungen im Kinder- und Jugendalter

Die Therapie-Tools sind sehr für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen für diverse Störungsbilder zu empfehlen und beinhalten therapeutische Tools, Diagnostik aber auch umfassende Informationen zu den jeweiligen Erkrankungen

Fallbeispiele aus meiner Arbeit...zu Angst

ÖZSA: 15-jährige Patientin; türkischer Abstammung, klassisch geprägte Herkunftsfamilie, Mutter Verkäuferin Drogerie, Vater Taxifahrer, zwei Schwestern, eine älter eine jünger, gesundes Familiensystem, kann mit Mutter über alles sprechen, hat eine gute, enge, vertrauensvolle Beziehung zur älteren Schwester, zeichnet gerne, hört gerne Musik, hat einen Hund (leider schwer krank, Epilepsie) aber wollte immer einen Hund und hat sich richtig tief gefreut, als dieser in die Familie kam. Mittlerweile keine Freude mehr am Hund. Körperlich keine Probleme, etwas Übergewicht, hat aber zuletzt stark abgenommen. Guten, engen Freundeskreis aber relativ klein

Diagnose: F32.1 (G) mittelgradig depressive Episode; F40.01 (G) Agoraphobie mit Panikstörung;
F40.1 (G) Soziale Phobie

Symptome: dauerhafte Niedergestimmtheit, verminderter Selbstwert, Antriebsverlust, Verlust sämtlicher Interessen (früher Leistungssport, Leichtathletik gemacht, alles aufgehört), massive Ein- und Durchschlafprobleme, rasche, wechselhafte Gewichts- und Abnahme, Leistungsknick Schule, häufige Gereiztheit, Aktivitätsverlust, innerer und äußerer Rückzug, Schwindelgefühl, Herzrasen, Übelkeit wenn U-Bahn fahren muss, muss die Situation aushalten will aber raus, Gedankenkreisen vor den Schultagen, was alles peinliches passieren kann, trifft sich nicht mehr...

Klinisch relevante Angststörungen treten etwa in folgenden Altersabschnitten auf:

Angststörungen	Angststörungen
Emotionale Störung des Kindesalters mit phobischer Störung (F93.1)	v. a. im Vorschul- und Grundschulalter
Emotionale Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)	v. a. im Vorschul- und Grundschulalter
Emotionale Störung mit Trennungsangst (F93.0)	Häufigkeitsgipfel bei 6 und 11 Jahren
Soziale Phobie (F40.1)	Mittleres Jugendalter
Panikstörung (F41.0)	Jugendalter
Generalisierte Angststörung (F41.1)	Jugendalter
Angst und depressive Störung gemischt (F41.2)	Jugendalter
Agoraphobie (F40.0)	Spätes Jugendalter

(vgl. auch Blanz, 2003, S. 600)

Ängste kommen im Kindes- und Jugendalter häufig vor, da sie zur *normgerechten Entwicklung* gehören. Sie sind meist reifungsabhängig und treten vorübergehend in den Vordergrund, wie z. B. das *Fremdeln* im Alter von ca. 8 Monaten, als bis dahin erworbene Fähigkeit, die Mutter von anderen Menschen zu unterscheiden. Im späteren Entwicklungsverlauf entspringt die Angst z. B. vor Gespenstern und Hexen »den kindlichen Möglichkeiten der Phantasie und Imagination. Ab dem Grundschulalter gewinnen realere Vorstellungen, wie Angst vor Krankheit und Verletzung sowie insbesondere auf soziale Situationen bezogene Ängste (Reden in der Öffentlichkeit, Schulsituation) zunehmend an Bedeutung« (Blanz, 2003, S. 592).

Alter	Physiologische, normale Angst inhalte
0–6 Monate	Laute Geräusche
6–9 Monate	Fremde
9–12 Monate	Trennung, Verletzung
2. Lebensjahr	Imaginäre Figuren, Tod, Einbrecher
3. Lebensjahr	Tiere (Hunde), Alleinsein
4. Lebensjahr	Dunkelheit
6.–12. Lebensjahr	Schule, Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Gewitter
13.–18. Lebensjahr	Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Sexualität

(nach Blanz, 2003, S. 593)

A-N-G-S-T

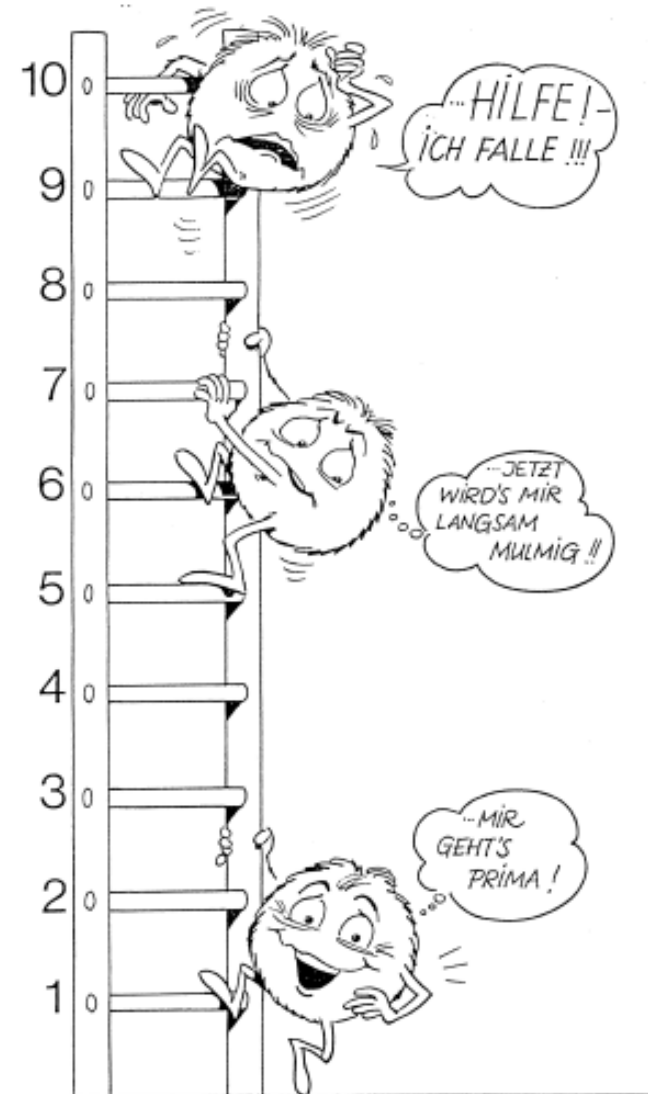
Angststörungen treten familiär gehäuft auf (Varianz durch genetische Faktoren ca. 30 bis 40%). Hinzu kommen Temperamentsfaktoren des Kindes, psychophysiologische Störungen im Bereich der Stressregulation und Reizverarbeitung, belastende Lebensereignisse, Vorbildfunktionen der Eltern und entsprechendes Erziehungsverhalten.

Diagnostische Leitlinien

Klinisch relevante Angststörungen müssen von normalen physiologischen Ängsten rechtzeitig abgegrenzt und behandelt werden. Ängste sind erst dann *behandlungsbedürftig*, wenn die Ängste des Kindes:

- a) starke, anhaltende Beeinträchtigungen für das Kind bedeuten,
- b) langfristig die normale Entwicklung des Kindes verhindern,
- c) Probleme in der Familie oder in anderen Lebensbereichen (z. B. Schule) auslösen.

Die Angstleiter



Zwang

Gutes Beispiel für Zwänge bei Jugendlichen am Beispiel der Schön Klinik

[Zwangsstörungen bei Jugendlichen - Therapie in der Schön Klinik - Bing video](#)

Gutes Beispiel für Erwachsene

[Zwangsstörung Putzfimmel macht krank.mp4 - Bing video](#)

Funktionalität von psychischen Störungen am Beispiel der Zwangsstörungen

- Jede psychische Erkrankung hat auch eine Funktionalität
- Bei den Zwangsstörungen ist es das Sicherstellen von Funktionalität, Sicherheit, Kontrolle, Übersicht, Struktur und das Gefühl von Selbstbeherrschung zu haben auch wenn es dysfunktional ist und nicht auf Dauer förderlich für den Selbstwert der/des Betroffenen
- Funktionalität kann intrinsisch oder extrinsisch motiviert sein z. B. kann eine Erkrankung die Funktion haben, dass meine Eltern sich nicht trennen, dass ich nicht in die Schule muss, dass ich nicht mit Peers interagieren muss, dass ich nicht erwachsen werden muss, dass ich nicht in die Pubertät kommen muss, dass ich wichtige Entwicklungspsychologische Aufgaben erstmal nicht erfüllen muss
- Auf Dauer ist es wichtig über Verhaltenstherapie (hat bei Zwangserkrankungen die besten Effekte erzielt) und vor allem Expositionen (Konfrontationen) sich dem Zwang (Gedanken oder Handlung) auszusetzen und gute Strategien für die Kontrolle, Sicherheit, Orientierung (Memo: Grundbedürfnisse nach Grawe – siehe Folien später – braucht jeder Mensch, die Erfüllung dieser sonst wackeln die Grundbausteine des Lebens) stattdessen zu implementieren und gleichzeitig gute Lernerfahrungen zu machen, dass auch bei Konfrontation und nicht ausüben des Zwangs das Leben weitergeht.
- Expositionen gibt es in Sensu (imaginativ – vorgestellt) und in vivo (in echt ausgeübt, immer in Begleitung Therapeut/-in) und auch erst nach einer guten, stabilen Vorphase mit Sicherer Ort und stabiler Therapeut/-in-Patient/-in Beziehung

- Die **Zwangsstörungen** gehören zur **Gruppe der F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
- Kernsymptome sind **wiederkehrende Zwangsgedanken** und **Zwangshandlungen**
- **Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse**, die die Betroffenen immer **wieder stereotyp beschäftigen**
- Die Gedanken werden als **eigenen Anteil der Persönlichkeit** erlebt, auch wenn sie **unwillkürlich und häufig als sehr abstoßend empfunden werden** (typische Gedanken jemanden die Augen auskratzen; jemand foltern, mit Messer töten, vergewaltigen nahe Verwandte oder Freunde, Kot öffentlich absetzen, etwas Unanständiges sagen)
- Sie **werden oft erlebt um ein, als objektiv unwahrscheinliches Erlebnis zu verhindern**, das jemandem oder sich selbst schadet
- Das Verhalten wird **kognitiv schon als sinnlos und ineffektiv erlebt**, aber man **kommt nicht dagegen an**
- **Zwang korreliert immer mit Angst** und wenn die Handlungen unterdrückt werden, **verstärkt sich die Angst deutlich.**

Fallbeispiele aus meiner Arbeit...zu Zwang

POSO: 16-jährige Patientin, Einzelkind, Vater und Mutter seit fast 10 Jahren getrennt, keine einfache Trennung, sehr viel Verletzungen seelischer Natur bei Mutter, konnte lange nicht über Trennung hinweg, Vater wieder neue Frau, die jünger und „erfolgreicher“ ist, dominanter als Mutter der Patientin, Mutter hat keinen neuen Partner, Mutter ängstlich und sagt selbst hat Tochter bisschen von ihr, Tochter ist sehr intelligent, nachdenklich, kontrolliert, sehr gut in der Schule (10. Klasse Gymnasium), sehr ehrgeizig, macht alles über korrekt und unterbindet immer jegliche eigene Bedürfnisbefriedigung, stellt Schule und Leistung viel über alles, durch Therapie mehr Bedürfnisse wahrnehmen, Grawes Grundbedürfnis nach Lustgewinn wieder ins Gleichgewicht bringen, nicht nur die Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Orientierung und Kontrolle, sie ist sehr ätherisch, super konzentriert und gönnt sich wenig Auszeit; beschreibt aktiv, dass durch Corona die Zwänge aufkamen, kommt nicht so gut klar mit neuer Partnerin des Vaters – sehr fordernd und dominant und Patientin kann sich nicht mit eigenen Bedürfnissen einbringen

Diagnose: F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang+(G); F40.1 Soziale Phobien+(V)

Symptome: Patientin beschreibt den Zwang, dass wenn sie ein Messer sieht gleich Gedanken hat, jemanden töten zu können/müssen damit, meistens Personen aus dem nahen Umfeld oder auch Haustiere, korreliert mit enormer Angst vor dem Aufkommen dieser Gedanken, parallel kommt jetzt noch nach Abklingen des Zwangs eine soziale Unsicherheit dazu.

Anpassungsstörung (F43.2)

Anpassungsstoerung - YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=G7wh96JSZE4>

- ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat
- Es gilt weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") als bei einer PTBS – Posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1) die den Beginn und das Erscheinungsbild einer Anpassungsstörung ausmachen wie z. B. bei Kindern Trennung/Scheidung der Eltern, Mobbing-Vorfälle in der Schule, Umzug in eine andere Stadt und der Verlust der Freunde und natürlich auch die Corona-Pandemie
- Auftreten und Form der Anpassungsstörung hängt von der individuellen Prädisposition ab oder Vulnerabilität
- Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen sowohl depressive, niedergestimmte Gefühlslagen, Angst, Sorge oder eine Mischung von allem
- ein Gefühl kann sein, mit alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können.
- Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.
- Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

Beispiel: Patient WEBE

Soziodemographische Angaben

13; 1-Jähriger, einziges Kind einer 53-jährigen, alleine sorgeberechtigten Mutter; zum Vater besteht von Seiten des Patienten seit über 5 Jahren kein Kontakt mehr. Langsame Anbahnung seit Kurzem. Die Mutter ist Solo-Selbstständige und arbeitet als gelernte Goldschmiedin in eigenem Geschäft und ist aufgrund der derzeitigen pandemiebedingten Situation ebenfalls stark belastet. Mutter und Sohn leben gemeinsam in einer großen (93 qm) Wohnung, finanziell kommen sie gut über die Runden – trotz der Pandemie. Großeltern mütterlicherseits sind noch Bezugspersonen, die Bindung ist aber nicht zu eng. Der Patient besucht aktuell die 7. Jahrgangsstufe einer Realschule.

Symptomatik und psychischer Befund

Symptomatik:

Der Patient schildert eine niedergeschlagene, betrübte und eher lethargische Grundstimmung, die sich bereits vor dem Beginn der Corona-Krise im Jahr **2020 aufgrund einer längeren Mobbinggeschichte** eingestellt hat. **Er wurde von mehreren Mitschüler/-innen über einen längeren Zeitraum hinweg psychisch attackiert und verbal beleidigt. Die Übergriffe ereigneten sich sowohl analog als auch digital.** Zudem sind die Schulleistungen des Patienten sehr stark abgesunken.

Der Patient und seine Mutter werden zum jetzigen Zeitpunkt vorstellig, da der Leidensdruck in Bezug auf die Schulkamerad/-innen und die gesamte Schulsituation (fehlende Unterstützung und Hilfe der Lehrer/-innen, Vorgehensweise der Schule in Bezug auf die Mobbing-Situation) von Seiten des Patienten und der Mutter als sehr ausgeprägt wahrgenommen werden, die Stimmung sehr niedergestimmt ist und schulische Leistungen weiterhin absinken.

Vulnerabilität

Was glauben Sie – ist das?

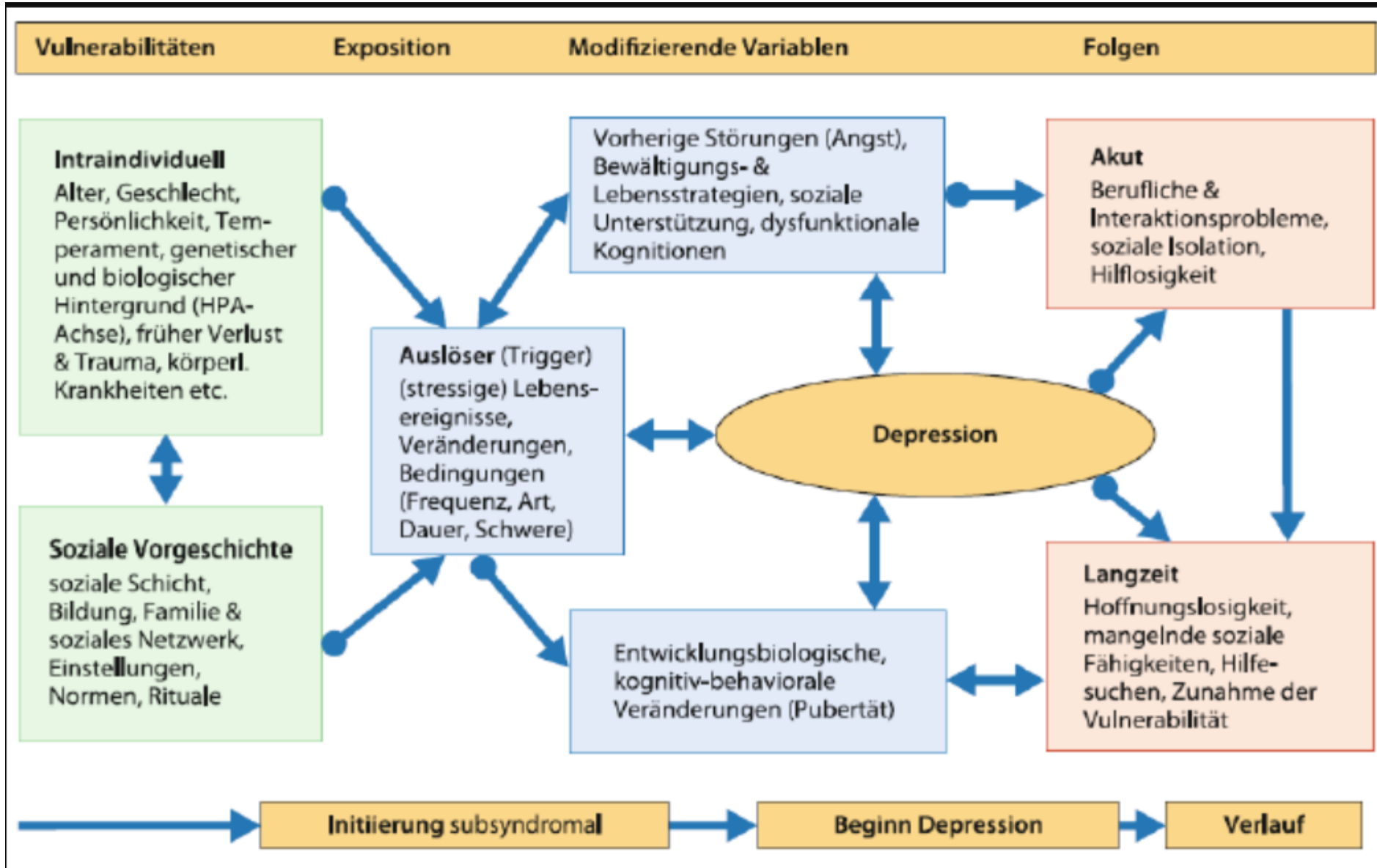
Resilienz



Prädisposition

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Ein Erklärungsversuch

[78316_ceHiBokuxeGudixe8214667811845525.png \(675x436\) \(d2wg98g6yh9seo.cloudfront.net\)](https://www.cloudfront.net/d2wg98g6yh9seo/78316_ceHiBokuxeGudixe8214667811845525.png)



Was glauben Sie fördert Resilienz? Was macht stark?

Whiteboard teilen!

Patient (Beispiel)

BRAL: 10-jähriger Junge, ein älterer Bruder (14), Eltern leben in Trennung seit Kurzem, hatte als Säugling das erste halbe Jahr ein Au-Pair, welches aus privat-familiären Gründen ihren Aufenthalt in Deutschland beenden musste und das hat damals den Patienten in eine frühe depressive Krise gestürzt, da sie die engste Bindungsperson war, so dass sich tiefgreifende Entwicklungsverzögerungen aufgrund dieser Bindungsstörung (F94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters) herauskristallisierten, z. B. verzögerter Sprachbeginn (erst mit 4 Jahren, Diagnose Selektiver Mutismus), Wachstumsverzögerungen, soziale Interaktionsprobleme etc. => erst viel später nachgeholt (Interaktion, Trocken, etc.)

Esstörungen

- **F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**
- **Anorexie, Bulimie, Binge-Eating Disorder**, sonstige nicht näher bezeichnete **Esstörungen (u. a. Pica im Erwachsenenalter, ARFID – Avoid Restricted Food Intake Disorder (nur bestimmte Konsistenzen, Farben o. ä. werden gegessen, im Moment gerade eine gehäufte stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen mit einer solchen Störung; ähnlich einer Futterstörung im Kindesalters)**
- Esstörungen haben von der **Pathologie her etwas von Suchterkrankungen**, jedoch gehen die **Ursachen und Funktionen einer Esstörungen** eher aus von **Kontrollfunktion, Kompensation von schwierigen Ereignissen** (was wieder ähnlich Sucht ist, wobei hier oft durch Sucht co-medikamentiert wird; z. B. Übergriffe, Missbrauch, Mobbing etc.) **Autonomiebestreben und Ablösung von Elternhaus oder anderen Dependenz** aus, zudem **gewisse Persönlichkeitsanteile (eher introvertierte, gewissenhafte, Anteile)**, die das Aufkommen erklären
- **Schönheitsbestrebungen, Influencer/-innen in den Sozialen Medien sind (fast) nie die Ursache** sondern verstärken eine Esstörung noch
- **Einer Anorexie (purging/non-purging/athletic Typ)** muss immer eine **Körperwahrnehmungsstörung** vorausgehen d. h. der Körper wird nicht so realistisch wahrgenommen wie die Umwelt ihn wahrnimmt
- Persönlichkeitstypen einer Anorexie und Bulimie und Binge-Eating Disorder unterscheiden sich; Anorexie eher Kontrolle, ätherische Persönlichkeitsstile, introvertiert, versuchen alles richtig zu machen, perfektionistisch, Bulimie sozial kompatibler, versuchen emotionale Dysfunktionen zu regulieren, Binge-Eating – Mauer aufzubauen, innere Migration, introvertiert, ängstlich, Essen als Emotionsstrategie und Abgrenzung von Welt

Warum gerade in der Corona-Krise so aufgekommen?

- gerade in der Corona-Krise oft ausgebrochen, da **Grundbedürfnisse** wie **Kontrolle**, **Orientierung** und **Sicherheit** nur eingeschränkt ermöglicht wurden und die **Familien** aufgrund von **Lockdown eng zusammen waren** und sich gerade in der **Pubertät die Entwicklungspsychologischen Aufgaben nur begrenzt erfüllen ließen** (Peer-Group, Abgrenzung Eltern, Räume für sich erschließen, sexuelle Identität, Persönlichkeitsentwicklung, Schule gut meistern und Nebenjob/finanzielle Seiten ermöglichen etc.)
- Möglichkeiten in der **Corona-Krise Grundbedürfnisse wie Lustgewinn** zu ermöglichen sehr marginal und auch keine **Möglichkeit Selbstwert und -bewusstsein zu generieren**
⇒ **und so wurden Grundbedürfnisse wie Kontrolle und Ablösung/Autonomie sowie Selbstwirksamkeitserleben durch eine Essstörung versucht zu erreichen**
⇒ **Weg verständlich, aber dysfunktionaler Weg!!!!**
⇒ **[Esstörungen in der Pandemie - Bing video](#)** (unbedingt anschauen)

Was die Bildungs- und Medienlandschaft?

- Die Medien- und Bildungsforschung geht u. a. von enormer Verlagerung der Sozialen Kontakte ins Netz aus (aber interessant im EU-weiten Vergleich liegen deutsche Jugendliche weit hinter den europäischen Nachbarn/-innen (siehe Studie EU Kids weiter unten) wie Litauen, Schweden, Norwegen und Co. und produzieren weniger active Inhalte, sondern konsumieren eher
- Nach der JIMplus Studie 2020 wurde mehr auf Youtube geguckt, mehr Musik und Filme gestreamt, mehr in Sozialen Netzwerken connected => aber auch tatsächlich viel Zeit mit Spazieren gehen und Lernen – außerhalb des Netzes - verbracht

=> Hier eine kleine Auswahl (mehr erhalten Sie in der Literaturliste)

- [38940 f20.0208 text Eltern Kind Befragung Homeschooling Corona \(dak.de\)](#)
- [DAK-Studie: Gaming, Social-Media & Corona | DAK-Gesundheit](#)
- [JIMplus 2020 | mpfs.de](#)
- [Studien – EU Kids Online Deutschland](#)

Aber...

...auch das Gaming rückt im Diskurs „Videospiele als Kulturgut“ und „Gaming als Grundrecht“ zunehmend in Richtung eines pathologischen Verhaltens, das suchtgefährdend für Kinder und Jugendliche sein kann, insbesondere, wenn andere Hobbies, Ressourcen, „Tankstationen“ wegfallen => **(Übung am Whiteboard in Zoom-Tankstellen Modell)**

„Die Nutzungszeiten der Kinder und Jugendlichen haben die größte Vorhersagekraft für ein problematisches und pathologisches Verhalten“, sagt Professor Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter am Deutschen Zentrum für Suchtfragen. Ob die **Mediensucht** durch Schulschließungen und eingeschränkte Freizeitaktivitäten tatsächlich wächst, soll die Längstschnittstudie in einer abschließenden Befragung der teilnehmenden Familien im Frühjahr 2021 zeigen.

[DAK-Studie: Gaming, Social-Media & Corona | DAK-Gesundheit](#)

Und nach der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, **Daniela Ludwig**, ist ein **Anstieg um 75 Prozent bei der Mediennutzung (hier herausgerechnet (!): Bildungsangebote wie Schule, digitaler Elternabend)** in Zeiten der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen gewesen.

Lockdown, Kontaktbeschränkungen & Co. Führen zu vermehrtem Konsum und Gebrauch digitaler Medien. Ein kleiner Teil der Betroffenen nutzt so exzessiv Games und Social Media, dass man von einer Sucht spricht.

Intensiver Appell an die Innenminister der Länder, von Ludwig, wenn es um die **Risiken von (Online-)Glücksspiel geht** (neuer, weniger regulierter Bereich des in 2021 in Kraft getretenen GlüStV => **Online-Glücksspiel jetzt erlaubt, keine großen Zugangsbeschränkungen enthalten und hohes Suchtpotential.**

Tankstellen Modell für Suchtentwicklung/Ressourcenverteilung

- Wir alle haben einen Tank voll mit Sachen, die uns gut tun (**Brennstoff**)
 - Von Zeit zu Zeit, wird dieser **Brennstoff weniger**, wenn es uns nicht gut geht
 - Dann wird dieser **Tank leerer** und wir müssen ihn über **Tankstellen wieder auffüllen**
 - Bei **Kindern** sind oft **Freunde Tankstellen**, bei **Jugendlichen Zocken** oder am **Handy daddeln**, bei **Erwachsenen Reisen, die Familienzeit, Sport, Treffen mit Freunden, das Feierabendbier oder ein Glas Wein...Netflix gucken** etc.
 - Jetzt kann es sein, dass **diese Tankstellen** manchmal **versiegen**, vorübergehend gestoppt/geschlossen sind, z. B. wenn **Stress uns als Erwachsene/-r** in der Arbeit und Familie trifft, dann können **diese Tankstellen zu sein** und der Sport oder das **Treffen mit Freund/-innen wegbrechen** und dafür wird die Tankstelle des **Fernsehens und des Alkoholkonsumierens größer**, vor allem, wenn die Tankstelle längerfristig geschlossen ist und der Stress anhält
- => Dann können Süchte, aus ehemals gutem „Brennstoff“, für den „Tank“ entstehen.**

Die Sucht kann dann entstehen, wenn bereits bestehende Tankstellen wie „Genussmittel“ oder „Sport“ nur noch als Tank fungieren, wenn wir z. B. Streit mit Familie haben und die als potentielle Tankstelle wegbricht (wenn auch nur vorübergehend). Oder wenn wir ganz andere Ersatzstoffe finden wie z. B. Drogen, Glücksspiel, Internet und Zocken etc., diese wirken wie „Pfropfen“!

Abb. 1: Seelentank

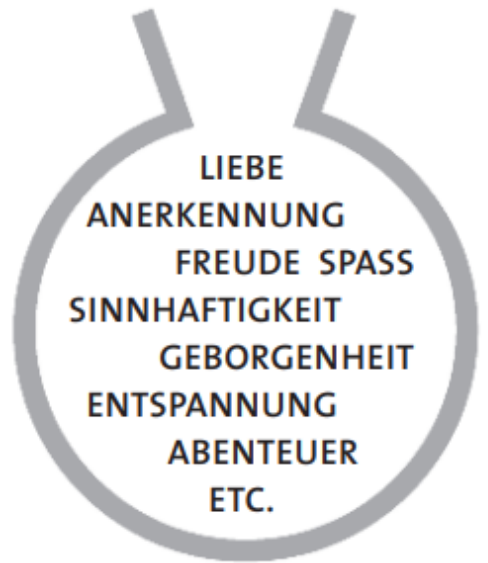


Abb. 2: Tankstellen



Abb. 3: „Stoppel“



Kleingruppenübung – Breakout-Räume: Übung Tankstellenmodell

Und nun => Zeichnen Sie Ihren eigenen Seelentank und fügen Sie die Inhalte in Ihren Tank ein, die Sie brauchen, damit Sie sich gesund und wohl fühlen!

Und nun => Wie schaut es im Moment aus? Zeichnen Sie ein, wie voll er ist?

Und nun => Zeichnen Sie nun Ihre Tankstellen ein!

Und nun => Überlegen Sie bitte folgendes dabei:

- Wie und wo tanke ich was und auf?
- Welche Tankstelle brauche ich für welchen Tankinhalt?
- Vergleichen Sie die Tankstelle mit denen Ihrer Partner/-innen.

Und nun => Welche Tankmittel/-stellen könnten bei Ihnen jetzt überhand nehmen und vielleicht irgendwann dazu führen, dass diese Tankstellen andere verdrängt?

Denken Sie an die Tankstellen die vielleicht wegen Corona „zumachen“ mussten.

Alkohol und Tabak

- Deutlich mehr Alkohol- und Tabakkonsum in der Corona-Krise (www.kkh.de / Forsa-Umfrage)
 - 9% der Männer und 5% der Frauen trinken an mehreren Tagen die Woche Alkohol und teilweise täglich
 - Fast ein Viertel derjenigen, die ohnehin mehrmals wöchentlich Alkohol konsumieren, konsumieren noch mehr
 - Ähnlich beim Rauchen: jeder 9. regelmäßige Raucher/-in und jeder 3. Gelegenheitsraucher/-in mehr rauchen
 - **Insbesondere jeder 3. 16-29-Jährige raucht seit Corona mehr (Zigaretten führen mit hier 71 %)**
 - **Jede/-r 6. in dieser Altersgruppe konsumiert Shisha und jeder 12. konsumiert Cannabis, Marihuana**
 - **Jede/-r 9. in dieser Altersgruppe greift zu Suchtmitteln wie Leistungssteigerern Tabletten/Energie-Drinks.**
- ⇒ **Die Gefahr für Abhängigkeiten in Krisenzeiten ist generell größer!**
- ⇒ **Ursachen sind: gesteigerter Coolness-Faktor, Stress, Langeweile und Abgegrenzt sein zu anderen Peers!**
- ⇒ **Durch Lockdown hätte Konsum von Rausch- und Suchtmitteln zugenommen.**
- ⇒ **Rauschmittel sind in Krisenzeiten eine Art Bewältigungsmechanismus, da sie entspannen und vermeintlich Ängste und Sorgen vertreiben und mit Belastungen „besser“ umgehen können oder diese einfach ausblenden°**

Was also tun?

- Frühzeitige Prävention, um Kinder und Jugendliche zu erreichen bevor sie konsumieren
- Niederschwellige und frühzeitige Angebote z. B. durch Suchtpräventionsfachkräfte (Aktion Jugendschutz bildet aus) die eigene Konzepte in den Einrichtungen der Suchthilfe/Kinder- und Jugendhilfe um setzen und z. B. durch das Projekt „Tom & Lisa“ des Zentrums für Suchtprävention Villa Schöpflin (da kommt auch das HaLT-Projekt her).
- Digitale Vernetzung und kollaborative Tools, insbesondere in Zeiten von Corona-, um gemeinsam mit den Peers sich gegen Alkohol und Tabak zu verbünden!
- „Tom & Lisa“ = interaktives Planspiel für Schüler/-innen der 7. und 8. Klasse, in dem sie über die Gefahren des exzessiven Raschtrinkens aufgeklärt werden und lernen, wie sie verantwortungsbewusst mit Alkohol umgehen und in potentiellen Gefahrensituationen reagieren sollen.
- Ursachen für den hohen Konsum herausfiltern, oft stehen psychische Erkrankungen im Hintergrund (Depression, PTBS- Posttraumatische Belastungsstörung) oder auch extreme Arbeitsbelastungen und Depression.

Was also tun – to be continued (Part II)

- Trotz Lockdown und Co. – Rauschmittel werden konsumiert. Festhalten von Regeln (z. B. keinen Alkohol unter 16 und wenn, dann nur im Beisein der Eltern – wenn überhaupt oder auf alkoholfreie Alternative pochen)
- Qualitative und regelmäßige Familien- und Freundschaftszeit einführen, selbst wenn man die Freunde nicht sehen darf, kann man, wenn man eh kurz draußen ist mit den Freunden spazieren gehen (insbesondere bei beginnender Depression wichtig: Aktivitätensteigerung und nicht nur lethargisch im Zimmer verbarrikadieren!) oder telefonieren.
- Ebenfalls mit den Eltern besondere Zeiten ausmachen zum gemeinsamen Kochen, Kinoabende zu Hause gestalten, mit Popcorn und besonderen Filmen, Spieleabende, oder gemeinsam den Garten oder die Terrasse/Balkon gestalten.
- Die Leere und Langeweile bewusst mit sinnbringenden Aktivitäten füllen, die sowohl gemeinsam als auch alleine von den Kindern und Jugendlichen, je nach Alter und Entwicklungsstand, gemacht werden können (siehe Aktivierung – Kognitive Verhaltenstherapie „Welche Aufgaben muss/sollte/will ich tun?!“ und ein Ranking aufstellen – gibt Struktur).
- Für den Umgang mit digitalen Geräten sollten feste Zeiten für die Nutzung implementiert und in Form eines Familientraktes verabschiedet werden. Und bewusst handyfreie oder gerätefreie Zeit schaffen – als Familie (z. B. Essen)

„Die Corona-Pandemie stellt alle Akteure vor immense Herausforderungen und schafft neue Suchtgefahren. Elementar wichtig ist, dass Beratungsstellen, niederschwellige Hilfsangebote und Suchtkliniken für alle Bedürftigen offen bleiben. Denn der Bedarf ist größer als denn je.“

(Daniela Ludwig/Drogenbeauftragte der Bundesregierung)

...und die Kinder- und Jugendhilfe?

- **DJI – Corona**

<https://www.dji.de/themen/corona.html>

- **BMFSFJ - Aktionsprogramm "Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche"**

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/corona-pandemie/aufholen-nach-corona>

BMFSFJ - Sonderprogramm Kinder- und Jugendbildung, Kinder- und Jugendarbeit

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/corona-pandemie/hilfen-fuer-soziale-einrichtungen/sonderprogramm-kinder-jugend-bildung-arbeit>

Wege aus der Betroffenheit rein in die Aktivität –?

Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen fördern!



Einfache Tipps

- Bewusst machen, was ist los (Keine Scheu vor schweren Themen wie Suizidversuche, parasuizidal oder akut suizidal, Selbstverletzung...)
- Aber dann => hier nicht stehen bleiben sondern...
 - Schauen, ob mein Zuständigkeitsprofil und mein Verantwortungsrahmen passt (=> keine Diagnostik, wenn kein Arzt/-in/Psychotherapeut/-in/-Psychiater/-in)
 - Wenn, dann gezielte Weitervermittlung => keine eine Scheu sondern Netzwerken!
 - Schweigepflichtentbindung erfragen
Schule/Arzt/Jugendamt/Jugendgruppe
 - Elterngespräche, Gruppenangebote, Einzelgespräche anbieten => je nach Zuständigkeit

**Ganz wichtig
Zeit und Raum
bieten für
Gespräch –
erstmal
unabhängig
vom Auftrag!
Nähe trotz
Distanz
schaffen und
aushalten!**

Kleines Brainstorming: „Entwicklungspsychologische Aufgaben“

- Sammeln Sie auf der digitalen Flippchart:

[pinnet – digitale Pinnwand](https://pinnet.eu/b/havighurst) unter dem Link: <https://pinnet.eu/b/havighurst>

Kurzanmeldung über Stichwort: havighurst

Warum ein kurzer Abriss der Entwicklungspsychologie an dieser Stelle noch einmal sinnvoll wäre...

- Konzept der Entwicklungsaufgaben von Robert J. Havighurst (1948)
- Lebenslauf als Folge von Problemen, denen sich das Individuum gegenüber sieht und die es bewältigen muss
- Bestimmte Lebensphasen erfordern bestimmte Anforderungen, die erfüllt werden müssen, durch eine besondere Kombination von inner-biologischen, sozio-kulturell und psychologischen Einflüssen.

Beispiele für Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase sind: seinen **Körper zu akzeptieren**, eine männliche oder weibliche **soziale Rolle zu lernen (in der Zeit von Havighurst zu bewerten; heute gibt es andere sexuelle Identitäten/ Rollen für die Identitätsstiftung, nonbinär, divers, genderfluid...!!!)**, sich für eine **Beschäftigung** entscheiden, **emotionale Unabhängigkeit von Eltern** und anderen Erwachsenen, eine **Werteskala** und **ethisches System errichten** und **danach zu leben**.

4.4 Entwicklungsaufgaben nach HAVIGHURST

mittlere Kindheit (6 – 12 Jahre)	Adoleszenz (12 – 18 Jahre)	frühes Erwachsenenalter (18 – 30 Jahre)
1. Erlernen körperlicher Geschicklichkeit, die für gewöhnliche Spiele notwendig ist	1. Neue und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen	1. Auswahl eines Partners
2. Aufbau einer positiven Einstellung zu sich als einem wachsenden Organismus	2. Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle	2. mit dem Partner leben lernen
3. Erlernen eines angemessenen männlichen oder weiblichen sozialen Rollenverhaltens	3. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers	3. Gründung einer Familie
4. Lernen, mit Altersgenossen zurechtzukommen	4. Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen	4. Versorgung und Betreuung der Familie
5. Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben, Rechnen	5. Vorbereitung auf Ehe und Familienleben	5. ein Heim herstellen, Haushalt organisieren
6. Entwicklung von Konzepten und Denkschemata, die für das Alltagsleben notwendig sind	6. Vorbereitung auf eine berufliche Karriere	6. Berufseinstieg
7. Entwicklung von Gewissen, Moral und einer Werteskala	7. Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für das Verhalten dient (Ideologie entwickeln)	7. Verantwortung als Staatsbürger ausüben
8. Erreichen persönlicher Unabhängigkeit	8. sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen	8. eine angemessene soziale Gruppe finden
9. Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen	<p>Der US-Amerikaner Robert James HAVIGHURST (1900 – 1991) arbeitete zunächst als Chemiker an der Erforschung der Atomstruktur, lehrte danach als Physik-Professor, um schließlich als Professor für Erziehung mehrere Lehrwerke zur menschlichen Bildung und zur Entwicklungspsychologie zu veröffentlichen.</p>	

Der US-Amerikaner Robert James **HAVIGHURST** (1900 – 1991) arbeitete zunächst als Chemiker an der Erforschung der Atomstruktur, lehrte danach als Physik-Professor, um schließlich als Professor für Erziehung mehrere Lehrwerke zur menschlichen Bildung und zur Entwicklungspsychologie zu veröffentlichen.

Was also passiert, wenn die Entwicklungsaufgaben dieser Altersphasen nicht bewältigt oder zumindest angegangen und versucht werden können...?

- **Wenn also Kinder und Jugendliche ihre Peers nicht sehen, treffen, sich mit ihnen vergleichen, austauschen können, wegen Lockdown**
- **Wenn also Kinder und Jugendliche keine Räume haben, außerhalb des Elternhauses oder der Wohnung, wegen Lockdown**
- **Wenn also Kinder und Jugendliche keine neuen Erfahrungen machen können und explorieren** dürfen z. B. im Park mit dem neuen Skateboard, vom 10-Meter Brett hüpfen, ihren ersten Kuss im dunklen Kino einfangen dürfen oder erste sexuelle Erfahrungen sammeln, alleine ins Kinder- oder Jugendzeltlager fahren, im Tierheim oder Pferdestall die ersten eigenen „Kröten“ verdienen, zum ersten Mal in den Urlaub mit der besten Freundin reisen, und und und...**wegen Kontaktverboten, Beschränkungen, Lockdown**

- **Wenn also Kinder und Jugendliche ihre Selbstständigkeit nicht** unter Beweis stellen können durch z. B. Ferienjobs im Kino, in der Eisbar **wegen Lockdown**
- **Wenn also Kinder und Jugendliche ihre Identitäten** und Rollen im Spiel nicht erkunden-und formen können, **wegen Lockdown und Kontaktbeschränkungen**
- **Wenn Kinder und Jugendliche nie weg sind von zu Hause** und Lebenserfahrungen auch ohne die Eltern machen, **wegen Lockdown**
- **Wenn Jugendliche keine Berufspraktika machen können** oder in der Ausbildung/Studium nur digital mit anderen in Kontakt treten, **wegen Kontaktbeschränkungen und Homeoffice-Gebot**
- **Wenn Kinder in der Schule keinen Zugang zu Mitschüler/-innen finden** und dem Stoff hinterherhängen, **wegen Lockdown...**

=> Dann können die entwicklungspsychologischen Aufgaben nicht bewältigt werden und psychische Irritationen die Folge sein!

1. Resilienzforschung

- Aus der Resilienzforschung weiß man, dass je länger eine Krise dauert, desto wichtiger wird die Resilienz – also langfristig wirkende Widerstandskraft gegen Herausforderungen und Risiken wie Corona
- Beim Aufbau/Förderung von Resilienz sind die individuellen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen sowie die persönliche Entwicklungsgeschichte (Familien-)Anamnese, (genetische) Dispositionen, stabile Bindungserfahrungen, Bezugspersonen, Stärken und besondere Fähigkeiten

- **Quelle:**

[Resilienzforschung - Persönlichkeitsentwicklung \(entwicklung-der-persoenlichkeit.de\)](https://www.entwicklung-der-persoenlichkeit.de), Mittwoch 13.10.2021, 11.46 Uhr

2. Bedürfnis- und Kohäsionstheorie nach Grawe

- Klaus Grawe hat mit seiner Konsistenztheorie (2000, 2004) versucht, das psychische Funktionieren des Menschen vor dem Hintergrund der Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse, zu erklären. Er bemühte sich hierbei, seine Theorie erfahrungswissenschaftlich zu untermauern.
- Grawe zufolge streben alle Organismen nach Konsistenz, d.h. nach einer Passung zwischen den inneren Bedürfnissen (psychische Prozesse) und dem Erleben in der Realität (neuronale Prozesse). Je höher die Konsistenz ist, desto gesünder ist der Organismus. Neben dem Streben nach Konsistenz, welches auf der Systemebene abläuft, unterscheidet Grawe drei weitere Ebenen:
- Die **erste Ebene** bilden hierbei die **Grundbedürfnisse**, deren Befriedigung die größte Wichtigkeit hat. Grawe geht davon aus, dass es insgesamt vier Grundbedürfnisse gibt:
- **Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle**
- **Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung**
- **Bedürfnis nach Bindung**
- **Bedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung.**

Quelle; Mittwoch 13.10.2021; 11.18 Uhr:

<https://psychowissen.jimdofree.com/pr%C3%BCfungswissen-psychotherapie-pr%C3%BCfung/wichtige-theorien/konsistenztheorie-nach-grawe/>



Corona und die Grundbedürfnisse –

- Was haben Sie erlebt?
- Haben Sie etwas bei Ihren Zielgruppen erlebt?
- Aus Ihrem Umfeld?
- Ihrem privaten Leben?
- Welches Grundbedürfnis glauben Sie konnte am wenigsten befriedet werden in Zeiten der Corona-Krise?

Quelle:

[bedürfnis- und kohäsionstheorie nach grawe - Bing images](#)

Mittwoch, 13.10.2021

Die **Grundbedürfnisse** sind **universell** bei jedem Menschen zu finden. Die Methoden und Wege, diese Grundbedürfnisse zu befriedigen, sind jedoch von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Sie sind u.a. abhängig von seinen Sozialisationserfahrungen.

Auf der **nächsten Ebene** finden sich daher die sogenannten **motivationalen Schemata**, welche sich im Laufe der Entwicklung, in Interaktion mit der Umwelt, bei allen Menschen entwickeln. Diese lassen sich unterteilen in:

Intentionale Schemata (Annäherungsziele) und
Vermeidungsschemata (Vermeidungsziele)

Die **Annäherungsziele** dienen dazu, die Grundbedürfnisse der Person zu befriedigen.

Die **Vermeidungsziele** hingegen dienen dem Schutz vor Bedrohung, Verletzung oder Frustration der Grundbedürfnisse. In der Regel sind beide Systeme gleichzeitig aktiv und der Organismus strebt nach einer optimalen Bilanz zwischen allen aktivierten motivationalen Zielen. Die einzelnen Schemata können jedoch auch sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein bei verschiedenen Menschen, je nachdem, welche prägenden Erfahrungen sie gemacht haben. So gibt es Menschen mit besonders stark entwickelten Vermeidungszielen und wieder andere, deren Annäherungsziele überwiegen.

Diskordanz liegt dann vor, wenn Schemata bzw. Ziele untereinander in Konflikt geraten, d.h. wenn z.B. Annäherungs- und Vermeidungsziele gleichzeitig aktiviert werden und sich dadurch gegenseitig hemmen.

Auf der **dritten Ebene** werden die **motivationalen Ziele mit den realen Wahrnehmungen abgeglichen** (Ebene des Erlebens und Verhaltens).

Stimmen die Annäherungsziele und die realen Erfahrungen nicht überein, dann entsteht **Inkongruenz**.

Das heißt, die motivationalen Ziele werden nicht erreicht. Hieraus resultieren u.a. negative Emotionen. Konsistenz entsteht dann, wenn Grundbedürfnisse ausgeglichen und motivationale Ziele erreicht werden. Ist das Ziel (**Konsistenz**) erreicht, kommt es zu positiven Emotionen.

Inkonsistenz ergibt sich aus Inkongruenz und Diskordanz und gilt als wichtiger Faktor bei der Entstehung psychischer Störungen.

Grawe geht zudem davon aus, dass eine **Therapie dann wirkungsvoll ist**, wenn die **Konsistenzerfahrung gesteigert wird. Dies geschieht auf zwei Arten:**

Indem Inkongruenzquellen reduziert werden (d.h. zum Beispiel, motivationale Konflikte aufgelöst werden) und es zu **bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen kommt** (d.h. Bedürfnisbefriedigung unter anderem durch komplementäre Beziehungsgestaltung).

Die Therapie nach der Konsistenztheorie wird auch als **Neuropsychotherapie** bezeichnet, weil sich die **Veränderungsprozesse** auch auf der **neuronalen Ebene im Gehirn abzeichnen**. Sichtbar gemacht werden kann dies u.a. mit Hilfe der Methode des Neurofeedbacks.



3. Radikale Akzeptanz aus der ACT-Therapie nach amerikanischen Psychiater Steven C. Hayes

- radikale Akzeptanz als Möglichkeit des Zurückbekommens der Kontrollübernahme des eigenen Lebens
- Ist das Gegenteil von Wollen und die Bereitschaft, darauf zu verzichten, sich gegen Schmerz und ungewollte Ereignisse real oder auch gedanklich aufzulehnen, sie zu bekämpfen oder auch nur irgendwie verändern zu wollen.
- Kommt von der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Kurz DBT) von Marsha Linehan (oft der Ansatz bei Borderline-Patient/-innen)
- Und der ACT-Therapie von Hayes wird die **Akzeptanz- und Commitmenttherapie** verstanden, welche eine neuere Form der Psychotherapie ist, bei der klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien und mit Interventionen zur Wertklärung kombiniert werden.

- Radikale Akzeptanz ermöglicht das Erfahren und Erleben eines Ereignisses oder Gefühls und den Umgang damit, im Hier und Jetzt.
- Ich verwende keine weitere negative Energie darauf bereits entstandene Dinge/Erfahrungen/Ereignisse zu verändern, sondern nehme sie voll an, um von da den Schmerz und andere vielleicht damit einhergehende negative Gefühle zu verarbeiten.
- Ich investiere Gefühle und Energie lieber darauf jetzt die Gegenwart zu gestalten, als mit viel Energie und Ressourcen unveränderbare Dinge – in der Vergangenheit – (ist bereits das Gestern) verändern zu wollen.
- Das ist insbesondere für Persönlichkeiten wichtig (sind oft junge Menschen eher als ältere...), die zur Impulsivität, intensiv gedanklichen und emotionalen Herangehensweise tendieren.
- Ich versuche auch schlimmstes Leid, Unsicherheiten, Kontrollverlust (aka Grundbedürfnisse, wenn sie temporär nicht befriedet werden) etc. zu integrieren!

Quelle:

Donnerstag, der 14.10.2021, 8.07 Uhr

<https://www.psyberlin.com/2012/01/23/radikale-akzeptanz/>

- *„Radikale Akzeptanz ermöglicht das Erfahren und Erleben dessen was gerade ist, so wie es eben ist, inklusive der eigenen Reaktion darauf. Eine solche Haltung ist notwendig, wenn wir vor einem Problem stehen, das eben nicht gelöst werden kann, eine Situation eben nicht veränderbar ist. Weil ein Ereignis zum Beispiel bereits stattgefunden hat oder unabänderliche Konsequenzen zur Folge hatte.“*

4. Mein Ansatz – auf Basis des Gehörten:

„Die Drei R – Räume, Resonanz, Richtung

Räume:

- Damit Kinder und Jugendliche untereinander in Austausch treten können, sich auch weiterhin einmal ohne Erwachsene treffen, besprechen und Fragen, Geheimnisse sowie Unsicherheiten miteinander teilen können benötigen sie Räume.
- Der Kontakt zu den Peers ist wichtiger denn je und damit dieser weiterhin ermöglicht werden kann braucht es Räume.
- Auch, um feststellen zu können, dass Freunde, Bekannte, Mitschüler/-innen, Vereinskolleg/-innen und Jugendgruppenmitglieder ähnliche Probleme und Herausforderungen gerade meistern müssen.
- Das Zugehörigkeitsgefühl zu jemandem, zu einer Gruppe oder Einheit stärkt, fördert die Resilienz, schafft Gemeinschaft und kann Einsamkeit und Vereinsamung vorbeugen.

Resonanz:

- Kinder und Jugendliche brauchen neben Kontakt zu Gleichaltrigen ferner Rückmeldung und Feedback zu ihrem Tun.
- Dies bedeutet konstruktive Kritik und ist sehr wichtig für Wachstum und Persönlichkeitsbildung.
- Sie benötigen unbedingt ebenso das Gefühl von Rückhalt und Mitschwingen können, da das das Grundbedürfnis nach Selbstwert und Selbstwerterhöhung festigt, wenn wir auf gute Resonanz in unserer Umwelt und Umfeld stoßen.
- Grenzen in gewissen Situationen fördern zudem die Grundbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle.
- Sich andocken zu können, fördert die Bedürfnisse Bindung und Selbstsicherheit.

Richtung:

- setzt sich idealerweise aus Angeboten der Bildungs-, Erziehungs-, Sport- und Freizeitinstitutionen sowie der Mitte der Familien zusammen.
- Nur mit einer Idee, wie es nach Corona weitergehen wird, kann Motivation junger Menschen möglich gemacht und zugleich Mut gegeben werden, um diese anstrengende Zeit gut meistern und eine Perspektive vermitteln zu können.
- Jugendliche können qua ihres Lebensalters ohnehin nicht so weit in die Zukunft planen, sondern leben eher von Tag zu Tag.
- Dadurch, dass aber auch gerade das tageweise Planen durch Corona nicht mehr möglich ist, wird Halt entzogen und die Selbstwirksamkeit durch die fehlenden täglichen Entscheidungen und Handlungsspielräume vermindert.

Stellen Sie die Möglichkeit, dass die Jugendlichen sehen, sie sind nicht alleine mit den Sorgen, Nöten und Ängsten – es geht vielen so und das eint und gibt in der Unsicherheit, Sicherheit und Kontrolle sowie Anschluss!

Konkrete Ideen für die OKJA...?! ?

Was sind Ihre Erfahrungen?
Ideen?
Was konnten Sie gut umsetzen?

Wie können Sie den Kontakt halten?
Was gibt es für „Räume“

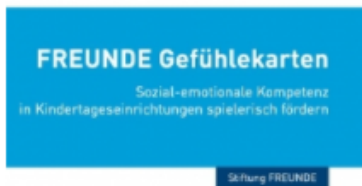
Neben dem Digitalen vielleicht auch
den Park/Wald/Fußballfeld – um
Abstand einzuhalten?

Digitale Cafés – Kochabende –
Filmabende – Diskussionsrunden – Ich
stelle meinen Tag vor – Dance-Battles
– Nachhilferunden – Kummerkasten
Alles was möglich ist ins digitale Leben
zu transferieren!

Ausblick und Fragen

Materialien der Aktion Jugendschutz – wenn es mir nicht so gut geht...<https://materialien.aj-bayern.de/>

- Zur Emotionsregulation, Förderung der Wahrnehmung eigener Gefühle
- 5 Basisgefühle (Trauer, Angst, Wut, Freude, Ekel) universell auf der Welt
- Schöne, große Karten, Stellvertreter/-innen dadurch leichter annehmbar für kleinere Kinder/regredierte Jugendliche



FREUNDE Gefühlekarten - Sozial-emotionale Kompetenz in Kindertageseinrichtungen spielerisch fördern

Mit Hilfe der von Helme Heine ansprechend gestalteten Karten und den im Anleitungsheft beschriebenen Übungen und Spielen können Erzieher/-innen ihre Kinder dabei unterstützen, ihre Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und die emotionalen Botschaften der anderen zu erkennen.

Lieferzeit: 4-10 Tage (Ausland abweichend)
maximale Bestellmenge: 30

28,50 EUR

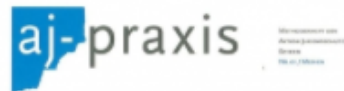
Kein Steuerausweis gem. UStG §4 Abs.25a
Steuerbefreiung f. Träger d. freien Jugendhilfe
zzgl. Versand

1

IN DEN WARENKORB

- Zur Mobbing-Prävention
- Aufdecken der Systemischen Strukturen
- Psychoedukation für Betroffene
- Über (Gewalt-)dynamiken aufklären

aj praxis: Bloßgestellt im Netz - Planspiel Cyber-Mobbing



aj-Praxis Methodenheft



Zur Zeit vergriffen. Eine Neuauflage ist geplant, ein Termin steht noch nicht fest. Derzeit unter der Artikelnr.: 23141 - Online verfügbar.

Lieferzeit: 4-10 Tage (Ausland abweichend)
maximale Bestellmenge: 30

6,00 EUR
Kein Steuerausweis gem. UStG §4 Abs.25a
Steuerbefreiung f. Träger d. freien Jugendhilfe
zzgl. Versand

IN DEN WARENKORB

extrem oder extremistisch



Das Kartenset „EXTREM oder EXTREMISTISCH?“ ist eine Methode, um demokratische Grundrechte zu diskutieren. Die Gruppe kommt in konstruktiven Austausch zu unterschiedlichen Ansichten darüber, was Demokratie und Freiheit bedeuten.

Lieferzeit: 4-10 Tage (Ausland abweichend)
maximale Bestellmenge: 10

9,50 EUR

Kein Steuerausweis gem. UStG §4 Abs.25a
Steuerbefreiung f. Träger d. freien Jugendhilfe
zzgl. [Versand](#)

IN DEN WARENKORB



GrenzWerte - zwei Methoden zur Gewaltprävention "Was ist Gewalt" & "Wenn-Ich-Karten gegen Gewalt"

"GrenzWerte" enthält zwei praktische Werkzeuge zur Gewaltprävention. Die Methoden schaffen Klarheit darüber, wann Grenzen überschritten werden und regen dazu an gute Lösungen in kniffligen Situationen zu finden. Jugendliche lernen Grenzen besser zu erkennen und gewaltfrei Konflikte zu lösen.

Lieferzeit: 4-10 Tage (Ausland abweichend)
maximale Bestellmenge: 20

9,50 EUR

Kein Steuerausweis gem. UStG §4 Abs.25a
Steuerbefreiung f. Träger d. freien Jugendhilfe
zzgl. [Versand](#)

IN DEN WARENKORB



Für Fragen gerne an:

Sabine Finster

Aktion Jugendschutz

finster@aj-bayern.de

0176 81 69 42 63

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!