Integrierte Psychiatrie im Diskurs
8. März 2018

Aufrührerisch und radikal:

Die Integration schwieriger Jugendlicher ins Erwachsenenleben

ipw Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

Programm / Inhalt

		Seite
08.30 Uhr	Registration	
09.00 Uhr	Begrüssung und Einführung Prof. Dr. med. Urs Hepp	
09.15 Uhr	**Radikalisierung Jugendlicher im Spannungsfeld von Migrationsgeschichte, biografischen Belastungen und politischer Sozialisation** Prof. Manuel Eisner B.A., Ph.D.	4/5
10.00 Uhr	**Persönlichkeitsstörungen in der Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter** Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck	6/7
10.45 Uhr	Pause	
11.15 Uhr	Workshops* in Parall-Gruppen	
	1/11 **«Ich bring' ihn um» — Gewaltfantasien im Jugendalter** Prof. Manuel Eisner B.A., Ph.D.	9
	2/12 **Hometreatment bei Jugendlichen mit Essstörung und deren Familien** lic. phil. Mariama Soumana	10
	3/13 **Ausgemustert — was bedeutet erwachsen werden im heutigen** Arbeitsmarkt? Mireille Stauffer	11
	4/14 **Was bedeutet es für Jugendliche, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist?** Dr. med. Kurt Albermann	12/13
	5/15 **Nicht auf der Strecke bleiben — Transitionspsychiatrie als Unterstützung beim Einstieg ins Erwachsenenleben** Dr. med. univ. Michael Donat	14/15
	6/16 **Jugendliche Transgender in der Psychotherapie: Von Mann zu Frau, von Frau zu Mann oder welches Geschlecht habe ich?** Carina Galli	16/17
12.45 Uhr	Mittagspause / Stehlunch	
14.00 Uhr	Workshops** in Parallel-Gruppen	
15.30 Uhr	Pause	
15.45 Uhr	Inputreferate mit anschliessender Podiumsdiskussion **Gewaltbereite Jugendliche — eine Herausforderung für die Gesellschaft und für die Psychiatrie** Christoph Heck, lic. iur. Marcel Riesen-Kupper und Dr. med. Benjamin Dubno Moderation: Steffen Lukesch	
17.00 Uhr	Ende der Tagung	

*Workshops Nr. 1 – 6: 11.15 – 12.45 Uhr
**Workshops Nr. 11 – 16: 14.00 – 15.30 Uhr

Liebe Tagungsteilnehmerin
Lieber Tagungsteilnehmer

Bereits zum siebten Mal in Folge führt die ipw die Fachtagung «Integrierte Psychiatrie im Diskurs» durch. Im Zentrum der aktuellen Veranstaltung stehen diesmal gewaltbereite Jugendliche und deren schwierige Integration ins Erwachsenenleben. Die kritische Lebensphase der (Spät-)Adoleszenz war Thema an der ersten Tagung dieser Reihe im Jahr 2012. Ging es damals vor allem um die Frage bestehender bzw. fehlender Versorgungsstrukturen für diese Altersgruppen, so wenden wir uns heute den möglichen Ursachen und Hintergründen der Radikalisierung von Jugendlichen zu. Dabei werfen die Referentinnen und Referenten den Blick auf Zusammenhänge von Migrationsgeschichte, biografischer Belastung und Sozialisation mit möglichen Persönlichkeitsstörungen der Betroffenen. Thematisiert werden auch die Chancen und Grenzen der Psychiatrie bei der Betreuung der Jugendlichen sowie die Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention.

In den Workshops beschäftigen sich die Teilnehmenden mit ganz unterschiedlichen Aspekten der empfindlichen Zeit der Adoleszenz. Stichworte sind hier unter anderem Gewaltfantasien, der Einstieg in den Arbeitsmarkt oder Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern.

Die Tagung verspricht ungewöhnliche Einblicke und interessante Diskussionen. Ich wünsche Ihnen einen spannenden Tag.

Dr. Hanspeter Conrad
Spitaldirektor ipw /
Präsident SMHC

Prof. Dr. Manuel Eisner ist Wolfson Professor of Criminology am Kriminologischen Institut der Universität Cambridge (UK), wo er das Zentrum für Gewaltforschung leitet. Seine akademische Arbeit gilt der Erklärung von Ursachen und Konsequenzen sowie der Vermeidung von zwischenmenschlicher Gewalt. Unter anderem ist er Gründer und Projektleiter des Zürcher Projekts zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter (z-proso). Manuel Eisner war u. a. als Experte oder Ko-Autor von Berichten für nationale Regierungen, WHO, UNICEF, Weltbank und UNODC tätig. Im Jahr 2014 hat er mit der WHO die erste globale Konferenz zur Gewaltreduktion an der Universität von Cambridge organisiert.

„Mit ihrem Versprechen vom radikalen Neuanfang durch Gewalt ähneln neue Ideologien Jugendgangs“

Interview: Dr. med. Robert M. McShine, MHA, Chefarzt ipw

Herr Prof. Eisner, Sie referieren an der Tagung über die Radikalisierung Jugendlicher im Spannungsfeld von Migrationsgeschichte, biografischen Belastungen und politischer Sozialisation; ein eher ungewöhnliches Forschungsgebiet. Was fasziniert Sie an der Thematik?

Die Thematik ergab sich aus dem «Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter», das ich seit 2003 leite. Wir sind in dieser Entwicklungsstudie immer auf der Suche nach innovativen und altersgerechten Fragestellungen. Als wir die Befragung der 17-Jährigen planten, entwickelten wir die Idee, die gewaltbereiten politischen Einstellungen der Teilnehmenden herauszufinden. Dazu gehören etwa Fragen wie: «Ist es in Ordnung, Gruppen zu unterstützen, die mit Gewalt gegen Ungerechtigkeiten kämpfen?» Auf der Grundlage der Antworten können wir untersuchen, welche Risikofaktoren in der Kindheit und im frühen Jugendalter prospektiv mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von politisch motivierter Gewaltbereitschaft einhergehen. Dies ist ein innovativer Beitrag zur gegenwärtigen Forschung, denn die meisten anderen aktuellen Studien zur politischen Radikalisierung analysieren rückblickend die Biografien von Individuen, die bereits auffällig geworden sind. Wir hingegen können der Frage nachgehen: Wie gross ist in einem Land wie der Schweiz der Anteil von Jugendlichen, die verschiedene Formen von politisch motivierter Gewalt gutheissen? Kann man für Personen im Alter von 9, 11 oder 13 Jahren vorhersagen, ob sie mit 17 Jahren politisch motivierte Gewalt unterstützen werden? Welche Rolle spielen Erfahrungen bezüglich Migration, Diskriminierung und Ungerechtigkeit? Wie stark ist politische Gewaltbereitschaft durch die Herkunft der Eltern aus einem Land geprägt, das von politischer Gewalt und Bürgerkrieg heimgesucht wurde? Werden extremistische Einstellungen durch gewaltbereite Medieninhalte verstärkt? Und welche Rolle spielen allgemeine individuelle Merkmale im Bereich von auffälligem Verhalten wie z. B. eine früh auffällige Aggressionsbereitschaft oder früher Substanzkonsum. Mich interessiert dabei besonders, inwiefern sich die Entstehungsprozesse politischer Gewalt von den Prozessen unterscheiden, welche zu einer allgemeinen Gewaltbereitschaft unter Jugendlichen führen.

Wo sehen Sie die Herausforderungen für die institutionelle Psychiatrie? Und für den Therapeuten in der psychotherapeutischen Praxis?

Aus unseren Arbeiten ergibt sich eine erhebliche Überlappung von politisch motivierter Gewaltbereitschaft und einem generalisierten aggressiven Potenzial, das sich etwa in Form von Mobbing, Kriminalität oder Gewalt in Paarbeziehungen ausdrückt. Das führt zur Frage, unter welchen Bedingungen Interventionen indiziert sind, die gezielt auf eine sogenannte Entradikalisierung abzielen, und wann die Interventionen eher sehr viel breitere Verhaltensprobleme ansprechen sollten. Leider gibt es gegenwärtig wenig qualitativ hochwertige Wirkungsevaluationen von Deradikalisierungsprogrammen. Immerhin scheint es aber, dass die Herausforderungen ähnlich sind wie die Aufgaben, die sich etwa bei Angehörigen von Sekten oder Mitgliedern von Jugendbanden stellen: Es geht unter anderem darum, persönliche Beziehungen zu stärken, welche eine Ablösung von einem gewaltbereiten Milieu unterstützen, und gleichzeitig die psychischen Probleme anzusprechen, die hinter der erhöhten Gewaltbereitschaft stehen.

Handelt es sich bei der Thematik der radikalisierten Jugendlichen in Ihren Augen um ein passageres Phänomen (Stichwort Aufstieg/Niedergang Terrormiliz IS) oder um eine Erscheinung, die uns auch in Zukunft beschäftigen wird?

Jede Generation scheint ihre radikalisierten Jugendlichen mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft zu haben. Man denke etwa an die linksextremen Terrorgruppen der 1970er- und 1980er-Jahre, die rechtsextremen Bewegungen mit ihren Anschlägen auf MigrantInnen, die Strassenschlachten der Globalisierungsgegner oder heute die radikalisierte Salafistenszene. Dabei kommt es immer wieder zu zyklischen Bewegungen. Und besonders in den Anfangsphasen eines «neuen» Radikalismus sind Teilgruppen von Jugendlichen vom Glauben an einen heroischen gewaltsamen Umbruch der Gesellschaft angezogen. Die jeweils neuen Ideologien ähneln mit ihrem Versprechen eines radikalen Neuanfangs durch Gewalt den Gebaren von Jugendgangs, mit ihren Signeten, ihren Zutrittsritualen und dem Gefühl von überlegener Gruppenstärke, das sie ihren Mitgliedern vermitteln.

Wie bei früheren gewaltbereiten Bewegungen erwarte ich auch hier: Die Attraktivität für Jugendliche schwindet, sobald nicht mehr spektakuläre und medienwirksame «Siege», sondern Niederlagen und Rückzug das Tagesgeschehen beherrschen. Allerdings sehen wir aufgrund unserer Analysen auch, dass eine zahlenmässig nicht unbedeutende Minderheit von vor allem männlichen Jugendlichen ein erhebliches Potenzial für politisch motivierte Gewalt hat. Diese Minderheit wird sich wohl auch in Zukunft wieder für politische Anliegen linker, rechter, ökologischer oder religiöser Natur radikalisieren lassen.

Radikalisierung Jungendlicher im Spannungsfeld von Migrationsgeschichte, biografischen Belastungen und politischer Sozialisation

Prof. Manuel Eisner B. A., Ph. D.
Professor of Developmental and Comparative Criminology / Director Violence Research Centre, University of Cambridge

Im Umfeld von terroristischen Akten und politischer Radikalisierung wird häufig über die biografischen, sozialen und politischen Ursachen extremistischer Einstellungen mit einer erhöhten Bereitschaft zu politischer Gewalt spekuliert. Allerdings basiert das meiste Wissen auf Querschnittstudien oder rückblickenden biografischen Analysen von radikalisierten Gewalttätern. Es erlaubt nur sehr beschränkt Rückschlüsse auf die Ursachen politischer Radikalisierung im Lebenslauf. Insbesondere ist es aufgrund retrospektiver Daten unmöglich zu bestimmen, welche Faktoren in der Kindheit und im frühen Jugendalter prospektiv mit einem erhöhten Risiko von Radikalisierung einhergehen.
Im Vortrag gebe ich zunächst einen Überblick zum aktuellen internationalen Forschungsstand zu Radikalisierungsprozessen. Dabei werde ich besonders beleuchten, was gegenwärtig über das Wechselspiel von individuellen biografischen Belastungen, Persönlichkeitsmerkmalen und politischer Sozialisierung bekannt ist. Auf dieser Grundlage werde ich Ergebnisse aus dem «Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von Kindheit zum Erwachsenenalter» vorstellen. Hierbei handelt es sich um eine Längsschnittstudie anhand einer repräsentativen Stichprobe von 1500 Personen, die im Jahr 2003 in die Primarschule der Stadt Zürich eingetreten sind und welche an bislang sieben Erhebungswellen teilgenommen haben. Über 60% der Teilnehmenden haben einen Migrationshintergrund. Im Rahmen dieser Studie wurden ihnen im Alter von 17 Jahren Fragen zu politischen Einstellungen mit einer hohen Befürwortung von politischer Gewalt gestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine signifikante Minderheit von Jugendlichen in erheblichem Ausmass politisch motivierte Gewalt befürwortet. Hiervon ausgehend werde ich eine Reihe von biografischen Risikofaktoren untersuchen. Hierzu gehören insbesondere verschiedene Aspekte des Migrationshintergrundes, verschiedene Komponenten der familiären Sozialisation, Persönlichkeitsmerkmale wie frühe Anzeichen von sozial auffälligem Verhalten, Mediennutzung sowie Indikatoren der politischen und religiösen Sozialisation.
Ich werde im Weiteren untersuchen, ob sich die entwicklungsbezogenen Risikofaktoren von gewaltbefürwortenden politischen Einstellungen systematisch von Risikofaktoren für aggressives Verhalten überhaupt unterscheiden.
Im letzten Teil des Vortrags möchte ich die Implikationen der Ergebnisse für die Präventions- und Interventionspraxis aufzeigen. Ich werde dabei vor allem die Frage diskutieren, ob eine Frühprävention von politischer Radikalisierung sinnvoll ist und in welchem Ausmass sich Risikopopulationen als Zielgruppen von Präventionsansätzen identifizieren lassen. Insbesondere stellt sich die Frage, in welchem Umfang die entwicklungsbezogene Prävention bezüglich Extremismus und Radikalisierung in eine umfassendere Strategie zur Förderung von sozialen Kompetenzen eingebettet werden muss.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych Klaus Schmeck wurde 2006 zum Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik KJPK an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) gewählt und gleichzeitig zum Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Medizinischen Fakultät ernannt. Er war massgeblich mitverantwortlich für den Aufbau der ersten jugendforensischen Abteilung der Schweiz, die 2011 an der Forensisch-Psychiatrischen Klinik der UPK Basel eröffnet wurde. 2015 gab er seine Funktion als Klinikdirektor an der UPK auf eigenen Wunsch ab, um sich vermehrt auf seine universitären Forschungs- und Lehrtätigkeiten konzentrieren zu können.

„Leider wird immer noch viel zu häufig ein Treatment-as-usual eingesetzt“

Interview: Dr. med. Robert McShine, MHA, Chefarzt

Herr Prof. Schmeck, in Ihrem Referat führen Sie den Begriff des «Emerging Adulthood» ein. Wie erklären Sie sich die Tatsache, dass sich die Lebensphase der Adoleszenz in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausgedehnt hat?

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze dafür, weshalb die Lebensphase der Adoleszenz immer länger geworden ist. Ein zentraler Grund dieser Entwicklung liegt darin, dass die Anforderungen der Gesellschaft an junge Menschen im Hinblick auf ihre schulische und berufliche Ausbildung sehr stark gestiegen sind. Dadurch sind immer mehr junge Menschen in berufliche Weiterbildungen oder ein Studium involviert, die häufig erst Mitte oder Ende 20 abgeschlossen werden. Dies ist natürlich nur möglich in Gesellschaften, in denen eine ausreichende materielle Sicherheit besteht und Jugendliche nicht schon frühzeitig zum Lebensunterhalt der Familie beitragen müssen. Eine andere Erklärung dafür ist, dass sich das Verhältnis zwischen Jugendlichen respektive jungen Erwachsenen und ihren Eltern verändert hat. Es ist heute für junge Menschen leichter möglich als früher, ihren individuellen Lebensstil zu pflegen, auch wenn sie noch im Elternhaus wohnen («Hotel Mama»). Dadurch werden viele Aspekte der Verantwortungsübernahme, die zu einem Leben als erwachsener Mensch gehören, auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Auffallend ist die Diskrepanz zwischen der guten körperlichen Gesundheit junger Menschen und der hohen Morbidität an psychischen Störungen in dieser Lebensphase. Gibt es wissenschaftliche Erklärungsansätze für dieses Phänomen?

Psychische Störungen haben im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen eine stärkere Tendenz zu einem rezidivierenden oder chronischen Verlauf über die gesamte Lebensspanne hinweg. Die Mehrzahl schwerwiegender psychischer Erkrankungen hat ihren Beginn in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter. Je höher die Vulnerabilität ausgeprägt ist, eine solche Störung zu entwickeln, desto früher findet sie in der Regel ihren Ausdruck. Alternativ können schwerwiegende psychosoziale Belastungen oder Traumatisierungen auch bei leichter ausgeprägten Vulnerabilitäten zu einem frühen Krankheitsbeginn führen. Wir müssen uns kritisch die Frage stellen, ob nicht neben allen Verbesserungen in der materiellen Umwelt der Kinder (z. B. Impfprogramme und damit einhergehende Eindämmung von Seuchen, bessere Wasser- und Luftreinhaltung etc.) die psychosoziale Lebensumwelt der Kinder in Bezug auf ihre psychische Entwicklung zunehmend «toxische» Effekte hat.

Wo sehen Sie die grössten Herausforderungen in der Behandlung von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen?

Die Herausforderungen bestehen zum einen darin, die Störungen rechtzeitig zu erkennen, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Dazu ist es notwendig, die entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Wenn sich eine Diagnose bestätigt hat, stellt sich die nächste Herausforderung, geeignete Behandlungsmöglichkeiten auszuwählen. Leider wird immer noch viel zu häufig ein Treatment-as-usual eingesetzt, von dem wir wissen, dass es in der Regel keine ausreichende Wirksamkeit erzielt.

Persönlichkeitsstörungen in der Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck
Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Lebensphase der Adoleszenz, die den Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter umfasst, hat sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausgedehnt, sodass Entwicklungspsychologen inzwischen von einer neuen Lebensphase im jungen Erwachsenenalter sprechen, die sie «Emerging Adulthood» nennen. In Adoleszenz und Emerging Adulthood werden viele Weichen für das zukünftige Leben gestellt. Dies bezieht sich, neben dem Erproben von Partnerschaften und der Übernahme von sozialen Rollen, vor allem auf die schulische und berufliche Entwicklung.

In keiner anderen Lebensphase sind Menschen körperlich so gesund. Psychische Störungen haben deshalb einen so grossen Anteil an der Morbidität wie zu keiner anderen Zeit im Leben. Viele schwerwiegende und potenziell chronisch verlaufende psychiatrische Störungen nehmen dann ihren Anfang. Zu den schwerwiegendsten Erkrankungen zählen dabei Persönlichkeitsstörungen, die neben persönlichem Leid auch zu abgebrochenen Ausbildungen, einem niedrigeren Qualifikationsniveau, überdurchschnittlich hoher Arbeitslosigkeit und andauernder Teilhabebeeinträchtigung führen. Solche Erkrankungen haben in der Schweiz inzwischen den mit Abstand grössten Anteil an Ursachen von IV-Berentungen.

Wegen ihrer massiven Auswirkungen auf den Lebensweg von jungen Menschen sollte hier der Früherkennung und Frühintervention von Persönlichkeitsstörungen ein deutlich grösserer Stellenwert eingeräumt werden, als dies bisher der Fall ist. Dazu ist eine internationale Initiative gegründet worden, die «Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder». Im Gegensatz zu weit verbreiteten Vorurteilen sind Persönlichkeitsstörungen eine reliable und valide Diagnose im Jugendalter. Im Vergleich zu Erwachsenen sind sowohl Prävalenz, Phänomenologie und Stabilität als auch die Effektivität von Behandlungsmassnahmen nicht unterschiedlich. Während die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1–3% liegt, finden sich bei systematischer Diagnostik in der Gruppe der ambulanten jugendpsychiatrischen Patienten Prävalenzen von 11–22%, bei stationären Patienten sogar 33–49%.

Um frühzeitig störungsspezifisch intervenieren zu können, bedarf es Massnahmen zur systematischen Früherkennung. In diesem Vortrag werden spezifisch für das Jugendalter entwickelte psychometrische Instrumente vorgestellt, die zu diesem Zweck eingesetzt werden können. Ethisch vertretbar ist aber eine frühzeitige Diagnosestellung nur dann, wenn den Betroffenen und ihren Angehörigen auch Behandlungsmassnahmen angeboten werden, die erfolgreich zur Behandlung eingesetzt werden können. Solche evidenzbasierten Behandlungskonzepte zur Frühintervention bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter stehen inzwischen zur Verfügung. Sie werden zum Abschluss dieses Vortrags vorgestellt.

workshops

Prof. Dr. Manuel Eisner

Workshop 1
«Ich bring‘ ihn um» — Gewaltfantasien im Jugendalter

In der umfangreichen Forschung zu Jugendgewalt hat bisher die Bedeutung von Gewaltfantasien – wiederkehrende Gedanken etwa, eine Person umzubringen, jemandem Schaden zuzufügen, jemanden zu vergewaltigen – erstaunlich wenig Beachtung gefunden. Aus der Forschung zu «School Shootings» ist bekannt, dass schwere jugendliche Gewalttäter manchmal über Jahre hinweg Gewaltfantasien erleben. Ebenso werden Angaben zu Gewaltfantasien unter psychisch auffälligen Jugendlichen verschiedentlich für Risikoprognosen eingesetzt. Demgegenüber weiss man wenig darüber, wie verbreitet Gewaltfantasien unter Jugendlichen insgesamt sind, ob solche Fantasien mit Formen von psychischer Auffälligkeit assoziiert sind, welche individuellen Merkmale mit einer erhöhten Neigung zu Gewaltfantasien einhergehen, welche Ereignisse Gewaltfantasien auslösen und ob Fantasien ein Risikofaktor für das Begehen von Gewalthandlungen sind.
Vor diesem Hintergrund gibt der Vortrag zunächst einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Messung und Aetiologie von aggressiven Ruminationen sowie zur Frage, ob Gewaltfantasien zukünftiges Problemverhalten prognostizieren. Auf der Grundlage von Daten aus dem «Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von Kindheit zum Erwachsenenalter» werde ich einen neuen Ansatz zur Messung von Gewaltfantasien vorstellen. In dieser Studie wurden bei Jugendlichen ab dem Alter von 13 Jahren wiederholt Daten zu aggressiven Fantasien erhoben. Im Alter von 17 Jahren wurde bei ihnen erstmals ein psychometrisch validiertes Instrument zur Erhebung von Gewaltfantasien eingesetzt, die «Violent ideations scale VIS». Ich werde zunächst die Entwicklung dieses Instrumentes diskutieren. Anschliessend werde ich epidemiologische Daten zur Verbreitung von Gewaltfantasien unter männlichen und weiblichen Jugendlichen im Kanton Zürich vorstellen und sie im Kontext von suizidalen Fantasien interpretieren.
In einem weiteren Schritt möchte ich Ergebnisse zu Prädiktoren von Gewaltfantasien vorstellen. Im Mittelpunkt stehen hierbei verschiedene Opfererfahrungen. Dabei werde ich anhand neuer Ergebnisse aufzeigen, in welchem Ausmass Erfahrungen von Mobbing, elterlicher Züchtigung, kriminelle Gewalt sowie von Gewalt in intimen Beziehungen die Wahrscheinlichkeit von Gewaltfantasien bei männlichen und weiblichen Jugendlichen beeinflussen. Diese Ergebnisse werden in Zusammenhang mit Theorien zum psychologischen Mechanismus von Rache und Vergeltung interpretiert.
Ausserdem werde ich ausführen, wie stabil Gewaltfantasien im Lebenslauf sind und welche Merkmale der Persönlichkeit und des sozialen Kontextes mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Gewaltruminationen einhergehen. Schliesslich soll gezeigt werden, in welchem Umfang Gewaltfantasien mit tatsächlichem Gewalthandeln assoziiert sind.
Abschliessend steht die Frage im Zentrum, welche Implikationen die Befunde für die präventive und psychiatrische Praxis haben.

lic. phil. Mariama Soumana

Workshop 2
Hometreatment bei Jugendlichen mit Essstörung und deren Familien

Familien, in denen ein Mitglied von einer Essstörung betroffen ist, sind häufig sehr belastet. Die Eltern sind verzweifelt und versuchen, ihre Tochter oder ihren Sohn zum Essen zu bringen. Wenn die Versuche scheitern, eskaliert nicht selten die Situation. Gut gemeinte Ratschläge oder Versuche, zu helfen, werden von den Betroffenen oft als Druck erlebt. Die Familienmahlzeiten werden für alle Beteiligten zum Stress oder finden nicht mehr statt, während die Krankheit eskaliert.

Die familienbasierte Therapie hat sich in der Behandlung junger Menschen mit Essstörungen gemäss Studienlage bisher als die wirksamste Behandlung erwiesen, insbesondere bei restriktiven Essstörungen mit Gewichtsverlust. Neuere Studien weisen aber auch auf die Wirksamkeit für bulimische Erkrankungen hin. Hier werden die Eltern nicht als Ursache der Essstörung, sondern als Ressource für deren Überwindung angesehen und eng in die Behandlung einbezogen.

Immer wieder gibt es Familien, die durch die Heftigkeit und Hartnäckigkeit der Essstörungssymptomatik erschöpft sind. Sie können trotz grosser Bemühungen die in der familienbasierten Therapie vereinbarten neuen Verhaltensmuster im Alltag nicht umsetzen. Für diese Familien gibt es an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ein neues Angebot: das störungsspezifische Hometreatment. Pflegefachpersonen gehen zu den Familien nach Hause und unterstützen sie bei der Umsetzung der Therapieinhalte. Die Behandlung mit Hometreatment richtet sich nach den Prinzipien der familienbasierten Therapie, die durch konkrete Unterstützung im Alltag für die Betroffenen erweitert wird. Die Pflegefachpersonen wurden dafür spezifisch in der familienbasierten Therapie von Essstörungen geschult. Der Auftrag für das Hometreatment wird mit der Familie individuell erarbeitet. Die ersten Besuche dienen unter anderem der Diagnostik, denn vor Ort sehen die Pflegefachpersonen, wie die Familie interagiert, aber auch, welche die Krankheit aufrechterhaltenden Faktoren in der Interaktion wirksam sind. Ein wichtiger Bestandteil ist die Etablierung der Familienmahlzeiten. Die Eltern werden dabei unterstützt, ihre Rolle einzunehmen, ohne ihre betroffene Tochter bzw. ihren Sohn zu stark unter Druck zu setzen. Die Pflegefachperson unterstützt die Familie darin, beim Essen andere Themen zu diskutieren und den Horizont wieder zu erweitern. Es ist wichtig, dass die Familien sich nicht in «Essstörungsgespräche» bei Tisch verstricken, sondern vermehrt andere Beziehungsinhalte gepflegt werden können.

Ein weiterer Bereich ist das Üben selbstständigen Essens. Zu diesem Zweck geht die Pflegefachperson des Hometreatments zum Beispiel mit den Jugendlichen einkaufen. Zum Auftrag gehören kann auch eine konkrete Unterstützung beim Aufbau von Peer-Beziehungen oder Freizeitaktivitäten. Das Hometreatment arbeitet hierbei ressourcenorientiert. Weitere Inhalte des Hometreatments sind das Unterbrechen von Body-Checking oder von Essattacken-Erbrechen-Kreisläufen mittels geeigneter Strategien im Alltag. Im Workshop werden die Grundprinzipien der familienbasierten Therapie und das konkrete Vorgehen des Hometreatments anhand von Fallbeispielen dargestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert.

Mireille Stauffer, MAS Sozialmanagement, Kinder- und Jugendbeauftragte Stadt Winterthur

Workshop 3
Ausgemustert — was bedeutet erwachsen werden im heutigen Arbeitsmarkt?

Die Fachstelle für Junge Erwachsene (FJE) ist Teil der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur. Ihre vier Mitarbeitenden verfügen über langjährige Erfahrung in der Kinder- und Jugendförderung, Arbeitsintegration, Arbeitsagogik, Suchtprävention und Suchttherapie für Jugendliche und junge Erwachsene. Das Team begleitet Jugendliche und junge Erwachsene, die über keine Erstausbildung verfügen und in der Stadt Winterthur auf Sozialhilfe angewiesen sind, auf ihrem Weg ins Erwachsenenleben. Als zuweisende Stelle steht die FJE in permanentem Austausch mit Schulen, Lehrmeistern, Institutionen im Bereich der Arbeitsintegration und mit den Anbietern von Ausbildungen im geschützten Bereich (IV-Ausbildungen).

Im Inputreferat beleuchte ich die Thematik der Integration ins Erwachsenenleben deshalb aus Sicht der praktischen Erfahrung der FJE, wobei ich zunächst aufgezeige, welche strukturellen Faktoren für die Integration ins Erwachsenenleben bestimmend sind und welche Entwicklungsaufgaben die jungen Menschen zu bewältigen haben. Weil der beruflichen Integration in diesem Prozess eine Schlüsselrolle zukommt, beschreibe ich im Weiteren den aktuellen Lehrstellen- und Arbeitsmarkt genauer und zeige auf, was die strukturellen Bedingungen für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen konkret bedeuten: Aktuell hat es genügend Lehrstellen, manche Lehrbetriebe klagen über einen Mangel an guten Bewerbungen und lassen Lehrstellen unbesetzt. Trotzdem finden viele Jugendliche keine Lehrstelle, obwohl sie sich in mehreren Berufen intensiv um einen Ausbildungsplatz bemühen. Lehrstellen für durchschnittliche Sek-B-Schüler und -Schülerinnen sind Mangelware. Schon in der 5. Klasse befürchten oder ahnen viele normalbegabte Kinder, dass ihre kognitiven Fähigkeiten im immer anspruchsvoller werdenden Ausbildungsmarkt nicht für eine Lehre ausreichen, und das hinterlässt Spuren! Dem Team der Fachstelle für Junge Erwachsene begegneten in den letzten Jahren deshalb vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene, die diesem Qualifizierungsdruck nicht standhalten konnten – darunter jedoch eher selten aufrührerische und radikale junge Menschen. Anhand von Fallbeispielen wird thematisiert, welche Auswirkungen dies auf die psychische Gesundheit und das Verhalten der Jugendlichen hat, welche Problemlagen und Reaktionsmuster vermehrt vorkommen und wie schwierig es ist, diese jungen Erwachsenen adäquat zu fördern, ohne sie zu überfordern.

Ein Blick auf das Bildungs- und Arbeitsintegrationssystem im Kanton Zürich zeigt auf, welche Möglichkeiten der Fachstelle für ihre Klientinnen und Klienten zur Verfügung stehen, aber auch, welche Lücken im System aktuell bestehen.

Dabei ist zu bemerken, dass das System kaum Möglichkeiten bietet für junge Erwachsene, die keine Sozialhilfe beziehen und denen kein anderer Kostenträger zur Verfügung steht (bzw. RAV, IV, Jugendanwaltschaft).

Durch die intensive Kooperation der FJE mit den oben genannten Anbietern von Qualifizierungs- und Bildungsangeboten sowie Programmen der Arbeitsintegration kann auch beleuchtet werden, wie die Fachleute dort die Entwicklung der jungen Menschen erleben und mit welchen Problemen sie in der täglichen Arbeit konfrontiert sind. Nicht selten sind sie verpflichtet, junge Erwachsene für eine Ausbildung zu motivieren, die kaum eine Chance haben, diese erfolgreich abzuschliessen. Oft wird den jungen Migrantinnen und Migranten, die in der Schweiz aufgewachsen sind, in dieser Lebensphase das ganze Ausmass der rassistischen Diskriminierung bewusst. Nicht selten begleiten die Mitarbeitenden der FJE junge Menschen, die einsehen müssen, dass nur eine Arbeit im geschützten Zweitarbeitsmarkt infrage kommt. Zudem helfen sie ihnen, auch nach Dutzenden von Absagen den Mut nicht zu verlieren. In einer Gesellschaft, die sich vorwiegend über Bildung, Reichtum und berufliches Prestige definiert, ist berufliche Perspektivenlosigkeit, das Gefühl, nicht gebraucht, sondern ausgemustert zu werden, verheerend für die psychische Entwicklung der jungen Menschen. Im 10. Schuljahr, in den Brückenangeboten und AI-Programmen befinden sich die jungen Erwachsenen also oft in einer krisenhaften Umbruchphase, in der sich psychiatrische Krankheitsbilder entwickeln und Sucht- und Ersatzverhalten chronisch werden. Besonders erschwerend für eine unbelastete Entwicklung ist auch der Umstand, dass sich meist mehrere Jugendliche und junge Erwachsene gleichzeitig in dieser vulnerablen und instabilen Situation befinden, was eine negative Gruppendynamik (z. B. rassistische Polarisierung, Mobbing) begünstigt und sie empfänglich macht für extremistische Manipulation oder Delinquenz.

Der Fachinput wird mit einem Ausblick auf die zu erwartende Entwicklung im Lehrstellen- und Arbeitsmarkt schliessen, und die anschliessende Diskussion widmet sich der Frage, was es braucht, damit diese Jugendlichen Entwicklungschancen haben und zu selbstbewussten Erwachsenen heranwachsen können. Dabei sind auch Inputs der teilnehmenden Fachleute erwünscht, die dem FJE-Team und den Mitarbeitenden der verschiedenen Programme die anspruchsvolle Aufgabe erleichtern. Vielleicht gelingt es gar, Strategien zu entwickeln und Kooperationen aufzugleisen, mit denen durch Früherkennung und Frühintervention tiefgreifende Krisen abgefangen werden können.

Dr. med. Kurt Albermann, Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ, Stv. Direktor Dept. Kinder- und Jugendmedizin Kantonsspital Winterthur, Ärztlicher Leiter Institut Kinderseele Schweiz (iks)

Workshop 4
Was bedeutet es für Jugendliche, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist?

Jugendliche, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, haben ein drei- bis siebenfach erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken[1]. Das Erkrankungsrisiko eines Kindes mit einem schizophrenen Elternteil erhöht sich vom Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (1%) auf ca. 13%. Bei einer schizophrenen Erkrankung beider Eltern erhöht sich das lebenslange Risiko für ihre Kinder, selbst eine solche Störung zu entwickeln, sogar auf etwa 40%[2]. Das Risiko für eine Depression nimmt bei elterlicher depressiver Erkrankung etwa um das Zwei- bis Sechsfache zu. Etwa 60% der Kinder von Eltern mit einer Depression entwickeln im Verlauf der Kindheit und Jugend eine psychische Störung[3]. Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen sind offenbar am meisten gefährdet. Insbesondere Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden unter den Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung. Von einer elterlichen psychischen Erkrankung betroffene Kinder zeigen auch häufiger Verhaltensauffälligkeiten und Störungen im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich.

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Für die Familie und speziell für die Kinder und Jugendlichen ist es von grosser Bedeutung, welcher Elternteil von der Erkrankung betroffen ist, wie lange sie besteht und auf welche Weise sie sich auf die familiären Beziehungen, die Kommunikation und nicht zuletzt auf die Alltagsorganisation auswirkt. Je nach familiärer Konstellation werden sie zum Partnerersatz für den erkrankten oder den gesunden Elternteil, kümmern sich um ihre jüngeren Geschwister und vernachlässigen ihre eigenen Bedürfnisse. Aufgrund ihrer hohen Loyalität gegenüber ihrer Familie und einem Verschwiegenheitsgebot seitens der Eltern holen sich Jugendliche nur selten Rat bei Fachpersonen. Sie schämen sich für die elterliche psychische Erkrankung, geraten durch die elterliche Abhängigkeit mehr in Ablösungskonflikte als andere Gleichaltrige.

Gemäss den Shell-Jugendstudien[4] und der McDonalds-Ausbildungsstudie[5] von 2017 blicken junge Menschen angesichts der guten wirtschaftlichen Lage grundsätzlich mit sehr viel Optimismus in die Zukunft. Andererseits sind sie in vielen Punkten sehr kritisch, was ihre Zukunft angeht. Auf die Frage «Wie ist Ihr Eindruck: Leben wir heute in einer besonders unsicheren Zeit, oder würden Sie sagen, vor 10, 15 Jahren war alles genauso unsicher?» antworteten 38%, dass sie die Lebensumstände für besonders unsicher halten. So hat sich innerhalb der letzten vier Jahre der Anteil der unter 25-Jährigen, denen es im Leben ganz besonders wichtig ist, Spass zu haben und das Leben zu geniessen, von 44% auf 50% erhöht. Das gilt entsprechend für Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Abhängig vom Ausmass und von der Dauer der elterlichen psychischen Störung, der Eingebundenheit des Jugendlichen in die elterliche Erkrankung sowie von den individuellen Ressourcen und den Ressourcen der Umgebung kann dieser in seinen Entwicklungsmöglichkeiten allerdings empfindlich beeinträchtigt sein.

Nicht selten erhalten Jugendliche erst Aufmerksamkeit und Unterstützung, wenn sie selbst symptomatisch werden. Mehrere Querschnittsbefragungen konnten belegen, dass die Fachpersonen fast ausnahmslos wussten, ob ihre Klienten Kinder haben. Demgegenüber konnte nicht einmal jede zweite Fachperson im Versorgungssystem für Erwachsene beantworten, wie es den Kindern der Klienten geht[6,7]. Jugendliche sind bestrebt, sich trotz mitunter hoher individueller Belastung unauffällig zu verhalten, und thematisieren die elterliche Erkrankung von sich aus eher nicht.

[1] Lenz, A.; Wiegand-Grefe, S.: Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe, Bern 2016

[2] Mattejat F et al.: (2008) Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt, 7, 312-317

[3] Beardslee WR et al.: (1998) Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. JACAAP, 32, 1134-1141

[4] Verfügbar unter http://www.shell.de/ueber-uns/die-shell-jugendstudie/multimediale-inhalte/_jcr_content/par/expandablelist_643445253/expandablesection.stream/1456210165334/d0f5d09f09c6142df03cc804f0fb389c2d39e167115aa86c57276d240cca4f5f/flyer-zur-shell-jugendstudie-2015-auf-deutsch.pdf [30.11.2017]

[5] Verfügbar unter https://karriere.mcdonalds.de/docroot/jobboerse-mcd-career-blossom/assets/documents/McD_Ausbildungsstudie_2017.pdf [30.11.2017]

[6] Albermann K et al.: (2012). Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (wikip) – Ein interdisziplinärer Approach der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Teil I). Das Thema zum Thema machen. Schweizerische Ärztezeitung, 93(42), 1521–1525.

[7] Müller B et al.: (2014), Projektevaluation wikip (Winterthurer Präventions-und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern), Basel: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. Online: https://irf.fhnw.ch/handle/11654/1035

Sie wollen sich nicht von ihrer Peergroup unterscheiden, versuchen der häufig zu beobachtenden familiären sozialen Isolation und Stigmatisierung zu entgehen.
Mit einem präventiven kognitiv-behavioralen Programm für Jugendliche lässt sich beispielsweise die Häufigkeit depressiver Störungen bei Risiko-Jugendlichen vermindern[8]. Nicht selten sind unterschiedlichste Konstellationen von Fachleuten aus verschiedenen Unterstützungssystemen an der Beratung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beteiligt. Eine gelingende Unterstützung orientiert sich immer am Erkrankungsstadium, an der Ausprägung der Erkrankung, der dazugehörenden Symptomatik sowie am aktuellen Informationsbedarf und den Copingstrategien der Familie und der Jugendlichen. Sie ist so ausgestaltet, dass Belastungen verschiedener Familienmitglieder gemildert und neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden. Zudem wird die ganze Familie bei der Krankheitsbewältigung unterstützt und werden Entwicklungsrisiken für die Jugendlichen verringert. Je nach individueller Situation kann es nützlich sein, eine frühe Unabhängigkeit zu fördern oder eine ausserfamiliäre Platzierung zu prüfen. Häufig benötigen betroffene Jugendliche Identifikationsvorbilder, Nachreifungsmöglichkeiten und geeignete Selbstwirksamkeitserfahrungen.

Das Wichtigste für die Praxis

- Kinder psychisch kranker Eltern haben ein drei- bis siebenfach erhöhtes Risiko, selber eine psychische Störung zu entwickeln.
- Dies gilt nicht nur für Eltern mit Schizophrenie oder Depression: Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen sind offenbar am meisten gefährdet.
- Während in der Anfangsphase der elterlichen Erkrankung die familiären und privaten Netzwerke manchmal noch greifen, sind nach länger bestehender Erkrankung und insbesondere bei allein Erziehenden öffentliche Netzwerke unverzichtbar.
- Die die Eltern behandelnden Fachpersonen haben die Kinder und Jugendlichen häufig nicht im Blick: Sie sollten nachfragen, wie es diesen geht und bei Bedarf Kontakt zu geeigneten Fachpersonen aufnehmen.
- Regionale Netzwerke benötigen eine vereinbarte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer, familienbezogen und fallübergreifend.
- Die Kinder und Jugendlichen brauchen altersangemessene Informationen über die elterliche Erkrankung – kleinere Kinder durch die Eltern selbst, grössere auch durch Fachpersonen.
- In der pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis besteht im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen Gelegenheit, Eltern, in der Regel Mütter, auf individuelle und familiäre Belastungen, Schutz- und Risikofaktoren anzusprechen und auf professionelle Hilfen hinzuweisen. Hierbei gilt: Es gibt kein Patentrezept – für jede Familie müssen die für sie geeigneten Unterstützungsangebote gefunden werden.
- Für Jugendliche und junge Erwachsene braucht es weitere Informationsmöglichkeiten. Das Internet bietet einen idealen Zugang, z. B. über Onlineplattformen (siehe auch www.iks-ies.ch), kann aber häufig den persönlichen Kontakt zu einer Fachperson nicht ersetzen. Hier gibt es Nachholbedarf im Sinne von Aufklärung und Schulung der Fachpersonen und indem geeignete Anlaufstellen geschaffen werden.

Im Workshop wird die besondere Situation von Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil dargestellt. Anhand konkreter Fallbeispiele und der Angebote von «Kinderseele Schweiz» (www.iks-ies.ch) werden diverse Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Workshopteilnehmenden sind eingeladen, selbst Fallbeispiele mitzubringen, die gemeinsam diskutiert werden können. Nach Möglichkeit sind diese dem Referenten vorher per Mail zuzustellen.

[8] Beardslee WR et al. (2013)

Dr. med. univ. Michael Donat, Oberarzt Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Workshop 5
Nicht auf der Strecke bleiben — Transitionspsychiatrie als Unterstützung beim Einstieg ins Erwachsenenleben

Vom verheissungsvollen «Wenn ich einmal gross bin..» bis zum massregelnden «Werde endlich erwachsen!» spannt sich der Bogen der Adoleszenz. Dieser Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter stellt für jeden Menschen in vielerlei Hinsicht eine grosse Herausforderung dar, ist es doch eine Zeit wichtiger äusserer und innerer Entwicklungen und Veränderungen – psychologisch und körperlich, hierbei nicht zuletzt in Bezug auf die Hirnentwicklung, aber auch sozial und rechtlich.

Es geht darum, eine eigene Identität zu entwickeln und mit der Zeit vermehrt Autonomie zu erlangen, sich langsam von den Eltern abzulösen und mehr Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen. Träume und Fantasien werden von der Welt der Erwachsenen, der sogenannten Realität, auf die Probe gestellt, es bilden und verfestigen sich eigene Meinungen und Überzeugungen, über sich selbst und die Welt. Diese wird zunehmend von den Gleichaltrigen, der Peergroup, mitgeprägt, in der man seinen Platz finden muss. Die sozialen Kontakte verändern sich, die Beziehungen werden komplexer und intensiver. Es ist eine Zeit des Ausprobierens und Sich-Orientierens, äussere Grenzen werden ausgetestet, der Umgang mit den eigenen Grenzen und denen der anderen muss erlernt werden, auch in Bezug auf die Sexualität, die naturgemäss von grosser Bedeutung ist. Denn auch körperlich steht die Transitionsphase im Zeichen von Wachstum und Reifung, der Entwicklung vom Kind zum Mann oder zur Frau unter dem veränderten hormonellen Einfluss. Neben der Veränderung des äusserlichen Erscheinungsbildes kommt es so auch zu bedeutenden neurobiologischen Veränderungen, einem eigentlichen «Umbau» des Gehirns mit dem Untergang kindlicher synaptischer Verbindungen und zur Entwicklung und Reifung komplexer neuronaler Strukturen. Diese Entwicklung steht nicht nur unter dem Einfluss körpereigener Hormone, sondern auch unter äusseren Einflüssen wie Erlebnisse oder Substanzkonsum, der in der Adoleszenz ebenfalls eine Rolle spielt.

Im Gegensatz zu diesen langfristigen Entwicklungsprozessen, die individuell sehr unterschiedlich verlaufen, ist das formale und offizielle Erwachsenwerden ein abrupter Schritt. Mit dem 18. Geburtstag ändert sich die rechtliche Situation fundamental – man wird stärker in die Pflicht genommen, während die Unterstützung gleichzeitig abnimmt, ja häufig sogar plötzlich wegbricht.

Für gewöhnlich werden Jugendliche in diesem Prozess der Ablösung und Autonomiefindung von ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen unterstützt, und der Schritt auf das «nächste Level» funktioniert gut. Fehlt diese Unterstützung jedoch, sind die jungen Menschen häufig stark überfordert und drohen sogar aus dem sozialen Netz zu fallen.

Für junge Menschen mit psychischen Störungen stellt die Absolvierung der anstehenden Entwicklungsschritte eine besondere Herausforderung dar, sind die Bedingungen doch deutlich erschwert. Gleichzeitig sind vor dem Hintergrund der stattfindenden Veränderungen und anstehenden Herausforderungen die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter eine besonders vulnerable Phase für die Entstehung und Chronifizierung psychischer Störungen.

Eine psychische Beeinträchtigung steigert deutlich das Risiko, die anstehenden Entwicklungsschritte nicht absolvieren zu können, den Anschluss an die Gleichaltrigen zu verpassen und in der Arbeitswelt nicht Fuss zu fassen. Daraus ergibt sich eine erhöhte Gefahr der Chronifizierung oder weiteren Verschlechterung einer Störung – mit häufig weit reichenden und fatalen sozialen Folgen. Und dies wiederum wird dadurch verschärft, dass auch die psychiatrische Versorgung durch die Trennung des Kinder- und Jugendbereiches vom Erwachsenenbereich ab dem 18. Geburtstag keine kontinuierliche Unterstützung in dieser schwierigen Zeit bietet.

Die Transitionspsychiatrie versteht sich als Angebot, das diese Lücke schliesst und sich an den Bedürfnissen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie an den Besonderheiten dieser Lebensphase orientiert. Es gilt, den Prozess hin zu einem selbstständigen und selbstbestimmten Leben als Erwachsener zu unterstützen. Dafür ist es nötig, sich sowohl an kinder- und jugendpsychiatrischen als auch an erwachsenenpsychiatrischen Ansätzen zu orientieren, die einzeln den Bedürfnissen nicht ausreichend gerecht werden würden. Bringt der kinder- und jugendpsychiatrische Ansatz die vernetzte und systemische Sicht- und Arbeitsweise ein, welche die Familie, aber auch das restliche soziale Netz (Schulen, Lehrmeister, Vorgesetzte etc.) in die Therapie miteinbezieht, so steht der erwachsenenpsychiatrische Ansatz für mehr Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit. Beides ist nötig, da sich der Jugendliche genau in diesem Spannungsfeld zwischen noch bestehenden Abhängigkeiten und Autonomie befindet.

Auch in der diagnostischen Bewertung von Störungen ist es zum einen wichtig, die Adoleszenzkrisen mit ihren ganz normalen, wenn auch manchmal durchaus heftigen Konflikten entlang typischer Themen als solche zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Zum anderen muss eine sich entwickelnde psychische Erkrankung anhand ihrer Merkmale diagnostiziert und entsprechend behandelt werden. Grundsätzlich ist auch sozialarbeiterische Unterstützung in der Therapie von grosser Bedeutung.
Das Ziel der Transitionspsychiatrie ist, die jungen Menschen individuell bei der Absolvierung der anstehenden Entwicklungsschritte so zu unterstützen, dass trotz ihrer Schwierigkeiten letztlich der Einstieg in ein selbstständiges Erwachsenenleben gelingt. Manchmal ist dies nicht möglich. In solchen Fällen müssen Unterstützungsmassnahmen aufgegleist werden, damit die Jugendlichen trotzdem durchs Leben kommen und nicht auf der Strecke bleiben.

Carina Galli, Therapeutische Fachmitarbeiterin, Angebotsleiterin Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Workshop 6
Jugendliche Transgender / Non-binary begleiten in ihrer Transition

Jugendliche Transgender[1], welche sich bei uns in der Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene melden, fühlen sich meist nicht wohl in ihrem Körper. Sie haben sich in der Regel schon im Internet über Transgender informiert und gehen häufig davon aus, dass sie sich automatisch zum andern Geschlecht dazugehörig fühlen «müssen», wenn sie sich nicht als Cis-Mann[2] oder Cis-Frau verstehen. Die biologische Zweigeschlechtlichkeit ist tief verankert in der Gesellschaft. Die Geschlechtervarianz und das non-binäre Geschlecht[3] können weitere wichtige Aspekte sein in der Therapie.

Diagnose

Die Genderinkongruenz ist ein intrapsychisches Phänomen bzw. eine «Selbstdiagnose» und somit nicht falsifizierbar. Transmenschen empfinden die ICD-10-Diagnose (F64.0 Transsexualismus) als pathologisierend (im ICD-11 soll neu von Genderinkongruenz gesprochen werden). Um Empfehlungen abzugeben für medizinische geschlechtsangleichende Operationen, die den jugendlichen Transgendern angepasst und modular aufgebaut sind, braucht es eine differenzierte Diagnostik, denn letztlich liegt es im Ermessen des Jugendlichen, seine Geschlechtsidentität zu benennen und auszugestalten. Die Diagnostik dient deshalb häufig als Einschätzung, ob eine genügende psychische und soziale Stabilität vorhanden ist für die Transition.

Jugendliche Transgender in der Therapie

Als Therapeutin sehe ich mich auch als Wissensvermittlerin und Vernetzerin: Ich arbeite zusammen mit Gynäkologen, Endokrinologen, Chirurgen und begleite, wenn gewünscht, die Transition in der Familie, im Freundeskreis, in der Schule, am Lehrplatz. Ich koordiniere die Termine für die anstehenden Operationen, unterstütze bei rechtlichen Fragen wie z. B. bei der Namens- und Geschlechtsänderung und helfe bei der Kostengutsprache durch die Krankenkasse.

Familie

Eltern und Geschwister reagieren sehr unterschiedlich auf das Thema Geschlechterinkongruenz. Religion, ethnische Zugehörigkeit, Werte, Normen, die aktuelle familiäre Situation, Bildungs- und Wissensstand machen das Coming-out gelegentlich schwierig. Da die jungen Menschen noch stark ins familiäre Umfeld eingebunden sind und sie zugleich einen grossen Drang haben, sich zu outen, können hier grosse Konflikte und Belastungen entstehen, welche eine unterstützende therapeutische Begleitung notwendig machen. Die Transition ist ein Prozess, welcher alle Beteiligten eines Familiensystems involviert und von allen Seiten Geduld und gegenseitiges Verständnis erfordert.

Schule

Wenn es um das Coming-out von Jugendlichen geht, machen wir gute Erfahrungen in der engen Zusammenarbeit mit der Schulleitung und den Lehrpersonen. Wir besuchen die Schulklassen, informieren und stehen für Fragen zur Verfügung. Jugendliche sind interessiert am Thema, lernen von uns die Begrifflichkeiten und bauen durch das offene Gespräch ihre Vorurteile ab. Dies wiederum ist für das Coming-out von jugendlichen Transgendern von grosser Bedeutung; Ausgrenzung und Mobbing sowie transphobe Haltungen können dadurch wesentlich verringert werden. Klärung braucht es bei allen geschlechtergetrennten schulischen Angeboten wie Turnstunden oder bei der Unterbringung im Klassenlager. Ebenso gilt es zu klären, ob z. B. im Zeugnis der Cis- oder der Trans-Name verwendet wird.

Innere Transition

Vor dem Coming-out sind im Therapieprozess folgende Fragen relevant: Was bin ich, wenn ich nicht Cis bin? Brauche ich eine Geschlechteridentität? Wie weit will ich mein Geschlecht sichtbar machen? Was hat mein Entscheid für Konsequenzen? Welche Kompromisse muss oder will ich eingehen? Diesen Fragen im therapeutischen Zweiersetting, später allenfalls auch gemeinsam mit der Familie nachzugehen und für sich Antworten zu finden, sind wichtige erste Schritte der Transition. Häufig haben sich Jugendliche im Netz informiert und wollen «loslegen», ohne die Konsequenzen ihres Handelns genau bedacht zu haben. Um Ausgrenzung in der Familie und im Freundeskreis zu verhindern, braucht es eine klare innere Haltung, eine Sprache, ein Selbstverständnis. Dieser «inneren Transition» gilt es genügend Zeit zu geben.

---

[1] Trans*/Transgender von lat. «trans» für «jenseits».
Oberbegriff für Menschen, die sich nicht (mehr) oder nur in Teilen mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren.

[2] CIS-Gender (Cis-Mann/Cis-Frau) von lat. «cis» für «diesseits».
Bezeichnung für Personen, deren Geschlechtsidentität mit dem Geburtsgeschlecht übereinstimmt.

[3] Non-binär (Inter*/agender/bigender/genderfluid).
Geschlechtsidentität oder -definition von Menschen, die sich in das herkömmliche, streng zweigeteilte Geschlechtssystem nicht einordnen können oder wollen.

Äussere Transition
Ziel der Transition ist es, sein Inneres und Äusseres möglichst in Einklang zu bringen. Dabei gilt es u. a. zu klären, welche sozialen, rechtlichen und medizinischen Schritte wichtig sind für das Wohlbefinden des oder der Jugendlichen. Eltern tun sich manchmal schwer mit der Transition, häufig aus Sorge um Ausgrenzung und aus Angst vor Fehlentscheidungen. Manche vermuten eine «Fehldiagnose» und hoffen, dass sich die Fragen nach der Pubertät automatisch klären. Der neu gewählte Name des Kindes, eine hormonelle Behandlung oder gar eine erste geschlechtsangleichende Operation wie zum Beispiel die Entfernung der Brüste lösen bei einigen Eltern grosse Ängste aus. Die Eltern von Jugendlichen durchlaufen selber einen Prozess. Sie brauchen hierfür Verständnis, Zeit und Informationen, bis sie zustimmen und ihr Kind bei den anstehenden Schritten begleiten können. Dies gilt insbesondere bei irreversiblen operativen Eingriffen.

Studie
Die wohl grösste je durchgeführte Studie zu jugendlichen Transgendern (Australien, 859 Probanden zwischen 14 und 25 Jahren) hat gezeigt, dass sich 80% selber verletzen, 50% einen Suizidversuch unternommen haben, 75% an einer Depression leiden und 65% keine Unterstützung von ihrer Familie erhalten[4]. Aus diesen Gründen ist die therapeutische Begleitung jugendlicher Transmenschen von grosser Bedeutung und während der Transition sowie allenfalls darüber hinaus unbedingt zu empfehlen.

Links/Literaturhinweise

Transgender Network Switzerland
www.transgender-network.ch/
www.tgns.ch/info@tgns.ch/
www.fachgruppetrans.ch

Onlineforum für Angehörige
http://angehoerige.tgns.ch

Informationen zum non-binären Geschlecht
www.nonbinary.ch

Stark! Ein Ratgeber für den Umgang mit Kindern
Dieser Ratgeber ist das Ergebnis eines Workshops für Trans*-Angehörige am 2. Zürcher Transtag 2015 und kann unter www.transgender-network.ch kostenlos bezogen werden.

Rauchfleisch, Udo
– Anne wird Tom – Klaus wird Lara Transidentität/Transsexualität verstehen. Ostfieldern: Patmos 2013
– Transsexualität – Transidentität. Vanderhoeck und Rupprecht 2006

Brill, Stephanie/Pepper, Rachel
Wenn Kinder anders fühlen – Identität im andern Geschlecht

It gets better switzerland
Eine Vielzahl von Videos zum Ermutigen von Jugendlichen unter www.eswirdbesser.ch

[4] Siehe unter www.telethonkids.org.au

ipw – wo Jugendliche und junge Erwachsene Unterstützung finden

Die meisten psychischen Störungen haben ihren Ursprung in der Lebensphase der Adoleszenz. Je früher eine psychische Erkrankung erkannt wird, desto erfolgreicher lässt sie sich behandeln oder gar heilen. Deshalb hat sich die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) auch gezielt auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet. Sie bietet vielfältige ambulante und stationäre Angebote wie Beratungen, Abklärungen und Therapien an, welche auf das Alter und die individuelle Situation der Jugendlichen und jungen Erwachsenen abgestimmt sind.

Akutstation für Jugendliche (Winterthur)

Die Akutstation ist offen für Jugendliche vom 14. bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die an einer akuten psychischen Störung leiden oder sich in einer Krisensituation befinden. Wir legen grossen Wert auf die Stabilisierung und die familiäre, soziale, schulische oder berufliche Reintegration der Jugendlichen. Unsere Behandlungsteams sind interprofessionell ausgerichtet: Pädagogische, therapeutische Angebote und die Klinikschule ergänzen die individuell ausgerichtete psychiatrische Betreuung. Zentral ist für uns der Einbezug der Jugendlichen, der Eltern sowie des weiteren Umfeldes, um gemeinsam eine tragende Basis zu schaffen.

Sie erreichen uns unter Tel. 052 224 36 60 und ado1@ipw.zh.ch.

Psychotherapiestation für Jugendliche (Winterthur)

Die Psychotherapiestation richtet sich an Jugendliche vom 14. bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, bei denen eine ambulante oder tagesklinische psychiatrische Behandlung nicht ausreichend ist. Mit unserer Arbeit tragen wir zur Stabilisierung der Jugendlichen bei und aktivieren deren Ressourcen. Um die kommenden Entwicklungsschritte möglichst selbstständig und eigenverantwortlich anzugehen, bieten wir den Jugendlichen therapeutische Unterstützung, vermitteln nützliche Techniken und kümmern uns auch um eine adäquate Nachbetreuung. Damit die Jugendlichen während ihres stationären Aufenthalts den Anschluss an die Schule nicht verpassen, besuchen sie die interne Klinikschule.

Sie erreichen uns unter Tel. 052 224 38 70 und ado2@ipw.zh.ch.

Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene (Winterthur, Glattbrugg)

Unsere Beratungsstelle ist ein niederschwelliges Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 25 Jahren. Gemeinsam mit den Ratsuchenden klären wir die Anliegen und besprechen das weitere Vorgehen. Bei uns sind Einzel-, Familien- und Gruppentherapien möglich. Wir bieten allgemeinpsychiatrische und spezifische Abklärungen, um beispielsweise Psychosen, eine Depression, ADHS, Transgender-Dysphorie oder Zwänge frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Sie erreichen uns unter Tel. 052 267 68 55 und bsj@ipw.zh.ch.

Psychotherapiestation für junge Erwachsene (Winterthur)

Die Psychotherapiestation für junge Erwachsene ist eine Anlaufstelle für 18- bis 25-jährige junge Menschen, die Unterstützung bei der Bewältigung von Lebenskrisen, Entwicklungsschritten und psychischen Problemen suchen. Nach einer diagnostischen Abklärung besprechen wir gemeinsam mit den jungen Erwachsenen die Ziele und die nächsten Schritte. Die Therapie ist stets individuell und bezieht auch den sozialen und familiären Kontext der jungen Frauen und Männer ein.

Sie erreichen uns unter Tel. 052 224 33 33 und ptsj@ipw.zh.ch.

Weiteres Angebot (Winterthur)

Sprechstunde für Früherkennung von Psychosen

Psychische Belastungen zeigen sich beispielsweise in Ängsten, Niedergeschlagenheit oder psychotischem Erleben. Eine Psychose geht meist einher mit einem zeitweiligen oder weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs. Vorrangig können die Sinneswahrnehmungen «eigensinnig», das Denken und die Gefühle irritierend sein. In unserer Früherkennungssprechstunde klären wir solches Erleben ab und beurteilen das Risiko für eine psychotische Erkrankung.

Sie erreichen uns unter Tel. 052 267 68 55 und bsj@ipw.zh.ch.

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur — Zürcher Unterland (www.ipw.zh.ch) sorgt für die stationäre Psychiatrieversorgung der Region Winterthur und Zürcher Unterland mit rund 440 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Mit 850 Mitarbeitenden ist die ipw eine der grössten Arbeitgeberinnen in der Region Winterthur und Zürcher Unterland. Sie engagiert sich mit 130 Ausbildungsverhältnissen stark in der Nachwuchsförderung. Als Pionierin der Integrierten Versorgung betreibt die ipw seit vielen Jahren an aktuell 15 Standorten eine Vielzahl von gemeindenahen ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten.

Impressum
Herausgeberin: Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Layout: Karin Wullschleger, ipw
Korrektorat: Sonja Brunschwiler, TEXTARBEIT
Druck: FO-Fotorotar AG

patientennah – engagiert – vernetzt

Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur
Tel. 052 224 33 33
Fax 052 224 33 34
info@ipw.zh.ch
www.ipw.zh.ch