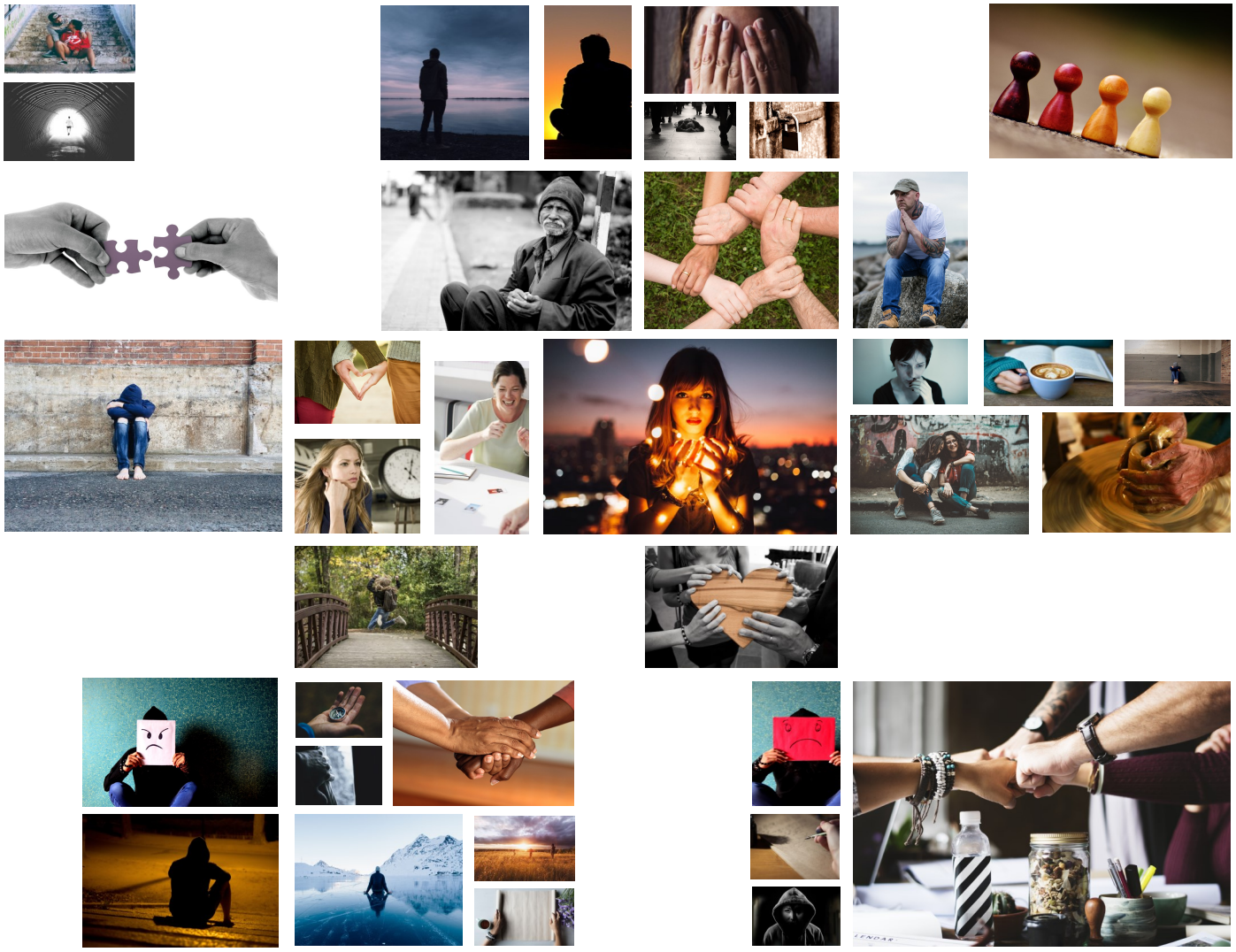
ESF EUROPA FÜR THÜRINGEN
EUROPÄISCHER SOZIALFONDS

EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds

CARDEA 2.0

DER PARITÄTISCHE THÜRINGEN



BERATUNGSSTRATEGIEN BEI ERWERBSLOSEN MIT PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

CARDEA 2.0 I THÜRINGER PROJEKT ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT

GEFÖRDERT DURCH DEN FREISTAAT THÜRINGEN AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich verstanden, dass ich immer und bei jeder Gelegenheit,
zur richtigen Zeit am richtigen Ort bin
und dass alles, was geschieht, richtig ist – von da an konnte ich ruhig sein.
Heute weiß ich: Das nennt man VERTRAUEN.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
konnte ich erkennen, dass emotionaler Schmerz und Leid
nur Warnungen für mich sind, gegen meine eigene Wahrheit zu leben.
Heute weiß ich: Das nennt man AUTHENTISCH SEIN.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich aufgehört, mich nach einem anderen Leben zu sehnen
und konnte sehen, dass alles um mich herum eine Aufforderung zum Wachsen war.
Heute weiß ich, das nennt man REIFE.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich aufgehört, mich meiner freien Zeit zu berauben,
und ich habe aufgehört, weiter grandiose Projekte für die Zukunft zu entwerfen.
Heute mache ich nur das, was mir Spaß und Freude macht,
was ich liebe und was mein Herz zum Lachen bringt,
auf meine eigene Art und Weise und in meinem Tempo.
Heute weiß ich, das nennt man EHRLICHKEIT.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich mich von allem befreit, was nicht gesund für mich war,
von Speisen, Menschen, Dingen, Situationen
und von Allem, das mich immer wieder hinunterzog, weg von mir selbst.
Anfangs nannte ich das „Gesunden Egoismus“,
aber heute weiß ich, das ist SELBSTLIEBE.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich aufgehört, immer recht haben zu wollen,
so habe ich mich weniger geirrt.
Heute habe ich erkannt: das nennt man DEMUT.

Als ich mich selbst zu lieben begann,
habe ich mich geweigert, weiter in der Vergangenheit zu leben
und mich um meine Zukunft zu sorgen.
Jetzt lebe ich nur noch in diesem Augenblick, wo alles stattfindet,
so lebe ich heute jeden Tag und nenne es BEWUSSTHEIT.

Als ich mich zu lieben begann,
da erkannte ich, dass mich mein Denken
armselig und krank machen kann.
Als ich jedoch meine Herzenskräfte anforderte,
bekam der Verstand einen wichtigen Partner.
Diese Verbindung nenne ich heute HERZENSWEISHEIT.

Wir brauchen uns nicht weiter vor Auseinandersetzungen,
Konflikten und Problemen mit uns selbst und anderen fürchten,
denn sogar Sterne knallen manchmal aufeinander
und es entstehen neue Welten.
Heute weiß ich: DAS IST DAS LEBEN!

Charlie Chaplin

GEFÖRDERT DURCH DEN FREISTAAT THÜRINGEN AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS

VORWORT

Weder Langzeitarbeitslosigkeit noch psychische Beeinträchtigungen dürfen zu Ausgrenzung und Vorverurteilung von Menschen in unserer Gesellschaft führen. Die Teilhabe am sozialen Leben, an gesundheitsfördernden Versorgungsstrukturen sowie an Beschäftigungsverhältnissen muss allen Personen unabhängig ihrer physischen und psychischen Gesundheit sowie ihrer sozialen Lage gewährt und gesichert sein. Es ist unsere Verantwortung, langzeiterwerbslosen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Perspektiven zu eröffnen, sie in das gesellschaftliche Leben zu integrieren und einen sozialen und gesundheitsfördernden Arbeitsmarkt zu schaffen. Dabei gilt es besonders, die Bedürfnisse der psychisch beeinträchtigen Erwerbslosen wahrzunehmen und zu respektieren, sie in ihrer psychosozialen Gesundheit zu fördern und zu stärken und Rahmenbedingungen zu schaffen, die von Wertschätzung und Akzeptanz geformt sind.

Der vorliegende Leitfaden soll Akteure im Unterstützungssystem eines Langzeiterwerbslosen mit psychischen Auffälligkeiten sensibilisieren und zu einem empathischen und förderlichen Umgang befähigen. Er soll dabei unterstützen, eine wohlwollende Gemeinschaft und Arbeitswelt zu gestalten, die von Vielfalt, Toleranz und Offenheit geprägt ist – das Credo und Wertegerüst des Paritätischen.

Stefan Werner
Landesgeschäftsführer
Der Paritätische Thüringen

GEFÖRDERT DURCH DEN FREISTAAT THÜRINGEN AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS

BERATUNGSSTRATEGIEN BEI ERWERBSLOSEN MIT PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

CARDEA 2.0 I THÜRINGER PROJEKT ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

als Akteur im Unterstützungssystem eines langzeitarbeitslosen Menschen werden Sie oft mit vielfältigen und komplexen Problemlagen Ihrer Klienten konfrontiert. Zunehmend weisen (Langzeit-)Erwerblose dabei auch gesundheitliche und vor allem psychische Einschränkungen auf, die eine Aktivierung und Vermittlung in Arbeit erschweren. Nicht nur finanzielle Probleme erzeugen Ärger und Frustration im Leben Ihrer Klienten, auch mangelnde persönliche Erfolge, der Verlust von sozialer Teilhabe und fehlende Perspektiven wirken sich oft in Form von Resignation, Stress und Ängsten aus. Einer Spirale aus Erwerbslosigkeit und psychischen Belastungen zu entfliehen, erfordert dann große Anstrengungen und Unterstützung.

Ziele und Inhalte

Mit diesem Wegweiser möchten wir Ihnen Strategien, Methoden und Tipps für Ihre Beratung von (Langzeit-)Erwerbslosen mit psychischen Auffälligkeiten aufzeigen. Wir laden Sie zu einem Perspektivwechsel ein, bei dem Sie Ihre Haltung gegenüber Ihren Klienten reflektieren können. Im Kapitel 2 werden der Umgang mit psychisch Beeinträchtigten in Ihren verschiedenen Beratungsphasen thematisiert und die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt. Ein besonderes Ziel stellt die Stärkung Ihrer Beschäftigungsfähigkeit dar, denn nur ein „gesunder Berater kann gesund beraten“.

Hinweise

Auch wenn Suchterkrankungen ebenfalls unter den Oberbegriff „psychische Erkrankungen“ fallen, werden sie in diesem Leitfaden nicht extra aufgeführt.

In den weiteren CARDEA-Gesundheitsmodulen finden sich bereits Übungen und Arbeitshilfen zur Ressourcenstärkung und Stressbewältigung bei Erwerbslosen wieder, die zusätzliche Strategien zum Umgang mit (Langzeit-)Erwerbslosen mit psychischen Auffälligkeiten darstellen. Unter www.cardea.paritaet-th.de können diese kostenfrei eingesehen und heruntergeladen werden.

Zur besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Schreibform benutzt. Diese impliziert jedoch Frauen und Männer.

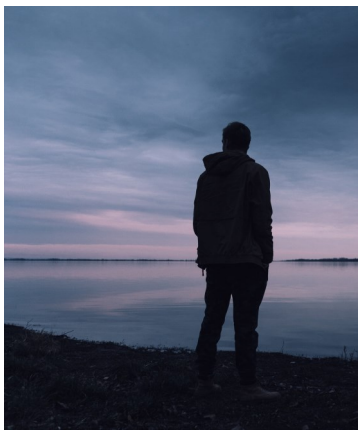
INHALT

		SEITE
1	**Alles eine Frage der Sichtweise und Haltung**	**5**
1.1	Perspektivwechsel - Die Wahrnehmung von SGB-II-Leistungsbeziehern mit psychischen Erkrankungen	5
1.2	Die eigene Haltung gegenüber Erwerbslosen mit psychischen Auffälligkeiten	9
1.3	Jeder Mensch ist wertvoll	10
2	**Schritt für Schritt im Umgang mit dem Klienten**	**11**
2.1	Erkrankungen erkennen	11
2.2	Krankheitseinsicht fördern	17
2.3	Gesundheit stärken	25
2.4	Integration anstreben	33
3	**Selbst stark bleiben - Der Gesunde Berater**	**37**
3.1	Umgang mit Spannungen in der Beratung	37
3.2	Wenn Beratungen eskalieren	38
3.3	Die kollegiale Beratung	42
4	**Netzwerke und Partner**	**44**
4.1	Hilfreiche Adressen in Thüringen	44
4.2	Mein regionales Netzwerk	47
4.3	Nützliche Adressen und Links	49
5	**Literaturverzeichnis**	**51**
6	**Hintergrundinformationen zum Projekt CARDEA 2.0**	**53**
7	**Impressum**	**53**

GEFÖRDERT DURCH DEN FREISTAAT THÜRINGEN AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS

1 ALLES EINE FRAGE DER SICHTWEISE UND HALTUNG

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stellen zunehmend eine relevante Gruppe in der Beratung und Betreuung von Langzeitarbeitslosen dar. Im Beratungsalltag sind Sie als Integrationsfachkräfte mit vielfältigen Verhaltensweisen und Gefühlsäußerungen von seelisch belasteten Klienten konfrontiert. Nicht immer ist es leicht und oft stößt man an eigene Grenzen, ihnen eine gerechte Betreuung zu gewähren und ausreichend Unterstützung zu bieten. Im Folgenden möchten wir Sie zu einem Perspektivwechsel einladen, der das Wahrnehmen und Erleben aus der Sicht eines (Langzeit-) Erwerbslosen mit psychischen Auffälligkeiten widerspiegelt. Wir gehen den Fragen nach, was es bedeutet, psychisch krank zu sein und welchen Einfluss der SGB-II-Bezug auf (Langzeit-)Erwerbslose mit psychischen Erkrankungen nehmen kann. Im weiteren Abschnitt möchten wir mit Ihnen Ihre Einflussmöglichkeiten sowie Ihre Haltung in der Beratung reflektieren.



1.1 PERSPEKTIVWECHSEL – DIE WAHRNEHMUNG VON SGB-II-LEISTUNGSBEZIEHERN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

„[SGB II bedeutet] auf der einen Seite unheimliche Hilfe. Äh, ich bin, ich bin schon, ich bin froh, dass es das gibt, weil ich sonst einfach, ja, äh, das ist, äh, mein Leben wäre durchaus sehr schwer“

(AG 08 01 02 aus IAB, 2017, S.151)

Oft bemühen wir uns, empathisch zu sein und die Lage der Klienten nachzuvollziehen. Aufgrund von komplexen Erfahrungen, Empfindungen und Bewertungsspielräumen, die jeder Einzelne erlebt, ist es jedoch nicht leicht, den vollumfänglichen Blick des Klienten einzunehmen. In Studien, wie dem IAB-Forschungsbericht 14/2017 „Psychisch Kranke im SGB II“, wurden Personen mit einer psychischen Erkrankung im SGB II nach ihren Wahrnehmungen bei der Arbeitsvermittlung befragt und unterschiedliche Sichtweisen aufgezeigt.

„Von daher bin ich dankbar, dass man [SGB II] in Anspruch nehmen kann, aber es hat halt seine Schattenseiten … Das sind einfach, dass man schikaniert wird… Entweder man macht oder man wird sanktioniert.“

(AG 04 01 06 aus IAB, 2017, S.152)

PSYCHISCH KRANK - WAS BEDEUTET DAS?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als

„Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“.

Seelische Gesundheit bedeutet die Voraussetzung dafür, dass Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten selbstbestimmt am Leben teilhaben und ihr individuelles Potenzial entwickeln können. Psychische Gesundheit im Erwachsenenalter begünstigt neben der Gestaltung sozialer Beziehungen insbesondere die Arbeitsleistung und die Produktivität (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2009).

Eine psychische Erkrankung stellt demzufolge eine Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens dar und beinhaltet sowohl die Störung der Fähigkeit, Emotionen angemessen empfinden und ausdrücken zu können, als auch der kognitiven Fähigkeiten. Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistungen können beeinträchtigt sein. Es ist Erkrankten oft nicht möglich, langfristige Pläne zu entwickeln und diese konsequent zu verfolgen. Ebenso stellen regelmäßige Aufnahmen von neuen Informationen und sozialer Austausch große Herausforderungen dar, die jedoch notwendig für Beziehungen und berufliche Tätigkeiten sind.

Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben häufig eine Außenseiterstellung und sind mit Stigmatisierungen konfrontiert. Ihr verändertes Verhalten wird von Mitmenschen oft nicht richtig eingeordnet und häufig mit Angst und Unverständnis quittiert.

WAS BEDEUTET SGB-II-BEZUG FÜR PERSONEN (MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN)?

Ähnlich wie gesunde Menschen nehmen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen positive Aspekte von Arbeit, wie gesundheitsfördernde Wirkung, Sinnstiftung, Anerkennung, Stärkung des Selbstwertgefühls und soziale Integration wahr.

Fallen Arbeit, Tagesstrukturierung und finanzielle Unterstützung weg, erleben Menschen mit psychischen Störungen negative Aspekte von Arbeitslosigkeit wie zum Beispiel soziale Isolation, Minderwertigkeitserleben, Statusverlust, Stigmatisierung und den Verlust von Zeitstrukturen verstärkt.

Der Bezug von SGB-II-Leistungen kann dann von Menschen mit psychischen Erkrankungen laut IAB-Forschungsbericht 14/2017 verschieden wahrgenommen werden:

Positiv: Die Unterstützung bei der Arbeitssuche sowie die Vermittlung anderweitiger Maßnahmen, die erhaltenen finanziellen Leistungen und die damit verbundene Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts werden positiv und mit Dankbarkeit empfunden.

Ambivalent: Die positiven Aspekte wie die Grundsicherung werden wahrgenommen, jedoch erleben die Leistungsbezieher negative Aspekte der Arbeitslosigkeit als massive Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität.

Negativ: Langzeitarbeitslose nehmen finanzielle Einschränkungen bzw. Armut, die Fremdbestimmung durch das Jobcenter, negative Selbstbewertung und gesellschaftliche Stigmatisierung wahr.

Die Qualität der Arbeitsbeziehungen zwischen Berater und (Langzeit-)Erwerbslosen kann Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben.

Werden die Berater-Klienten-Beziehungen als konstruktiv und das zwischenmenschliche Verhältnis als offen, unterstützend und respektvoll wahrgenommen, erleben Klienten oftmals eine Entlastung. Der Berater wird als relevante Bezugsperson wahrgenommen, mit der auch über Aspekte der Gesundheit in vertrauensvoller und offener Weise kommuniziert wird. Es ist anzunehmen, dass dies grundsätzlich förderlich für eine Stabilisierung der Lebenssituation ist. Konstruktive Beziehungen werden erlebt, wenn

⇒ sich der Berater engagiert,
⇒ der Berater individuelle Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt,
⇒ der Berater Unterstützung leistet und
⇒ der Berater eine konzentrierte und zugleich zwanglose Arbeitsatmosphäre schafft.

Tipp: Fragen Sie zu Beginn Ihrer Beratung Ihren Klienten, wie er seine Teilnahme am Projekt sieht und welche Wünsche er hat, z.B.

⇒ *„Was muss passieren, damit sich Ihre Teilnahme lohnt?*
⇒ *Wie sollten die Termine aufgebaut sein?“*

Klienten können sich aber ebenso aufgrund von unkonstruktiven Arbeitsbeziehungen und schlechten zwischenmenschlichen Verhältnissen als überfordert und unter Druck gesetzt fühlen. Dies wird besonders in Fällen von Sanktionen oder dem Gefühl, keine ausreichenden Informationen zu erhalten, verstärkt. Solche Empfindungen wirken destabilisierend, aus der Bahn werfend, frustrierend, verängstigend und besonders belastend. Die Beziehung wird als unkonstruktiv erlebt, wenn der Berater kaum Hilfe und Unterstützung bietet, unpassende Vermittlungsvorschläge äußert, mündliche Absprachen nicht einhält, Informationen vorenthält oder nicht transparent erläutert und Entscheidungen von oben herab vorgibt.

Behandelnde Ärzte und Therapeuten berichten, dass besonders Stigmatisierungen, Gefühle von Scham und Unmut wahrgenommen sowie Klagen über Einschränkungen seitens der Langzeitarbeitslosen geäußert werden.

Ärztliche Empfehlungen, zum Beispiel den Wohnraum zu wechseln, um aus belastenden Strukturen auszubrechen, könnten unter den Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden. Gravierende sozioökonomische Schlechterstellung und finanzielle Beeinträchtigungen könnten darüber hinaus Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von notwendigen Behandlungen haben.

DIE WAHRE GESCHICHTE EINER BETROFFENEN - CATHRIN W.

(Zuarbeit von Susan Seeland, Berufsförderungswerk Thüringen GmbH)

Ich bin 35 Jahre alt und gelernte Landwirtin. Ich habe viele Jahre mit Herz und Leidenschaft in der Landwirtschaft und im Gartenbau gearbeitet. Ein harter Job, aber schön. Nebenbei habe ich dann eine Ausbildung zur Tierheilpraktikerin begonnen und mittlerweile auch abgeschlossen.
Ich hatte eine genaue Vorstellung von meiner Zukunft und eine Menge Geld mühsam zusammengespart, um mir meine Träume zu verwirklichen.
Da ich zuvor in meinem Leben nicht so viel Glück hatte, war ich jetzt zuversichtlich, dass es aufwärts geht und mir das Schicksal einmal gut gestimmt ist.
Doch dann kam es leider anders.

Im März 2014 hatte ich einen Arbeitsunfall, fiel von einer Leiter aus 3 m Höhe und nichts war mehr, wie es einmal war.

Bein kaputt, Rücken kaputt, Laufen ging gar nicht mehr und eine lange Odyssee begann. Streiterei und eine erfolgslose Gerichtsverhandlung mit der Berufsgenossenschaft, von einem Gutachter zum anderen, Ärger mit Behörden etc...
Das alles hat sehr viel Kraft und Nerven gekostet. Zusätzlich natürlich körperliche Belastung, extreme Schmerzen über Jahre und es ging zwei Jahre so gut wie nichts mehr, obwohl ich jeden Tag hart trainiert habe.

Dies war für mich auch psychisch sehr schwer, da ich ja vorher immer alles selbst gemacht hatte. Haus und Garten musste ich dann letzten Endes aufgeben. Ich war völlig plan- und orientierungslos und hatte den Boden unter den Füßen verloren.

Denn es war auch klar, dass ich in meinem alten Beruf nicht mehr arbeiten kann.

Meine Welt brach regelrecht zusammen.

Ich hatte Glück, dass sich irgendwann, nach über einem Jahr eine nette Reha-Beraterin von der Agentur für Arbeit für mich eingesetzt hat. Somit kam ich im Herbst 2015 zum Assessment ins Berufsförderungswerk Thüringen. Hier durchlief ich 6 Wochen lang diverse Tests und konnte mich in verschiedenen Berufen etwas ausprobieren.

Mir wurde ans Herz gelegt eine kaufmännische Ausbildung zu absolvieren. Doch als Naturkind hatte ich extreme Schwierigkeiten mich überhaupt mit dem Gedanken „Bürojob“ anzufreunden!

Da ich nicht wirklich eine Alternative hatte, habe ich irgendwann zugestimmt. Im März 2016 begann meine Ausbildung im Bfw Thüringen, zunächst mit 3-monatigem Vorbereitungskurs, im Juni 2016 begann dann meine Qualifizierung zur Industriekauffrau. Ehrlich gesagt, konnte ich mich immer noch nicht mit dem Gedanken anfreunden, zukünftig im kaufmännischen Bereich oder in einem Büro arbeiten zu müssen.

Auch psychisch hat das enorme Spuren bei mir hinterlassen, da ich mit der neuen Situation nicht klarkam.

Doch ich bekam im Bfw Thüringen auch psychologische Unterstützung und Rückhalt in schweren Zeiten, wenn ich wieder am Zweifeln war. Durch meinen Reha-Integrationsmanager war jederzeit ein Ansprechpartner meines Vertrauens für mich vor Ort. Und somit haben wir gemeinsam die zwei Jahre gemeistert. Auch meine Ausbilder haben mich unterstützt, wo sie nur konnten.

Trotz der Bedenken und Zweifel habe ich mich voller Ehrgeiz in die Ausbildung begeben, habe viel gelernt und bin mittlerweile auch richtig gut, indem was ich tue, theoretisch und auch im Praktischen. Dies habe ich auch während der 6 Monate betrieblichen Phase festgestellt. Obwohl ich ja vor zwei Jahren wirklich bei Null angefangen habe und das Kaufmännische für mich bis dato völlig unbekannt war. Auch im Umgang mit dem PC hatte ich keinerlei Erfahrung und konnte mir nicht vorstellen, dass ich einmal so sicher werde und gut damit arbeiten kann. Ich habe eine gute Ausbildung erhalten und kann mein theoretisch erlerntes Wissen auch gut in der Praxis umsetzen. Mittlerweile habe ich mich mit der Situation arrangiert und ich bin froh und dankbar, dass ich diese Chance bekommen habe. Ich stehe kurz vor dem erfolgreichen Abschluss als Industriekauffrau mit IHK-Abschluss und habe endlich wieder eine berufliche Perspektive.

Ich bin froh, wenn ich in Zukunft wieder mein eigenes Geld verdienen kann und ich bin ehrlich gesagt auch ein kleines bisschen stolz, was ich in den letzten Jahren noch einmal geschafft habe.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Schaffen Sie eine Arbeitsbeziehung, in der Sie der Klient als
- ⇒ engagiert,
- ⇒ rücksichtsvoll und
- ⇒ konstruktiv erlebt.

Die Arbeitsbeziehung sollte durch einen zwischenmenschlichen Umgang und Ihre Sachkompetenz bestimmt sein:
- ⇒ Bauen Sie ein persönliches Vertrauensverhältnis auf, indem Sie wertschätzend und ressourcenstärkend agieren.
- ⇒ Äußern Sie Interesse und Verständnis gegenüber der psychischen Beeinträchtigung und berücksichtigen Sie die damit verbundenen individuellen Bedürfnisse.
- ⇒ Bringen Sie dem Klienten Respekt und Höflichkeit entgegen.

In Beratungssituationen kann es hilfreich sein, eine mögliche Sichtweise des Klienten einzunehmen. Das Fühlen und Erleben eines psychisch Beeinträchtigten kann krankheitsbedingt zwar so spezifisch sein, dass Nichtbetroffene dies kaum bis gar nicht nachempfinden können, dennoch kann es nützlich sein, um Verhalten und Gefühle des Klienten zu analysieren bzw. einzuschätzen und eine authentische Lösung zu finden.

Versuchen Sie, sich in die Lage des Klienten hineinzuversetzen und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Wie würde ich mich fühlen, wenn ich in dieser speziellen Situation mit den gegebenen (Rahmen-)Bedingungen wäre?

_____

_____

Wie würde ich mich an seiner Stelle verhalten?

_____

_____

Welche Gedanken hätte ich in diesem Moment?

_____

_____

Welche Faktoren beeinflussen in der Situation?

_____

_____

Im **zweiten Schritt** wechseln Sie in einem Rollenspiel mit Ihren Kollegen von der Berater- in die Klientenrolle. Lassen Sie sich von Ihrem Kollegen „real beraten“ und reflektieren Sie Ihr Empfinden:
- ⇒ **Welche Gefühle nehmen Sie wahr?**
- ⇒ **Welche Handlungsimpulse treten auf?**
- ⇒ **Wie könnte ein Klient diese Situation empfinden?**

1.2 DIE EIGENE HALTUNG GEGENÜBER ERWERBSLOSEN MIT PSYCHISCHEN AUFFÄLLIGKEITEN

In Ihrem Beratungsalltag haben Sie bereits viele Menschen kennengelernt und unterstützt. Sie haben Erfahrungen gesammelt, Ihre Kompetenzen erweitert und im Austausch mit Kollegen andere Sichtweisen erhalten. All dies prägt und bestimmt Ihre Haltung, mit der Sie Ihren Klienten gegenübertreten, unbewusst und bewusst einschätzen und sich ihm gegenüber verhalten.

DIE VERANTWORTUNG DES BERATERS – DAS VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL

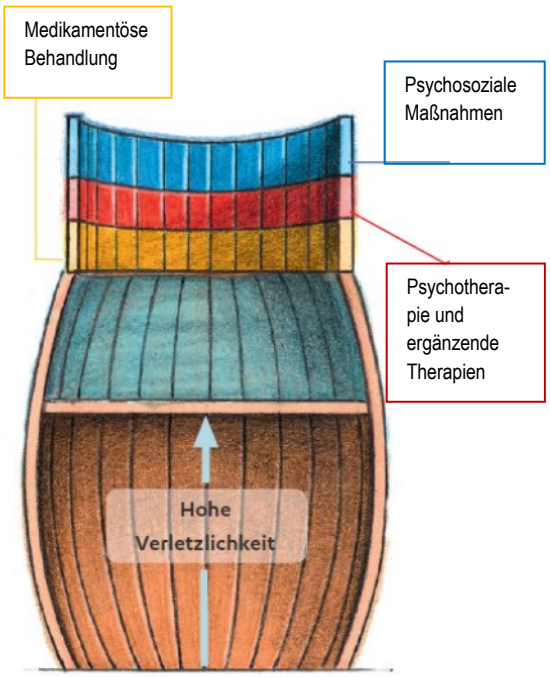


Abb. 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell
Quelle: IDM (Institut für Didaktik in der Medizin)

Dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zufolge hat jeder Mensch eine individuelle Verletzlichkeit bzw. Empfindsamkeit, die von genetischen Veranlagungen, psychosozialen Faktoren und dauerhaften Stressbelastungen beeinflusst ist. Eine Person mit einer geringen Verletzlichkeit, also einem hohen Fassungsvermögen, benötigt viele Faktoren, um das Fass „zum Überlaufen zu bringen".

Vor allem Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind mit einer hohen Verletzlichkeit konfrontiert; bei ihnen droht das Fass schnell überzulaufen, wenn Stress oder andere belastende Situationen über längere Zeit auf sie einwirken.

Durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. medikamentöse, psychotherapeutische und psychosoziale, kann das Überlaufen des Fasses, d.h. eine akute Beeinträchtigung, verhindert werden (s. Abb. 1).
Sie als Integrationsberater und –coach sind ein fester Bestandteil der psychosozialen Maßnahmen und haben einen gewissen Handlungsspielraum inne. Neben Ihnen beeinflussen aber auch viele weitere Faktoren, z.B. die individuelle Empfindsamkeit, Familie, Freunde und ärztliche Behandlungen, Ihren Klienten. Werden Sie sich bewusst, dass Sie eine wichtige Rolle im System des Klienten einnehmen, aber auch Ihr Handlungsspielraum eingeschränkt ist.

Belassen Sie die Verantwortung für Veränderungen bei Ihrem Klienten. Denken Sie daran, als Integrationsberater besitzen Sie Prozess-, aber keine Erfolgsverantwortung!

DAS TAL DER VERÄNDERUNG

Der Beratungsprozess von (Langzeit-) Erwerbslosen, speziell von psychisch beeinträchtigten, ist häufig von Stagnation über Resignation bis hin zu Misserfolg geprägt. Nicht nur der Klient wirkt frustriert und baut inneren Widerstand auf, meist fühlen auch Sie sich als Integrationsberater enttäuscht oder verärgert über mangelnde Mitwirkung und Erfolge.

Machen Sie sich bewusst: Veränderungen und Erfolge geschehen meist prozesshaft und benötigen eine lange Zeit (s. Abb. 2). Zudem ist jeder Tag anders und psychische Störungen haben auch mit Schwankungen im Leistungsvermögen zu tun.

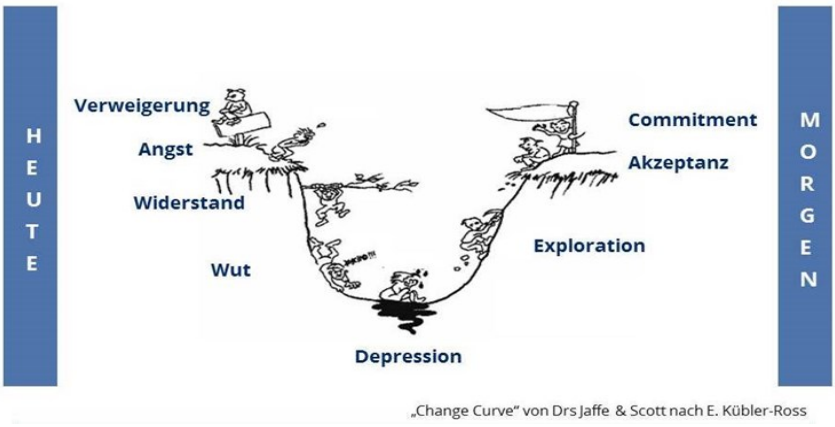


Abb. 2: Tal der Veränderung /Quelle: change management

Aus einer Resignation heraus ist es sehr mühsam, unmittelbar in die Handlungsschritte überzugehen. Zuvor müssen Möglichkeiten zur Absichtsbildung und -erklärung gegeben sein – diese Schritte erfordern ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Geduld. Für eine erfolgreiche Beratung ist es hilfreich, einen Blick auf die aktuelle Ausgangslage des Klienten zu richten und

seinen derzeitigen Stand wahr- und ernstzunehmen. Die genau Einschätzung des jeweiligen Leistungsvermögens ist wichtig, um die nächsten Schritte erkennen zu können. Fühlen Sie sich von Verweigerungen oder Fernbleiben nicht persönlich angegriffen.

Richten Sie Ihre Beratung am aktuellen Stand des Klienten aus und berücksichtigen Sie seine Bedürfnisse. Beachten Sie besonders bei Gruppenangeboten, dass sich einzelne Personen in unterschiedlichen Phasen einer Veränderung befinden und verschiedene Beratungsstrategien notwendig sein können.

Reflektieren Sie auch immer wieder, in welchem Prozessabschnitt Sie sich in der Beratung befinden. Fragen Sie sich z.B. „Was macht die Situation mit mir?“ Verzagen Sie nicht und versuchen Sie, die nächsten Schritte anzustreben.

1.3 JEDER MENSCH IST WERTVOLL

Wir wissen ja schon alles! Oder? – Wenn jemand redet, geschieht es manchmal, dass wir glauben zu wissen, was der andere sagen will, denken schon über die eigene Antwort nach, während der andere noch spricht oder verlieren das Interesse am Gesagten. So entstehen schnell Missverständnisse und das Gefühl, nicht gehört zu werden. Wertschätzung, gepaart mit professioneller Distanz und Selbstfürsorge, ist wichtig!
Geben Sie Ihrem Gegenüber das Gefühl verstanden zu werden und lassen Sie ihm genug Raum sich zu entfalten.

Nehmen Sie Ihren Gesprächspartner ohne Vorbehalte ernst.

Üben Sie unbedingte Wertschätzung (Akzeptanz) und signalisieren Sie Ihrem Gegenüber:
„Du bist gut so, wie du bist. Du musst nicht so sein, wie andere dich gern hätten. Ich traue dir zu, dass du tust, was du für richtig hältst.“
Nur so kann der Klient lernen, sich zu vertrauen, Verantwortung zu übernehmen, selbstbewusst und angstfrei aufzutreten.

Wer andere Menschen wertschätzt, interessiert sich für ihre Gefühle, Erlebnisse und Erfahrungen.

Versuchen Sie, sich durch einfühlendes Verstehen (Empathie) in den Anderen einzufühlen, mit seinen Augen zu sehen, seinen Gefühlen nachzuspüren und sich selbst zurückzunehmen.
Der Klient erlebt, ernst genommen zu werden, weil seine Gedanken und Gefühle nicht verharmlost oder „weg“-geredet werden. Dies ermöglicht ein Zulassen der Wünsche und Bedürfnisse und regt zu Änderungsimpulsen an.

Ermöglichen Sie Ihrem Klienten ein sicheres Gefühl, indem Sie Echtheit vermitteln.

Innere Einstellung und äußeres Verhalten müssen übereinstimmen. So lernt der Klient Vertrauen und muss nicht hinterfragen, was hinter dem Geäußerten verborgen sein könnte.

Denken Sie daran: Jemanden zu verstehen, heißt nicht unbedingt, seine Ansichten teilen zu müssen!

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Gehen Sie von der Annahme aus, Ihr Klient möchte gesund werden und arbeiten.

Wertschätzung und Anerkennung können Sie verbal und nonverbal äußern:
(nach Kuhnert et al., 2008, zitiert nach Kuhnert & Kaczerowski, 2011)

⇒ regelmäßige Kontaktaufnahme
⇒ Hilfe in Notsituationen (in Form von Zuspruch, Trost, Ermutigung)
⇒ Aufmerksamkeit(en) und Respekt
⇒ Akzeptanz von Unterschiedlichkeit (Toleranz anderen Lebensstils)
⇒ gemeinsames Lachen und gegenseitiges Verständnis
⇒ neugierig und „nicht-wissend“ nachfragen
⇒ Aktives und positives Zuhören
⇒ dem anderen Raum und Zeit geben, um sich auszudrücken

2 SCHRITT FÜR SCHRITT IM UMGANG MIT DEM KLIENTEN

Jeder dritte Mensch wird einmal im Leben psychisch krank., z.B. durch eine Depression. Dabei äußern sich psychische Störungen vielfältig und sind im Lebensverlauf sehr veränderlich. Für viele ist zum Glück (irgendwann) ein beschwerdefreies Leben (wieder) möglich.

Symptome und die Auswirkungen psychischer Störungen eindeutig zu erkennen, fällt jedoch aufgrund ihrer Mannigfaltigkeit nicht immer leicht und erschwert den Umgang mit seelisch belasteten (Langzeit-)Erwerbslosen.

„Wo beginnt bei Antriebslosigkeit eine psychische Erkrankung?“ und „Wie fördere ich Klienten mit stark ausgeprägtem Vermeidungsverhalten?“ sind Fragen, die Sie tagtäglich in Ihrem Beratungsalltag beschäftigen.

Das folgende Kapitel sucht nach Antworten und stellt Ihnen Beratungsstrategien und Handlungsempfehlungen vor.

Dabei zeigen wir Ihnen einen möglichen gemeinsamen Weg mit Ihrem Klienten auf

⇒ vom Erkennen einer psychischen Erkrankung
⇒ über deren Einsicht und Diagnostik
⇒ bis hin zur Stärkung der Gesundheit.

Zum Abschluss werden Barrieren und Gelingensfaktoren einer Integration in Arbeit bei Menschen mit psychischen Einschränkungen dargelegt.

2.1 ERKRANKUNGEN ERKENNEN

Oftmals nehmen Sie bei Klienten Verhaltensmuster und Anzeichen wahr, die auf psychische Beeinträchtigungen hindeuten. Diese können starke Stimmungsschwankungen, (langanhaltende) Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Angst und innere Anspannung des Klienten sein.

Die Symptome sind meist unterschiedlich stark ausgeprägt und können Einfluss auf den Alltag und die Funktionsfähigkeit des Klienten haben (Tlach et al., 2017).

Aber auch der stockende Beratungsprozess sowie häufige Fehl- und Krankheitszeiten können auf eine psychische Belastung aufmerksam machen (IAB, 2017).

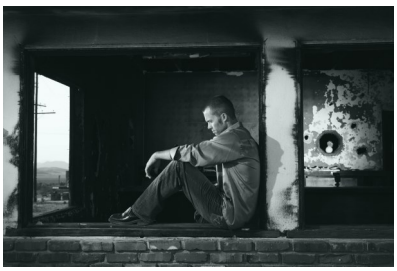
Das Erkennen von psychischen Störungen und der daraus resultierende angemessene Umgang mit diesen stellen Sie als Integrationsfachkraft oftmals vor große Herausforderungen in Ihrer täglichen Arbeit. Um Ihnen eine **erste Einschätzung** zu erleichtern, werden im Folgenden verschiedene Krankheitsbilder aufgezeigt.

Bitte beachten Sie dabei, dass Sie keine eigenständige Diagnosestellung vornehmen!

Die Untersuchung und Diagnostik durch einen Facharzt oder Psychotherapeuten ist unumgänglich.

Psychische Störungen sind „kein Zeichen von Schwäche, können jeden treffen, werden von jedem anders erlebt und können meist wirksam behandelt werden“ (Tlach et al., 2017, Absatz 2).

Die meisten Symptome haben einen Sinn, sie sind gleichzeitig Störung aber auch Schutzmechanismus der Seele.



PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN (von Torsten Wendt, Horizont e.V.)

Wohl kaum eine andere psychische Störung wird im Rahmen der Integrationsbegleitung für so viel Irritation, Kommunikationsprobleme und Grenzerfahrungen sorgen.
Unter anderem liegt das daran, dass Persönlichkeitsstörungen in sozialen Beziehungen ein hohes kommunikatives und manipulatives Störpotential aufweisen, welches in Alltagssituationen selten einer psychischen Beeinträchtigung, sondern eher der Qualität der Beziehung oder der Person selbst zugeschrieben wird.

Darüber hinaus ist in vielen Arbeitsfeldern ein inflationärer Gebrauch der „Modediagnose" Persönlichkeitsstörung zu konstatieren (im Zweifelsfall Borderline!), andererseits existiert häufig keine Diagnose, da Persönlichkeitsstörungen oft ich-syntoner Art sind. D. h. die Betroffenen empfinden ihr Erleben und Verhalten als stimmig und zur Person zugehörig und besitzen (mit Ausnahmen) keinen direkten Leidensdruck. Dieser ergibt sich erst aus den Folgen des Verhaltens und Erlebens, bspw. fortwährende und wiederkehrende Beziehungsprobleme, wegen derer dann eventuell eine Therapie oder Beratung aufgesucht wird.

Die Bedeutung des Begriffes „Persönlichkeitsstörung" hat sich im Wandel der Zeit drastisch geändert. Ursprünglich wurde, gerade aus einem tiefenpsychologischen Verständnis heraus, eine Persönlichkeitsstörung im Sinn einer abnormen Charakterneurose defizitär und stigmatisierend als „festgefügtes, krankheitsüberdauerndes und tief in der Persönlichkeit verwurzeltes Erlebens- und Verhaltensmuster" (Rohde-Dachser, 1999) definiert.

Die **aktuelle Therapieforschung** geht heute eher davon aus, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen nicht um tiefgreifende und pathologische Veränderungen der Persönlichkeit, sondern um interaktionelle Störungen handelt (vgl. Frauenknecht; Lieb, 2012).

Die unpassend, skurril oder störend erscheinende Interaktion und Beziehungsgestaltung, so die Hypothese, hat dabei in früheren Extremsituationen unsicherer oder gefährlicher Bindungserfahrungen möglicherweise eine sinnvolle Funktion zur Befriedigung emotionaler Bedürfnisse dargestellt.

Diese in frühen und signifikanten Lebensphasen erworbenen Interaktionsschemata sind dabei zeitlich relativ stabil und daher auch in Situationen und Beziehungen aktiv, in welchen sie aktuell nicht mehr zielführend sind.

Aus einer systemischen Perspektive betrachtet, handelt es sich bei diesen Schemata um Versuche, bezüglich der eigenen Person in Beziehung zu sich selbst und zu anderen „Gewissheiten zu erlangen oder Ungewissheiten zu bewältigen, (wobei) durch die Gestaltung der Kommunikation andere ‚gezwungen' werden, auf der selbstreferenziellen Beziehungsebene permanent Beziehungsbestätigungen zu ‚senden'. " (Lieb, 2014).

Anders ausgedrückt:
Die Persönlichkeitsstörung besitzt in Beziehungen aus ihrer eigenen Wahrnehmung heraus einen distanzregulierenden Sinn, welcher vom Umfeld in aller Regel nicht als zielführend, sondern als störend, aggressiv etc. wahrgenommen wird.

Aus einer stringent ressourcenorientierten Perspektive betrachtet, ließen sich damit Symptome anstatt als stigmatisierende Krankheitsmerkmale, als beziehungsgestaltende Kompetenzen beschreiben. Aus Sicht der störungsspezifischen Systemtheorie muss hier allerdings darauf verwiesen werden, dass nahezu jeder psychischen Störung eine gewisse Art dieser Beziehungsregulation immanent ist. (Vgl. ebd.)

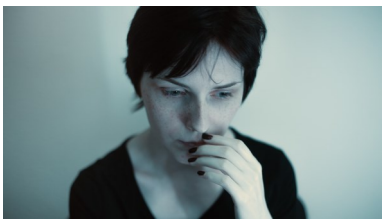
Die (noch) **aktuelle Version der ICD-10** (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) definiert Persönlichkeitsstörungen als

„tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), wobei die Betroffenen „deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen“ (ebd.) aufweisen.

Insgesamt listet die ICD-10 acht spezifische Persönlichkeitsstörungen, wobei Mischformen oder andere psychische Beeinträchtigungen vorliegen können:

⇒ Paranoide Persönlichkeitsstörung
⇒ Schizoide Persönlichkeitsstörung
⇒ Dissoziale Persönlichkeitsstörung
⇒ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
⇒ Histrionische Persönlichkeitsstörung
⇒ Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
⇒ Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
⇒ Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ebd.)

Abschließend soll noch einmal darauf verwiesen werden, dass der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ eigentlich obsolet ist, da sich hieraus die unentscheidbare Frage danach ergibt, ab wann eine Persönlichkeitsakzentuierung – wie sie alle Menschen in ihrem Kontinuum von Persönlichkeitsmerkmalen mehr oder minder ausgeprägt aufweisen können – als „Krankheit“ eingestuft werden kann. Die Beantwortung dieser Frage kann nichts anderes als ein soziales Konstrukt mit stigmatisierendem Charakter darstellen.



„Vor dem Hintergrund einer gleichermaßen ressourcen- und problemorientierten Sichtweise der Persönlichkeit sollte sich die (psychosoziale) Diagnose (daher) nicht an den Stereotypien (ICD-10), sondern an den individuellen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen (…) orientieren.“ (DGPPN, 2009)

In der Integrationsbegleitung geht es dabei um die Erkenntnis,

⇒ *„in welchen Situationen diese (Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen) zum Problem werden,*
⇒ *woher sie kommen,*
⇒ *wofür sie gut sind bzw. waren,*
⇒ *welche Folgen sie haben,*
⇒ *und wie sie zu verändern sind.“ (ebd.)*

Weiterführende Informationen zu Persönlichkeitsstörungen finden Sie hier.

DEPRESSION

Die Depression zählt zu einer der häufigsten psychischen Störungen. Dabei zeichnen sich die Beschwerden im Gegensatz zu einem vorrübergehenden Stimmungstief – „mal schlecht drauf zu sein“ – dadurch aus, dass sie ausgeprägter und länger auftreten, meistens in Phasen.

Depressive Erscheinungen treten häufig auch bei chronisch körperlich erkrankten Personen auf und können sich in jedem Lebensalter entwickeln, oftmals auch mit anderen psychischen Erkrankungen.

Mögliche **Symptome** die länger als zwei Wochen andauern und dadurch auf eine Depression hinweisen können, sind:

⇒ Niedergeschlagenheit
⇒ Interessenverlust
⇒ Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit
⇒ Freudlosigkeit
⇒ Gefühl der inneren Leere

Weiterführende Informationen über Depressionen finden Sie hier.

Weitere Beschwerden können sein:

⇒ Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
⇒ Mangelndes Selbstvertrauen
⇒ Gefühle von Schuld oder Wertlosigkeit
⇒ Hoffnungslosigkeit
⇒ Schlafstörungen
⇒ Appetitverlust
⇒ Körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme, sexuelle Funktionsstörung
⇒ Suizidgedanken

Es werden drei Schweregrade einer Depression unterschieden:

⇒ **Leichte Depression:** Bewältigung des Alltags unter großen Anstrengungen erschwert
⇒ **Mittelschwere Depression:** Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und Vernachlässigung sozialer Kontakte
⇒ **Schwere Depression:** Bewältigung der Arbeit, des Haushalts und der Freizeitaktivitäten nicht mehr möglich

(Tlach, Liebherz, Dirmaier & Härter, 2017)

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

Die generalisierte Angststörung ist eine der verschiedenen Formen der Angststörungen und zeichnet sich vor allem durch anhaltende Sorgen und Ängste aus.

Ängste sind generell hilfreiche und wichtige Schutzmechanismen der Menschen. Sind sie jedoch über längere Zeit so stark ausgeprägt und beeinträchtigen den Alltag der Betroffenen, spricht man von einer generalisierten Angststörung.

Dabei sorgen sich die Betroffenen um Dinge, um die sich auch andere Menschen sorgen, wie Krankheiten, Unfälle oder Verlust, jedoch in zugespitzter Weise bis ins Unrealistische und oftmals ohne Grund.

Eine generalisierte Angststörung liegt vor, wenn die übermäßigen Sorgen und Ängste um Alltägliches mindestens sechs Monate vorhanden sind und in Kombination mit verschiedenen **Symptomen** auftreten, wie z.B.:

⇒ Herzklopfen
⇒ Schweißausbrüche
⇒ Kribbeln im Magen
⇒ Schwindel
⇒ Angst, verrückt zu werden oder zu sterben
⇒ Hitzegefühl oder Kälteschauer
⇒ Muskelverspannungen
⇒ Konzentrationsschwierigkeiten
⇒ Reizbarkeit
⇒ Einschlafstörungen

(Liebherz, Dirmaier & Härter, 2017, Absatz 1)

Der Alltag der Betroffenen wird dadurch beeinflusst, dass diese oftmals Dinge oder Aktivitäten meiden, die eine Angst auslösen könnten. Auch die Sorge um nahestehende Personen, bei denen sie sich mehrmals über das Wohlergehen erkundigen, beeinträchtigt nicht nur den Alltag beider Seiten, sondern auch das Verhältnis zueinander.

Die generalisierte Angststörung tritt häufig im mittleren Erwachsenenalter und oftmals mit weiteren psychischen Störungen auf. Zeigt die Erkrankung einen chronischen Verlauf, gibt es Schwankungen in der Stärke der Ausprägungen. Dabei kann es sein, dass es Phasen gibt, in denen die Betroffenen ohne Beschwerden leben (ebd.).

Weiterführende Informationen zur generalisierten Angststörung finden Sie hier und im Sonderheft der Deutschen Angsthilfe.

SOZIALE PHOBIE

Bei einer sozialen Phobie wird oft von einer starken Schüchternheit gesprochen. Jedoch bedeuten die Beschwerden und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen durch die Störung weitaus mehr für den Betroffenen, als diese verharmlosende Beschreibung bedeuten mag.

Menschen, die an einer sozialen Phobie leiden, haben in bestimmten Situationen Angst, sich vor anderen lächerlich oder peinlich zu verhalten oder negativ aufzufallen.

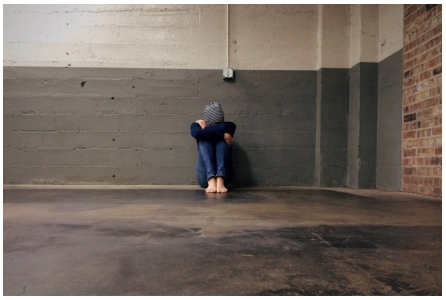
Das kann in Prüfungssituationen sein, eine Rede vor mehreren Menschen, in Gesprächen mit Vorgesetzten und Autoritätspersonen, bei Behördengängen oder Arztbesuchen. Aber auch das Essen in der Öffentlichkeit/ in einem Restaurant, ein Unterrichtsbeitrag in der Schule, eine Verabredung oder ein Gespräch mit einer fremden Person stellen belastende Situationen dar.
Betroffene meiden, wenn möglich, solche Situationen. Während sie eine für sie beängstigende Situation durchstehen, leiden sie meist unter körperlichen **Angstsymptomen** wie:

⇒ Erröten
⇒ Zittern
⇒ Schwitzen
⇒ Starkes Herzklopfen
⇒ Übelkeit
⇒ Durchfall
⇒ Muskelanspannung
⇒ bis hin zu einer Panikattacke

(Weymann & Liebherz, 2016)

Der soziale Rückzug beeinträchtigt nicht nur das Privatleben, wie die Aufnahme von Beziehungen, die Kontaktpflege zu Freunden, sondern auch den beruflichen Kontext, sodass die Auswirkungen der sozialen Phobie bis hin zur Arbeitslosigkeit führen können.

Die Störung beginnt meist schon im Jugendalter. Die Betroffenen leiden meist unter einer weiteren psychischen Beeinträchtigung und unterstehen dem Risiko, bei einer Nichtbehandlung an einer Depression oder Alkoholabhängigkeit zu erkranken (ebd.).



Weiterführende Informationen über die soziale Phobie finden Sie hier und im Sonderheft der Deutschen Angsthilfe.

PANIKSTÖRUNG UND AGORAPHOBIE

Eine Panikstörung trifft zu, wenn eine Person über einen Monat hinweg mehrere Panikattacken erlebt. **Symptome** einer Panikattacke können sein:

⇒ Angst,
⇒ körperliche Reaktionen wie Brustschmerzen, Zittern, Luftnot, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen, Hitzewallungen ohne körperliche Ursache und
⇒ die Personen fürchten, Kontrolle über sich zu verlieren, verrückt zu werden oder zu sterben.

Oftmals tritt die Panikstörung gemeinsam mit einer Agoraphobie (Platzangst) auf, bei der die Betroffenen belastende Situationen vermeiden oder nur unter Angst durchstehen.

Solche Situationen können sein:

⇒ das Haus zu verlassen,
⇒ der Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen,
⇒ das Betreten von Kaufhäusern oder Geschäften
⇒ in Menschenmengen, Kinos oder engen geschlossenen Räumen zu sein,
⇒ alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen

(Weymann & Liebherz, 2017)

Weiterführende Informationen zu Panikstörungen und Agoraphobie finden Sie auf paniknetz.de und im Sonderheft der Deutschen Angsthilfe.

PSYCHOSE

Unter dem Begriff Psychose lassen sich verschiedene psychische Störungen zusammenfassen, deren Ausprägungen und Symptome sich voneinander unterscheiden.

Formen der Psychosen:

⇒ Drogeninduzierte Psychose
⇒ Organische Psychose
⇒ Kurze psychotische Störung
⇒ Wahnhafte Störung
⇒ Schizophrenie
⇒ Schizophreniforme Störung

Symptome können sein:

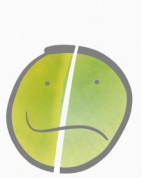
⇒ Halluzination
⇒ Wahnvorstellung
⇒ Antriebsarmut
⇒ Sozialer Rückzug
⇒ Einschränkungen der Stimmung
⇒ Denkstörung

(Karow, Rietschel, Bock & Lambert, 2017)

Weiterführende Informationen über Psychosen finden Sie auf psychose.de sowie in der Informationsbroschüre.

BIPOLARE STÖRUNG

Merkmale einer bipolaren Störung oder manisch-depressiven Störung:



⇒ Ausgeprägte Schwankungen im Antrieb, Denken und in der Stimmungslage
⇒ Depressive Phasen und Phasen mit euphorischer oder ungewöhnlich gereizter Stimmung
⇒ Hypomane Episode (schwach ausgeprägte Phasen) mit vier aufeinanderfolgender Tagen mit sehr ungewöhnlich gehobener oder gereizter Stimmung
⇒ mögliche Symptome: „gesteigerte Aktivität, Unruhe, Gesprächigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Schlafbedürfnis, Steigerung der Libido, (…) leichtsinniges Verhalten, gesteigerte Geselligkeit“ (Schöttle, Bock & Cordula, 2016, Absatz 1)
⇒ Manische Episode (Phasen voll ausgeprägt) mit mindestens einer Woche mit ungewöhnlich gehobener oder auch gereizter Stimmung mit schwerer Beeinträchtigung der Lebensführung
⇒ mögliche Symptome: „gesteigerte Aktivität, Rededrang, Ideenflucht (ständiges schnelles Reden mit abrupten Sprüngen von Thema zu Thema), das Gefühl, die Gedanken rasen, Verlust sozialer Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, ständiger Wechsel von Aktivitäten, tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, gesteigerte Libido“ (ebd.)

Weiterführende Informationen zur bipolaren Störung finden Sie hier und bei der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen e. V.

DER UMGANG MIT PSYCHISCH AUFFÄLLIGEN KLIENTEN UND MÖGLICHE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

Wenn Ihre Vermutung, dass eine psychische Störung bei Ihrem Teilnehmer vorliegt, durch das Beobachten der Symptome bestärkt wurde, ist es empfehlenswert, sich zunächst Rat bei einer dritten Person zu suchen.

Verlassen Sie sich nicht nur auf Ihr Bauchgefühl!
Suchen Sie Rat bei weiteren Personen!

Sprechen Sie mit Kollegen. Schildern Sie Ihre Vermutung und bitten Sie um eine Einschätzung oder einen Rat. Dazu können Sie ebenso kollegiale Fallberatungen nutzen *(siehe dazu Kapitel 3)*.

Beratung

Um sich Unterstützung oder auch Beratung zum Umgang mit dem auffälligen Klienten einzuholen, besteht für Sie die Möglichkeit, **fachliche Beratungsstellen** aufzusuchen. Dazu zählt z.B. der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi), der nicht nur Ansprechpartner für psychisch erkrankte Personen ist, sondern auch für deren Angehörige, Betreuungspersonen und Personen aus dem (sozialen) Umfeld. Weitere Beratungsstellen in Ihrer Region sind die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sowie Suchtberatungsstellen.

Tipp: Nutzen Sie die Vorlage im Kapitel 4.2 „Mein regionales Netzwerk“, um eine persönliche Auflistung geeigneter Ansprechpersonen/Anlaufstellen anzufertigen.

Fortbildungen

Um Ihre eigene Selbstsicherheit wie auch einen angemessenen Umgang miteinander zu stärken, ist es ratsam, Ihre Kompetenzen in der Arbeit mit psychisch Beeinträchtigten zu fördern, ebenso das eigene Bewusstsein für psychische Erkrankungen zu sensibilisieren. Dies kann z.B. durch entsprechende **Fortbildungen**, die sich dieser Thematik widmen, gewährleistet werden.

Nutzen Sie in Ihrem eigenen Interesse – aber auch im Interesse Ihres Klienten – die Möglichkeit, entsprechende Fortbildungen oder Schulungen zum Umgang mit psychisch Erkrankten wahrzunehmen.

Gesprächsführung

Der richtige Umgang mit psychisch Beeinträchtigten baut auf einem vertrauensvollen Verhältnis auf.
Wie eingangs beschrieben, zeichnet sich dieses u.a. durch **die eigene Haltung** und ein wertschätzendes, respektvolles Miteinander aus, das auch die Akzeptanz der Erkrankung und der daraus resultierenden Einschränkungen einschließt.

Eine dem Betroffenen zugewandte Gesprächsführung fördert den vertrauensvollen Umgang und zeigt das aufrichtige Interesse des Beraters. Um solch eine Atmosphäre zu schaffen, bieten verschiedene Methoden in der Beratung Unterstützung. Zunächst ist es wichtig, dem Klienten aktiv zuzuhören.

Neben den sachlichen Informationen, die er gibt, schwingen in dem Gesagten noch weitere Informationen mit, wie „versteckte Bedürfnisse, verschlüsselte Gefühlsregungen und unterschwellige Werthaltungen und Appelle“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2013, S. 21).

Diese gilt es ebenso zu erkennen und ggf. darauf einzugehen.

Aktives Zuhören beinhaltet aber auch,

⇒ Aufmerksamkeit zu zeigen, z.B. durch bestätigende Laute („mhmm“, „ahja“, etc.) oder
⇒ das Paraphrasieren des Gesagten.

Weitere Aspekte der Gesprächsführung sind:

⇒ Vermutungen und Wahrnehmungen, die aus dem Gesagten des Gegenübers entstehen, durch Ich-Botschaften zu hinterfragen
⇒ Eigene Gefühle oder Unsicherheiten bzgl. der gehörten/wahrgenommenen Informationen äußern
⇒ Den Gesprächspartner ausreden lassen und sich auf ihn konzentrieren
⇒ Nachfragen (als offene Fragen) stellen

Das Kommunikationsmodell „**SET**“, das ursprünglich für den Umgang mit Borderline-Erkrankten entwickelt wurde, aber auch bei anderen Zielgruppen sehr gut anwendbar ist, kann Ihnen einen hilfreichen Rahmen bieten. Es besteht aus drei Teilen, die alle gleichermaßen Anwendung finden sollten:

Support (Unterstützung)
Der Sprecher drückt seine Sorge und Unterstützung aus, z.B. mit „Ich mache mir wirklich Gedanken um Sie“.

Empathy (Mitgefühl)
Der Sprecher drückt sein Mitgefühl und Verständnis aus. Er sollte darauf achten, kein Mitleid („Sie tuen mir so leid“) auszudrücken, da dies herablassend empfunden werden kann, ebenso wenig wie eine eigene Identifikation („Ich weiß genau, wie es Ihnen geht“), die das Problem evtl. pauschalisieren würde.

Truth (Wahrheit)
Es werden Aussagen getroffen, die die Wahrheit bzw. Realität vermitteln sollen. Die Sätze sollten sachlich, neutral und vorwurfslos formuliert sein, wie z.B. „Das ist geschehen…“ oder „Das sind die Folgen…“. Mit den Aussagen wird betont, dass die Verantwortung beim Betroffenen selbst liegt und andere Personen nur unterstützen können. Weiterführende Formulierungen können sein: „Das kann ich dazu beitragen… Was werden Sie tun?“ (Kreisman & Straus, 2012).

Buchempfehlung zum SET-Kommunikationsmodell: Kreisman, J. & Straus, H. (2012). Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit.

2.2 KRANKHEITSEINSICHT FÖRDERN

Es kann durchaus vorkommen, dass sich eindeutige Anzeichen einer psychischen Störung bei Ihrem Klienten zeigen, jedoch der Betroffene diese selbst ignoriert, verdrängt – diese einfach nicht wahrhaben möchte – oder selbst nicht erkennt.

In dieser Situation gilt es, den Klienten zu begleiten und zu befähigen, zu einer Selbsterkenntnis zu gelangen sowie ihn bei der Inanspruchnahme von Hilfe zu unterstützen:

⇒ bringen Sie Ihrem Gegenüber Verständnis für seine derzeitige Situation entgegen,
⇒ lassen Sie sich Zeit für eine ausreichende Beziehungsarbeit ,
⇒ akzeptieren Sie auch mögliche Stagnationen oder Rückfälle.
⇒ machen Sie sich – aber auch Ihrem Klienten – bewusst, dass er die Verantwortung trägt und somit entscheidend zur Entwicklung beiträgt,
⇒ stülpen Sie deshalb dem Betroffenen keine Therapiemaßnahmen über

Gibt es vielleicht einen ausgesprochenen Leidensdruck der Betroffenen, auf den sich reagieren lässt?

Sind Gruppenprozesse im vertraulichen Rahmen möglich, in denen andere Betroffene von ihren Erfahrungen berichten?

Kann z.B. eine psychosoziale Kontakt– und Beratungsstelle zur Information und Sensibilisierung eingeladen werden?

Haben die Betroffenen womöglich bereits einige (negative) Therapieerfahrungen?

Für die Beratung ist es wichtig zu wissen, wie weit der Betroffene in seiner Absicht ist, Hilfe anzunehmen und etwas an seiner derzeitigen Situation zu ändern. Es hat z.B. wenig Sinn, dem Klienten schon Adressen von Beratungsstellen und einen Termin beim Facharzt zu vermitteln, wenn noch keinerlei Einsicht über eine mögliche Erkrankung und die Absicht der Veränderung besteht. Der Prozess der Verhaltensänderung wird im Stufenmodell des Transtheoretischen Modells veranschaulicht, in dem es auch durchaus möglich ist, Rückschritte/-fälle zu erleben (s. Abb. 3).

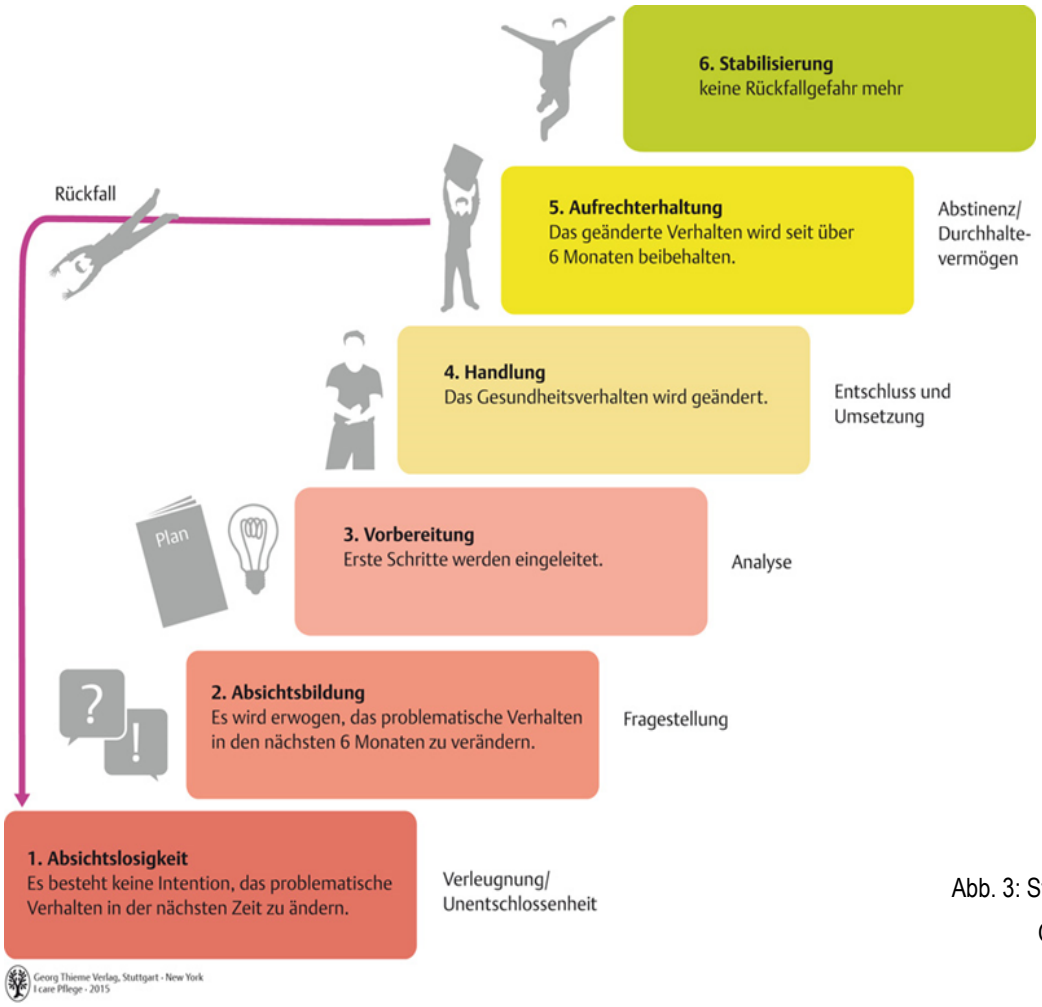


Abb. 3: Stufenmodell der Verhaltensänderung

Quelle: Thieme Verlag, I Care Pflege

Je nach Stufe im Veränderungsprozess benötigt es angepasste Beratungsstrategien (nach Kuhnert & Kaczerowski, 2011):

Im Stadium der *Absichtslosigkeit* gilt es, Informationen und Rückmeldungen zu geben, um ein Problembewusstsein zu stärken. Wird in diesem Stadium von anderen auf ein Problem aufmerksam gemacht, kann es passieren, dass der Klient sich vor den Kopf gestoßen fühlt oder überrascht ist.

Befindet sich der Klient in der *Absichtsbildung*, wird er sich seines Problems bewusst und schwankt meist zwischen dem Wunsch der Veränderung und dem des Stagnierens. Hier ist es wichtig, den Betroffenen zu unterstützen und mittels Abwägungen zwischen Pro und Kontra zur Veränderung zu motivieren und die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Auf der Stufe der *Vorbereitung* ist es hilfreich, Ziele und Maßnahmen für weitere Schritte festzulegen, um Veränderungsstrategien zu entwickeln. Auch können gemeinsam Unterstützungsmöglichkeiten gesucht werden.

Wurde der Klient in der Phase der Vorbereitung aktiv, gelangt er in die Phase der *Handlung*. In dieser sollten die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen des Klienten gestärkt werden, indem bisherige Erfolge sichtbar gemacht werden. Aber auch Barrieren sollten aufgezeigt werden, die es zu überwinden gilt. Ebenso ist es wichtig, über mögliche Rückfälle und den Umgang damit zu sprechen.

Auf der Stufe der *Aufrechterhaltung* gilt es weiterhin, den Klienten zu unterstützen und Gelingensfaktoren und Barrieren als Gesprächsbestandteil der Beratung zu berücksichtigen, um Rückfällen vorzubeugen und im Falle dieser weiterhin an einer Verhaltensänderung festzuhalten.

Eine Methode, die Ihnen im Prozess der Verhaltensänderung, vor allem in den ersten drei Phasen, hilfreich sein kann, ist die **motivierende Gesprächsführung.**
Diese zeichnet sich vor allem durch die Haltung des Beraters aus, wie er seinem Klienten gegenübertritt. Dazu zählen „Empathie, Wertschätzung, Respekt sowie die Bereitschaft, Menschen ihre Entscheidungsfreiheit zu lassen" (Kuhnert & Kaczerowski, 2011, S. 32). Durch die Technik der motivierenden Gesprächsführung soll die intrinsische Motivation angeregt und die Selbstwirksamkeit gefördert werden. Es werden außerdem Widerstände der Klienten aufgenommen, um mit diesen als Grundlage Alternativen und neue Sichtweisen zu erarbeiten. Der Gesprächsstil zielt darauf ab, Diskrepanzen aufzudecken. Dabei soll der Klient durch „Change Talk" dazu angeregt werden, Verhaltensänderungen anzustreben, indem er selbst die Problemlage und die positiven Auswirkungen und Argumente für eine Verhaltensänderung erkennt. Durch offene Fragen und Bestärkung der selbstmotivierenden Aussagen wird der Blick auf die Nachteile der jetzigen Situation und Vorteile der Verhaltensänderung gelenkt.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

(nach Kuhnert & Kaczerowski, 2011, S. 34)

Üben Sie Change Talk in kleinen, aufbauenden Schritten:

⇒ Richten Sie zunächst die Aufmerksamkeit nur auf „Äußerungen, in denen der Gesprächspartner Gründe, Bereitschaft oder Wünsche für eine Veränderung nennt" (ebd.)

⇒ Wenn Sie etwas geübter sind, versuchen Sie, erste Äußerungen bzgl. einer Veränderung zu reflektieren:
Klient: „Also, ob das überhaupt was nützt…"
Berater: „Welchen Nutzen wünschen Sie sich denn?"

⇒ Reflektieren Sie sich und die Gespräche!

Einige Fragen hemmen den Prozess oder lösen sogar Widerstände aus, andere wirken sich fördernd aus. Beispiele hierfür sind:

Fragen, die Widerstand auslösen	Beispiele für „Change Talk"
„Glauben Sie nicht auch, dass Sie da ein Problem haben?"	„Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?
„Warum wollen Sie das nicht ändern?"	„Wie hätten sie gerne, dass Dinge anders wären?"
„Meinen Sie nicht auch, dass es besser wäre, mit dem Rauchen aufzuhören?"	„Welche persönlichen Stärken und Ressourcen können Ihnen bei der Veränderung helfen?"
„Warum tun Sie nicht …?"	„Wer oder was könnte zum Erfolg der Veränderung beitragen?"

Quelle: Kuhnert & Kaczerowski, 2011, S. 34

PSYCHOSOZIALE DIAGNOSTIK IN DER INTEGRATIONSBEGLEITUNG (von Torsten Wendt, Horizont e.V.)

Wenn an anderer Stelle darauf verwiesen wird, dass Integrationscoaches keine eigenständige Diagnosestellung vornehmen, bezieht sich das auf Diagnosen psychischer Störungen im Sinn der Feststellung einer Erkrankung. Dieser Umstand ist auch gut und richtig so. Einerseits fehlt hierzu das medizinische Fachwissen, andererseits besitzen ausschließlich krankheitsklassifizierende Diagnosen aufgrund ihrer defizitären, weil pathologischen, Fokussierung oftmals einen stigmatisierenden Charakter, welcher soziale, ökonomische und umweltbezogene Kontextfaktoren von Krankheits-, Störungs-, Gesundungs- und Teilhabeprozessen weitestgehend ausklammert. Für die Integrationsbegleitung wäre eine solche Diagnosestellung wenig hilfreich.
Anders verhält es sich mit sozialer oder psychosozialer Diagnostik.

Diese „hat zum Ziel, Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen und deren Veränderungen unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu analysieren, Zusammenhänge zu verstehen und psycho-soziale [sic!] Interventionen fachlich zu begründen." (Pauls, 2013)

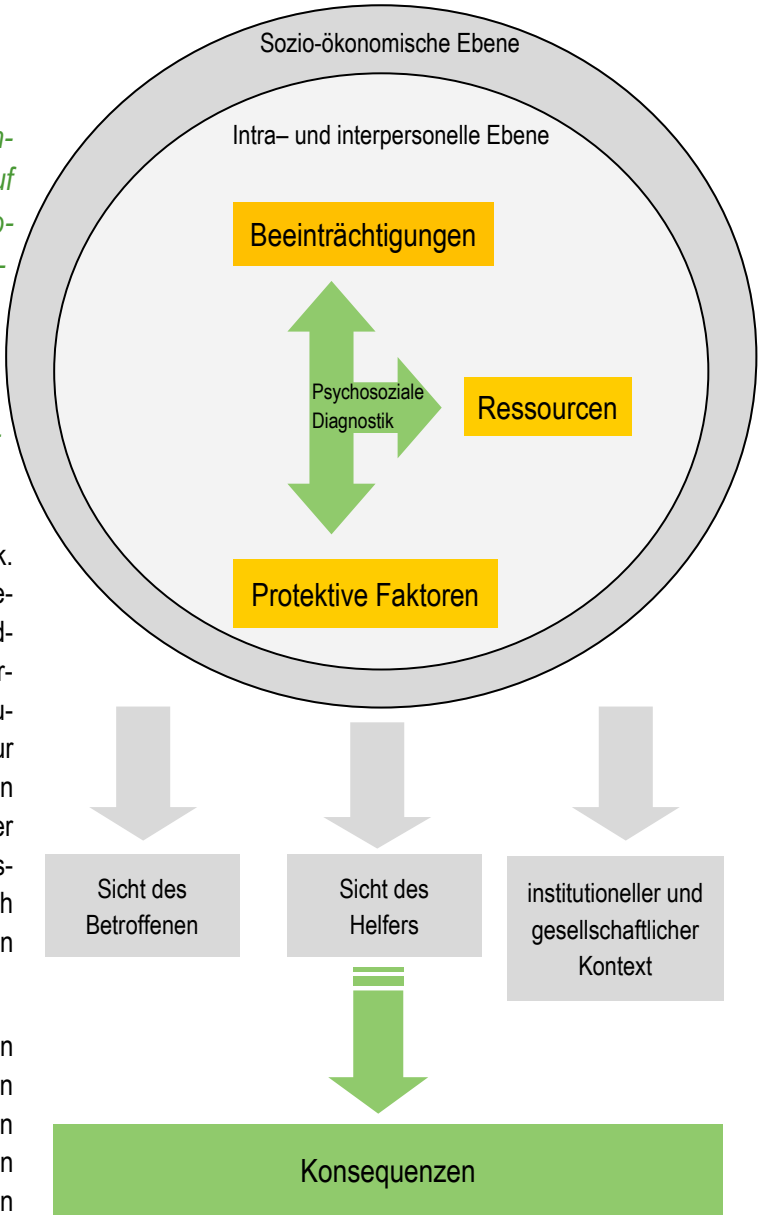
Müller beschreibt dies im Zusammenhang mit der multiperspektivischen Fallarbeit etwas pragmatischer: „Diagnose heißt (…) herauszufinden, was in einer Situation *zu tun* ist. Das Ergebnis einer sozialen Diagnose ist „*grundsätzlich relativ, d. h. vom Standpunkt abhängig, wer welches Problem dabei hat oder anderen zuschreibt.* Erst wenn dieses Verhältnis der Probleme Beteiligter zu einander einigermaßen geklärt ist, kann genauer bestimmt bzw. ausgehandelt werden, welche dieser Probleme wie zu lösen wären." (Müller, 2013, Hervorhebungen im Original)

Wesentliche Kernmerkmale sind damit grob herausgearbeitet.

Psychosoziale Diagnostik versucht gleichermaßen Beeinträchtigungen, Ressourcen und protektive Faktoren auf der intra- und interpersonellen sowie der sozio-ökonomischen Ebene (trifokaler Ansatz) herauszuarbeiten, die jeweiligen subjektiven Bedeutungszuschreibungen aus Sicht Betroffener und professioneller Helfer, aber auch institutioneller und gesellschaftlicher Kontexte zu formulieren und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die gemeinsame Arbeit zu bestimmen.

Psychosoziale Diagnostik ist damit partizipative Diagnostik. Betroffene werden als Experten der Logik ihrer eigenen Lebenslage wahrgenommen und erfahren hierdurch eine Wandlung vom Objekt klassifikatorischer Diagnostik hin zum in der Lebenswelt handelnden Subjekt. Die damit verbundene Attribution unterstellt im positiven Sinn eine generelle Kompetenz zur autonomen Selbstwirksamkeit und verweist gleichzeitig auf ein damit zusammenhängendes, elementares Paradigma jeglicher psychosozialer Arbeit: der Hilfe zur Selbsthilfe. Das Erkenntnisinteresse psychosozialer Diagnostik dient damit letztendlich einem deskriptiven, handlungsleitenden sowie partizipativen Fallverstehen.

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von (psycho)sozialen Diagnoseverfahren entwickelt und ebenso viele Möglichkeiten einer konkretisierenden Annäherung existieren. Die bisherigen Ausführungen beschreiben einen Spannungsbogen zwischen klassifikatorischen, standardisierten und technisch anmutenden



Quelle: eigene Darstellung

sowie rekonstruktiven, hermeneutisch orientierten und minimalstrukturiert erscheinenden Diagnoseverfahren. Für eine grundsätzliche Betrachtung der Unterschiede mag der Blick auf die verschiedenen Erkenntnisansätze quantitativer und qualitativer Forschung – was ist ein Diagnostiker anderes als ein praktisch Forschender? – ausreichend sein. Während erstere mit Inanspruchnahme einer gewissen Deutungsmacht von einer statistisch ermittelten Norm einer Gesamtheit auf den Einzelfall schließt, ist letztere an den konkreten Umständen, individuellen Bedingungen und Bedeutungszuschreibungen interessiert. Neben dieser allgemeinen Differenzierung existieren weitere diagnostische Kategorien und Klassifikationssysteme. Heiner unterscheidet bspw. für die psychosoziale Diagnostik zwischen „Funktionen und Anforderungen verschiedener Phasen des Fallverstehens“ (Heiner, 2014) im Sinn einer Orientierungs-, Zuweisungs-, Gestaltungs- und Risikodiagnostik (vgl. passim). Die Liste von Autoren und kontroversen Diskursen und Perspektiven zur „richtigen“ Diagnostik ließe sich fortsetzen. Stattdessen sollen folgende Betrachtungen entlang des Grades der Standardisierung von Diagnoseverfahren und -methoden beispielhafte Impulse und Empfehlungen für die Praxis der Integrationsbegleitung bieten.

Standardisierte Diagnosemethoden (wie bspw. Verfahren der Testdiagnostik) sind in ihrer Konstruktion mit oft klarer Handlungsanweisung stark strukturiert und erheben auf der Basis wissenschaftlicher Gütekriterien den Anspruch einer weitestgehend objektiven Erkenntnis bzw. Aussage. Sie lassen damit wenig Raum für flexible, situationsangemessene Modifikationen oder narrative, dialogische Interpretationen, bieten dafür aber eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit hinsichtlich sachlich korrekter Ergebnisse.

Je nach Sinn und Zielstellung der Diagnostik kann dies insbesondere in risikobehafteten Situationen mit akutem Handlungs- und Entscheidungsbedarf durchaus wünschenswerte Sicherheit verleihen.

Ein Beispiel hierfür ist das Thema Kindeswohlgefährdung, bei welchem laut Heiner „die Grenzen von Aushandlung, Verständigung und hoffendem Abwarten, die den rekonstruktiven Ansatz kennzeichnen, […] ebenso deutlich [geworden sind] wie der Bedarf an [validen] Kriterien, um Risiken einschätzen zu können.“ (Ebd.) So attraktiv „harte Fakten“ als uneingeschränkt verwertbare Ergebnisse einer Diagnostik gerade in kritischen Arbeitsfeldern auch sein mögen, aus einer konstruktivistischen Perspektive ist der Anspruch objektiver Erkenntnis allein durch Standardisierung und statistische Normierung skeptisch zu betrachten. Hierzu ein Beispiel aus der und gleichzeitig eine Empfehlung für die Praxis der Integrationsbegleitung:

Der **HEALTH-49** ist ein standardisiertes Testverfahren zur „Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (Rabung et. al, 2007).

Für die Integrationsbegleitung ist das Instrument sehr gut geeignet, da es in flexibel einsetzbaren Modulen sowohl psychische als auch soziale Belastungen und Ressourcen erhebt.

Dass es sich bei dem Fragebogen inklusive Auswertung um einen „*open content*“, also einen frei zugänglichen Inhalt (hierzu siehe Rabung et al., 2007) handelt, schmälert die Attraktivität dabei gewiss nicht. Der HEALTH-49 lässt sich als Erhebungsinstrument im Rahmen der Erst- (oder Orientierungsdiagnostik), der Risikodiagnostik und im Vergleich einzelner Erhebungszeitpunkte für die Verlaufsdiagnostik bzw. Evaluation einsetzen. Bei der Anwendung zeigt sich in der Praxis jedoch immer wieder, dass die Ergebnisse hinsichtlich des Erkenntnisgewinns und für daraus abzuleitende Interventionsplanungen (oder Gestaltungsdiagnostik) der Interpretation und Reflexion bedürfen. So werden bspw. anhand von fünf Items „phobische Ängste“ beurteilt, wobei Probanden – nicht immer der Testlogik folgend – mit vorliegender Angststörung ein unauffälliges Ergebnis erzielen können, da sie diese Situationen erfolgreich vermeiden und sich selbst beschwerdefrei erleben. Andererseits können diese Situationen, wie die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, für Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen angstbesetzt sein, ohne dass eine Angststörung vorliegt. Damit verbunden kann sich die Indikation für einen völlig anderen Beratungs- bzw. Therapiefokus stellen, als allein aufgrund des Testergebnisses angenommen.

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
2	Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
3	Rückenschmerzen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
4	dem Gefühl, wertlos zu sein	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
5	Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
6	Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
7	Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
8	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
9	einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
10	Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
11	fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
12	einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
13	Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
14	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4

Quelle: www.hamburger-module.de

Weiterführende Informationen und Materialien zum Modul finden Sie hier.

Auch wenn das Repertoire standardisierter Diagnoseverfahren sich nicht allein in der Testdiagnostik erschöpft, kann zusammenfassend konstatiert werden, dass diese sehr wohl richtungsweisende Tendenzen aufzeigen können.

Die Testresultate sollten in der psychosozialen Praxis aber keinesfalls als determinierende Diagnosen, sondern als eine erkenntnisleitende Option des Zugangs zu individuellen Lebenslagen und subjektiven Bedeutungsgehalten verstanden werden.

Aus dieser Perspektive sind „Klassifikationen [oder standardisierte Diagnoseverfahren] sprachliche Erkenntnismittel, welche nicht zwangsweise zu Stigmatisierung, Entindividualisierung, mangelndem Respekt vor Eigensinn und subjektiven Relevanzstrukturen führen." (Heiner, 2014) In der Praxis hat sich dabei der Grundsatz selektiver Authentizität bewährt;

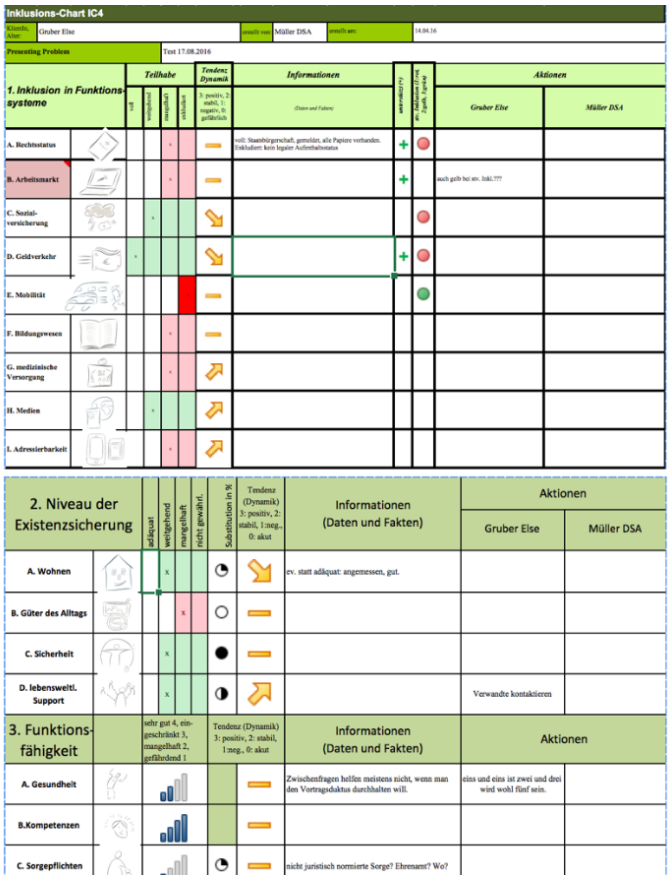
Testergebnisse werden dann (und nur dann!) besprochen, wenn dies hilfreich für den Prozess der Beratung und Begleitung erscheint.

Nicht selten erfahren Adressaten so auch eine entlastende Erklärung für ihre eigene Befindlichkeit oder sehen im Evaluationsgespräch subjektiv empfundene Verbesserungen bestätigt.

Weniger stark standardisierte Diagnosemethoden bieten den Vorteil einer strukturierten, aber in der methodischen Umsetzung flexibleren Vorgehensweise, wobei der Übergang zwischen Diagnose, Interventionsplanung und Intervention fließend und auch abhängig vom Ziel bzw. der Funktion ist. Wesentlich ist hierbei, „biografisch-rekonstruktiv explorierte Wissensbestände durch lebensweltliche Informationen zu ergänzen und so der Bedeutung der Passung zwischen Subjekt und Außenwelt für den psychosozialen Behandlungsprozess Rechnung zu tragen" (Glemser, 2014).

Ein Beispiel für ein solches Struktur und Partizipation gewährleistendes Diagnoseinstrument der sozialen Lebenslage ist das **Inklusions-Chart von Pantuček** (2017) in der Version IC4. Auf den drei Achsen „Inklusion", „Niveau der Existenzsicherung" und „Funktionsfähigkeit" lässt sich der soziale Status als Basis für gemeinsame Interventionsentscheidungen abbilden, für Freunde der Visualisierung sogar im wortwörtlichen Sinne. Ebenfalls als „*open content*" frei verfügbar (siehe Pantuček, 2017) „bietet das Instrument einen theoretischen und heuristischen Rahmen, um ‚das Soziale' auch in jenen Feldern klinischer Praxis in den Begriff zu bekommen, in denen es als Rand- und Rahmenbedingung betrachtet wird, aber eine erkennbare Relevanz hat für die Möglichkeit eines Lebens der PatientInnen mit der Erkrankung, der Behinderung, der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung." (Pantuček, 2014) Das Inklusions-Chart stellt damit eine sehr gute Ergänzung zu eher klinisch orientierten Diagnoseverfahren dar. Eine etwas umfassendere, ebenfalls teilstandardisierte, dialogorientierte und multiperspektivische Erhebung von sozialen Ressourcen und Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen stellt die PRO-ZIEL Basisdiagnostik von Heiner (2014 b) dar.

Inklusions-Chart IC4:



Quelle: www.inklusionschart.eu

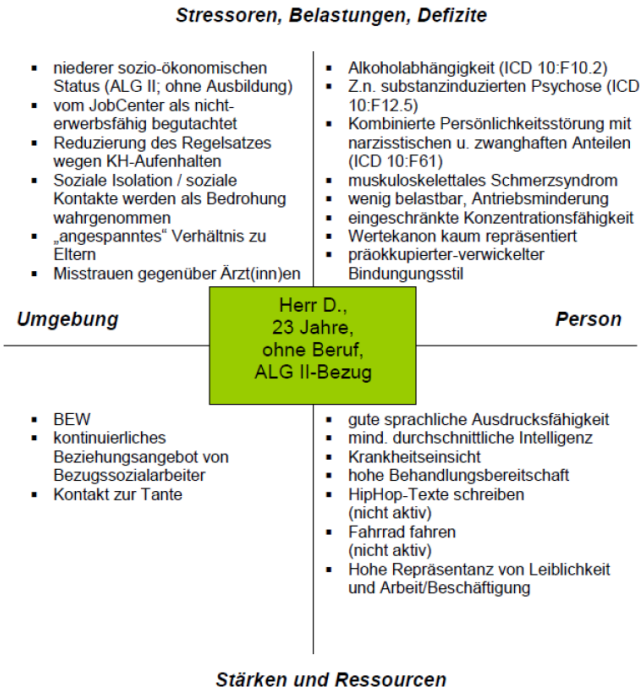
Weiterführende Informationen und Materialien zum Modul finden Sie hier.

Unter dem Aspekt des „subjektiven Fallverstehens" können prinzipiell vielfältige Methoden und Techniken mit einem noch geringeren Grad an Standardisierung und Strukturierung, dafür aber umso höheren Ansprüchen an die hermeneutisch-rekonstruktiv orientierte Informationsgenerierung, dienen.

Ein praxistaugliches Beispiel dafür ist das **„Koordinatensystem psychosozialer Behandlung".** Als

Ausgangslage (oder Orientierungsdiagnostik) für die Interventionsplanung werden hier innerhalb einer zweiachsigen Vier-Felder-Matrix psychosoziale Beeinträchtigungen und Ressourcen auf individueller, biografisch-personaler sowie umweltbezogener, ökosozialer Ebene erfasst und geordnet (vgl. Pauls, 2011; auch Glemser, 2014). „Diese Systematisierung des Fallverstehens darf allerdings nicht expertokratisch im Sinne einer falsch verstandenen professionellen Autorität erfolgen, sondern vielmehr müssen die Selbstbedeutungen des [Adressaten], reflexive Informationen und eine fachlich begründbare Hypothesenbildung einfließen.“ (Glemser, 2014) Ähnlich diesem Koordinatensystem lassen sich in funktionaler und methodischer Adaption weitere Methoden, wie bspw. Geno-, Sozio- oder Ökogramm, Netzwerkkarte, Time-Line, Wertequadrat u.v.a.m. zur Informationsgewinnung einsetzen.

Fallbeispiel Koordinaten psycho-sozialer Behandlung:



Quelle: www.khsb-berlin.de

Ein noch basaler und auf ein Mindestmaß an Struktur reduzierter Ansatz der Diagnostik besteht in der **Beobachtung und (Selbst)Reflexion des Beraters**. Wie unter dem Punkt „Persönlichkeitsstörungen“ ausgeführt, ist insbesondere, aber nicht nur, psychischen Beeinträchtigungen ein gewisses Interaktionspotential immanent.

Dieser Umstand birgt für Beratende die Möglichkeit, dass eigene Empfinden als Resonanzkörper für das Erkennen und Verstehen problemaufrechterhaltender Interaktionsmuster des Klienten zu nutzen.

In der ursprünglichen etymologischen Bedeutung lässt sich der Begriff „Diagnose“ mit „Auseinander-Erkennen, Unterscheidung, Beurteilung, Erkenntnis“ (vgl. exemplarisch Müller, 1993), übersetzen. Aus einer konstruktivistischen Perspektive ist „Unterscheidung“ aber ein grundlegendes Merkmal menschlicher Wahrnehmung und Interaktion, ein „Nicht-Diagnostizieren“ praktisch unmöglich. In der Integrationsbegleitung bleibt hierbei das Verhältnis zwischen unumgänglicher und subjektiver Alltagsdiagnostik einerseits sowie professioneller, erfahrungs- und wissensbasierter Diagnose- und Methodenkompetenz zur Bildung begründeter Arbeitshypothesen andererseits fraglich, wobei Letzteres einer regelmäßigen Supervision und Fallberatung bedarf.

Im Gegensatz zur medizinischen Statusdiagnostik mit dem Ziel der Zuschreibung eines „Ist-Zustandes“ sollte psychosoziale Diagnostik den Charakter einer sich an wechselnden Lebenslagen orientierenden und damit notwendigerweise rekursiven Prozess- oder Verlaufsdiagnostik besitzen. Der Anspruch ist dabei keinesfalls geringer als der an eine medizinische Diagnosestellung:

„Soziale Diagnostik muss in der Lage sein, die Gleichzeitigkeit individueller, sozialer, psychischer, medizinischer, ökonomischer und politischer Aspekte und Prozesse sowie deren gegenseitige Wechselwirkung (sozio-psycho-bio-ökonomisch-politischer Fokus) zu erfassen.“ (Gahleitner et al.)

Psychosoziale Diagnostik unterliegt damit keinem Selbstzweck, sondern stellt die Basis für eine passgenaue Interventionsplanung im Rahmen der Gestaltungsdiagnostik dar.

Auf zwei Beispiele für die gewinnbringende Nutzung der erhobenen Informationen im Prozess der Fallbegleitung soll abschließend verwiesen werden: die multiperspektivische Fallarbeit nach Müller (2006) und die Ziel-Erreichungs-Analyse nach Pauls und Reicherts (2010). Beide Ansätze sind für die Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen der diagnostischen Erhebungen und die daran anschließende Planung und Umsetzung psychosozialer Interventionen geeignet. Darüber hinaus zeichnen sich beide Verfahren dadurch aus, dass sie problemlos für die individuellen Bedarfe der eigenen Projektpraxis angepasst und (auch gegenseitig) sinnvoll ergänzt werden können.

Das Konzept der **multiperspektivischen Fallarbeit** bietet eine differenzierende Orientierungshilfe für die Analyse der Sach-, Zuständigkeits- und Beziehungsdimensionen jeweils einzelner Unterstützungsbedarfe und Problemlagen. Durch bewusste „Perspektivwechsel zwischen unterschiedlichen Bezugsrahmen“ (Müller, 2006) werden im Setting von Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation die Komplexität eines Falles und die Wechselwirkungen von sachlichen, fachlichen und inhaltlichen Mandats- und Kontextbedingungen für die konkrete Ausgestaltung der Fallarbeit im Rahmen von Case-Work und Case-Management analysiert.

Multiperspektivisches Fallverstehen nach Müller:

	Fall von	Fall für	Fall mit
Anamnese			
Diagnose			
Intervention			
Evaluation			

Quelle: http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/leseprobe84602.pdf

Weiterführende Informationen finden Sie hier.

„Die **Zielerreichungsanalyse** ist ein Verfahren interventionsorientierter Diagnostik und der (Einzelfall-) Evaluation und Qualitätssicherung. Es ist prinzipiell ein partizipatives Verfahren, da die Dimensionen der Zielerreichung und Evaluation nicht vorgegeben, sondern kooperativ mit den Klienten erarbeitet und vereinbart werden.“ (Pauls; Reicherts, 2010) Die Durchführung der Zielerreichungsanalyse umfasst vier Phasen, welche von der Herstellung des Arbeitskontraktes, über die Erfassung und Gewichtung von Veränderungszielen und die Bewertung der tatsächlichen Veränderung reichen. Die gemeinsame Definition von Interventionszielen stellt auf konkrete Indikatoren eines optimalen Zielzustandes mit Bezug zur gegenwärtigen Situation ab. Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt mittels einer subjektiven Gewichtung auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent, wobei 0 Prozent für den Ausgangszustand und 100 Prozent für den optimalsten Zielzustand stehen. Es bietet sich an, die Zielerreichungsanalyse im Sinn einer Verlaufsdiagnostik mehrfach, mindestens aber zu Beginn und Ende eines Beratungsprozesses durchzuführen. Spätestens ab der zweiten Messung kann der Vergleich von Ausgangslage und Veränderung für Evaluationszwecke in der konkreten Fallbegleitung, aber auch bezüglich einer allgemeinen Qualitätssicherung genutzt werden. Für die Durchführung der Zielerreichungsanalyse existiert ein Erhebungs- und Auswertungsbogen inklusive Kurzanleitung zur Durchführung und (auch grafischen) Auswertung.

Weiterführende Informationen finden Sie hier. Das Formular gibt es hier.

Das Ziel dieses Beitrages bestand darin, für das Thema „psychosoziale Diagnostik“ zu sensibilisieren und einige praktische Tipps, Tools und Handreichungen für die Praxis anzubieten. Die Betrachtung des Themas erfolgte anhand des (konstruierten) Spannungsbogens zwischen standardisierten und hermeneutisch orientierten Diagnoseverfahren. Sicher wären auch andere und möglicherweise üblichere Wege eines roten Fadens möglich gewesen.

Zusammenfassend kann jedoch konstatiert werden, dass die Eignung eines Diagnoseinstrumentes sich nicht aus dieser oder jener mehr klassifizierenden oder mehr konstruktivistischen Perspektive, sondern aus dem Anlass, der Aufgabe und Funktion und letztendlich dem Umgang mit Wissen und Nichtwissen aus verschiedenen Quellen, ergibt.

Diagnostik „kann absichern, dass zumindest einige der wesentlichen Bedingungen […] ins Bild gebracht werden. Der Anspruch, eine vollständige Abbildung zu liefern, ist jedoch vermessen und sollte gar nicht gestellt werden.“ (Pantuček, 2014 b)

Was abschließend bleibt, ist, mit Pantučeks Sichtweise dazu zu ermutigen, sich nicht von einem imaginären bzw. falsch verstandenen Anspruch davon abhalten zu lassen, die vorgestellten (und andere) Diagnoseverfahren selbst auf die Tauglichkeit in der Praxis der Integrationsbegleitung zu testen bzw. hierfür zu modifizieren. Idealerweise könnten hier gemachte Erfahrungen im Rahmen kollegialer Beratung oder bei Regionaltreffen ausgetauscht werden. Vielleicht ist es ja auch an der einen oder anderen Stelle gelungen, Interesse für eine vertiefende Auseinandersetzung mit einem konkreten Diagnoseverfahren oder dem Thema „psychosoziale Diagnostik“ an sich zu wecken. Lohnend wäre dies, wenn bisher noch nicht geschehen, nicht nur für die Teilnehmenden in den Integrationsprojekten.

2.3 GESUNDHEIT STÄRKEN

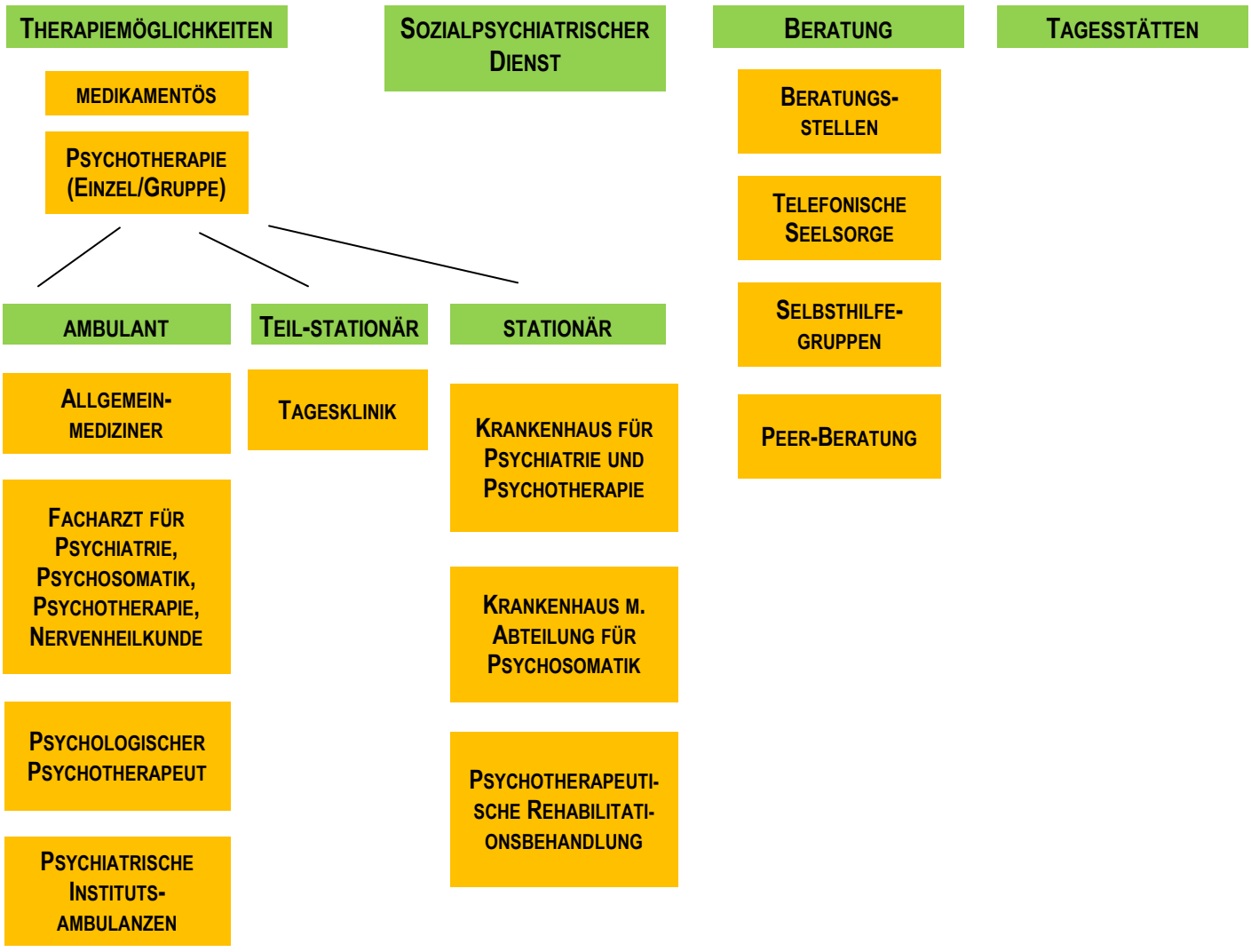
Liegt die fachärztliche Diagnose einer psychischen Störung bei einem Klienten vor, können vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten angestrebt werden. Sie sind kein Therapeut oder Arzt, der die Störung behandeln kann, aber Sie können dem Betroffenen mit einer empathischen, verständnisvollen und authentischen Haltung gegenübertreten.

Als „interdisziplinärer Zehnkämpfer" sind Sie als Case- und Netzwerkmanager sehr ressourcen- und lebensweltorientiert tätig, können Wege aufzeigen und mit dem Klienten weitere Schritte entwickeln und ihn dabei unterstützen.

Tipp: Wenn Sie den Klienten an externe Unterstützer „vermitteln" wollen, sprechen Sie eine „persönliche Empfehlung" aus. Vermeiden Sie Sätze wie: „Bitte suchen Sie sich Hilfe in einer Suchtberatungsstelle!"
Versuchen Sie es doch einmal so: „Lieber Herr [Müller], ich kenne da die Frau [Bauer von der Suchtberatungsstelle]. Sie hat schon vielen Menschen helfen können, die ähnliche Erfahrungen haben wie Sie. Sie ist eine sehr freundliche und warmherzige Frau und wir haben schon oft mit ihr gut zusammengearbeitet. Ich denke, sie kann Sie gut verstehen und unterstützen. Sie sitzt in der [Hauptstraße 1, in Erfurt], gar nicht weit weg von Ihnen. Wir können gern einmal gemeinsam mit ihr reden, wenn Sie das möchten…"

LOKALE VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Als Integrationsbegleiter möchten Sie ebenso wie Therapeuten, Ärzte oder Beratungsstellen Veränderungsprozesse in der Lebensführung, im Gesundheitsverhalten und in der Erwerbsteilnahme anstoßen. Ein Hand-in-Hand-Arbeiten ist empfehlenswert, wenngleich der Datenschutz zu beachten ist. Im folgenden Abschnitt werden neben den vielfältigen Therapiemöglichkeiten zusätzliche Beratungsangebote aufgezeigt, die dem Klienten für eine Genesung hilfreich sein können.



THERAPIEMÖGLICHKEITEN

MEDIKAMENTÖS | **VERHALTENSTHERAPIE** | **TIEFENPSYCHOLOGISCH** | **ANALYTISCH**

Zur Behandlung von psychischen Störungen sind sowohl psychotherapeutische als auch **medikamentöse Therapien** möglich. Eine Kombination beider Ansätze schließt sich dabei nicht aus.

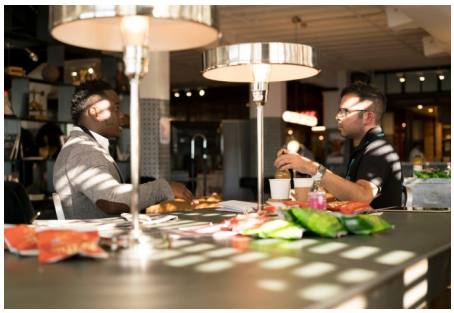
Medikamente werden dann als hilfreich erachtet, wenn Störungen des Hirnstoffwechsels erkennbar sind.

Ihre Wirkungsmechanismen sind dabei unterschiedlich: einige wirken unmittelbar, zum Beispiel Beruhigungsmittel, bei anderen, zum Beispiel Antidepressiva, tritt eine Wirkung erst nach ca. 2 Wochen ein.
Eine Übersicht wichtigster Psychopharmaka und ihrer Anwendungsgebiete finden Sie hier.

Psychopharmaka werden ausschließlich von Ärzten (Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde) verschrieben. Sie klären auch über Nebenwirkungen auf und wägen mit dem Patienten Risiko und Nutzen ab. Zu Beginn auftretende Nebenwirkungen schwächen sich in der Regel im Verlauf der Behandlung ab.

Die „Behandlung der Seele“, wie **Psychotherapie** wörtlich übersetzt wird, darf nur von Psychologischen Psychotherapeuten oder Fachärzten durchgeführt werden. Ihr Ziel ist es, psychische Störungen und Erkrankungen festzustellen, zu lindern und zu heilen. Psychotherapie kann in Einzel- und/oder Gruppensitzungen und sowohl ambulant als auch teilstationär und stationär erfolgen.
Es werden drei Verfahren unterschieden, deren Kosten alle von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden:

Kognitive Verhaltenstherapie:
Die Störung der Lebensgeschichte und des aktuellen Verhaltens werden differenziert analysiert, d.h. vergangene Erlebnisse rücken in den Hintergrund und der Patient lernt neue Einstellungen und Verhaltensweisen für die Veränderung der aktuellen und künftigen Problemlagen, z.B. Ängste überwinden und Selbstvertrauen stärken.
Dauer: 25 bis 80 Sitzungen



Analytische Psychotherapie:
Länger zurückliegende, unbewältigte und verdrängte Konflikte werden bewusst gemacht, deren Zusammenhang auf die aktuellen Belastungen verstanden und Lösungsstrategien entwickelt. Dies ermöglicht eine seelische Erleichterung und Anpassung der Persönlichkeitsstruktur.
Dauer: bis zu 300 Sitzungen

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:
Ähnlich wie bei der Psychoanalyse werden innerpsychische Konflikte mit der aktuellen Problemsituation verstanden, jedoch liegt der Fokus verstärkt auf dem aktuellen Geschehen.
Dauer: bis zu 150 Sitzungen

Eine erfolgreiche Therapie spiegelt ein sich besseres Kennenlernen und Verstehen wider und ermöglicht dem Patienten, seine Verhaltensweisen im Hinblick auf sein Ziel verändern zu können.

Dabei ist zu beachten, dass eine Therapie nicht geradlinig verläuft und ein zwischenzeitliches Zurückfallen in alte Denk- und Verhaltensmuster normal ist.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Neben den kassenfinanzierten (Gesprächs-) Therapiemöglichkeiten besteht die Möglichkeit für weitere anerkannte, evidenzbasierte Therapien. Zum Beispiel sind Systemische Beratung und Therapie sowie Gestalt– und Körpertherapie Möglichkeiten, die genutzt werden können.

Auch Sie als Integrationsbegleiter können sich in diesen Themenfeldern weiterbilden und gezielt in der Beratung anwenden.

Eine Anregung gibt es beispielswiese an der Hochschule Nordhausen.

Eine **ambulante** Therapie ist für Patienten geeignet, die trotz ihrer Beeinträchtigung noch ihren Alltag bewältigen können. Unter www.weisse-liste.de und www.kv-thueringen.de/arztsuche können Sie sowohl Psychologische Psychotherapeuten als auch Fachärzte für Psychiatrie in Ihrer Region finden. Seit 1. April 2017 sind Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde anzubieten und Patienten in akuten psychischen Krisen mit einer Akutbehandlung zu helfen.

Tipp: Es ist ratsam, sich auf die Wartelisten der Therapeuten setzen zu lassen und regelmäßig nachzufragen.

Bei spontan abgesagten Terminen ergibt sich oft eine Möglichkeit, kurzfristig einspringen zu können und „einen Fuß in die Tür zu bekommen".

Nutzen Sie ebenso die Facharztterminvergabe der Gesetzlichen Krankenkassen unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/?id=368

Weitere Infos dazu finden Sie hier.

Eine Überweisung vom Arzt ist zu Beginn nicht zwingend notwendig, er kann allerdings eine Beratung und Empfehlung über ein geeignetes Verfahren geben und bei der Terminvereinbarung unterstützen. Innerhalb der ersten fünf Probesitzungen (probatorische Sitzungen) lernen sich Patient und Therapeut kennen und prüfen, ob die gewählte Form sowie die Beziehung zwischen ihnen ein weiteres Arbeiten ermöglicht. Erst dann werden ein Konsiliarbericht vom Arzt sowie die Antragstellung zur Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen notwendig.

Neben niedergelassenen Psychotherapeuten können Therapien ebenfalls **stationär** in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Krankenhäusern mit Abteilungen für Psychosomatik erfolgen. Dies bietet den Vorteil, dass neben den Gesprächstherapien oft zusätzliche Angebote wie Körper-, Bewegungs-, Musik- und Kreativtherapie vorgehalten werden. Eine stationäre Behandlung ist für Patienten geeignet, die ihren Alltag nicht mehr bewältigen können oder für die ein räumlicher Abstand vom häuslichen Umfeld sinnvoll erscheint.
Auch Tageskliniken, die **teilstationär** arbeiten, können als Therapieform gewählt werden. Hier werden die Patienten tagsüber behandelt, können aber am Abend und am Wochenende nach Hause.

Die **psychiatrischen Institutsambulanzen** (PIA) erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder einer zu großen Entfernung keine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten erhalten können. Einige bieten selbst Behandlungen an, andere dienen nur als erste Anlaufstelle für Diagnostik und Beratungen zu passenden Behandlungsangeboten.

BERATUNGSMÖGLICHKEITEN

Der **sozialpsychiatrische Dienst** (SPDi) bietet kostenlose Beratung und Hilfen für erwachsene Menschen mit (Verdacht auf) psychische(n) Störungen an. Zudem können sich Angehörige und Betreuende zur Beratung an den SPDi wenden.

In **Beratungsstellen** bieten Sozialpädagogen, Psychologen und Ärzte meist spezialisierte Hilfeleistungen (z.B. Ehe-, Erziehungs-, Familien-, Suchtberatung) an. Einige beraten allerdings auch ganz allgemein in Lebenskrisen. Neben Einzelgesprächen finden auch Informationsveranstaltungen oder offene Treffen statt.

Eine anonyme und zu jeder Zeit erreichbare Beratung liefert die **telefonische Seelsorge**. Neben Gesprächen am Telefon sind auch Beratungen im Chat oder per E-Mail möglich.
(kostenfrei unter Tel. 0800 111 0 111,
www.telefonseelsorge.de)

Hilfreich zur Bewältigung der eigenen Notlage können **Peer-Beratungen** bzw. Peer-Begleitungen sein. Das „*Lotsennetzwerk-Thüringen*" (erreichbar unter www.lotsennetzwerk.de) unterstützt zum Beispiel Menschen, die einen Weg aus der Sucht suchen und begleitet sie mit einem Sucht erfahrenen Lotsen.

Ebenso bieten **Selbsthilfegruppen** Raum zum Austausch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Betroffene mit ähnlichen Problemen können einander oft besser verstehen und profitieren von den geteilten Erfahrungen.

Einige Regionen bieten bereits **Plattformen für Betroffene, Angehörige und Mitarbeitern** aus psychosozialen Arbeitsfeldern an, z.B. Jenaer Trialog, Erfurter Gespräche zur seelischen Gesundheit. Diese dienen als Erfahrungsaustausch und Informationsveranstaltung zugleich, denn meist steht die Veranstaltung unter einem Thema, welches von Experten moderiert wird.

FACHDIENSTE FÜR ERWERBSLOSE MIT PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Zur Klärung und Wiederherstellung einer Erwerbstätigkeit können die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit **durch das Jobcenter** eingeschaltet werden. Ebenso bilden spezielle Rehabilitationseinrichtungen eine Brücke zwischen dem medizinischen und dem beruflichen Bereich.

FACHDIENSTE DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

Der **Ärztliche Dienst** ist bei gesundheits- und leistungsbezogenen Fragen zuständig. Er bietet Unterstützung bei der Klärung zur Eignung und Zumutbarkeit einer Arbeit oder Eingliederung, bei der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und der Abklärung von Rehabilitationsbedarf.
Ebenso können die Ärztlichen Dienste sozialmedizinische **Gutachten** erstellen. Bei der *gutachterlichen Äußerung* und der *Begutachtung nach Aktenlage* finden keine persönlichen Untersuchungen statt. Einzig die Befundberichte von behandelnden Ärzten und Therapeuten werden zur Begutachtung genutzt. Eine persönliche Begutachtungsform erfolgt bei *Gutachten mit symptombezogener* und *Gutachten mit umfänglicher Untersuchung*. Welche Form der Begutachtung angewandt wird, wird auch in Abhängigkeit der vorliegenden Informationen und Befunde als auch der Auslastung der Dienststelle entschieden.

Der Ärztlichen Dienst kann nur durch das Jobcenter bzw. die Arbeitsagenturen genutzt werden. Stimmen Sie mit diesen ab, wenn Sie eine Einschätzung benötigen, ob eine Einschränkung vorliegt und ob diese zur Beeinträchtigung bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit führt. In schwierigen Beratungssituationen können Sie diese „objektive“ Einschätzung als Argumentationsgrundlage nutzen.

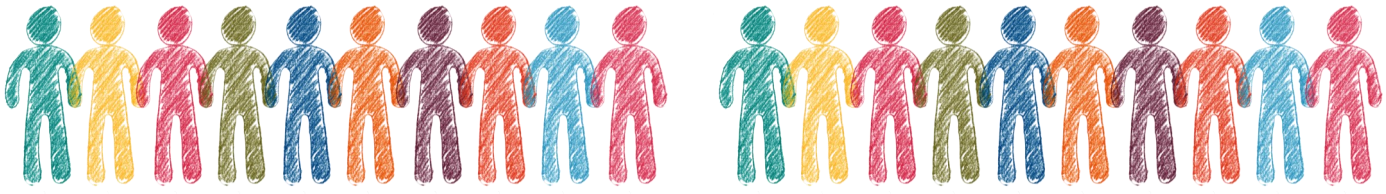
Tipp: Klären Sie mit Ihrem Klienten und seinen Vermittlern die Zielstellung des Gutachtens ab und legen Sie ihm für ihn verständliche Informationen zum Prozedere vor.

Stellen Sie sicher, dass der Klient alle notwendigen Ärzte und Therapeuten sowie wahrnehmbare Leiden und Symptome angibt. Bereiten Sie Fragen zur Begutachtung detailliert und mit verständlichen Hintergrundinformationen gut vor.

Weitere Informationen zum Ärztlichen Dienst gibt es hier.

Der **Berufspsychologische Dienst (BPS)** kann eingeschaltet werden, wenn es beispielsweise um die Abklärung der intellektuellen Voraussetzungen für eine Arbeit oder die Abklärung und Auswirkungen einer Behinderung geht. Nutzen Sie den BPS, wenn Sie eine Beschreibung der Ressourcen und Einschränkungen der Betroffenen sowie der Rahmenbedingungen, unter denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit möglich ist, benötigen. Ebenso können Betroffene eine psychologische Beratung in Anspruch nehmen.
Tipp: Erläutern Sie verständlich, warum Sie die Einschaltung des BPS für notwendig erachten und welche Auswirkungen es haben kann.

Hier finden Sie weiterführende Informationen.



EXTERNE FACHDIENSTE

Der **Integrationsfachdienst** unterstützt ebenfalls bei der Vermittlung und Begleitung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und bietet Hilfe bei der Einstufung in Behinderungsgrade. Sie beraten und schulen zudem Arbeitgeber bei der Einstellung von Frauen und Männern mit Erkrankungen.
Berufliche Trainingszentren, Berufsförderungswerke und **Rehabilitationseinrichtungen** für psychisch kranke und behinderte Menschen bieten weitere Maßnahmen zur Unterstützung bei einer (Wieder-)Eingliederung. Sie dienen meist als Brücke zwischen dem medizinischen und beruflichen Sektor , halten neben zum Teil ärztlichen Behandlungen auch Psycho-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapien vor und ermöglichen – wie im Falle des Berufsförderungswerkes Thüringen – den Rehabilitanden eine neue berufliche Perspektive durch eine Qualifizierung in einem anerkannten Beruf.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

MEINE LOKALEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN

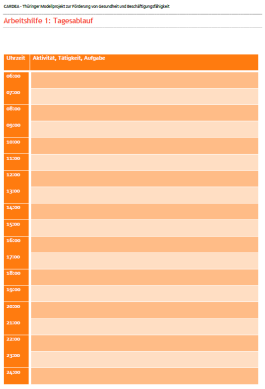
Zeigen Sie Ihrem Klienten mithilfe des Arbeitsblattes „Meine lokalen Versorgungsstrukturen“ (Seite 30) Möglichkeiten der Beratung und Behandlung auf. Erläutern Sie ihm Inhalte, Vorgehensweisen sowie Nutzen der jeweiligen Angebote und überlegen Sie gemeinsam, welche für den Klienten sinnvoll sind. Suchen Sie gemeinsam nach Ansprechpartnern und Kontaktdaten und ergänzen diese an den entsprechenden Stellen.

KRISEN-CHECKLISTE

In Krisen steckt ein Mensch mit psychischen Einschränkungen oft in einer Sackgasse und nimmt die Umgebung mit ihren vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten kaum wahr. Versuchen Sie mit Ihrem Klienten, eine Checkliste zu entwerfen, die ihm bei schweren Phasen zumindest Anhaltspunkte gibt, die ihm eine Erleichterung bieten können. Die Checkliste „Meine Hilfe in schweren Zeiten“ befindet sich auf Seite 32.

RESSOURCENSTÄRKUNG UND STRESSBEWÄLTIGUNG

Als Integrationsberater können und sollten Sie nicht therapeutisch aktiv werden. Sie können aber Ihrem Klienten in Alltagsproblemen helfen, versteckte Ressourcen herauszukitzeln und verborgene Schätze zu reaktivieren. In den bereits vorhandenen CARDEA-Gesundheitsmodulen „Ressourcenstärkendes Training für Erwachsene“, „Stressbewältigung im Alltag“ und „Gesundheitsorientierter Gesprächsleitfaden“ (herunterladbar unter www.cardea.paritaet-th.de/gesundheitsmodule.html) finden Sie dazu folgende Arbeitshilfen und Übungen:

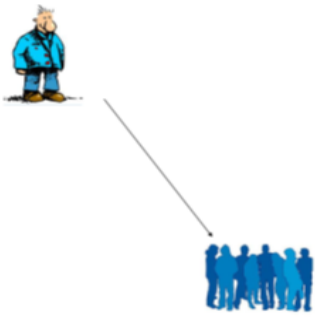

CARDEA – Thüringer Modellprojekt zur Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

Arbeitshilfe 1: Tagesablauf

Uhrzeit	Aktivität, Tätigkeit, Aufgabe
06:00	
07:00	
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Vielen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fehlen oft Tagesstruktur und ein regelmäßiger Tagesablauf. Mit den Arbeitshilfen „**Tagesablauf**“ (S. 7) und „**Zeitmanagement**“ (S. 12) aus dem Gesprächsleitfaden können Sie mit Ihrem Klienten einen aktuell typischen Tagesablauf analysieren und gemeinsam neue Tages- und Wochenstrukturen entwickeln.

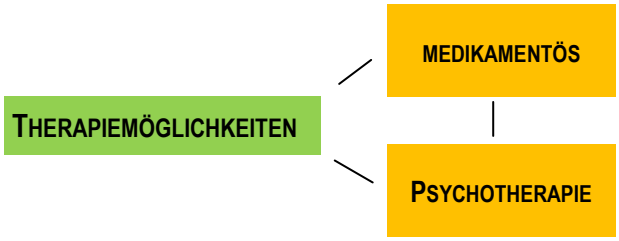
Im Abschnitt „**Soziale Ressourcen und persönliche Stärken**“ (S. 23 ff) des Gesprächsleitfadens befinden sich Arbeitshilfen zur Stärkung des sozialen Umfelds und zur Reflektion von Gefühlen und schönen Momenten.



Zur Stärkung des **Selbstbildes** können Sie die Arbeitshilfen „Das bin ich“ (S. 26), „Das macht mich besonders“ (S. 27) und „Mein Selbstbild“ (S. 28) des „Ressourcenstärkenden Trainings für Erwachsene“ nutzen. Ebenso finden Sie Übungen zur Reflektion von **persönlichen Erfolgen** und Fähigkeiten im Arbeitsblatt 6 „So habe ich schwierige Situationen gemeistert“ (S.31) des Trainings wieder.

Im Modul „Stressbewältigung im Alltag“ sind Arbeitsmaterialien, um **Stresssymptome** und –faktoren (S. 24 und 28) reflektieren und bewältigen (S. 33) zu können, vorhanden. Ebenso finden Sie Anleitungen und Hilfen, um **Veränderungsprozesse** anstoßen und umsetzen zu können (S. 43). Übungen zur Entspannungsförderung und zum achtsamen Umgang stehen ab Seite 60 zur Verfügung.

Meine Lokalen Versorgungsstrukturen



Ambulant

Hausarzt

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie,

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Psychotherapeut

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Psychiatrische Institutsambulanzen

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Teil-stationär

Tagesklinik

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Tagesstätten

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Stationär

Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Krankenhaus mit Abteilung für

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Psychotherapeutische Rehabilitationsbehandlung

Name _____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Fachärzte, Psychotherapeuten sowie Fachkliniken finden Sie beispielsweise unter www.weisse-liste.de. Auch die Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen bietet Hilfe bei der Facharzt– und Psychotherapeutensuche: www.kv-thueringen.de/arztsuche .

Bei Schwierigkeiten bei einer Terminfindung können Sie die Terminservicestellen der Gesetzlichen Krankenkassen nutzen. Infos unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/?id=368

Gefördert durch den Freistaat Thüringen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds

BERATUNGSMÖGLICHKEITEN

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST

Ansprechpartner:_____

_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

TELEFONISCHE SEELSORGE

Telefon (kostenfrei) 0800 111 0 111
0800 111 0 222
116 123

Chat/Mail www.telefonseelsorge.de

BERATUNGSSTELLEN

Beratungsstelle_____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Beratungsstelle_____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Beratungsstelle_____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Beratungsstelle_____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

SELBSTHILFEGRUPPEN

Gruppe _____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

PEER-BERATUNG

Organisation_____

Ansprechpartner_____

Adresse _____

_____

Telefon _____

Beratungsstellen bieten meist spezialisierte Hilfeleistungen (z.B. Ehe-, Erziehungs-, Familienberatung, Suchtberatung) an. Einige beraten allerdings auch ganz allgemein in Lebenskrisen.

Anlaufstellen zu den verschiedenen Beratungsmöglichkeiten sind meist landkreisbezogen. Erarbeiten Sie gemeinsam mit Ihrem Integrationsbegleiter/Integrationscoach die verschiedenen Adressen und Ansprechpartner für Ihre Region. **Hilfreiche Informationsquellen sind Wegweiser, die viele Landkreise und kreisfreie Städte Thüringens als auch das Land Thüringen veröffentlicht haben. Eine Übersicht liegt Ihrem Integrationsbegleiter/Integrationscoach vor (Kapitel 4.1 Hilfreiche Adressen in Thüringen).**

MEINE HILFE IN SCHWEREN ZEITEN

Was bedeuten für mich schwere Zeiten und Krisen?

_____

_____

Frühzeitige Anzeichen einer Krise/typische Verhaltensweisen in diesem Fall:

_____

_____

In akuten Krisen geht es mir erfahrungsgemäß/fühle ich mich:

_____

_____

In akuten Krisen hilft mir besonders:

□ ruhige Atmosphäre
□ rauchen dürfen
□ frische Luft
□ nicht allein gelassen werden
□ in Ruhe gelassen werden
□ Erinnerungen an _____
□ Gespräche
□ Bewegung
□ _____

... wünsche ich mir von meinem Integrationsbegleiter/-coach:

□ nicht allein gelassen zu werden
□ in Ruhe gelassen zu werden
□ _____
□ _____
□ _____
□ _____

Bedarfsmedikation in diesem Fall (mit dem Arzt abgestimmt und verordnet!):

Name_____ Dosis_____ Name_____ Dosis_____

Ich kann mich austauschen mit:

1 Name_____ Telefon_____ E-Mail_____

2 Name_____ Telefon_____ E-Mail_____

3 Name_____ Telefon_____ E-Mail_____

Telefonseelsorge (24 Stunden am Tag, kostenfrei, anonym)

Tel. 0800 111 0 111, Chat, E-Mail unter www.telefonseelsorge.de

Wenn gar nichts mehr geht, erreiche ich ambulante Dienste/Ärzte

1 Name_____ Telefon_____

2 Name_____ Telefon_____

Psychiatrische Notaufnahme

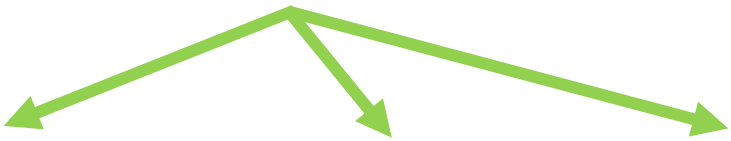
Klinik_____ Telefon_____

2.4 INTEGRATION ANSTREBEN

Der überragende Stellenwert von Erwerbsarbeit für die soziale Teilhabe und Krankheitsbewältigung wird in der Praxis zunehmend berücksichtigt, denn Stabilität, Tagesstruktur und Selbstbewusstsein sowie soziale Kontakte können gestärkt und vermittelt werden. Ein (Wieder-)Einstieg in Arbeit sollte dabei als langfristiges Ziel definiert, sukzessive aufgebaut und erprobt werden. Die Stabilisierung der Gesundheit und Lebensbedingungen sollte dennoch immer im Vordergrund stehen. Behandlung, berufliche Rehabilitation und (Re-)Integration sollten eng miteinander verknüpft erfolgen.

BARRIEREN FÜR DIE INTEGRATION

Um zu verstehen, warum viele Versuche einer Integration misslingen und welche Faktoren für eine erfolgreiche Eingliederung wichtig sind, kann es hilfreich sein, die Barrieren einer Integration zu erforschen. Diese können vielfältig sein und sich sowohl als individuelle als auch strukturelle Faktoren äußern.



Als **individuelle Faktoren** werden vorwiegend die mit der Störung verbundenen Bedingungen angesehen. Diese sind bestimmt von

- ⇒ der Schwere der psychischen Symptomatik,
- ⇒ den kognitiven Beeinträchtigungen,
- ⇒ der geringen Belastbarkeit und Stressresistenz,
- ⇒ der Antriebslosigkeit und geringen Motivation (auch in Zusammenhang mit medikamentösen Nebenwirkungen),
- ⇒ der Gefahr von Rückfällen bzw. langen Krankheitsphasen,
- ⇒ den Ängsten vor Überforderung, Ausgrenzung und Konflikten und
- ⇒ dem „Teufelskreis“ aus (Wieder-) Einstieg, Überforderung und Ausscheiden.

(IAB, 2017)

Zudem sind fehlende Bildung, Ausbildungsabschlüsse und Berufserfahrungen, lückenhafte Berufsbiographien, mangelnde Krankheitseinsicht und die damit zusammenhängende Verweigerung von Behandlung hohe Hindernisse für die Erwerbsintegration. Einige Betroffene werden durch die bereits vielen, zum Teil erfolglosen Maßnahmen zermürbt und entwickeln eine Demotivation.

Strukturelle Bedingungen stehen oft in engem Zusammenhang mit individuellen Faktoren, können aber auch grundsätzlich die Integration erschweren.

Im IAB-Forschungsbericht 14/2017 werden die Faktoren in drei Hauptgruppen unterteilt:

Unzureichende Förderung durch das Jobcenter

Die Förderung durch das Jobcenter wird dann als Hürde erachtet, wenn die Fachkräfte zu wenig Einfühlungsvermögen und Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der Klienten aufbringen und somit den einzelbezogenen Wünschen keine ausreichende Berücksichtigung schenken. Eine zu starke Forcierung auf die Arbeitsorientierung, das Wecken von unrealistischen Hoffnungen und ein Drängen auf viele und nicht Erfolg versprechende Bewerbungsaktivitäten verringern ebenso die psychischen Ressourcen der Erwerbslosen. Zudem erschweren unspezifische Maßnahmen, fehlende Anschlussperspektiven und mangelnde Reha-Maßnahmen die Integration.

Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt

In verschiedenen Studien wird deutlich, dass Arbeitgeber Menschen mit psychischen Erkrankungen eine negative Haltung bezüglich der Arbeitsintegration zusprechen sowie Vorurteile und Stigmatisierung äußern. Aber auch Arbeitsverdichtung, Leistungs- und Termindruck, Reduzierung von Stellen mit geringen Anforderungen sowie mangelnde Teilzeitmöglichkeiten bzw. Kompensationsmöglichkeiten bei Fehlzeiten zählen ebenso zu den Barrieren am Arbeitsmarkt.

Bürokratische Hürden und Schnittstellenprobleme

Fehlende Förderketten zwischen den einzelnen Maßnahmen, lange Wartezeiten auf Behandlungen sowie die mangelnde Versorgungssituation, speziell mit einem ganzheitlichen Ansatz in der psychosozialen Versorgung, zählen zu den weiteren strukturellen Barrieren. Dem gegenüber steht eine Vielzahl von Programmen, deren Zuständigkeiten und Eingangsvoraussetzungen dem Betroffenen oft nicht bekannt oder zu hochschwellig sind.

GELINGENSFAKTOREN FÜR DIE ERWERBSINTEGRATION

Der (Langzeit-)Erwerbslose mit psychischen Einschränkungen möchte erwerbstätig sein und ist grundsätzlich in der Lage dazu – diese Grundhaltung sollte von jedem Berater eingenommen werden.
Es ist ratsam, das Thema Arbeit und Beschäftigung in Abstimmung mit dem Betroffenen frühzeitig zu fokussieren, allerdings die langfristige psychische Stabilität als Voraussetzung festzulegen,

besonders bei Klienten, die unbedingt arbeiten wollen, um ihren Problemlagen aus dem Weg zu gehen bzw. die denken, durch eine Arbeitsaufnahme verschwinden ihre Probleme. Die Einsicht des Klienten für seine Störung und die Bereitschaft für deren Behandlung sollte gegeben sein.

Eine „Vermittlung um jeden Preis" sollte demnach vermieden werden.

Interventionsmaßnahmen können dann erfolgreich sein, wenn die Betroffenen ihre Kompetenzen stärken können. Emotionale Unterstützung ermöglicht, das Selbstwertgefühl und das Arbeitssuchverhalten zu fördern.

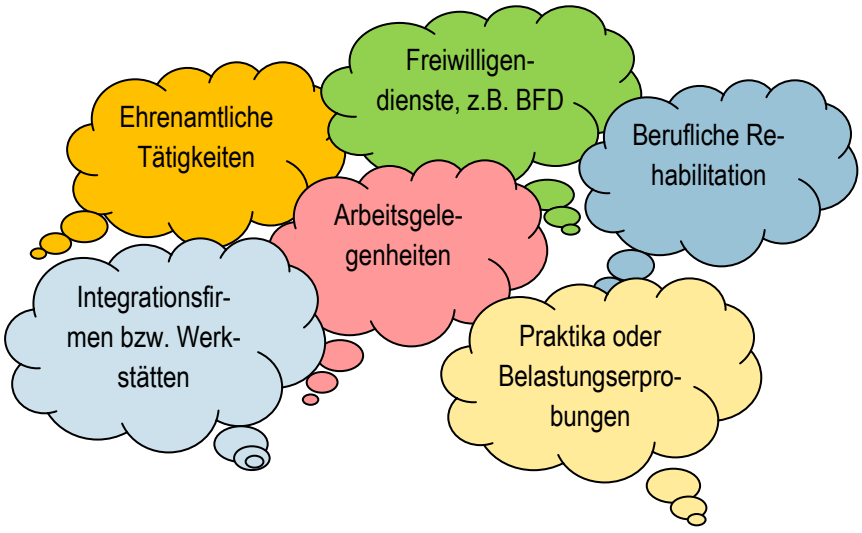
Dabei wird vor allem die Unterstützung durch andere Erwerbslose als hilfreicher empfunden als die von Familie und Freunden.

Ein individueller und verständnisvoller Umgang, die Hilfe bei Antragsstellungen und Formularen sowie eine hohe Transparenz über Entscheidungen und Fördermöglichkeiten seitens des Jobcenters können ebenfalls eine Integration erleichtern.

Die Vorbereitung und Unterstützung beim sukzessiven Einstieg ist empfehlenswert. Erarbeiten Sie mit Ihrem Klienten im Vorfeld folgende Fragestellungen (nutzen Sie auch die Arbeitshilfe auf der folgenden Seite).

⇒ **Was bedeutet Arbeit für mich?**
⇒ **Welchen Mehrwert kann mir eine Erwerbsarbeit bringen?**
⇒ **Wie kann ich Hindernisse und Schwierigkeiten bewältigen?**
⇒ **Welche Alternativen können mir den Einstieg erleichtern?**

Zum stufenweisen Eintritt und zur Erprobung können helfen:



Besonders ehrenamtliche Tätigkeiten und Freiwilligendienste können einen erheblichen Mehrwert für das psychosoziale Wohlbefinden (Langzeit-)Erwerbsloser darstellen.

Das Engagement für sich, für andere und mit anderen können Selbstwirksamkeit, -bewusstsein sowie Tages– bzw. Wochenstruktur und soziale Kontakte fördern. Niedrigschwellige Förderangebote und Maßnahmen, wie AGH, öffentlich geförderte Beschäftigung und Coachingmaßnahmen, aber auch die Einbindung in Integrationsfirmen können ebenfalls die Selbstwirksamkeit der Betroffenen fördern.

MEIN WEG ZURÜCK INS ARBEITSLEBEN (nach psychenet, 2017)

Arbeit bedeutet für mich/Bei der Arbeit ist für mich wichtig:

_____

_____

Arbeit und Arbeitgeber	Was spricht dafür?	Wie wichtig ist das?	Was spricht dagegen?	Wie wichtig ist das?
Kehre ich wieder an meinen alten Arbeitsplatz mit den gleichen Arbeitsaufgaben zurück?				
Lasse ich mich bei meinem alten Arbeitgeber an eine andere Stelle versetzen?				
Möchte ich bei einem neuen Arbeitgeber die gleiche Arbeit verrichten wie bisher?				
Möchte ich bei einem neuen Arbeitgeber eine andere Tätigkeit ausüben?				
Arbeitszeit				
Nehme ich eine Vollzeitbeschäftigung auf?				
Nehme ich eine Teilzeitbeschäftigung auf?				
Versuche ich es mit einer stufenweisen Wiedereingliederung?				
Alternativen				
Arbeite ich erst einmal in einem Mini-Job, um meine Belastbarkeit zu testen?				
Soll ich eine Weiter-, Fort-, oder andere Ausbildung machen?				
Brauche ich eine berufliche Rehabilitation?				
Kommt eine Arbeit in einer Werkstatt für Behinderte für mich infrage?				
Versuche ich es erst einmal mit einer ehrenamtlichen Tätigkeit?				
Probiere ich mich in einem Bundesfreiwilligendienst?				
Kommt für mich eine Berentung infrage?				

Sind mir Vor- und Nachteile der einzelnen Möglichkeiten klar?	□ Ja	□ Nein
Ist mir klar, welche Vor- und Nachteile für mich am wichtigsten sind?	□ Ja	□ Nein
Habe ich das Gefühl, dass ich jetzt für mich eine richtige Entscheidung treffen kann?	□ Ja	□ Nein
Kann ich meine Entscheidung ohne äußeren Druck treffen?	□ Ja	□ Nein
Sieht meine Entscheidung ohne äußeren Druck anders aus?	□ Ja	□ Nein

Quelle: psychenet (2017). Entscheidungshilfe. Meine Entscheidung zur Wiederaufnahme der Arbeit. Verfügbar unter: http://psychenet.de/images/Entscheidungshilfen/Arbeit/Meine_Entscheidung_2017.pdf (aufgesucht am 17.11.2017)

BEDINGUNGEN AM ARBEITSPLATZ

Bevor der Einstieg eines psychisch belasteten Arbeitnehmers erfolgt, sollten

⇒ eine stufenweise Anpassung der Arbeitszeit abgesprochen sein, z.B. Einstieg mit 20 Wochenstunden und sukzessive Erhöhung auf 35 Wochenstunden

⇒ Arbeitgeber und Kollegen über mögliche Herausforderungen sensibilisiert und über deren Bewältigung und Fördermöglichkeiten aufgeklärt werden. Eine „Willkommenskultur" sowie das Verständnis von Arbeitgeber und Kollegen gegenüber dem psychisch Beeinträchtigten sind erforderlich.

Wichtig: Beachten Sie den Datenschutz und klären Sie im Vorfeld mit Ihrem Klienten ob und inwieweit der Arbeitgeber über vorliegende Beeinträchtigungen informiert und aufgeklärt werden darf. Nutzen Sie die Beratung beim Integrationsfachdienst!

⇒ ein persönlicher Ansprechpartner/Mentor an der neuen Arbeitsstelle, der neben der Einweisung und Einarbeitung auch die soziale Integration unterstützt sowie bei Fragen und Problemen mit dem Arbeitgeber, zur Verfügung stehen. Regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Mentor sind wünschenswert.

⇒ hoher Leistungsdruck sowie Mehrarbeit vermieden werden.

⇒ eine feste und regelmäßige Arbeitszeit, wenn möglich am natürlichen Tag-Nacht-Rhythmus ausgerichtet, sowie eine geregelte und ggf. zusätzliche Pausenzeit gegeben sein.

Weitere Tipps finden Sie u.a. in der Broschüre „In Schwermut steckt Mut! Wie sich berufliche Teilhabe von Menschen mit Depressionen gestalten lässt" von REHADAT, hier kostenlos abrufbar.

STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN

⇒ Ein besserer Zugang und Ausbau von Rehabilitationsmaßnahmen ist erforderlich.

⇒ Ebenso sollte ein ganzheitlicher Ansatz in der psychosozialen Versorgung gewährleistet sein. Das heißt, berufliche Rehabilitation müsste im Rahmen einer Behandlung thematisiert und eine Eingliederung als Qualitätsindikator für eine erfolgreiche Behandlung geltend gemacht werden.

⇒ Zudem ist ein besonderes Augenmerk auf die Rückfallprophylaxe förderlich.

⇒ Behandler fordern passgenaue, auf die Bedarfslage der Menschen mit psychischen Störungen zugeschnittene Maßnahmen. Zu große Teilnehmerheterogenität sollte allerdings vermieden werden.

Weitere Informationen zur beruflichen Teilhaben von beeinträchtigen Menschen finden Sie bei/unter

⇒ REHADAT

⇒ Deutsche Rentenversicherung

⇒ Integrationsfachdienst

3 SELBST STARK BLEIBEN - DER GESUNDE BERATER

Es wurden Ihnen bereits verschiedenste Hilfestellungen und Strategien für die Beratung von psychisch belasteten Erwerbslosen aufgezeigt, die auch zu Ihrer persönlichen Stabilität beitragen. Im folgenden Kapitel möchten wir weitere Methoden und Handlungsempfehlungen speziell für Sie in Ihrer Rolle als Integrationsbegleiter/-coach vorstellen – denn „nur ein gesunder Berater kann gesund beraten".

Tipp: Stellen Sie in der Beratung mit dem Klienten klare Regeln auf und setzen persönliche Grenzen für Ihre Selbstfürsorge. Geben Sie z.B. keine privaten Kontaktmöglichkeiten wie Handynummer oder E-Mail-Adressen an Ihre Klienten heraus und besprechen die Zeiten, in denen Sie für Ihre Klienten erreichbar sind. Zeigen Sie aber auch Möglichkeiten und Ansprechpartner außerhalb dieser Zeiten auf.

3.1 UMGANG MIT SPANNUNGEN IN DER BERATUNG

Vor allem in Gruppenangeboten kann es vorkommen, dass Teilnehmer Unverständnis gegenüber der angebotenen Maßnahme zeigen, keinen Nutzen darin sehen sowie ihren Missmut darüber ausdrücken oder das Angebot gar ablehnen. Solche Situationen fordern Sie in Ihrem Tun und Handeln als Integrationsfachkraft. Im Folgenden werden Ihnen als Orientierung mögliche Reaktionen auf typische Fallstricke aufgezeigt, die ebenso auf Einzelberatungen übertragen werden können.

Fallstricke	Ausdrucksformen	Reaktionsmöglichkeiten
Fragen nach dem „Nutzen" einer Übung als Kritik einordnen	⇒ Was soll das überhaupt? ⇒ Wie bekomme ich dadurch Arbeit? ⇒ Was kann ich damit für Bewerbungen anfangen?	⇒ Beantworten Sie die Einwände wie eine „echte" Frage! ⇒ Bringen Sie Beispiele für den Nutzen im Beruf und/oder Alltag! ⇒ Beziehen Sie die Gruppe ein und fragen Sie z.B. „Wo sehen Sie den Nutzen?"
Abwertungen des Themas persönlich nehmen	⇒ „Psychokram" ⇒ „Ich kann damit absolut nichts anfangen!" ⇒ Aggressives „Das nutzt gar nichts!"	⇒ Stellen Sie Konkretisierungsfragen wie: „Was genau ist hier für Sie „Psychokram"?" ⇒ Auf Emotionen eingehen: „Was ärgert Sie gerade?" ⇒ Ignorieren Sie den Kommentar!
Zu viel Verantwortung für die Teilnehmenden übernehmen	⇒ Beispiel: Die Leiterin pinnt die Ergebnisse einer Kleingruppenarbeit an, liest sie vor und ergänzt die sehr kurzen Redebeiträge der Teilnehmenden. Zu Hause wundert sie sich über die geringe Beteiligung der Gruppe und ihre Erschöpfung.	⇒ Anweisen! „Bitte pinnen Sie die Ergebnisse an und tragen sie vor." ⇒ Fragetechniken einsetzen! „Was haben Sie diskutiert? Wie sind Ihre Erfahrungen?" ⇒ Schweigen der Gruppe aushalten können!
Konflikte in der Gruppe ignorieren	⇒ Schwierige Teilnehmende (negative Ablehner, Aussteiger, Besserwisser) ⇒ Kampf und Abwertung zwischen Teilnehmenden ⇒ Unbewusste Abneigung und besondere Zuneigung zu Teilnehmenden (blinde Flecken)	⇒ Konflikte sind Teil des Lebens: Also fragen Sie sich, welche Konflikte gibt es in der Gruppe? ⇒ Unstimmigkeiten sofort ansprechen: Was ist passiert? ⇒ Zweiergespräche üben, begleiten ⇒ Regelmäßige (kollegiale) Supervision, um Fälle zu besprechen

Quelle: Bernds & Kuhnert, 2008, S.65, zitiert nach Kuhnert & Kaczerowski, 2011, S. 36

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Reflektieren Sie, welchen Erwartungshaltungen Sie ausgesetzt sind, wie diese eventuell zu Spannungen in Ihren Beratungen führen können und was Ihnen eine Erleichterung bieten kann.

3.2 WENN BERATUNGEN ESKALIEREN

In der Beratung von psychisch beeinträchtigten Personen kann es vorkommen, dass eine Situation eskaliert bzw. zu eskalieren droht. Wir sprechen von Extremsituationen, in denen z.B. der Klient gewalttätig wird oder Gewalt androht, Selbstmordgedanken äußert, Panikattacken erleidet oder ähnliches.

Machen Sie sich im Vorfeld Gedanken,

⇒ in welchem Setting Sie Ihre Beratung durchführen. Wie sind z.B. Tisch und Stühle in Ihrem Beratungsraum aufgestellt? Können Sie in einer Notsituation den Raum gefahrlos verlassen?

⇒ wer über Ihre Hausbesuche informiert ist und ggf. für Hilfe sorgen kann.

⇒ welche Räume in der Lebenswelt des Klienten alternativ für Gespräche zu Hause genutzt werden können. Ist ein angrenzender Park, Freiflächen, Sport– oder Spielplatz nutzbar?

⇒ ob sie gemeinsam mit Ihrem Kollegen Beratungsgespräche bei besonders aggressiven oder auffälligen Klienten durchführen können.

Auf nachfolgender Seite finden Sie einen „Notfallplan“ zum Vorgehen in einer Extremsituation für Ihren Arbeitsplatz, den Sie sich individuell anpassen können. Dieser soll Ihnen als Handlungshilfe dienen und Ihre Selbstsicherheit stärken.
Beachten Sie bitte dabei, dass es in den verschiedenen Situationen auch verschieden zu reagieren gilt. Denken Sie in einer solchen Situation immer an Ihren **Selbstschutz** – bringen Sie sich ggf. in Sicherheit. In anderen Situationen ist es wichtig, den Klienten nicht alleine zu lassen und ihn zu betreuen bis Hilfe eintrifft. Unternehmen Sie jedoch auch keine „Alleingänge“: Verständigen Sie Kollegen und Hilfskräfte und warten auf deren Eintreffen, fahren Sie den Klienten nicht eigenständig in ein Krankenhaus o.ä.
Bestehen in Ihrer Einrichtung bereits vergleichbare interne Pläne, ziehen Sie diese dem hier dargestellten vor. Wurde bisher kein Plan zum Vorgehen in einer eskalierenden Situation erarbeitet, bietet es sich an, den vorgeschlagenen Plan in einer Teamsitzung mit Kollegen und Führungskräften zu besprechen, zu vervollständigen und ggf. an andere Kollegen zu verteilen.

WER MACHT WAS, WENN BERATUNGEN ESKALIEREN?

1 Gefahrenmeldung

Der Beratende informiert Kollege und
bleibt beim Klienten/*bringt sich in Sicherheit*

Tel. Kollege _____
_____

Der Kollege meldet die gefährdende Situation:
Tel. Feuerwehr u. Rettungsdienst 112
Tel. Polizei 110
Tel. SPDI _____

**Gefahr melden –
Hilfe anfordern**

⇒ Wer meldet?
⇒ Was ist passiert?
⇒ Wo ist es passiert?
⇒ Sind Menschen in Gefahr?
⇒ Sind Menschen verletzt?
⇒ Warten auf Rückfragen

Ruhe bewahren.
Im Gespräch mit Klienten bleiben.
Klienten ernst- und wahrnehmen.

2 Benachrichtigung der Anwesenden

Der Kollege informiert hausintern
und bleibt in der Nähe des Beratenden und Klienten/
bringt sich in Sicherheit.

Tel. Geschäftsführung/ Teamleitung _____
Tel. Empfang/Pforte _____
_____
_____

**Über Vorgehen informieren –
Aufgaben verteilen**

⇒ „Es besteht eine eskalierende Beratungssituation“
⇒ „Hilfe ist bei _____ angefordert“
⇒ „In Kürze wird Hilfe von _____ eintreffen“
⇒ „Bitte halten Sie die Zugänge frei“
⇒ „Bitte leiten Sie die Hilfskräfte in das Büro/den Raum____“

Ruhe bewahren.
Beratenden unterstützen.
Klienten beruhigen.

3 Benachrichtigung von Angehörigen

Der Kollege (oder der Beratende nach Eintreffen der Hilfskräfte) informiert Angehörige und/ oder weitere Bezugspersonen über Situation, schildert weiteres Vorgehen und bittet um Unterstützung.

**Kontakt aufnehmen –
Begleitung anfordern**

⇒ „Ihr Angehöriger ist während unserer Beratung ….“
⇒ „Er befindet sich bei uns/auf dem Weg …“
⇒ „Bitte begleiten Sie ihn bei …“

Dem Klienten Beistand leisten
und nicht alleine lassen.
Ggf. mit Rettungsassistenz begleiten

GEFÖRDERT DURCH DEN FREISTAAT THÜRINGEN AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS

KOMMUNIKATION WÄHREND EINER KRISE

In einer **psychotischen Krise** fällt es dem Betroffenen schwer, seine Gefühle, Ängste, Wünsche und Erwartungen offen und klar auszusprechen sowie diese von anderen wahr- und anzunehmen. Akute psychotische Krisen können außerdem auch mit einem Realitätsverlust einhergehen.
Deshalb beachten Sie, dass eine psychotische Krise kein geeigneter Raum für eine Grundsatzdiskussion oder eine Besprechung von positiven oder negativen Gefühlen ist. Versuchen Sie, Ruhe auszustrahlen und dem Betroffenen nicht „seine Realität" auszureden, was negative Auswirkungen haben könnte. Zeigen Sie Verständnis und Akzeptanz und sorgen Sie für eine ruhige Umgebung, da der Betroffene intensiver auf Reize, wie Geräusche oder Farben, reagiert. Versuchen Sie, mit ihm über neutrale Themen zu sprechen (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., o.J.).

Vermeiden Sie während einer **aggressiven Situation,** den Klienten zu provozieren sowie geschlossene Fragen zu stellen, da er sich bedrängt fühlen könnte. In einer angespannten Situation ist es oftmals hilfreich, auch Zugeständnisse zu machen und keine Diskussion darüber zu führen, wer Recht und Unrecht hat. Nehmen Sie den Betroffenen ernst und treten ihm – wenn möglich – offen gegenüber (ebd.).

Weiterführende Informationen finden Sie hier.

KOMMUNIKATION NACH EINER KRISE

Nachdem die akute Situation überstanden und der Klient versorgt ist, kommen Sie zur Ruhe. Atmen Sie einmal tief durch und gönnen Sie sich eine Pause. Gehen Sie wenn möglich nicht sofort in das nächste Klientengespräch oder in die nächste Beratung. Suchen Sie sich ggf. Gesprächspartner, um das Erlebte zu besprechen und zu verarbeiten (siehe dazu auch Kapitel 4.3).
Im nachfolgenden Umgang mit Ihrem Klienten ist es ratsam, mit ihm über die erlebte Krise zu sprechen. Viele neigen dazu, über die akute Situation zu schweigen, sie auszublenden,

um sie möglichst schnell zu vergessen. Doch sollten nochmal beide Sichtweisen dem jeweiligen Gegenüber vorgetragen werden, um eventuelle Konflikte in der Akutsituation zu klären und sich der Gefühle des anderen bewusst zu werden. Nutzen Sie ein solches Gespräch auch, um gemeinsam zu überlegen, was bei einer erneuten Krise helfen könnte und wie besser reagiert werden kann. Die Resultate können Sie in der Krisen-Checkliste aus Kapitel 2.3 festhalten (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., o.J.).

SUIZIDALITÄT ALS KRISENFALL (von Torsten Wendt, Horizont e.V.)

„Unter dem Begriff ‚Suizidalität' werden alle Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen zusammengefasst, die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen. Suizidalität umfasst einen breiten Bereich menschlichen Erlebens und Verhaltens, der sich vom Bedürfnis nach Ruhe oder einer Pause im Leben über den Wunsch, (ohne eigenes Zutun) tot zu sein, Gedanken an und Pläne für die Selbsttötung bis hin zur konkreten Suizidhandlung erstreckt." (Eink; Haltenhof, 2012) Damit ist bei aller Individualität suizidaler Krisen bereits ein typischer Entwicklungsprozess grob umrissen, welcher in unterschiedlichen Krisenmodellen ähnlich bzw. konkretisierend als präsuizidales Syndrom oder als Phasenmodell mit den Stadien der Ambivalenz, der Erwägung, des Entschlusses und der Umsetzung beschrieben wird (für einen Überblick vgl. exemplarisch Lieb, 2012).

Suizidalität oder suizidales Verhalten stellen dabei keine eigenständig klassifizierte psychische Erkrankung dar, sondern sind als Symptome einer existentiellen psychosozialen Krisen- und psychischen Notsituation zu verstehen, für deren Bewältigung die vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien aus der subjektiven Sicht Betroffener nicht ausreichend erscheinen.

Als besondere **Risikofaktoren** gelten neben einer biopsychosozialen Prädisposition erlernter Hilflosigkeit unter anderem psychische Erkrankungen, in der Genese vorliegende Suizidversuche, vollzogene Suizide in der Familie, soziale Deprivation, ein Fehlen von Zukunftsperspektiven und Lebenssinn, Scham-, Schuld- und Insuffizienzgefühle etc. (vgl. ebd.).

Als besondere I**ndikatoren** der Zuspitzung einer suizidalen Krise gelten Äußerungen, die das eigene Leben in Frage stellen, Mitteilungen, nicht mehr leben zu wollen oder konkrete Vorstellungen und Vorbereitungen bezüglich der Art und Weise der Selbsttötung. Im Rahmen der Entschlussphase ist darüber hinaus häufig eine paradox erscheinende Entspannung zu beobachten, welche wohl aus dem Ende der quälenden Phase der Ambivalenz herrührt und oft mit einer Ordnung letzter Dinge als Abschiedsvorbereitung einhergeht. Diese Phase kann vom Umfeld als Verbesserung des krisenhaften Erlebens und Verhaltens fehlinterpretiert werden (vgl. ebd.).

Deutschlandweit sind jährlich ca. 10 000 Todesfälle durch Suizid zu verzeichnen, was in etwa der Summe aller Sterbefälle durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und Gewaltverbrechen im gleichen Zeitraum entspricht (vgl. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, o. A.).

Trotz dieser Häufigkeit stellt das Thema Suizidalität in der Öffentlichkeit immer noch ein Tabuthema dar und sorgt quer durch alle Helfersystemen bei psychosozial Tätigen für Ängste und Befürchtungen. Dies verwundert nicht weiter, da der Begleitung von Menschen in akuten psychischen Notsituationen mehrere Herausforderungen immanent sind.

Die **Intervention** in suizidalen Krisen ist (in der Regel) kein Alltagsjob, sondern ein wiederkehrendes Extrem. Es existiert daher keine Routine im Umgang mit der Situation, dennoch müssen in kürzester Zeit Entscheidungen getroffen werden, von denen unter Umständen Leben und Gesundheit abhängen.

Das Thema Krisenintervention verursacht in der Wahrnehmung vieler professioneller Helfer einen hohen Anspruch daran, die „einzig richtige" Entscheidung treffen und umsetzen sowie Konsequenzen des sich daraus ergebenden Handelns juristisch verantworten zu müssen.

Im günstigen Fall weckt dies Fragen nach der eigenen Kompetenz, im ungünstigen Fall führen genau diese aber zu weiteren Befürchtungen und Ängsten, welche lähmend wirken und Handlungsunfähigkeit provozieren können. Aus diesen Gründen ist davon auszugehen, dass von einer existentiellen Krise nicht nur die Menschen in der konkreten psychosozialen Notlage, sondern auch professionelle Begleiter betroffen sind. Daher ist es in psychosozialen Handlungsfeldern sinnvoll, nicht nur für Adressaten der Hilfe einen Krisenplan zu entwerfen, sondern gleichermaßen auch einen Kriseninterventionsleitfaden für Helfer zu definieren (siehe Punkt 3.2. – Wenn Beratungen eskalieren).

An dieser Stelle eine theoretisch nicht belegbare Faustregel aus der Praxis für die Praxis der Integrationsbegleitung: kein Suizident möchte tatsächlich sterben, er möchte und kann nur nicht mehr dieses eine unerträglich leidvolle Leben weiterführen; allein aus diesem Grund lohnt sich Krisenintervention!

Aber auch die **rechtliche Situation** stellt Ansprüche. Suizid oder suizidales Verhalten gilt in Deutschland juristisch nicht als Straftat, sondern als Unglücksfall. Daraus schlussfolgernd ergibt sich nach § 323 c Strafgesetzbuch (StGB) für jedermann eine Verpflichtung zur Gefahrenabwehr und Nothilfe. Die Missachtung dieser Verpflichtung kann als unterlassene Hilfeleistung mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe geahndet werden.
Noch dramatischer gilt dies für sozial Arbeitende mit einer **„Garantenpflicht",** welche sich nach § 13 StGB aus einer besonderen rechtlichen Verpflichtung ergibt. Hier kann die unterlassene Hilfeleistung nach §§ 212, 213, 223 StGB sogar

als Tötung oder Körperverletzung durch Unterlassung mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet werden. Ob es sich bei der Integrationsbegleitung um eine solche Garantenstellung handelt, wird von der jeweiligen Übernahme von Schutz- und Beistandspflichten sowie dem Charakter und der Intensität des Beratungssettings abhängen. Möglicherweise bestehen hier noch einmal Unterschiede zwischen einem eher auf sachliche Beratung zur Arbeitsmarktintegration angelegten Projektansatz und einem psychosozialen Beratungsangebot von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.
Ungeachtet einer strafrechtlichen Verfolgung können „Behandlungsfehler (auch von sozial Arbeitenden) bei der Wahrnehmung und Beurteilung entsprechender Äußerungen und Verhaltensweisen des Suizidenten“ (Eink; Haltenhof, 2012) zu zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen und Schmerzensgeldforderungen führen.
Andererseits besitzen psychosoziale Helfer keine Erfolgs- sondern Prozessverantwortung. Sozial Arbeitende, und damit Integrationscoaches, sind also dafür verantwortlich, den Prozess der Hilfe und Begleitung aus fachlicher Perspektive optimal auszugestalten, nicht aber für den Erfolg dieser Maßnahmen. Neben einer guten fachlichen und organisatorischen Vorbereitung (haben Sie schon die Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Rettungsleitstelle in die Vorlage im Kapitel 4.2 „Mein regionales Netzwerk“ eingetragen?) sollten Sie daher den Prozess der Begleitung gerade in bzw. nach Kriseninterventionen sehr gut dokumentieren.

3.3 DIE KOLLEGIALE BERATUNG

In der täglichen Arbeit mit Menschen kommt es immer wieder zu belastenden Situationen, Fällen, in denen Sie nicht weiterwissen oder den Rat von Kollegen benötigen.

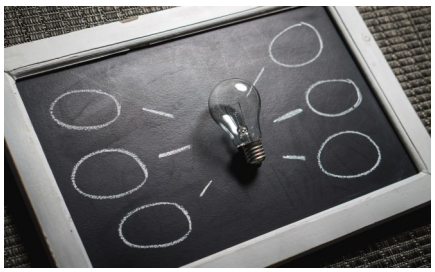
Die kollegiale Beratung bietet hierbei eine effiziente und kostengünstige Variante der Beratung, die sich leicht als fester Bestandteil im Team etablieren lässt.

Durch die unterschiedlichsten Sichtweisen, Kompetenzen und Berufserfahrungen der Kollegen bietet diese Methode ein vielseitiges und umfassendes Beratungswerkzeug, das ebenso zur Nachbereitung und Verarbeitung erlebter Krisen und belastender Situationen in der Arbeit mit Ihren Klienten hilfreich sein sowie Unterstützung bei anstehenden Herausforderungen bieten kann.

Während bei einer Supervision ein externer Supervisor dem Team zur Seite steht und die Gruppe anleitet, wird die kollegiale Beratung, eine sogenannte Intervision, von den eigenen Teammitgliedern geleitet und durchgeführt. An den Sitzungen sollten bestmöglich alle Mitarbeiter teilnehmen, um die Möglichkeit des Austausches zu gewähren und als Berater für den ratsuchenden Kollegen zur Verfügung zu stehen.

ABLAUF EINER KOLLEGIALEN BERATUNG

Zu Beginn jeder Sitzung sollte eine Person festgelegt werden, die die einzelnen Schritte moderiert und anleitet sowie auf die Einhaltung der Regeln achtet („Leitung“). Es kann eine weitere Person bestimmt werden, die auf die Einhaltung der Zeit achtet und hinweist („Zeitnehmer“). Die Rollenverteilung kann zu jeder Beratung neu vorgenommen werden.



1 **Fallsammlung** (10 Minuten)
Jeder Kollege, der Unterstützung und Rat in einem Fall sucht, trägt diesen kurz vor und wirbt um die Beratung in „seinem“ Fall.

2 **Fallauswahl** (5 Minuten)
Bei mehreren Fällen zur Auswahl kann eine Abstimmung erfolgen, indem jeder Kollege sich für einen Fall entscheidet. Anhand einer Strichliste werden eine Reihenfolge der Fälle und der erste „Fallgeber“ festgelegt. Wenn dieser möchte, kann zusätzlich ein Protokollant bestimmt werden, der die Beratungsansätze der Kollegen für den Fallgeber zum Nachlesen aufschreibt.

3 **Spontanbericht** (10 Minuten)
Der Fallgeber berichtet über das vorhandene Problem oder die belastende Situation mit einem Klienten.

4 **Schlüsselfrage** (5 Minuten)
Der Beratungsbedarf soll nun durch den Fallgeber in einer konkreten Frage formuliert werden. Geschlossene Fragen (ja/nein) sind dabei ungünstig. Sollte es dem Kollegen schwerfallen, die Frage zu formulieren, ist es hilfreich, wenn die Leitung die Überlegungen des Fallgebers für diesen sichtbar wortwörtlich mitschreibt, um daraus die entscheidende Schlüsselfrage zu bilden.

5 **Nachfragen** (10 Minuten)
Nun können die Kollegen Fragen zum Verständnis und zum Sachstand an den Fallgeber stellen, die dieser direkt beantwortet. Dabei sollten von allen Beteiligten noch keine Vermutungen, Assoziationen und Deutungen geäußert werden. Die Leitung hat auf die Einhaltung zu achten.

Alternativ können Sie auch mittels vorgegebener Satzanfänge wie „Ich frage mich…" Ihre Fragen formulieren.

6 **Assoziationen** (10 Minuten)
In dieser Phase schweigt der Fallgeber. Die Kollegen äußern, welchen Eindruck sie von dem Fall, dem Klienten, der Situation haben, was ihnen in den Sinn kam. Dabei findet keine Beratung statt, es werden weder Tipps noch Handlungsvorschläge gegeben.

Auch hier besteht die Alternative, dass jeder in der Runde durch einen festgelegten Satzanfang wie „Meine Hypothese ist…" seine Aussage formuliert.

7 **Beratung** (ohne Zeitlimit)
In der Phase der Beratung ist jeder beratende Kollege (inkl. Leitung, Zeitnehmer und Protokollant) verpflichtet, dem Fallgeber eine Lösungsmöglichkeit mitzuteilen, die er mit dem Satzanfang „Ich an deiner Stelle würde…" beginnt.
Neigen die Kollegen dazu, bereits Gesagtes aufzugreifen oder zu wiederholen, kann es hilfreich sein, dass zu Beginn dieser Phase jeder seine Überlegung auf eine Karte schreibt.

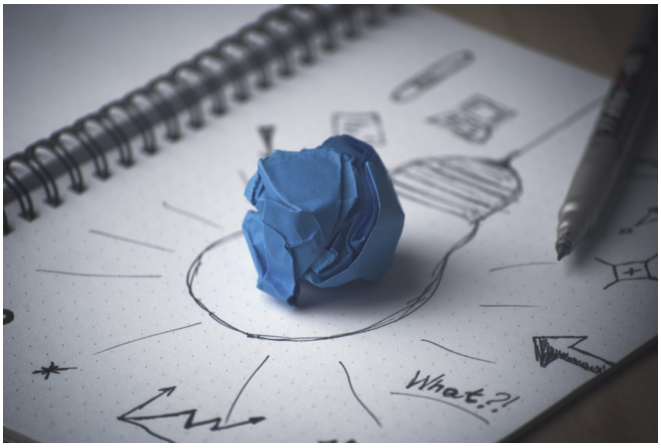
Die Beratungsphase kann ebenso alternativ mittels vorgegebener Satzanfänge gestaltet werden. Es besteht die Option, die Lösungsmöglichkeiten und Vorschläge mit folgenden Worten zu beginnen:

⇒ *„An deiner Stelle würde ich…"*
⇒ *„Darauf solltest du besonders achten…"*
⇒ *„Diese ungenutzte Ressource sehe ich in dieser Situation…"*
⇒ *„Darüber wurde überhaupt noch nicht gesprochen…"*
⇒ *„Mein Kompliment an dich…"*

Achten Sie dabei jedoch auf Ihre zeitlichen Ressourcen. Die Phase sollte nicht zu lang dauern.

8 **Abschluss** (10 Minuten)
In der abschließenden Phase gehört das Wort allein dem Fallgeber. Er hat nun die Möglichkeit, sich für die vielen Vorschläge und Anregungen zu bedanken und teilt mit, welche er als gut bewertet und auch versuchen wird umzusetzen.
(Mienert, 2017)

Mit dem Durchlauf aller Phasen ist der Fall abgeschlossen. Es empfiehlt sich, auch nicht mehr in den Pausen oder bei anderen Gelegenheiten darüber zu sprechen. Als Teilnehmer einer Fallberatung verpflichtet man sich zu absoluter Verschwiegenheit und trägt das Gesagte nicht nach außen.



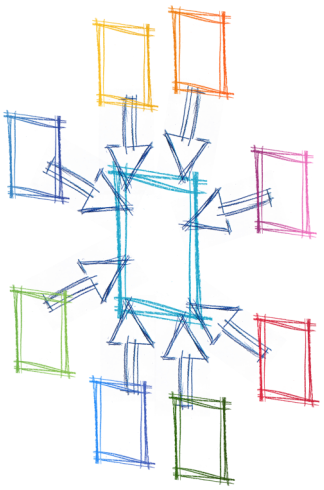
4 NETZWERKE UND PARTNER

Als ein Akteur im Hilfe- und Unterstützungssystem des Klienten mit psychischen Einschränkungen ist es hilfreich, zusätzliche Ressourcen von anderen sozialen Akteuren in Anspruch nehmen zu können. Sie können so von Expertisen, weitreichenden Hintergrundinformationen und umfänglichen Infrastrukturen der anderen profitieren und effizientere Lösungen dem Betroffenen eröffnen.

Vor allem in Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist ein Hand-in-Hand-Arbeiten mit allen im Hilfesystem Beteiligten notwendig, um eigene Ressourcen effektiv einzusetzen und Energien nicht unnötig zu verschwenden.

Im Folgenden werden wir Ihnen einen Überblick über bereits vorhandene Versorgungsstrukturen im psychiatrischen Arbeitsschwerpunkt aufzeigen, Ihnen die Möglichkeit geben, Ihr eigenes Netzwerk zusammenzustellen und nützliche weiterführende Links zusammenzufassen.

Alle Übersichten und Auflistungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich lediglich um Empfehlungen und hilfreiche Tipps.



4.1 HILFREICHE ADRESSEN IN THÜRINGEN

Das Land Thüringen als auch Landkreise und kreisfreie Städte in Thüringen haben umfassende Übersichten über Angebote und Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung veröffentlicht. Sie dienen vor allem Betroffenen und Angehörigen, aber auch Mitarbeitern von Einrichtungen und Diensten als Orientierung. Neben Kontakt- und Beratungsangeboten werden Fachkliniken und teilweise auch Selbsthilfegruppen vorgestellt.

	Name	Inhalt	Link	Herausgeber
Thüringen	Psychiatriewegweiser Thüringen	⇒ Kontakt- und Beratungsangebote ⇒ Wohnen ⇒ Arbeit und Ausbildung ⇒ Tagesstrukturierung ⇒ Fachkliniken	http://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/psychiatriewegweiser_2016_internet.pdf	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
	Thüringer Wegweiser für Suchtfragen	⇒ Suchtberatung ⇒ Qualifizierte Entgiftungseinrichtungen ⇒ Entwöhnungsbehandlung ⇒ Komplementäre und spezifische Angebote ⇒ Selbsthilfegruppen	http://www.tls-suchtfragen.de/?wpdmpro=thueringer-wegweiser-fuer-suchtfragen-2014&wpdmdl=2800	Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V.
	Selbsthilfe in Thüringen	Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen	http://www.selbsthilfe-thueringen.de/kontaktstellen.html	IKOS Jena

Land-kreis(kreisfreie Städte	Name	Inhalt	Link	Herausgeber
Altenburger Land	Wegweiser Gesundheit	u.a. ⇒ Psychiatrie und Psychotherapie ⇒ Kliniken ⇒ Selbsthilfegruppen	http://www.total-lokal.de/city/altenburg/data/04600_65_02_16/files/assets/common/downloads/Wegweiser%20Gesundheit%20Altenburger%20Land.pdf	Gesundheitsbeirat Altenburger Land und Umgebung
Erfurt	Wegweiser für Psychiatrie und Sucht	⇒ Kontakt und Begegnung ⇒ Beratung und Behandlung ⇒ Eingliederungshilfe und Teilhabe ⇒ Teilhabe am Arbeitsleben	http://www.erfurt.de/mam/ef/service/mediathek/publikationen/2017/psychiatriewegweiser_2017.pdf	Amt für Soziales und Gesundheit, Koordinierungsstelle für Psychiatrie, Sucht und Prävention
Gera	Psychiatriewegweiser	⇒ Kontakt- und Beratungsangebote ⇒ Wohnen ⇒ Arbeit und Ausbildung ⇒ Tagesstätten ⇒ Fachkliniken ⇒ Selbsthilfe	https://www.gera.de/fm/193/Sucht-%20und%20Psychiatriewegweiser%20Gera%202016.pdf	Stadt Gera
Jena	Psychiatrie- und Suchthilfe-Wegweiser	u.a. ⇒ Beratungsangebote ⇒ Kontakt- und Begegnungsstätten ⇒ Medizinische Behandlungsangebote ⇒ Berufliche Rehabilitation ⇒ Selbsthilfe	https://www.jena.de/fm/1727/Psychiatrie-%20und%20Suchthilfe-Wegweiser%202017.284719.pdf	Stadtverwaltung Jena, Dezernat Soziales und Familie, Fachdienst Gesundheit
Saale-Holzland-Kreis	Selbsthilfewegweiser	Selbsthilfegruppen	http://www.saaleholzlandkreis.de/fileadmin/user_upload/PDF/2017_PDF/2017_Selbsthilfewegweiser_SHK.pdf	Selbsthilfekontaktstelle im Gesundheitsamt des Saale-Holzland-Kreises
Schmalkalden-Meiningen	Sozialer Wegweiser	u.a. ⇒ Menschen mit Behinderung ⇒ Gesundheit ⇒ Selbsthilfe	http://www.total-lokal.de/city/meiningen/data/98617_57_07_17.pdf	Landkreis Schmalkalden-Meiningen

Land-kreis/kreisfreie Städte	Name	Inhalt	Link	Herausgeber
Wartburgkreis	Wegweiser Gesund-heitsförderung	u.a. ⇒ Seelische Gesundheit ⇒ Suchtprävention	http://www.wartburgkreis.de/soziales-gesundheit/gesundheit/praeventionswegweiser/	Landratsamt Wartburgkreis
	Hilfe zur Selbsthilfe	Selbsthilfegruppen	http://www.wartburgkreis.de/fileadmin/redaktion/Soziales_und_Gesundheit/Amt_43/431IM_Broschuere_SHGVorstellungen.pdf	Landratsamt Wartburgkreis

4.2 MEIN REGIONALES NETZWERK

Nutzen Sie die Arbeitshilfe, um eine Übersicht über Ihr eigenes Netzwerk zu gestalten und alle möglichen Ansprechpartner auf einer Seite zu vereinen.

	Institution	Ansprechpartner	Anschrift	Telefon	E-Mail
Lokale Versorgungsstrukturen	Klinik für Psychiatrie				
	Tagesklinik				
	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)				

	Institution	Ansprechpartner	Anschrift	Telefon	E-Mail
Beratungsmöglichkeiten	Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)				
	Gesundheitsamt				
	Beratungsstelle (Sucht)				
	Beratungsstelle (Erziehung, Familie)				
	Beratungsstelle (allgemein)				
	Peer-Beratung (z.B. Lotsennetzwerk)				
	Selbsthilfekoordination				
	psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen				

	Institution	Ansprechpartner	Anschrift	Telefon	E-Mail
Fachdienste	Ärztlicher Dienst der BA				
	Berufspsychologischer Dienst der BA				
	Integrationsfachdienst				
	Berufsförderungswerk				

	Institution	Ansprechpartner	Anschrift	Telefon	E-Mail
Sonstige					

4.3 NÜTZLICHE ADRESSEN UND LINKS

Im Folgenden sind ausgewählte Beratungs- und Interessenvertretungen aufgezeigt. Zudem bieten nützliche Weblinks weiterführende Informationen zu psychischen Erkrankungen, Behandlungs- und Umgangsformen sowie Selbsttests.

AKTION WANDLUNGSWELTEN JENA
Schenkstraße 21
07749 Jena
www.wandlungswelten.de

Aktion Wandlungswelten bietet in seinen medizinischen Diensten u.a. eine ambulante psychiatrische Pflege an. Diese Dienstleistung kann von Menschen in Anspruch genommen werden, die sich in einer seelischen Krise befinden oder unter akuten psychischen Erkrankungen, auch mit Suchtmittelmissbrauch, leiden. Mit Hilfe der ambulanten Pflege soll das eigenständige Leben zu Hause ermöglicht und ein stationärer Aufenthalt vermieden werden.

BERUFSFÖRDERUNGSWERK THÜRINGEN GMBH
Am Rathausplatz 2
07580 Seelingstädt
www.bfw-thueringen.de

Das Berufsförderungswerk begleitet psychisch Erkrankte in einem ganzheitlichen Ansatz vom Reha-Assessment (Kompetenzfeststellung, Arbeits- und Belastungserprobung) über Reha-Vorbereitung (abgestufte psychologische sowie fachbezogene Stabilisierung) bis hin zur Qualifizierung und Integration in Arbeit. Als anerkanntes Kompetenzzentrum für psychisch Erkrankte bietet das Berufsförderungswerk in 4 Regionen Thüringens neben einer hochwertigen Qualifizierung in mehr als 25 Berufen individuelle und gruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote (z. B. Ergotherapie, Gesundheitsberatung, Sport, Kommunikationstraining). Für Menschen, die eine umfassende Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche benötigen, besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer Integrationsmaßnahme. Ziel und Ergebnis ist ein Beschäftigungsverhältnis in Unternehmen der Region und unter Berücksichtigung individueller Leistungsvoraussetzungen.

LANDESVERBAND THÜRINGEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER E. V.
Bahnhofstr. 1a
07646 Stadtroda
www.lvapk-thueringen.de

Im Landesverband treffen Angehörige und Freunde von psychisch erkrankten Menschen aufeinander. Sie wollen Informationen über Hilfsangebote geben, sich über eigene Erfahrungen austauschen und Einfluss auf gesetzliche Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung nehmen.

LOTSENNETZWERK THÜRINGEN
und Thüringer Fachstelle Suchtprävention
Dubliner Str. 12
99091 Erfurt
www.lotsennetzwerk.de
www.thueringer-suchtpraevention.info

Das Lotsennetzwerk richtet sich an Menschen mit Suchterkrankungen und unterstützt sie beim Ausstieg aus der Sucht. Die Lotsen sind dabei Menschen, die bereits selbst die akute Phase der Suchtabhängigkeit überwunden haben und nun als Vorbild und Hilfe für andere agieren können. Sie können bei der Suche nach einem passenden Unterstützungssystem helfen und arbeiten dazu eng mit Fachkräften der Suchthilfe, Psychiatrie und Akutmedizin zusammen.

SIT – SUCHTHILFE IN THÜRINGEN
Löberstraße 37
99096 Erfurt
www.sit-online.org

Die Suchthilfe in Thüringen berät, behandelt und betreut suchtkranke Menschen thüringenweit. Neben Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens, Streetwork und Arbeitsprojekten erfolgt in den Beratungsstellen eine Erstberatung, Betreuung, Vermittlung und ambulante Nachsorge.

SYNAPSE WEIMAR KG
Trierer Str. 71
99423 Weimar
www.synapse-weimar.de

Synapse Weimar bietet Expertise im Bereich Berufliche Rehabilitation und berät Einzelpersonen und Organisationen. Dabei werden spezielle Angebote für jeden Einzelfall entwickelt und realisiert.

THÜRINGER LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENER E. V.
Ammertalweg 7
99089 Erfurt
www.tlpe.de

Der Thüringer Landesverband veröffentlicht u.a. eine Vereinszeitschrift „ThuLPE“, in der sich die Mitglieder vielfältigen Themen informativ und unterhaltsam widmen. Inhalte sind vorwiegend Erfahrungsberichte, Gedichte und interessante Geschichten.

THÜRINGER LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E. V.
Werner-Seelenbinder-Str. 14
99096 Erfurt
www.tls-suchtfragen.de

Die Thüringer Landesstelle für Suchtfragen bietet zu ihren Arbeitsbereichen Suchtprävention, -beratung, -therapie und -selbsthilfe nützliche Hintergrundinformationen und Kontaktadressen in Thüringen an. Ebenso führen sie zahlreiche Veranstaltungen und Fortbildungen zum Thema Sucht durch.

WENDEPUNKT E. V.
Rosa-Luxemburg-Str. 13
07607 Eisenberg
www.wendepunkt-ev.net

Das Suchthilfezentrum für Mütter und Kinder Wolfersdorf ist eine einzigartige Einrichtung in Thüringen. Neben den suchtmittelgefährdeten und -abhängigen Schwangeren und Müttern werden hier ebenso ihre Kinder betreut. Die Erprobung und Gewöhnung an realitätsnahe und gelingende Alltagsstrukturen sowie die Bearbeitung und Stabilität im Umgang mit der Suchterkrankung stehen dabei im Mittelpunkt der Therapie.

INFORMATIONSPORTALE IM INTERNET

Netz psychische Gesundheit - Informationsportal
www.psychenet.de

Informationsportal zu Psychosen und Bipolaren Erkrankungen
www.psychose.de

Informations- und Lernportal über Psychosen
www.psychose-wissen.de

Informations- und Testportal über Psychische Erkrankungen mit Selbsttests zu vielfältigen psychischen Erkrankungen
www.therapie.de

Informationen zum Krankheitsbild Depression sowie hilfreiche Adressen und kostenfreies Info-Telefon Depression
www.deutsche-depressionshilfe.de

INFORMATIONEN UND ORGANISATIONEN FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
www.bapk.de

Angehörige und Freunde psychisch Kranker Erfurt & Umgebung e. V.
www.afpk-erfurt.de

Online-Suche nach Selbsthilfegruppen in Thüringen
www.selbsthilfe-thueringen.de/selbsthilfegruppen.html

5 LITERATURVERZEICHNIS

BKK Landesverband Bayern (Hrsg.). (2008). Ratgeber für Hilfesuchende in Bayern. Wegweiser Psychotherapie. Abgerufen unter: http://www.bkk-bayern.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Versicherte/Broschueren_und_Infos/wegweiser_psychotherapie.pdf

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (o.J.). Basiswissen Kommunikation. Kommunikationstechniken im Umgang mit psychisch kranken Angehörigen. Abgerufen unter: https://www.bapk.de/angebote/rat-fuer-familien/kommunikation.html (am 07.12.17)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2009). Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Informationen der DGPPN. Berlin

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2009): S2 Leitlinie für Persönlichkeitsstörungen. URL https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html (10.02.18)

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (o. A.): Suizidalität . Allgemeine Informationen. URL: https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet/allgemeine-informationen/ (21.03.18)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.). (2013). Manual für die Beratung am Telefon. Abgerufen unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Manual_ Sucht- und_Drogenhotline.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017): ICD-10-GM Version 2017. URL: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f60-f69.htm (04.03.2018)

Eink, M.; Haltenhof, H. (2012): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Frauenknecht, S.; Lieb, K. (2012): Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen. In: Frauenknecht, S.; Lieb, K.; Brunnuber, S. (Hrsg.) (2012): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Fischer. S. 291 – 312.

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Köln: Psychiatrie-Verlag

Glemser, Rolf (2014): Psychosoziale Gestaltungsdiagnostik. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 154 - 168

Heiner, Maja (2014): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 18 - 34.

Heiner, Maja (2014 b): Bausteine einer diagnostischen Grundausstattung. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 135 - 153

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (Hrsg.). (2017). IAB-Forschungsbericht 14/2017. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Abgerufen unter: http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf

Karow, A., Rietschel, L., Bock, T. & Lambert, M. (2017). Informationen Psychosen. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/psychosen.html

Kreisman, J. & Straus, H. (2012). Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. München: Kösel.

Kuhnert, P. & Kaczerowski, M. (2011). Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen. Ein Leitfaden. Düsseldorf: LIGA.NRW

Lieb, K. (2012): Psychiatrische Diagnostik. In: Frauenknecht, S.; Lieb, K.; Brunnuber, S. (Hrsg.) (2012): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Fischer. S. 9 – 38.

Lieb, H. (2014): Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH

Liebherz, S., Dirmaier, J. & Härter, M. (2017). Informationen Generalisierte Angststörung. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/generalisierte-angststoerung.html

Mienert, M. (2017). Supervision mal anders – Kollegiale Beratung und Teamkonferenzen. Fortbildungsunterlagen zum 26.10.17

Müller, Burkhard (2006): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Neurologen und Psychiater im Netz (o.J.). Krise/Notfall: Akute Suizidgefahr. Abgerufen unter: https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/krisenotfall/suizid/akute-suizidgefahr/ (am 07.12.17)

Pantuček, Peter (2014): Inklusionsdiagnostik. In: resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Ausgabe 02/2014. URL: http://www.resonanzen-

journal.org/index.php/resonanzen/article/view/338 (06.05.2018)

Pantuček, Peter (2014 b): Der Fall, das Soziale und die Komplexität – Überlegungen zur Diagnostik des Sozialen. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 94 - 106

Pantuček, Peter (2017): Inklusions-Chart (IC4). URL: http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/289-inklusions-chart-3-ic3 (06.05.2018)

Pauls, Helmut; Reicherts, Michael (2010): Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit. Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie. Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit. Band 14. Coburg: IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Psychenet (2017). Entscheidungshilfe. Meine Entscheidung zur Wiederaufnahme der Arbeit. Abgerufen unter: http://psychenet.de/images/Entscheidungshilfen/Arbeit/Meine_Entscheidung_2017.pdf

Schöttle, D., Bock, T. & Cordula (2016). Informationen Bipolare Störungen. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/bipolare-stoerungen.html

Tlach, L., Lambert, M., Weymann, N., Liebherz, S., Dirmaier, J. & Härter M. (2017). Psychische Gesundheit. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/basiswissen.html

Tlach, L., Liebherz, S., Dirmaier, J., & Härter M. (2017). Infomaterial Depressionen. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/depressionen.html

Rohde-Dachser, C. (1999): Persönlichkeitsstörungen. In: Machleit, W.; Bauer, M.; Lamprecht, F.; Rose, H.; Rohde-Dachser, C. (Hrsg.) (1999): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. S. 103 – 109.

Weymann, N. & Liebherz, S. (2016). Informationen Soziale Phobie. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/soziale-phobie.html

Weymann, N. & Liebherz, S. (2017). Informationen Panik und Agoraphobie. Abgerufen unter: http://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/informationen/panik-und-agoraphobie.html

BILDNACHWEIS

Vulnerabilität-Stress-Modell (S.9):
Institut für Didaktik in der Medizin (Hrsg.). (2014). Psychosen erkennen, verstehen, behandeln. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige. Abgerufen unter: https://www.researchgate.net/publication/275405434_Psychosen_-_erkennen_verstehen_behandeln

Tal der Veränderung (S.9):
Change management. Abgerufen am 07.12.17 unter: http://www.change-management-consultant.de/wie-change-management/

Stufenmodell der Verhaltensänderung (S.18):
Thieme Verlag, I Care Pflege. Abgerufen am 07.12.17 unter: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/abb-05-22-transtheoretisches-modell.jpg

Hamburger Module (HEALTH-49) (S. 21):
Hamburger Module (HEALTH-49, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Abgerufen am 23.05.18 unter http://www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf

Inklusions-Chart IC4 (S. 22):
IC4, Pantucek-Eisenbacher, P. Abgerufen am 23.05.18 unter http://www.inklusionschart.eu/ic4

Fallbeispiel Koordinaten psycho-sozialer Behandlung (S.23):
Glemser, R. (2010): Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. Abgerufen am 23.05.18 unter https://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/ISG/Rolf_Glemser.pdf

Alle weiteren, nicht gekennzeichneten Bilder entstammen den Anbietern
www.pixabay.com und www.pexels.com

6 HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZUM PROJEKT CARDEA 2.0

Unter dem Titel CARDEA 2.0 startete am 01.01.2016 das Thüringer Projekt zur Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit in die zweite Runde mit einer Laufzeit bis 31.12.2018. Projektträger sind Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Thüringen e.V. sowie die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. - AGETHUR (bis 31.12.2017).

CARDEA 2.0 gilt als Begleitstruktur für das Landesarbeitsmarktprogramm und die TIZIAN-Initiative. Schwerpunktmäßig ist das Projekt auf die Förderung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Langzeitarbeitslosen ausgerichtet. Hierzu werden verschiedene Fortbildungen, Schulungen zu den CARDEA-Gesundheitsmodulen und Begleitung bei der Umsetzung sowie Erfahrungsaustausche angeboten. Weitere Schwerpunkte sind der Umgang mit psychischen Erkrankungen, die Unterstützung von Projekten bei der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung von Kinderarmut, die Förderung der betrieblichen Integrationsbegleitung im Rahmen der Nachbetreuung und die Stärkung regionaler Gesundheitsnetzwerke.

Die Mitarbeiter von CARDEA 2.0 gewährleisten eine kontinuierliche und fachliche Begleitung der Träger der benannten Programme. Dazu zählen u.a.:

⇒ stetig ressortübergreifende Vernetzung und Sensibilisierung der Akteure
⇒ eine aktive Entlastung der Integrationsbegleiter und Integrationscoaches durch punktuelle Unterstützung, z. B. Vorbereitung/Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen vor Ort
⇒ Beratung von Trägern und Mitarbeiter mit dem Ziel, Beratungsarbeit ohne permanente Überforderung zu leisten
⇒ Anpassung gesundheitsfördernder Angebote an die spezifischen Bedarfe der Zielgruppen und Stärkung der Nachhaltigkeit
⇒ Erarbeitung von Handreichungen und Beratungsmethoden und Qualifizierung in der Umsetzung

7 IMPRESSUM

HERAUSGEBER

CARDEA 2.0 – Projekt zur Förderung
von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

Der Paritätische Wohlfahrtsverband
(Der Paritätische) Landesverband Thüringen e. V.
OT Neudietendorf
Bergstr. 11
99192 Nesse-Apfelstädt

Tel.: 036202 26223
E-Mail: rrupp@paritaet-th.de

www.cardea.paritaet-th.de

www.paritaet-th.de

Stand: 30. Mai 2018

CARDEA 2.0 sowie die Gastredakteure übernehmen keine Verantwortung für die Inhalte externer Websites Dritter, auf die in diesem Leitfaden hingewiesen wird.

PROJEKTKOORDINATION:
Renate Rupp

REDAKTION:
Michaela Lachert
Sabine Schmidt

GASTBEITRÄGE:
Torsten Wendt, Horizont e. V.
Susan Seeland, Berufsförderungswerk Thüringen GmbH

Ein herzliches Dankeschön an unsere Unterstützer, die diesen Leitfaden mit auf den Weg gebracht haben. Besonderer Dank gilt:

Katrin Fidelak und Kolleginnen, ÜAG gGmbH
Sabine Grimm und Kolleginnen, Jugendberufshilfe Thüringen e. V.
Tina Hofmann, Der Paritätische Gesamtverband
Monika Schnabel, FAW Akademie Jena
Stefanie Seeboth und Torsten Wendt, Horizont e. V.
Susan Seeland und Cathrin W., Berufsförderungswerk Thüringen GmbH
den Mitarbeitern der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. (AGETHUR)