

Empowerment und Resilienzförderung bei arbeitslosen Jugendlichen

Erika Sander (Tanz- und Ausdruckstherapeutin, BTD)

Dipl.-Psych. Markus Schmitt

Institut für Resilienz und Recovery – IRR GmbH



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR ARBEIT,
SOZIALES, GESUNDHEIT,
FAMILIE UND FRAUEN



Dieses Projekt wird gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und der ARGE Mayen-Koblenz.

3 Ziele der Veranstaltung



- Erwerb von Informationen und Verständnis über den Einfluss von Gesundheits- und Krankheitsmodellen auf gesellschaftliche Prozesse und auf die erlebte Gesundheit und den Erfolg des Einzelnen
- Gewinn eines tieferen Verständnisses für das Resilienz-Konzept, seine Problematik, Wirkmechanismen und Psychodynamik
- Einblick in die praktische Anwendbarkeit des Resilienz-Konzepts für jugendliche und erwachsene ALG II Leistungsempfänger anhand der Erfahrungen mit dem MVB-Analyse- & Interventions-Projekt

Inhalt



1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Kurz zur Problemlage...

Einführung I: Problemlage

- **Psychische Krankheiten** nehmen überproportional zu [1]
- Das **Gesundheitssystem** kann die Behandlung psychischer Erkrankungen nicht mehr adäquat leisten. [2]
- **SGB-II Bedarfsgemeinschaften** bleiben lange bedürftig [3]
- Psychische Störungen – Arbeitslosigkeit – Armut bilden einen **Teufelskreis**. [4]
- **Arbeitsfähigkeitsförderung** und **Gesundheitsförderung** sind bis heute zu wenig vernetzt und ergänzen sich zu wenig.
- **beschränkter Erfolg** bisheriger Interventionen. [4]

[1] Sockoll I: iga.Fakten1 Hrsg BKK-Bundesverband Oktober 2008

[2] Berger M et al.: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer 2005

[3] Graf T, Rudolph H: IAB-Kurzbericht 5/2009

[4] Holleder A, Brandt H: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Huber 2006

„Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem Zuknöpfen nicht zu Rande.“

Johann Wolfgang von Goethe (1749 - 1832)

Einführung II

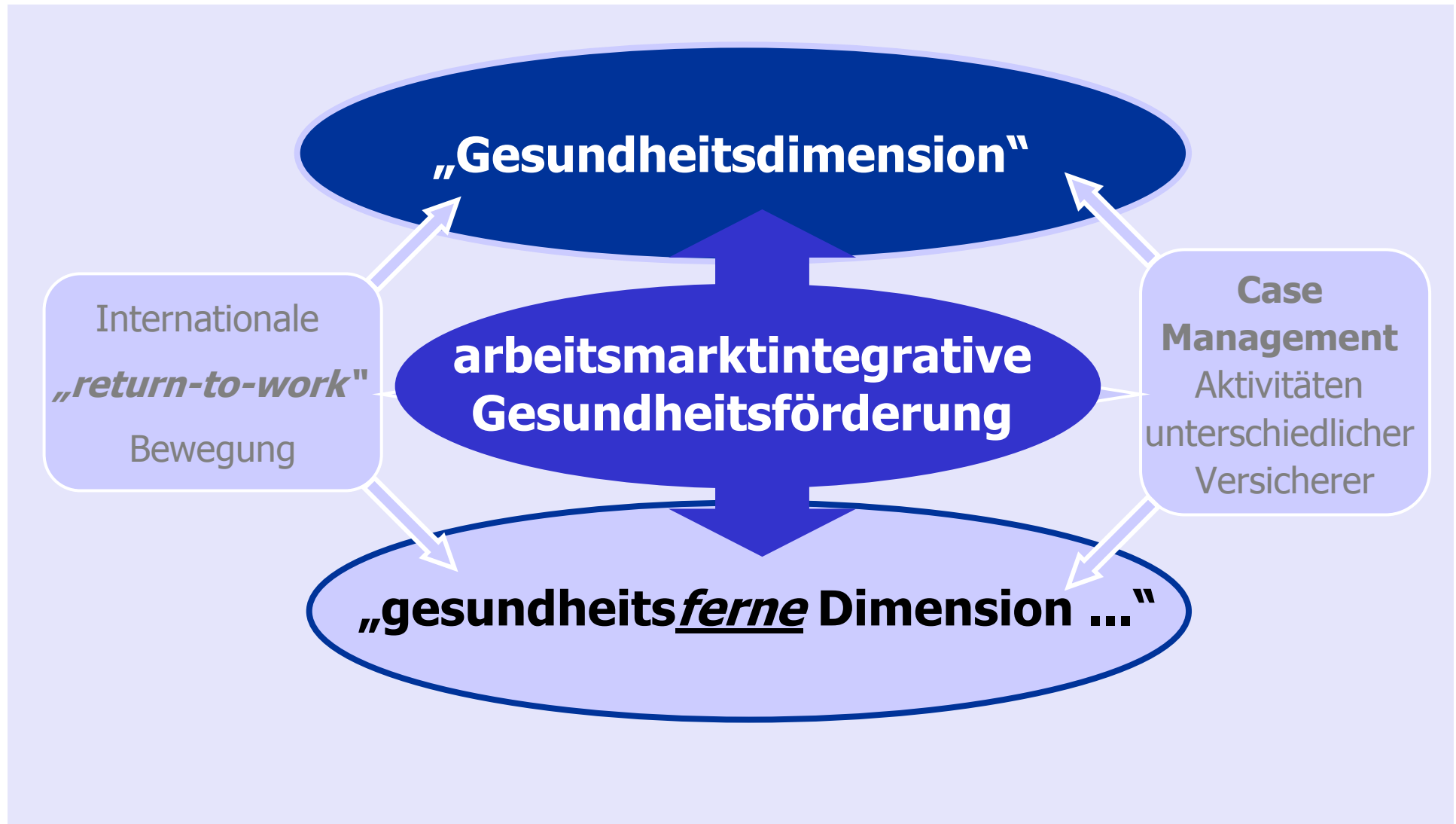
Modelle von Gesundheit



- Gesundheit als Störungsfreiheit
- Gesundheit als Wohlbefinden
- Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand
- Gesundheit als Flexibilität
- Gesundheit als Anpassung

Franke, A. (2010). Modell von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S. 180

Paradigmenwechsel in der Sozialpsychiatrie III



3 Gesundheits- bzw. Krankheitsparadigmen

1. kuratives, pathogenetisches Paradigma

erst behandeln lassen ► dann gesunden ► dann arbeiten

2. rehabilitatives, salutogenetisches Paradigma

Präventionsmaßnahmen ► gesund bleiben ► arbeiten

3. Resilienz-Paradigma

Resilienzförderung ► auch unter Stress bzw. gestresst arbeiten

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Modell der Pathogenese

Entstehung & Etymologie

- Der Begriff „Pathogenese“ beschreibt die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit.
- Der aus Pergamon stammende römischer Arzt Galen (129-199 n. Chr.) verwendete erstmalig den Begriff „Pathologie“.
- Die heutige vertraute biologisch-somatische Sichtweise entstammt bahnbrechenden Erkenntnissen aus der Bakteriologie.
- Fachgeleiteten Einteilung in zwei Klassen „gesund“ und „krank“

griech. „**Pathos**“ = Leiden / Krankheit

griech. „**Genese**“ = Entwicklung / Entstehung

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Modell der Salutogenese I

Entstehung & Etymologie

Eingeführt in den 70er Jahren von Aaron Antonovsky, einem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen, als Gegenbegriff zu „Pathogenese“

lat. „**Salus**“ = Wohlbefinden / Gesundheit

griech. „**Genese**“ = Entwicklung / Entstehung

Modell der Salutogenese II

2 Grundannahmen



- Krankheit ist eine normale Erscheinung im menschlichen Leben und nicht eine Abweichung von der Normalität (**Heterostase**)
- Gesundheit und Krankheit sind Pole auf einem gemeinsamen Kontinuum (**HEDE-Kontinuum**)

Dis-Ease
(Ent-Gesundung)



Health-Ease
(Gesundung)

Modell der Salutogenese III

Generalisierte Widerstandsressourcen



Widerstandsressourcen	...zum Beispiel
Gesellschaftliche Widerstandsressourcen	polit. & ökonomische Stabilität, intakte Sozialstrukturen
Individuelle Widerstandsressourcen	
• Kognitive Ressourcen	Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit
• Psychische Ressourcen	Selbstvertrauen, Ich-Identität, Optimismus
• Physiologische Ressourcen	Konstitution, körperliche Stärken und Fähigkeiten
• Ökonomische und materielle Ressourcen	Geld, Zugang zu Dienstleistungen, sicherer Arbeitsplatz

Modell der Salutogenese IV

Kohärenzgefühl



Das **Kohärenzgefühl** drückt das Ausmaß für ein andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in meine Lebenswelt aus.

- **Verstehbarkeit**

- **Handhabbarkeit**

- **Sinnhaftigkeit**

Antonovsky, A. (1997). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept (S.3-14). Tübingen: dgvt-Verlag

Modell der Salutogenese V

Wirkmodell

je mehr
**generalisierte
Widerstands-
Ressourcen**
ich habe

desto häufiger
mache ich die
Erfahrung, dass
ich Stress nicht
wehrlos
ausgeliefert bin

desto mehr
Kohärenzgefühl
entwickle ich

desto eher rangiere
ich auf dem
**HEDE-
Kontinuum** weiter
oben

Modell der Salutogenese VI

Eine Differenzierung



Stressforschung & pathogenetische Sichtweise (dichotomes Konzept)	salutogenetische Forschung nach Antonovsky (bipolares Konzept)	weiterführende salutogenetische Ansätze (orthogonales Konzept)
biomedizinisches Verarbeitungsmodell	zusätzliche soziale, politische und ökonomische Grundvoraussetzungen	
getrennte Klassen	Kontinuum	
Eliminierung der Stress-Bedingungen	Anpassung an Stressoren	zusätzliche Entwicklung abseits von Überlebensstrategien
delegierte Versorgung	selbständige & gemeinschaftliche Last (der Bewältigung)	selbständige & gemeinschaftliche Lust (an Entwicklung)

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Gesundheitsmodell der WHO I

Definition



- **Nach der Definition der WHO** seit 1946 ist Gesundheit...
„ein **Zustand** vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen **Wohlbefindens** und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen (Abwesenheit von Symptomen)“
- **Die Deklaration und Utopie von Alma-Ata (UdSSR, 1978):**
Forderung der Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Jedem soll somit ein sozial und ökonomisch produktives Leben ermöglicht werden. Die Zugänglichkeit und Finanzierbarkeit von Gesundheitsversorgung für alle stand dabei im Vordergrund

Gesundheitsmodell der WHO II

Definition



Die Ottawa-Charta:

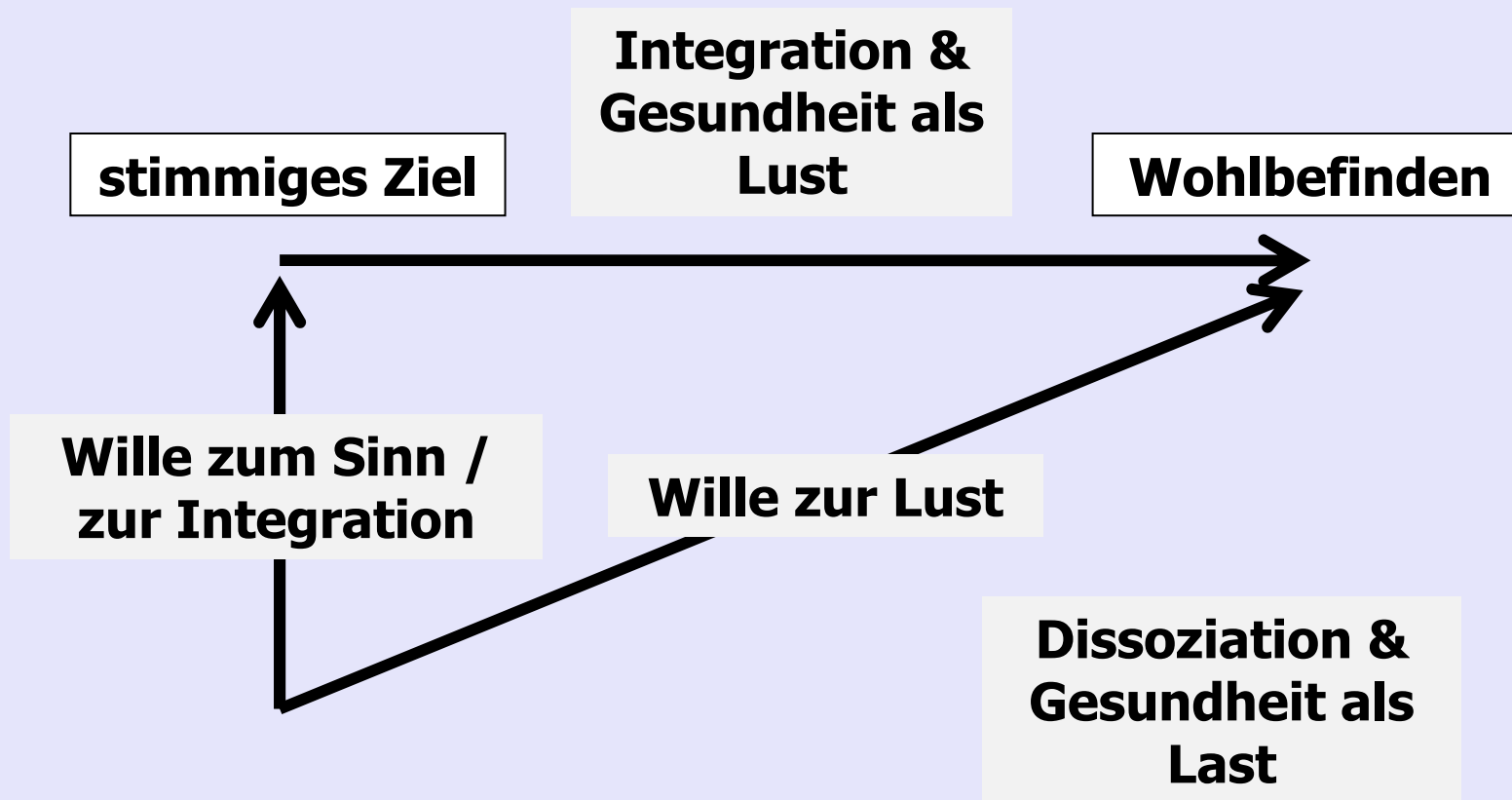
- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren

2 Probleme mit dem Wohlbefinden für alle? I

1. Kann Sozialpolitik „glückliche“ Arbeitslose wollen?
2. Kann Sozialpolitik versorgte, d.h. „glückliche“ Arbeitslose wollen?
3. Kann Sozialpolitik wenigstens resiliente, d.h. „glückliche“ Arbeitslose wollen?
4. Können bzw. wollen wir weiter an der Idee der Vollbeschäftigung festhalten?

C. Sedmak, Menschenwürdige Arbeitslosigkeit. In: Th. Böhler et al., Menschenwürdiges Arbeiten. Wiesbaden 2009, 133-192

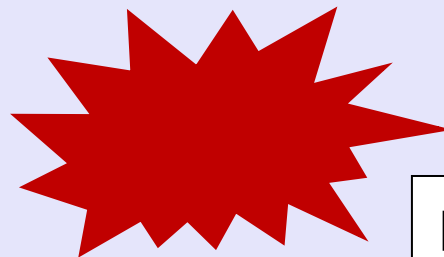
2 Probleme mit dem Wohlbefinden für alle? II



Spannungsfelder

Anspruch auf **Wohlbefinden vs. Verantwortung** für die Gesellschaft
(Kranke, Gestresste, jeder Einzelne)

Krankenkassen



pAp, Fallmanger, ARGEn

Auftrag zwischen **Fordern vs. Fördern** und Auftrag zwischen
Versorgung vs. Ökonomie & Ressourcenschutz (Staat, Politik)

Quintessenz: Jugend heute...

"Die Jugend liebt heutzutage den Luxus. Sie hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor älteren Leuten und schwatzt, wo sie arbeiten soll.

Die jungen Leute stehen nicht mehr auf, wenn Ältere das Zimmer betreten. Sie widersprechen ihren Eltern, schwadronieren in der Gesellschaft, verschlingen bei Tisch die Süßspeisen, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.,,

Sokrates (470 - 399 v. Chr.)

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



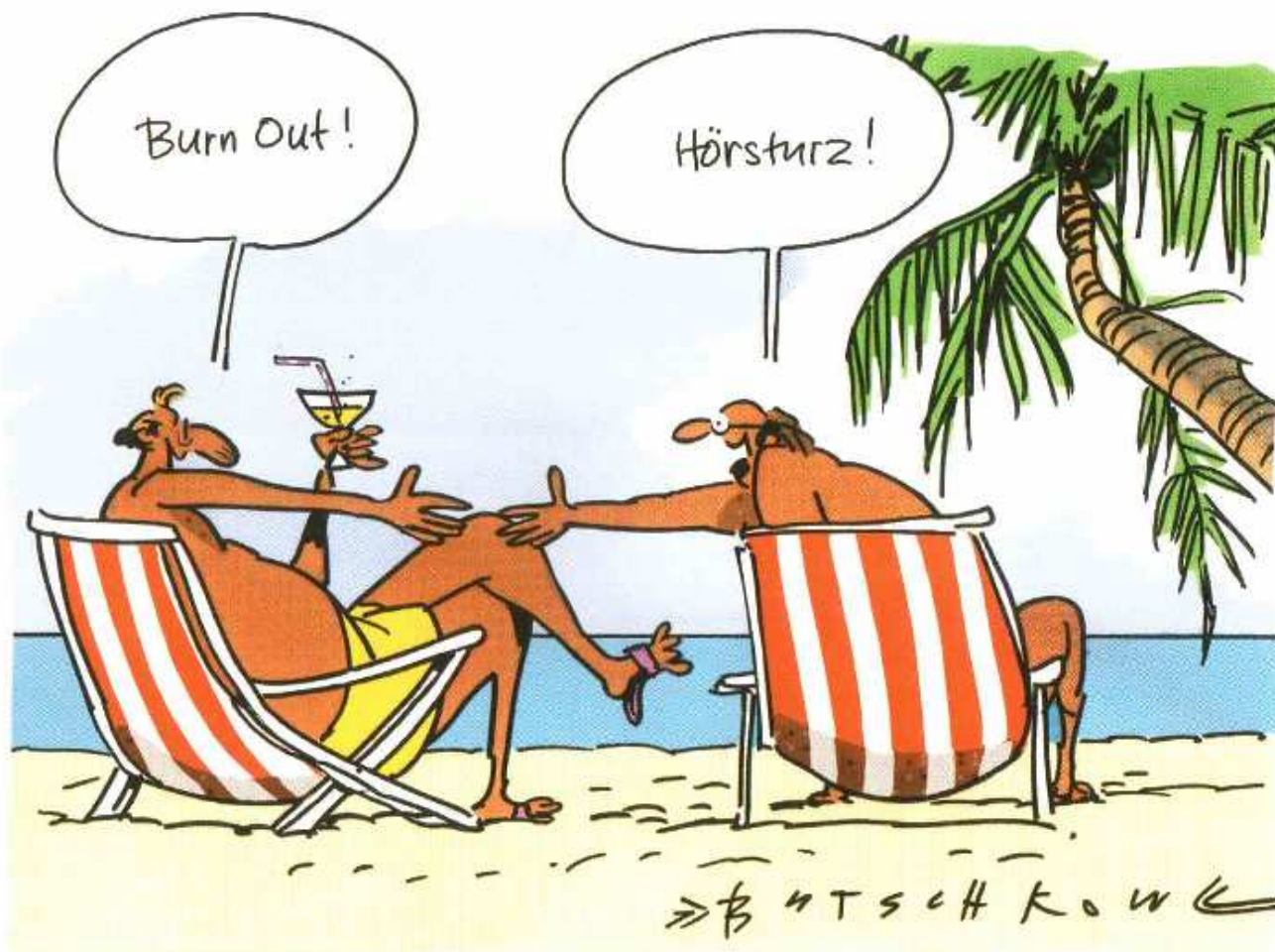
... ein Fall von Resilienz

Ein fünfjähriger Junge beobachtete hilflos, wie sein Bruder ertrank. Im selben Jahr begann ein Glaukom seine Welt zu verdunkeln. Seine Familie war zu arm, medizinische Hilfe zu zahlen, die sein Augenlicht hätte retten können. Als er Teenager war, starben seine Eltern, und er musste in eine staatliche Blindenanstalt. Als schwarzer Afrikaner durfte er an vielen Aktivitäten der Institution, einschließlich der Musik, nicht teilnehmen...

Der Name der Mannes war **Ray Charles.**

Franke, A. (2010). Modell von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S. 180

Befürchtete Formen der Resilienz?



Frühpensionierte Lehrer am Südseestrand

Modell der Resilienz I

Etymologie



Der Begriff "Resilienz" leitet sich von dem englischen Wort "resilience,, = "Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit,, ab.

lat. „**Resilere**“ = abprallen

Modell der Resilienz II

Entstehung & Definition



- Traumaforschung bei Kindern und Jugendlichen
- Kauai-Studie (1955-1995), Emmy Werner

Definition:

Resilienz bedeutet „seelische Widerstandsfähigkeit“ – und „Resilienzförderung“ zielt darauf ab, die Widerstandsfähigkeit von Kindern und Erwachsenen in belastenden und risikobehafteten Lebenssituationen durch schützende Faktoren zu entwickeln, zu ermutigen und zu stärken (Zander, 2008)

Zander, M. (2008). Armes Kind – starkes Kind? Die Chancen der Resilienz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Modell der Resilienz III

weitere Definition



Modell der Resilienz IV

Gefahren und Möglichkeiten hinter dem Resilienzgedanken



- Gefahr der Erpressung oder subtilen Manipulation von benachteiligten, mächtigen und ohnmächtigen Menschen durch Andere um erwünschtes Verhalten zu gewährleisten.
- Gefahr der Inflationierung des Leistungsprinzips
- Ziel ist die Entdeckung von Faktoren, die die Gesundheit und den Erfolg von Menschen steigern helfen (Protektion, Empowerment).
- Die weitere Entdeckung des Menschen als beeindruckenden Überlebenskünstler

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Modell der Resilienz III

Die Straße zur Resilienz



- Baue soziale Kontakte auf
- Betrachte Krisen nicht als unüberwindbare Probleme
- Akzeptiere Veränderungen als einen Teil des Lebens
- Bewege Dich auf deine Ziele zu
- Gehe schwierige Situationen an und vermeide sie nicht
- Achte auf herausfordernde Gelegenheiten, um dich selbst besser kennenzulernen (Krisen, Tragödien)
- Pflege ein positives Selbstbild
- Betrachte die Dinge in einer längerfristigen Perspektive
- Bleibe optimistisch
- Pass gut auf dich auf

www.apahelpcenter.org – American Psychological Association

Modell der Resilienz IV

Tipps für erfolgreiche Sportler

- Schneller, höher, weiter wollen
- Commitment oder Engagement zeigen
- Ziele setzen und visualisieren
- Selbstdisziplin beweisen
- Niederlagen als Chance sehen
- Wenn nötig Schlussstrich ziehen

Stehrer, S. (2008). Das Geheimnis der Siegertypen – Mit mentaler Stärke Ziele erreichen. Medizin Populär, 11/2008.

Modell der Resilienz V

Beschreibung der besten Krisenmanager

- Zielorientierung,
- Risikobereitschaft,
- die Fähigkeit, Prioritäten zu setzen und rasch Entscheidungen zu treffen,
- aber auch Mut zu kreativen und unkonventionellen Lösungen,
- hohe Frustrationstoleranz,
- belastbar sein,
- selbstbewusst und souverän auftreten,
- diszipliniert und pflichtbewusst agieren usw.

Modell der Resilienz VI



**„Für jedes komplexe Problem gibt es
immer eine einfache Lösung...
und sie ist immer falsch!“**

H.L. Mencken

Modell der Resilienz III

Die sieben Säulen der Resilienz

Resilienz ist die Fähigkeit, optimal mit Krisen, Misserfolgen, Niederlagen und traumatischen Erfahrungen umzugehen

Optimismus

Wer eine Krise bewältigen möchte, sollte fest daran glauben, daß Krisen zeitlich begrenzt sind und überwunden werden können

Akzeptanz

Die schwierige Situation sollte angenommen werden. Ja, man hat eine Absage bekommen ! Erst, wenn man den schmerzlichen Tatsachen ins Auge geblickt hat, kann man weitere Schritte unternehmen

Lösungsorientierung

Optimismus und Akzeptanz führen zum nächsten Schritt. Es gilt zu überlegen: Was sind mögliche Lösungen für die gegenwärtige bedrohliche Situation ? Aber auch: Wie gehe ich mit dem Streß um, der eine akute Krise begleitet ?

Die Opferrolle verlassen

In die Opferrolle zu schlüpfen, ist verführerisch. Irgendwann jedoch gilt es, sich auf seine Stärken zu besinnen, die Realität angemessen zu interpretieren und wieder auf die füße zu kommen.

Verantwortung übernehmen

Zu resilientem Verhalten gehören die Bereitschaft und die Reife, Verantwortung für das eigene Tun zu übernehmen. Wichtig ist aber auch die Entscheidung, sich nicht zum Sündenbock zu machen

Netzwerkorientierung

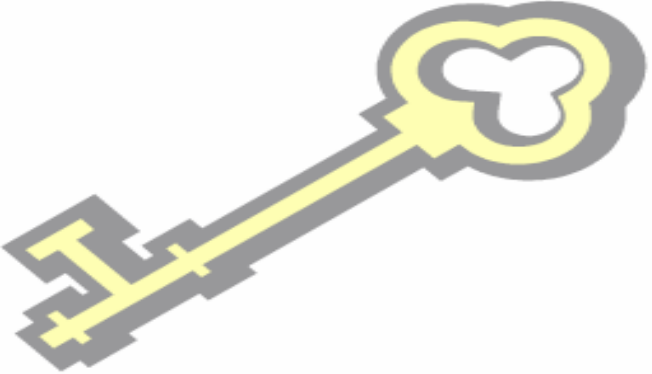
Wichtig ist ein stabiles soziales Umfeld. Um dieses aufzubauen und zu pflegen, empfiehlt sich aktives Networking

Zukunftsplanung

Der Versuch, sich durch gute Vorbereitung gegen die Wechselfälle des Lebens zu schützen. Unter anderem gilt es, das berufliche Entwicklungspotential realistisch einzuschätzen

Modell der Resilienz IV

Die sieben Schlüssel zur Resilienz

- 
- 1. Gedanken beachten**
Unsere Gedanken sind dafür verantwortlich, wie wir uns fühlen. Welche Gedanken lösen in schwierigen Situationen Unwohlsein aus? Wie realistisch sind sie? Eine wichtige Technik ist es, die Gedanken aufzuschreiben und genau zu untersuchen
 - 2. Denkfall identifizieren**
Häufig lassen wir uns immer wieder am selben Punkt von einem hilfreichen Denkmuster abbringen. Wer sich zum Beispiel nach einem Fehlschlag prinzipiell allein die Schuld gibt, fühlt sich schwach und kraftlos. Solche Denkfehler gilt es zu identifizieren und zu korrigieren.
 - 3. Glaubenssatz aufspüren:**
Jeder hat Vorstellungen davon, wie ein Mensch sich zu verhalten hat und wie Dinge gemacht werden sollen. Dies beeinflusst das Denken, Handeln und Fühlen eines Menschen. Häufig sind sie starr und wenig förderlich. Sie sollten daher aufgespürt und auf ihre Gültigkeit überprüft werden.
 - 4. Problemlösungskompetenz trainieren**
Jeder sollte überprüfen, wie er Probleme analysiert und Lösungsmöglichkeiten sucht. Es ist hilfreich, daß man die Situation realistisch einschätzt und sich nicht zu starr auf einen Lösungsweg fixiert.
 - 5. Katastrophendenken stoppen**
Wer immer gleich an das Schlimmste denkt, lähmt sich in kritischen Situationen selbst. Es gilt daher, furchterregendes „Wenn-dann“ Denken zu stoppen und sich stattdessen einen Plan zur Krisenbewältigung zu machen.
 - 6. Beruhigen und Fokussieren**
Wer sehr aufgeregt ist, hat selten die Kraft und Ruhe, die notwendige Gedankenkontrolle zu halten. Es ist daher wichtig, eine wirkungsvolle Entspannungstechnik für sich zu finden.
 - 7. Resilienz in Echtzeit praktizieren**
Integrieren Sie die Techniken in den Alltag. Ersetzen Sie schädliche Gedanken durch angemessene Gedanken. Wer sich z.B. bisher sagte „Immer geht alles schief“ hält dagegen: „Ich habe in meinem Leben schon vieles erreicht“

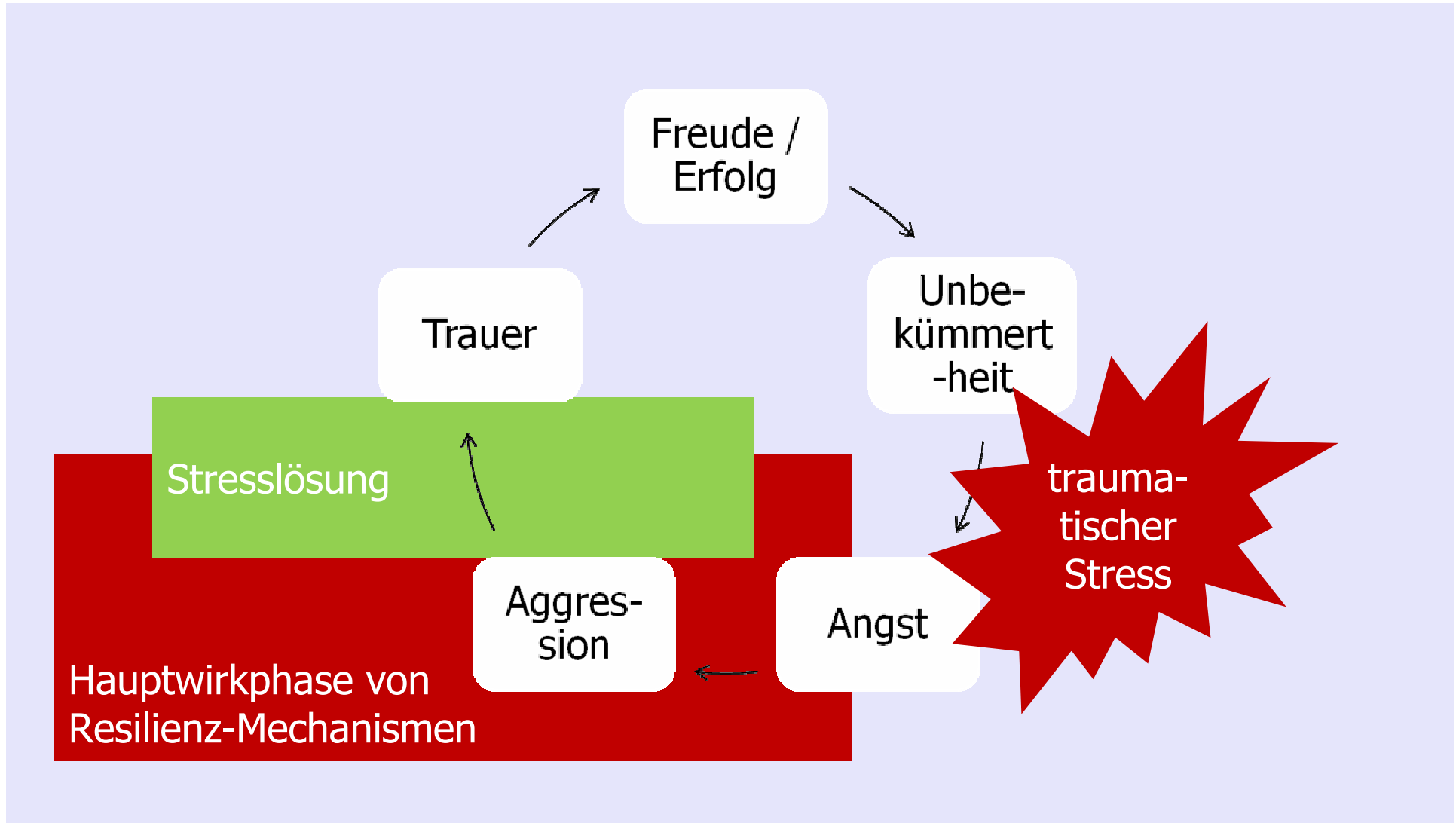
Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!

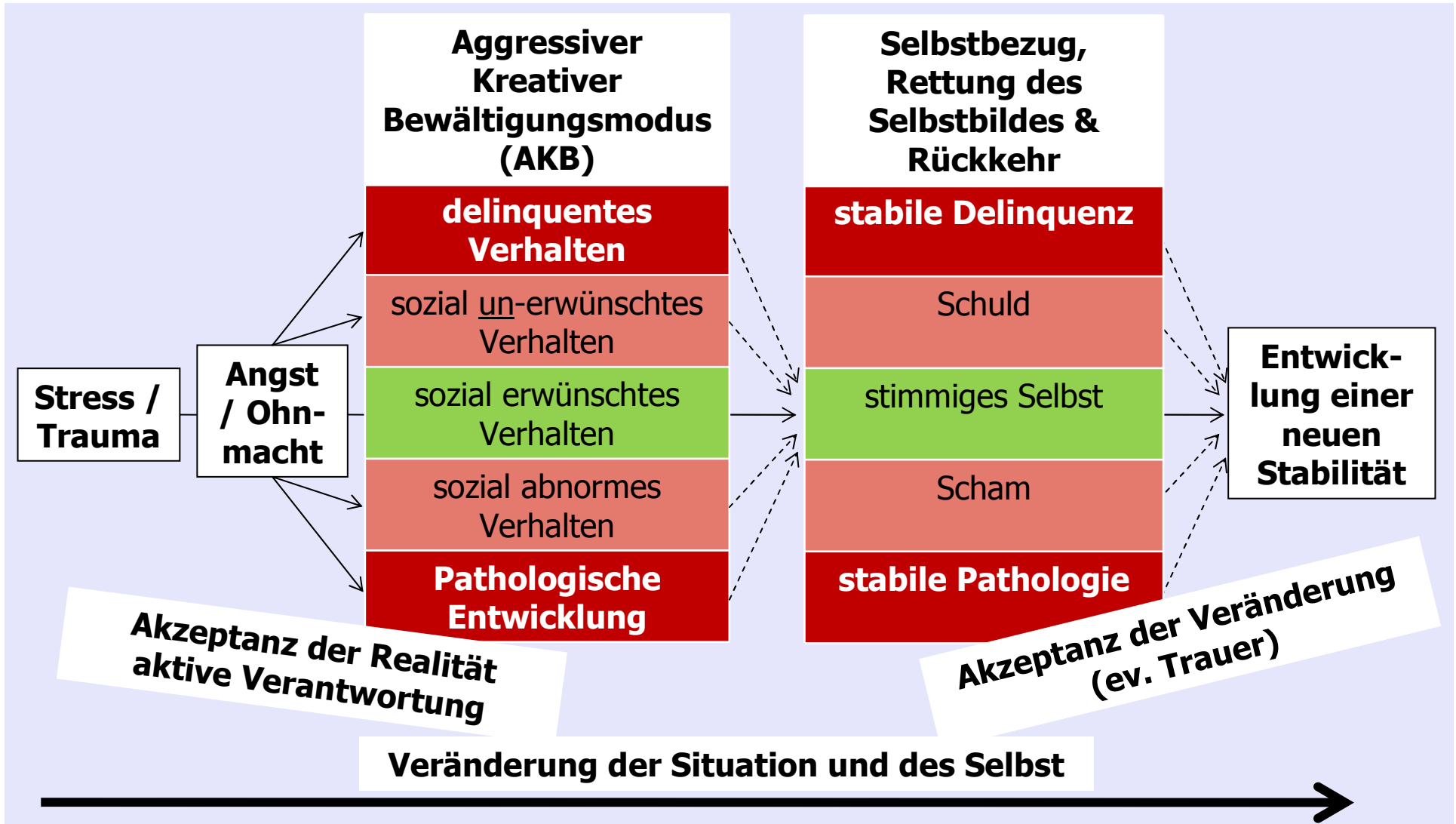


Vereinfachte Psychodynamik der traumatischen Stress-Bewältigung



Psychodynamik der Resilienz

Integration durch Resilienzförderung



Psychodynamik der Resilienz

Bewertungsschemata für AKBs

Aggressiver Kreativer Bewältigungsmodus (AKB)	einige Beispiele für äußere Bewertungsschemata für die AKBs
delinquentes Verhalten	Der „böse“ Dieb
sozial <u>un</u> -erwünschtes Verhalten	Der Schmarotzer (z.B. „Dienst nach Vorschrift“)
sozial erwünschtes Verhalten	Der Held
sozial abnormes Verhalten	Der Märtyrer / Der Verrückte
Pathologische Entwicklung	Der „arme“ Kranke / Der Simulant

Psychodynamik der Resilienz

Konsequenzen für den Umgang mit Gestressten



- Eine Zurückweisung der aggressiven Reaktionen, Ängsten und Ohnmachtsgefühle von Gestressten wirkt umso kontraproduktiver je größer die Stresssituation ist.
- In der akuten Phase sind Adressaten (Personen, Institutionen) dieser Aggressionen als Helfer / Coaches für Gestresste nicht hilfreich.
- Der Aggressive Kreative Bewältigungsmodus (AKB) muss als individueller Modus in möglichst weiten Grenzen unterstützt werden und die daraus resultierenden Probleme mit dem Selbstbild müssen parallel dazu gecoacht werden, um die Rückkehr in einen erfolgreicherem (integrierten) stabilen Zustand zu ermöglichen.
- Eine Stressbewältigung profitiert im günstigsten Falle vom gemeinsamen Verständnis und der Zusammenarbeit der am Stress beteiligten Parteien. Manchmal ist ein isolierter Lösungsprozess jedoch der Beste.

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell I

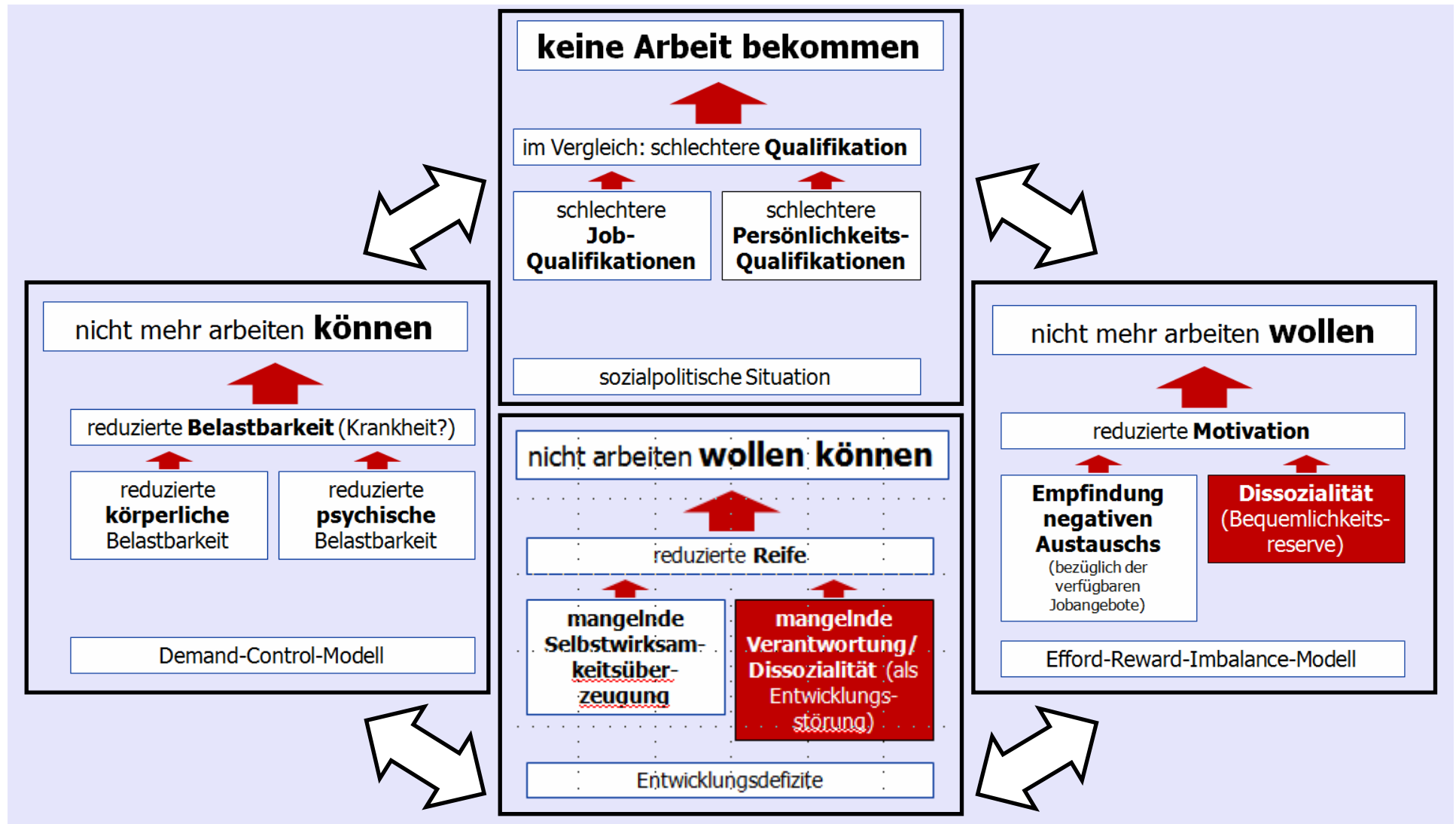
Gesundheit & Arbeit - Der Idealfall



- Es kann klar definiert werden und es besteht Einigkeit darüber, wann jemand nicht(s) mehr arbeiten kann.
- Alle, die nicht arbeiten können, können von den Arbeitenden versorgt werden.
- Alle, die arbeiten können, wollen arbeiten.
- Alle, die arbeiten wollen, finden befriedigende Arbeit.

Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell V

Der Realfall des Scheiterns



Prognosemodell der nicht erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach Ende der außerbetrieblichen Umschulung (Slesina et al., 2010)



Prädiktoren	P-Wert
Arbeitsmarktsituation am Wohnort (nach Blien/Hirschenauer, 2005)	$P < .001$
Interne Kontrollüberzeugung	$P = .013$
Schulabschluss	$P = .017$
Gesundheitliche Beschwerden durch Schmerzen	$P = .022$
Allgemeine soziale Unterstützung	$P = .052$

Selsina, W., Rennert, D., Patzelt, C. (2010). Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen. *Rehabilitation*, 49, S. 237-247.

Inhalt

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!



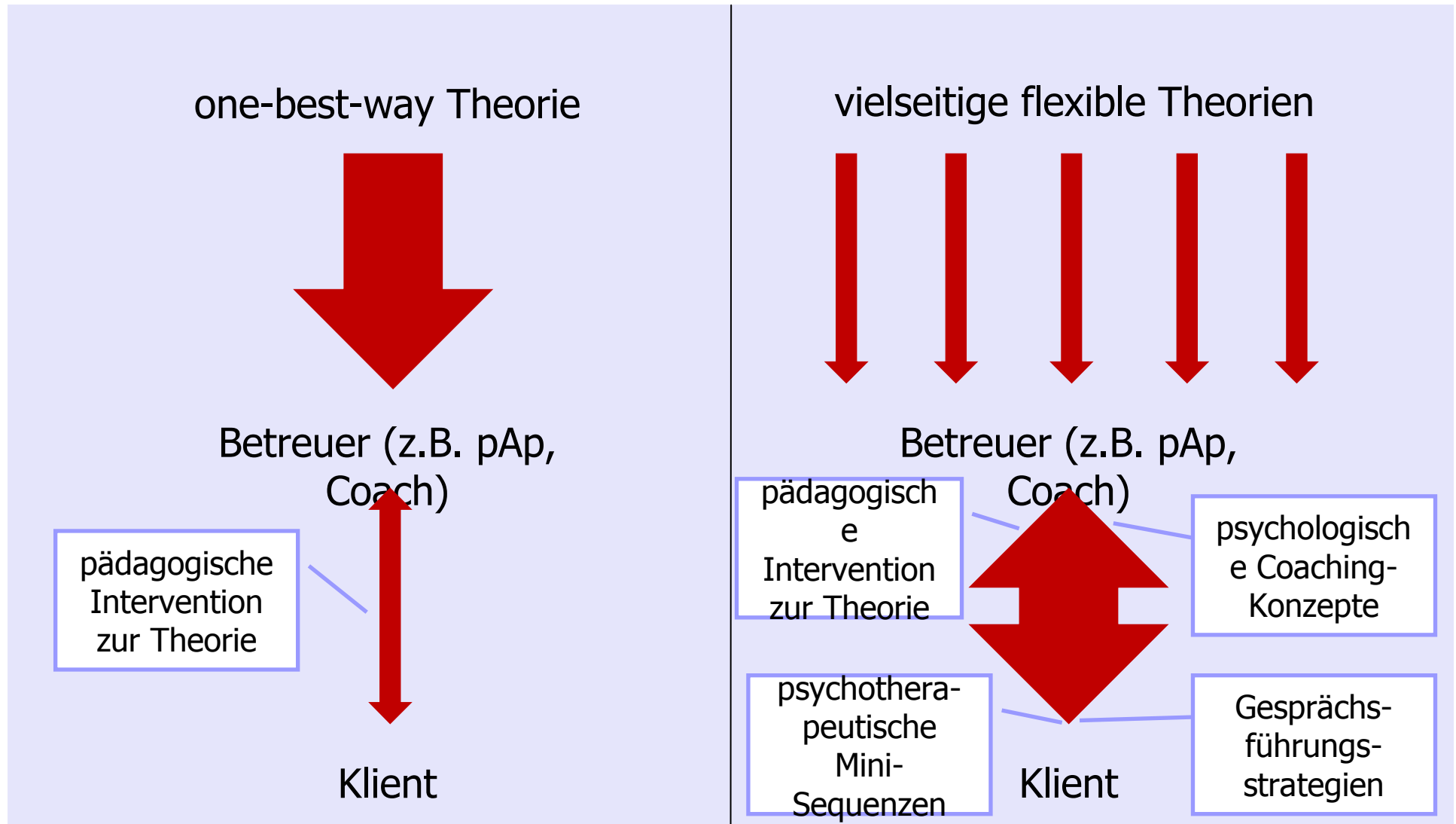
Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung (systemisch) I

- **Schutz der Adressaten** von Aggressionen (z.B. pAps, Fallmanager, Krankenkassenmitarbeiter usw.) vor Verletzungen durch aggressive Reaktionen der Gestressten
- **Coaching der Betroffenen** bei ihrem individuellen aggressiv-kreativen Bewältigungsprozess (AKB) und den daraus resultierenden Problemen mit ihrem Selbstbild und ihrer Situation
- **Akzeptanz von Angst- und Ohnmachtserleben sowie von aggressiven Gefühlen** der Betroffenen und **Verständnis für deren aggressive Haltung** von den Außenstehenden
- Die **Akzeptanz von Angst- und Ohnmachtserleben bzw. Erleben von Aggressionen** der Betroffenen durch die Außenstehenden muss der Forderung von Selbstverantwortung und der Akzeptanz für die eigene Situation der Betroffenen vorausgehen bzw. mit ihr einhergehen.

Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung (systemisch) II

- kostspielige **Stigmatisierungsprozessen sind durch Aufklärung auf beiden Seiten zu vermeiden**
- **interdisziplinäre sektorenübergreifende Zusammenarbeit** zwischen Ministerium, ARGE, Krankenkassen, RVA, den Vertretern der jeweils regionalen Gesundheitsversorgung
- **Auflösung von Teufelskreisen** aus Ängsten und Rigidität (Einengung der Kontrolle, Formalisierung, Zentralisierung, Ausgrenzung)
- **Rückkehrmöglichkeiten** für vorüber gehende Situationen sichern
- **Foren für kreative Kontroversen eröffnen usw.**

enge vs. lose Kopplungen im Dreieck Klient, Betreuer und Methode



Das Profil des arbeitsintegrativen Coachs



Grundsätzlich braucht ein Coach für arbeitsintegrative Interventionen gleichzeitig zwei parallele Qualifikations- und Berufserfahrungs-Bereiche:

- 1.klinisch psychologische bzw. psychotherapeutische
- 2.arbeits- und organisationspsychologische

Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung (individuell) III

Resilienzförderung bedeutet individuelle Förderung von:

- **Akzeptanzfähigkeit** für die Realität und Notwendigkeit von Veränderungen innerhalb einer Gemeinschaft
- **Motivations- und Handlungsfähigkeit** auch innerhalb wahrgenommener eingeschränkter Grenzen
- **Bereitschaft zur eigenen Vermeidungsbeobachtung**
- **Entwicklung eines neuen Selbstbildes bzw. Komposition eines neuen Sinnzusammenhangs (Kreativität & Würdefindung)**
- **Unterstützung bei der Rückkehr in eine integrierte Teilhabe** unter ev. neuen Vorzeichen

Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung (individuell) IV

Resilienzförderung bedeutet individuelle Förderung von:

- **Selbstverantwortung, Selbstwirksamkeit, Selbstverteidigung, Anti-Selbst-Stigmatisierung**
- **Zuversicht / Optimismus**
- zielorientierter **Motivations- & Willensfähigkeit**
- **Veränderungsmotivation** (sowohl sich verändern lassen als auch etwas verändern (aggressiv-kreativer Modus))
- **Zwischenphasen** erkennen und eine Zeit lang Aushalten lernen
- **Handlungsorientierung**
- **Netzwerkfähigkeit usw.**

1. Einführung
2. Theorien von Gesundheit & Krankheit
 - 2.1 Pathogenese
 - 2.2 Salutogenese
 - 2.3 Gesundheitsmodell der WHO
 - 2.4 Resilienz
3. Vertiefung des Resilienzmodells
 - 3.1 Allgemeine Modelle
 - 3.2 Selbsterfahrung
 - 3.3 Resilienz in Bildern, Geschichten & Filmen
 - 3.4 Die Psychodynamik der Resilienz
4. Resilienz in der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Das IRR-Erwerbslosigkeitsmodell
 - 4.2 Praktische Konsequenzen für eine effektive Resilienzförderung
- ➔ 5. Resilienzförderung bei jugendlichen ALG II Leistungsempfängern – Das MVB-Analyse- & Interventions-Projekt - Das MVB-Stress-Modell

Niemals aufgeben!

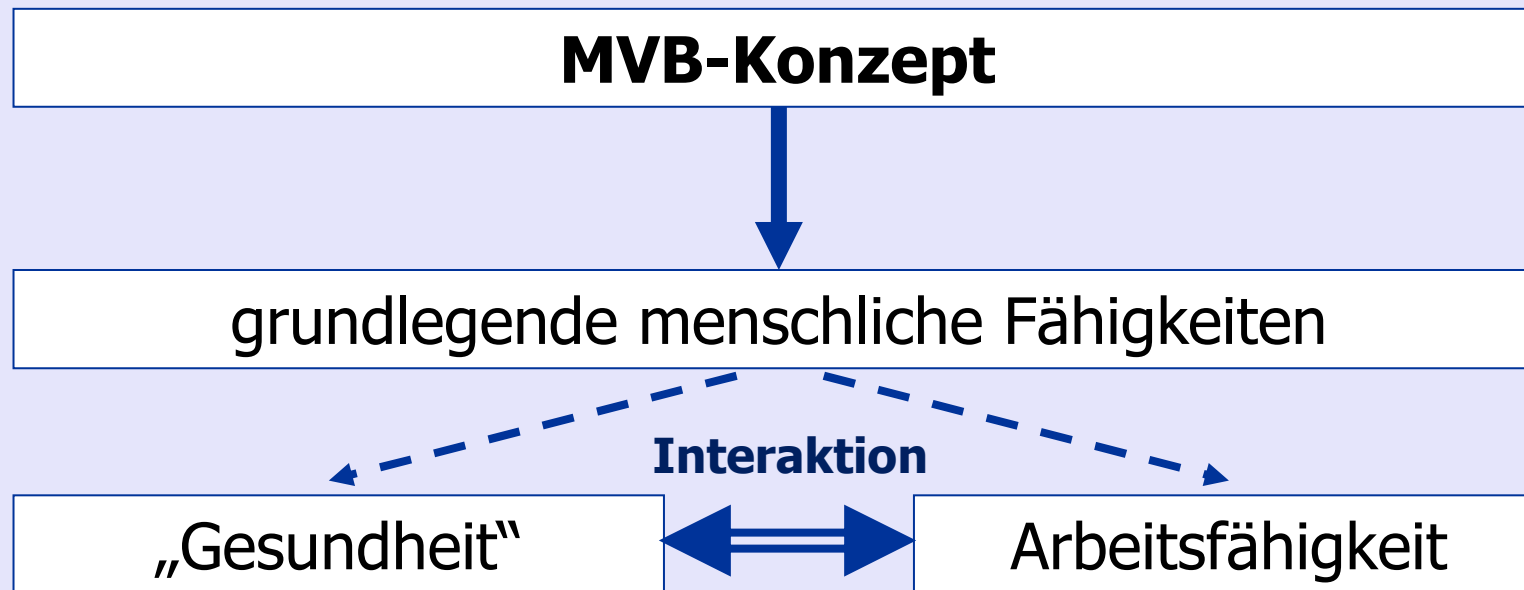


- ➔ 1. Was ist MVB?
2. Erste statistische Analyse
3. Work-Life-Balance-Analysen
4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
6. Das MVB-Stress-Modell

Das MVB-Konzept

- M = Motivation ~ Wunsch
- V = Volition ~ Wille
- B = Belastungsfähigkeit ~ Kraft

Das MVB-Konzept fördert grundlegende menschliche Fähigkeiten



Interventionsablauf

Vorauswahl durch Fachkräfte



MVB-Analyse© durch geschulte Psychologen



Individuelle Interventionsplanung in Kooperation
(Fachkraft – Klient – Psychologe)



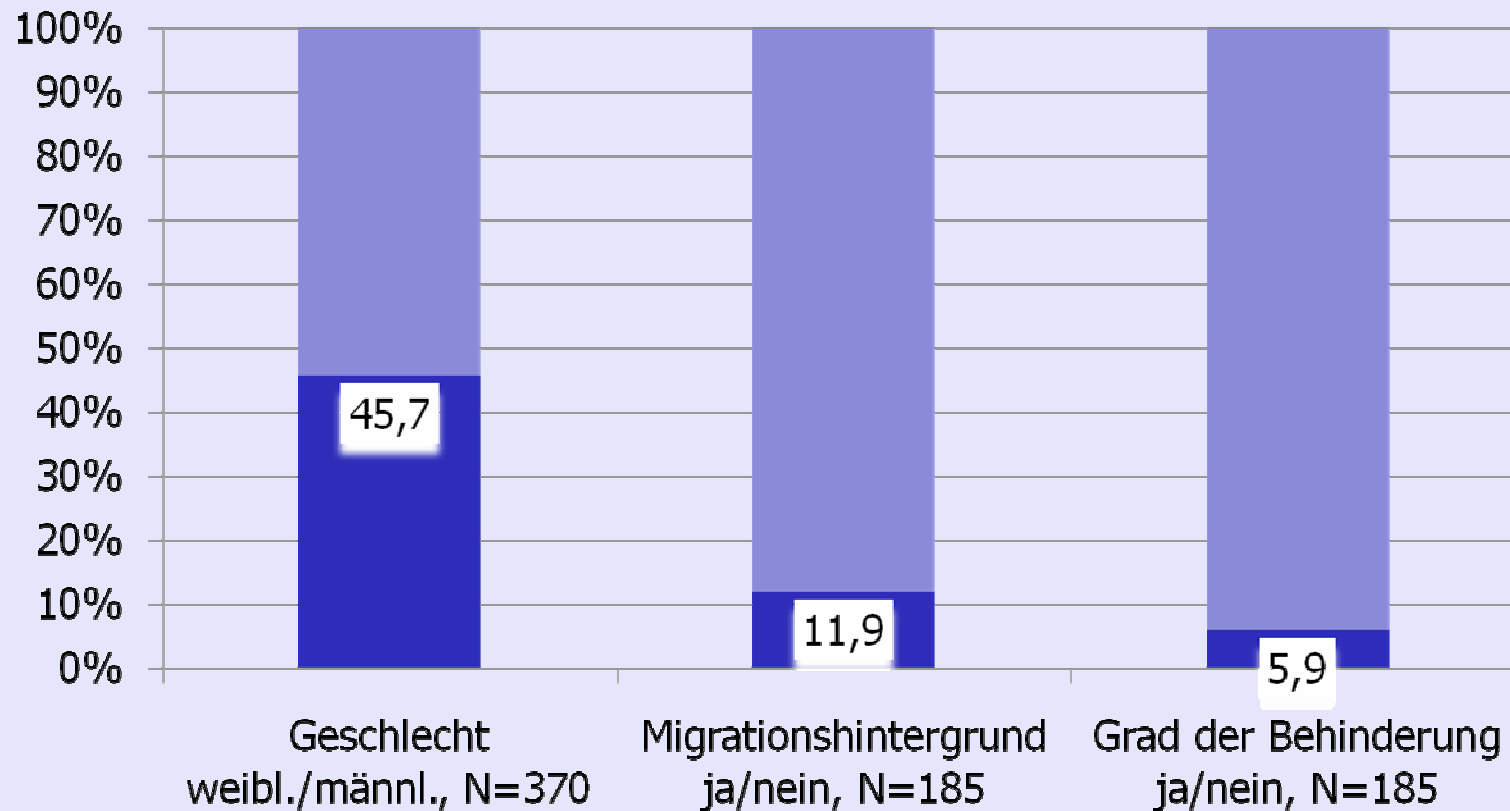
Interventionsdurchführung

- Gruppencoaching
- Einzelcoaching
- Telefon-Coaching

Vernetzungsunterstützung zu
regionalen Ärzten und
Psychologen

1. Was ist MVB?
- ➔ 2. Erste statistische Analyse
3. Work-Life-Balance-Analysen
4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
6. Das MVB-Stress-Modell

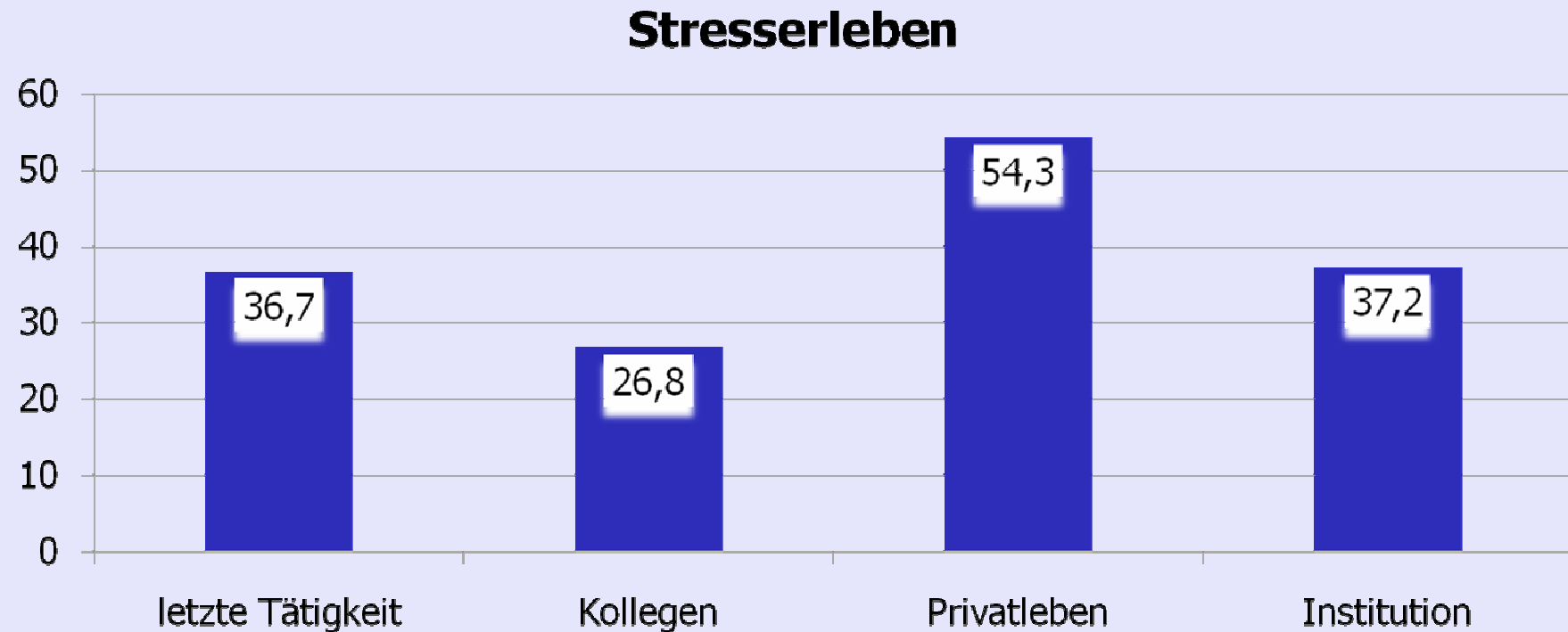
Soziodemographie



Altersdurchschnitt (Gesamt): 33,70 ($SD=10,40$, Range 18-58)
Altersdurchschnitt U25: 22,47 ($SD=1,97$; Range 18-25; N=72)
Altersdurchschnitt Ü25: 38,85 ($SD=8,41$; Range 26-58; N=155)

Stresserleben in 4 verschiedenen Bereichen

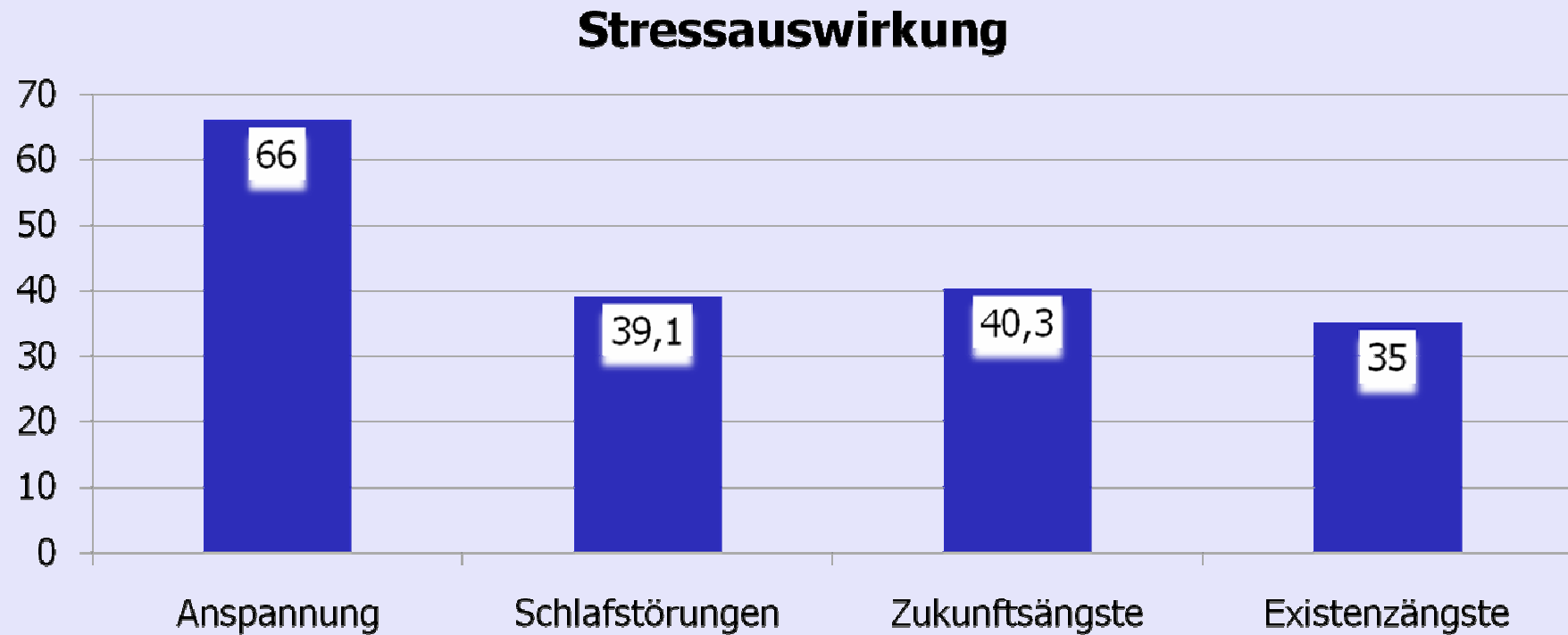
Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 364$



Fazit: deutliche Stressbelastung – vor allem privat

Stressauswirkung in 4 verschiedenen Bereichen

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 364$



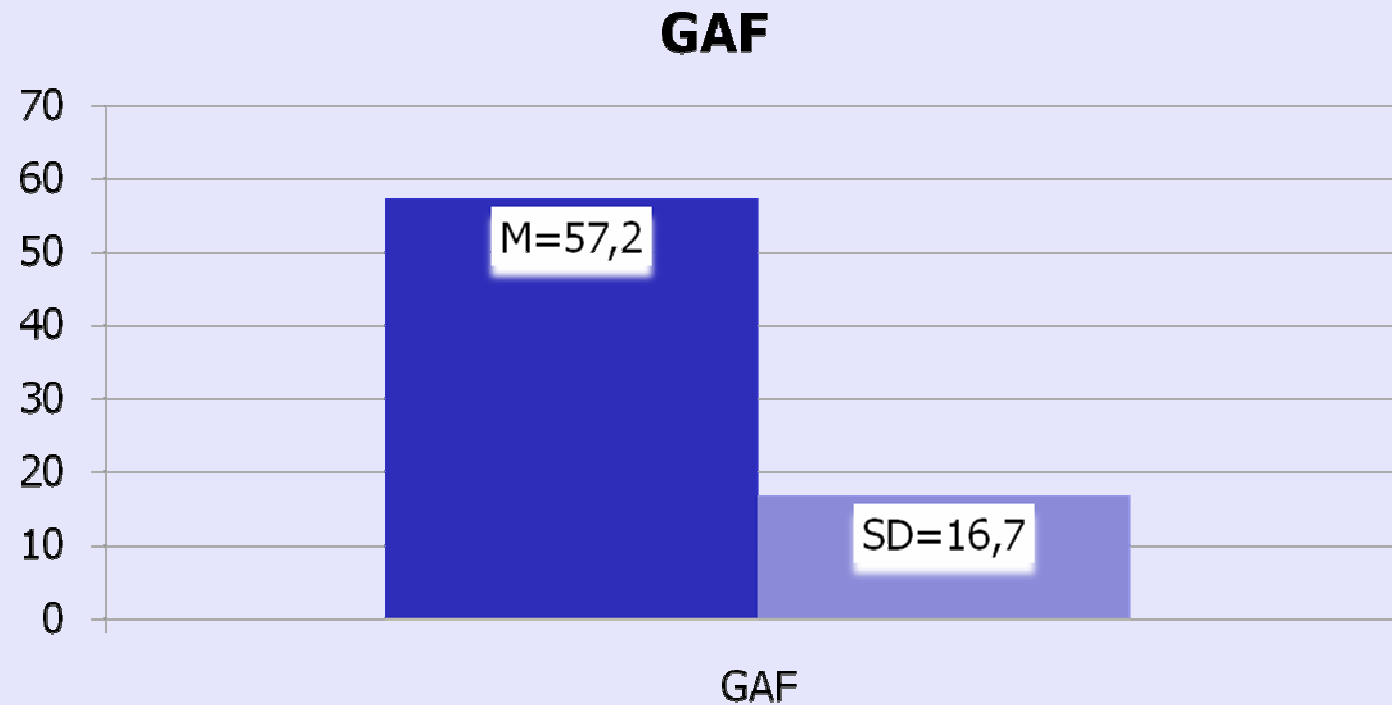
Fazit: deutliche Stressauswirkungen - schlechte Entspannungsfähigkeit

Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) I

Werte- bereich	Beschreibung
100 - 91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90 - 81	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80 - 71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
70 - 61	Leichte Beeinträchtigung
60 - 51	Mäßig ausgeprägte Störung
50 - 41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40 - 31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30 - 21	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20 - 11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit
10 - 1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0	Unzureichende Information

Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) II

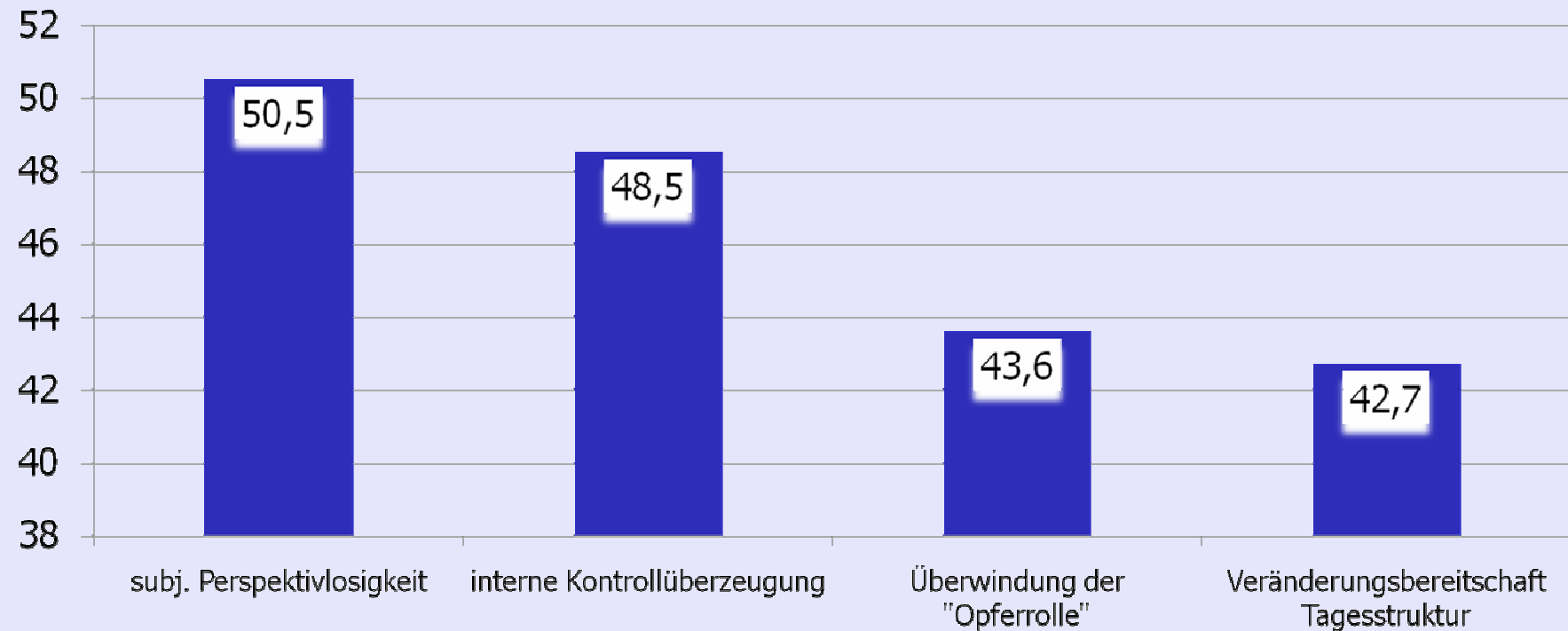
Ausprägungsgrad von 0 – 100, $N = 186$



Fazit: symptomatischer Bereich - mäßig
ausgeprägte Symptome und Schwierigkeiten

Sonstige Kompetenzsituationen

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 352$



Fazit: ausgeprägter persönlicher Einsatz trotz subjektiv erlebter Perspektivlosigkeit

Der Klient im Interview

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 364$

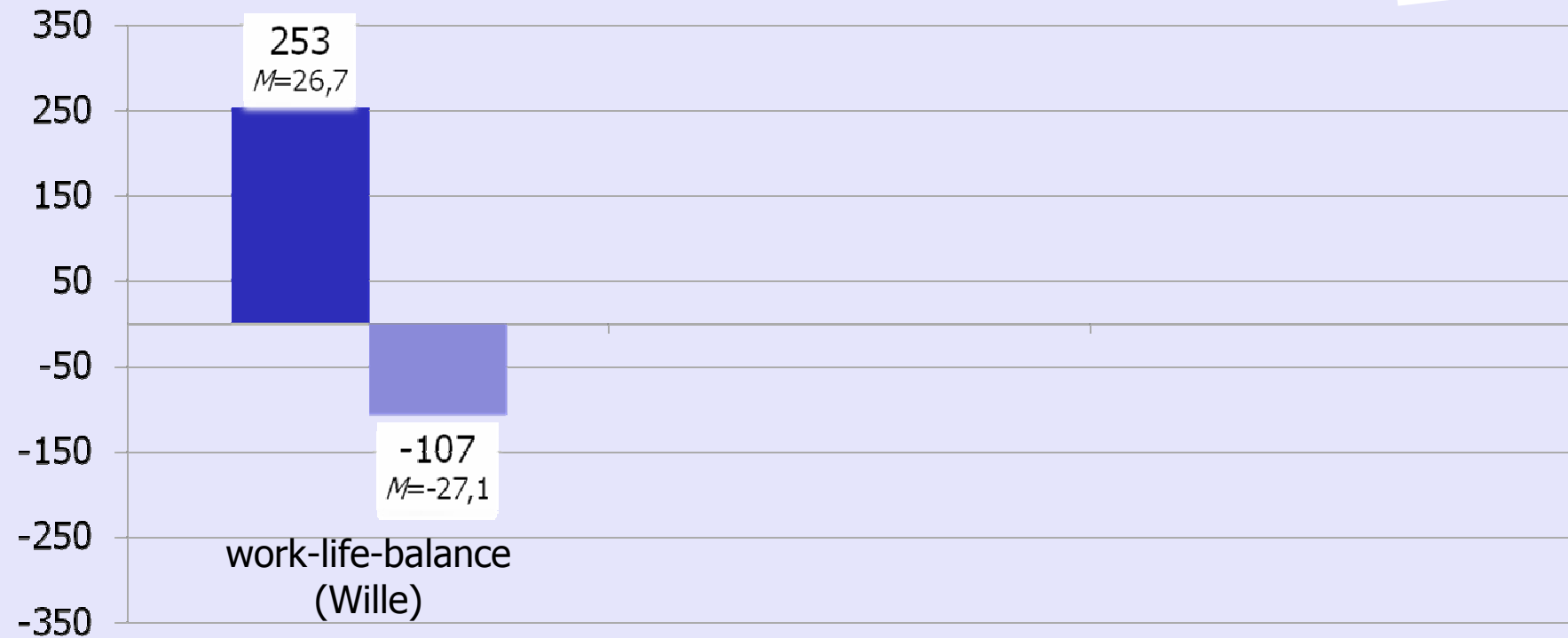


Fazit: MVB-Analyse© als Erstintervention wird vom Klienten angenommen.

1. Was ist MVB?
2. Erste statistische Analyse
- ➔ 3. Work-Life-Balance-Analysen
4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
6. Das MVB-Stress-Modell

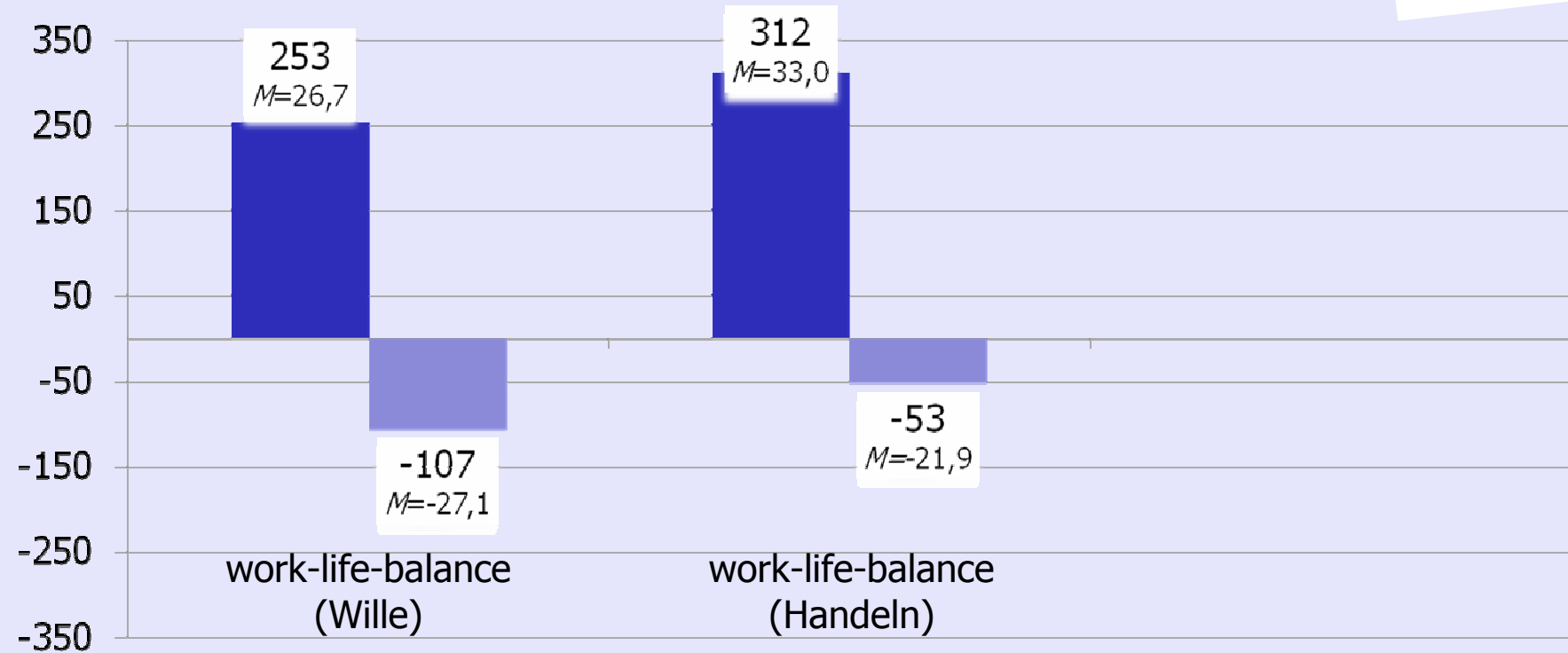
Work-Life-Balance Analysen (Häufigkeiten & Mittelwerte)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 365$



Work-Life-Balance Analysen (Häufigkeiten & Mittelwerte)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 365$

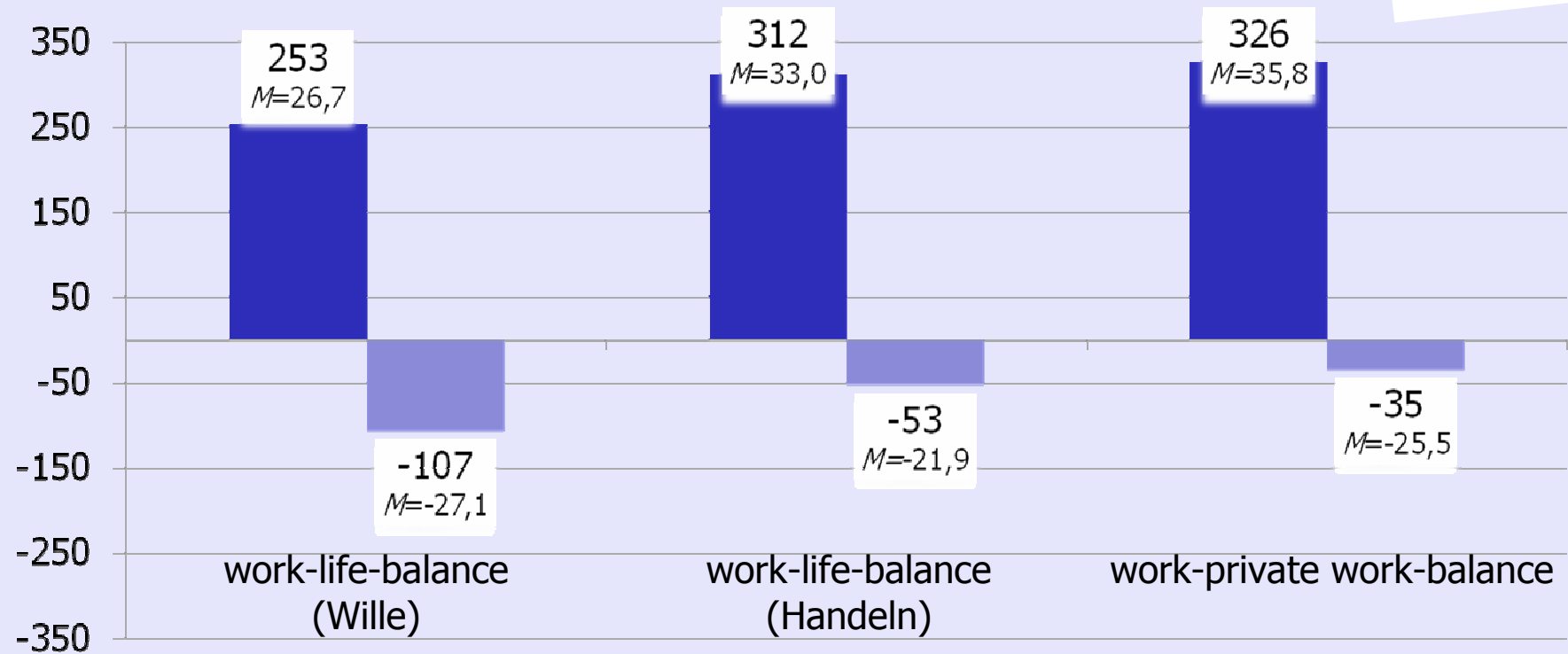


WORK

LIFE

Work-Life-Balance Analysen (Häufigkeiten & Mittelwerte)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 365$



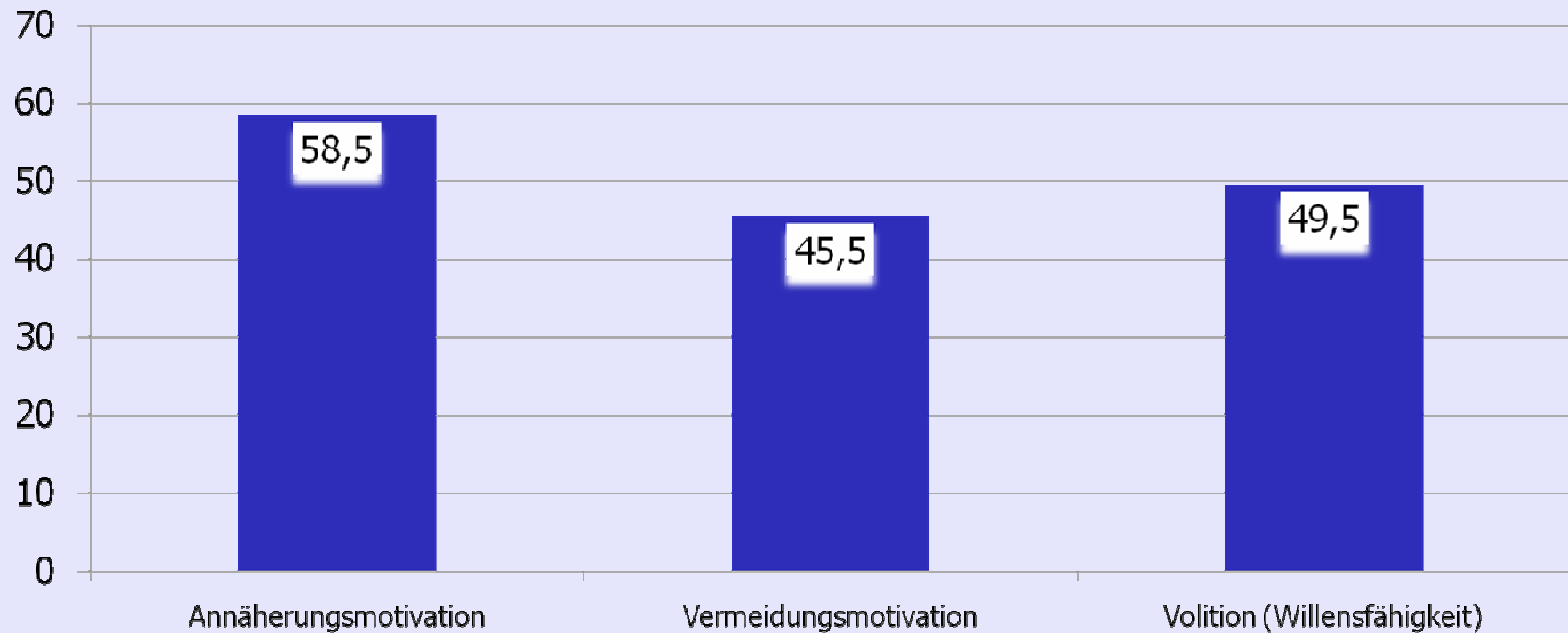
Fazit: wenige, eher anspruchslose private Ressourcen & nur einzelne Klienten mit z.T. erheblicher

„Bequemlichkeitsreserve“

1. Was ist MVB?
2. Erste statistische Analyse
3. Work-Life-Balance-Analysen
- ➔ 4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
6. Das MVB-Stress-Modell

Motivationsparameter in der Pilotgruppe

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 370$



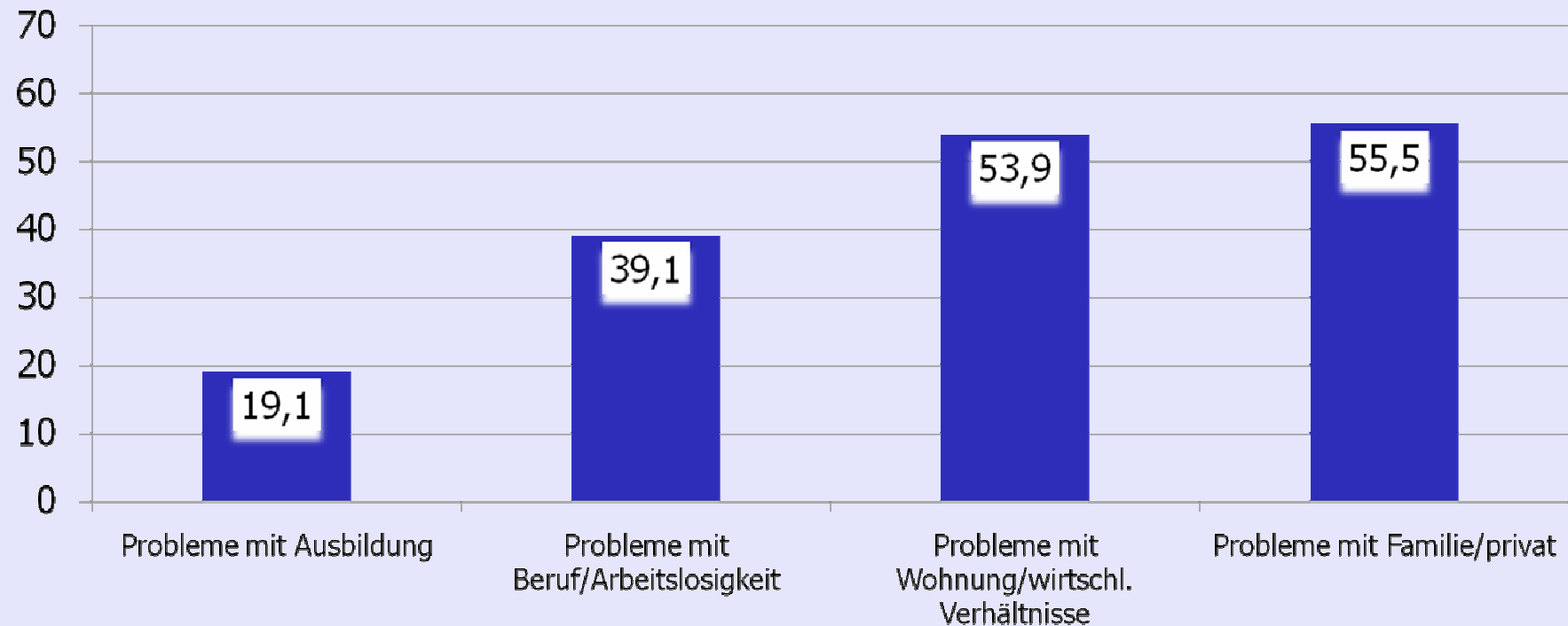
Fazit: Pilotgruppe ist insgesamt ambivalent motiviert.

Das Konstrukt: Erwerbsbezogene Veränderungs-Motivation

$$\begin{array}{r} \text{Annäherungsmotivation} \\ + \text{ Willensfähigkeit} \\ - \text{ Vermeidungsmotivation} \\ \hline = \text{EVM} \end{array}$$

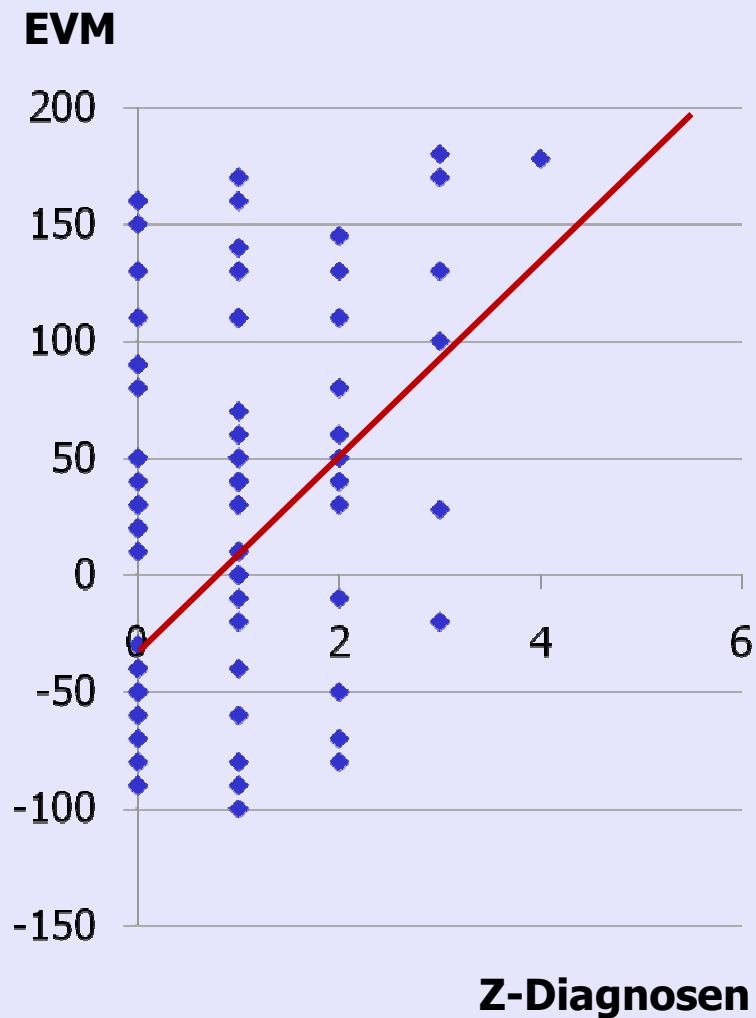
Probleme mit der Lebensführung (Z-Kategorie nach ICD-10)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 256$



Fazit: familiäre & private Probleme (Stress) dominieren. (siehe auch subj. Stresserleben)

EVM & Probleme mit der Lebensführung (Z)



Die erwerbsbezogene Veränderungsmotivation (EVM) korreliert positiv mit dem Ausmaß der Belastung gemessen mit der Z Kategorie ($r=.17$; $p<.01$; $N=253$)

Fazit: Zunehmende Belastung in der Lebensführung korreliert positiv mit der erwerbsbezogenen Motivation

Klinische Diagnosen I

(F-Kategorie nach ICD-10)

F-Diagnosekategorien	Pilotp. %	Punktp. %
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	18,4	3,5
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	4,3	0,2-2
Affektive Störungen (allgemein)	59,0	/
Depressive Episode	42,6	3-7
Manische Episode	0,8	1-2
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	65,2	/
Angststörungen	32,4	7
PTBS	12,9	1,3-7,8
Anpassungsstörung	12,1	0,45
Verhaltensauffälligkeiten mit körp. Störungen (z.B. Essstörungen)	14,5	1-4
Persönlichkeitsstörungen	32,0	6-10

N = 256

Klinische Diagnosen II

(F-Kategorie nach ICD-10)

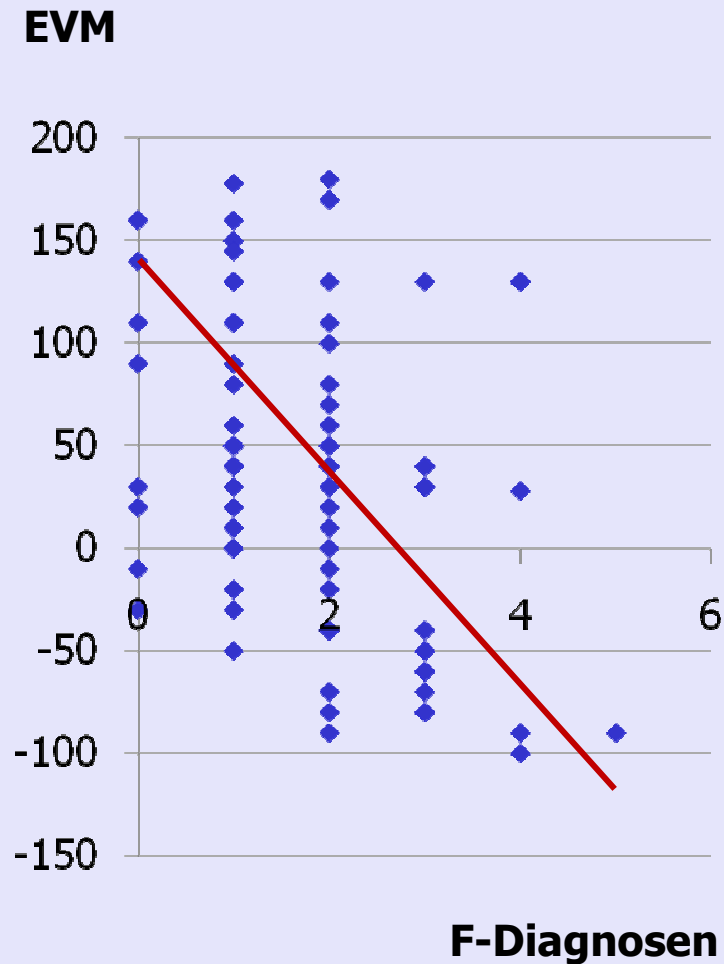
90% der Teilnehmer ($N=256$) im Pilotprojekt erhielten 1-5 psychiatrische Diagnosen

- 31 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren leidet an einer psychischen Störung
- hohe volkswirtschaftliche Kosten
- bei Komorbidität mehrerer Störungen können sich die Kosten sogar verzehnfachen

Bundesgesundheitsurvey für Deutschland

Fazit: Pilotgruppe ist deutlich depressiv & ängstlich kränkelnd bis erkrankt

EVM & Psychische Krankheiten (F-Diagnosen)

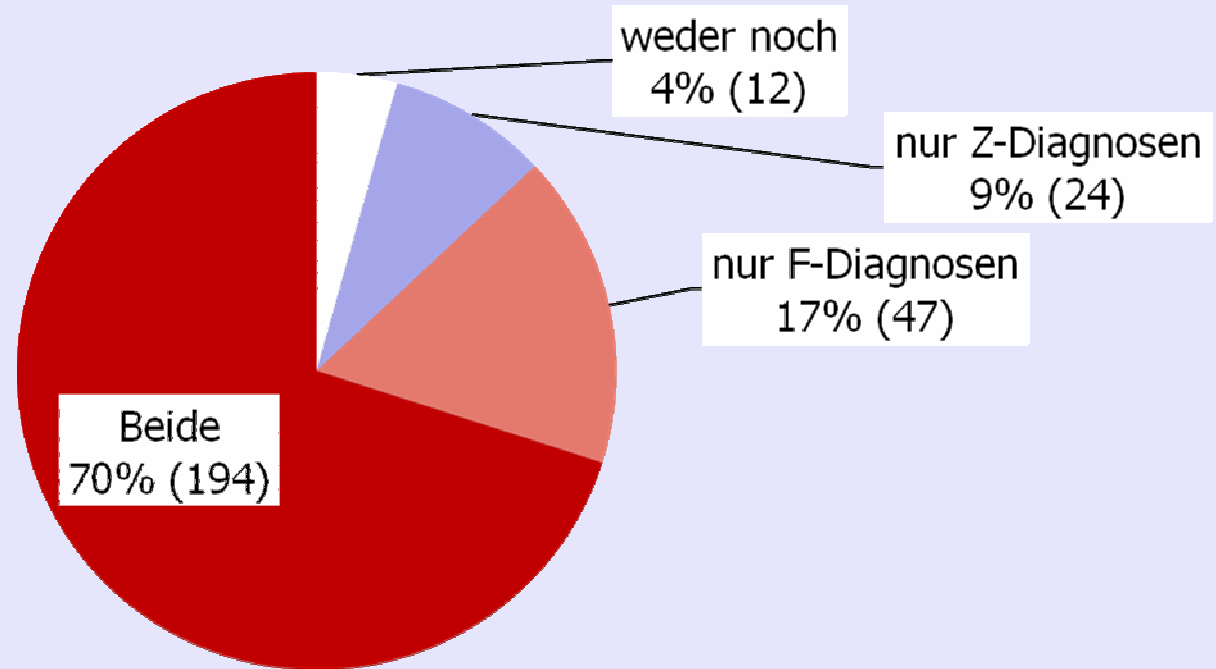


Die erwerbsbezogene
Veränderungsmotivation (EVM)
korreliert negativ mit dem Ausmaß
der Belastung gemessen mit den F-
Diagnosen ($r=-.29$; $p<.01$; $N=253$)

Fazit: Zunehmende Belastung durch
psychische Krankheiten korreliert
negativ mit der erwerbsbezogenen
Motivation

Verteilung der ICD-10 Diagnosen (Z & F Kategorien)

Fazit: Pilotgruppe
ist sektoren-
übergreifend
gemischt belastet &
krank (N=277).



Die eindeutig dominierende Gruppe hat Probleme mit der Lebensführung (Z-Kategorie) und klassischen psychischen Störungen (F-Kategorie), z.B: depressiv/ängstliche Störungen

EVM & Stressbelastungen aus der MVB-Analyse

Korrelation zwischen EVM und...	<i>r</i>	<i>p</i>
Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)	.55	.001
Grad der Behinderung (GdB)	-.19	.01
Migrationshintergrund	n.s.	

Fazit: je kompetenter
desto motivierter

1. Was ist MVB?
2. Erste statistische Analyse
3. Work-Life-Balance-Analysen
4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
- ➔ 5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
6. Das MVB-Stress-Modell

Vermittlungsquote (Zwischenergebnisse)

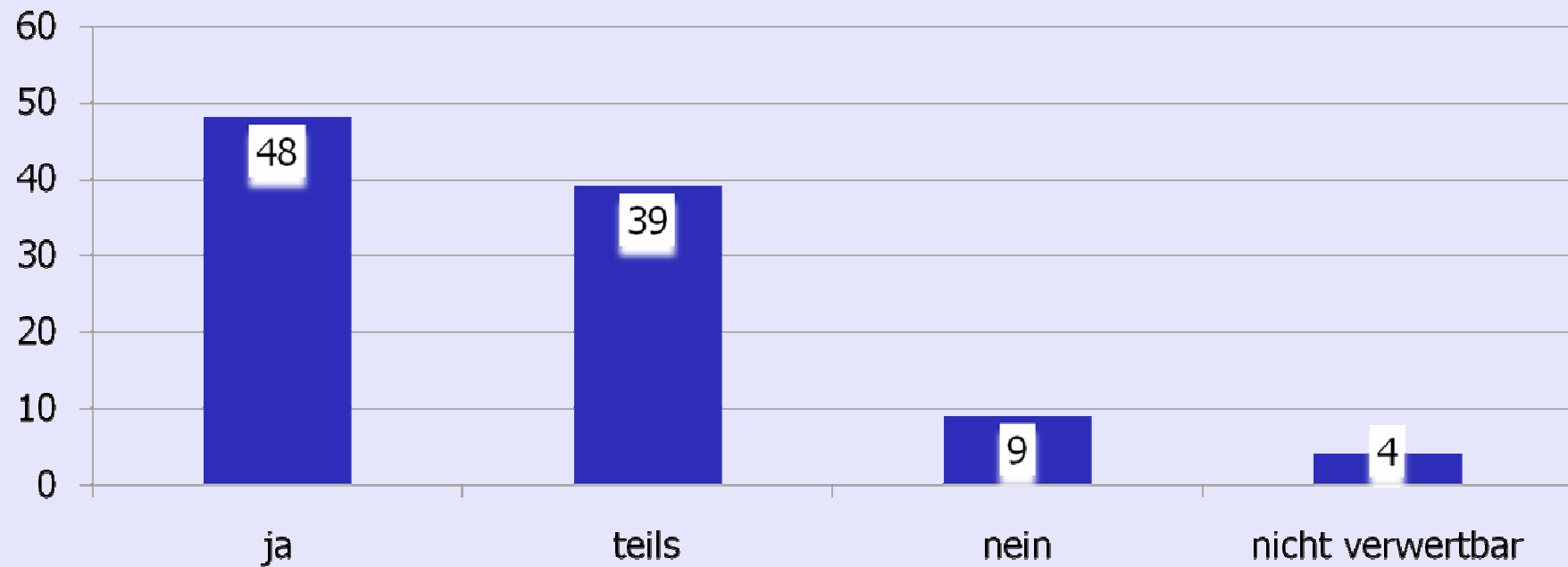
18% der Teilnehmer ($N=73$) konnten während des Pilotprojekts vermittelt werden

Fazit: Die Vermittlungsrate ist fast doppelt so groß, wie die „Gesundheitsrate“. Selbst sehr belastete Kunden (Kranke) konnten vermittelt werden (Präsentismus?).

Zufriedenheit mit MVB-Analyse© (Sicht des Kunden; Zwischenanalyse 2009)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 48$ (Rücklaufquote 48%)

War die MVB-Analyse hilfreich?

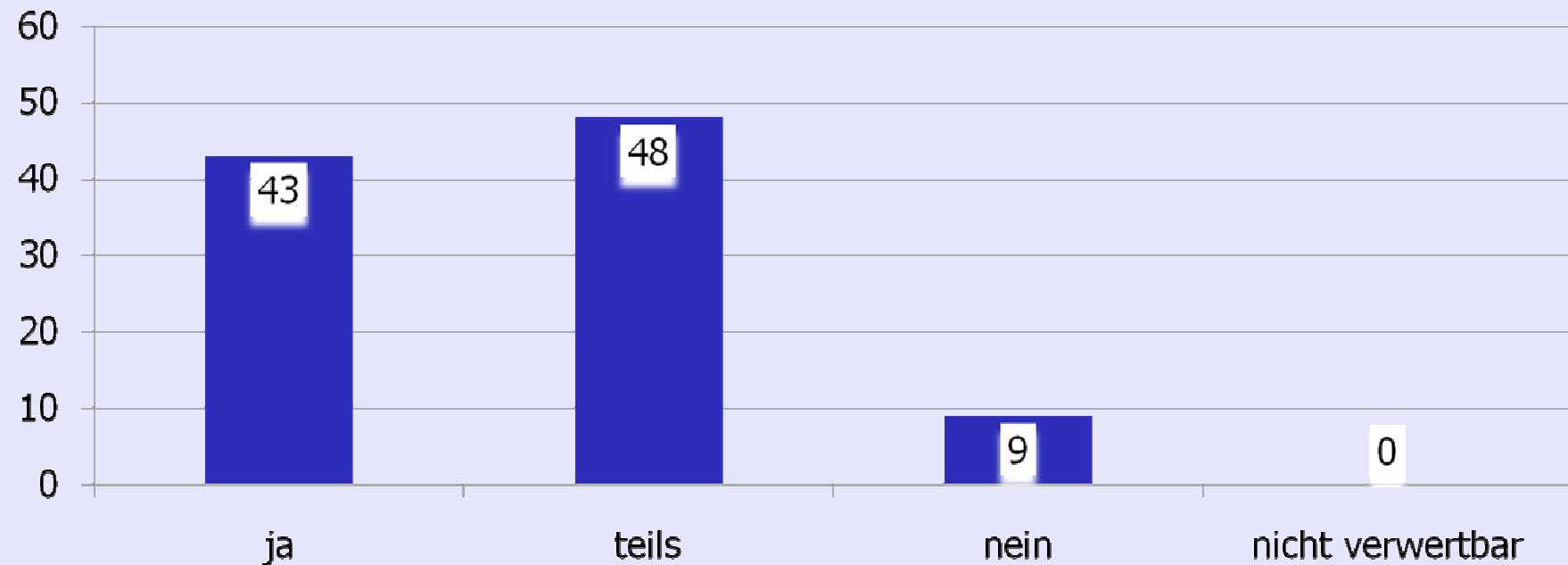


Fazit: Erstaunlich hohe Zufriedenheit
(87% sind mindestens teilweise
zufrieden)

Zufriedenheit mit Gruppencoaching (Sicht des Kunden; Zwischenanalyse 2009)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 48$ (Rücklaufquote 48%)

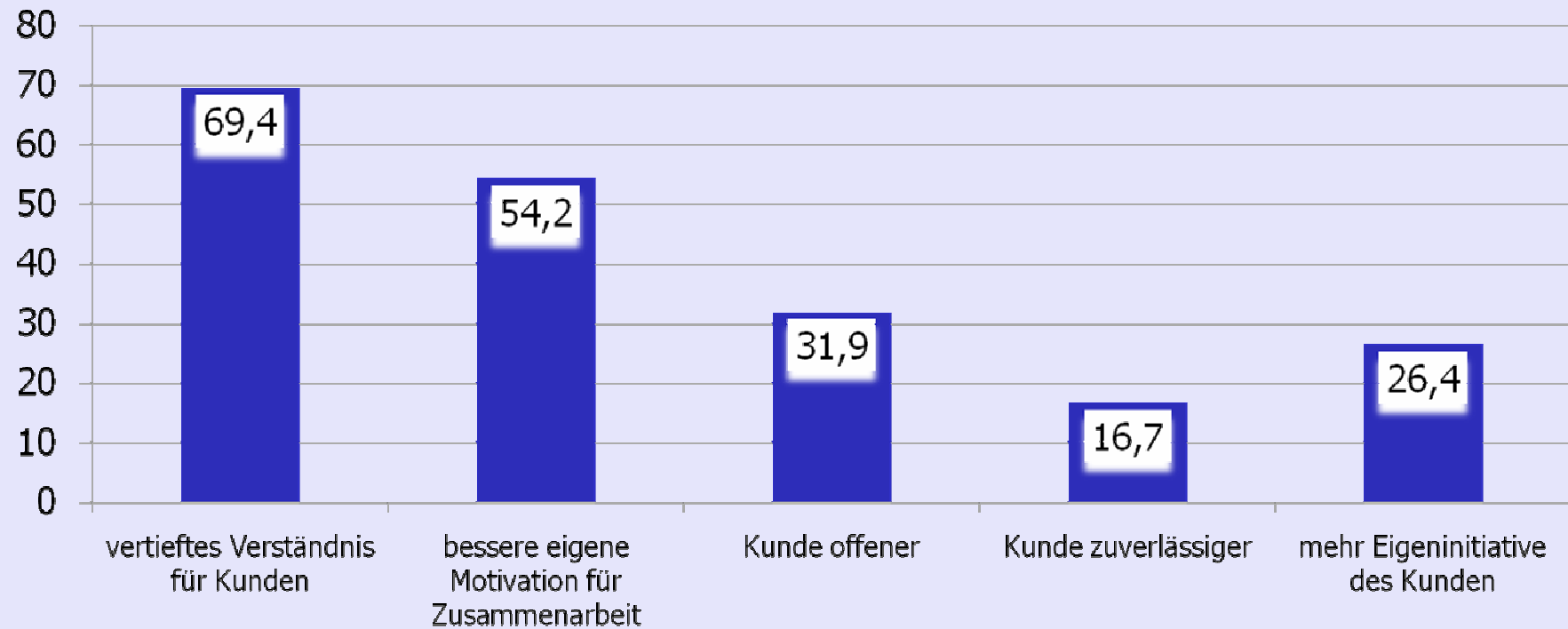
War das Gruppencoaching hilfreich?



Fazit: Erstaunlich hohe Zufriedenheit (91% sind mindestens teilweise zufrieden). Hauptkritikpunkt: „Zu kurze Dauer“

Effekte der MVB-Analyse aus Sicht des pAp/Fallmanagers

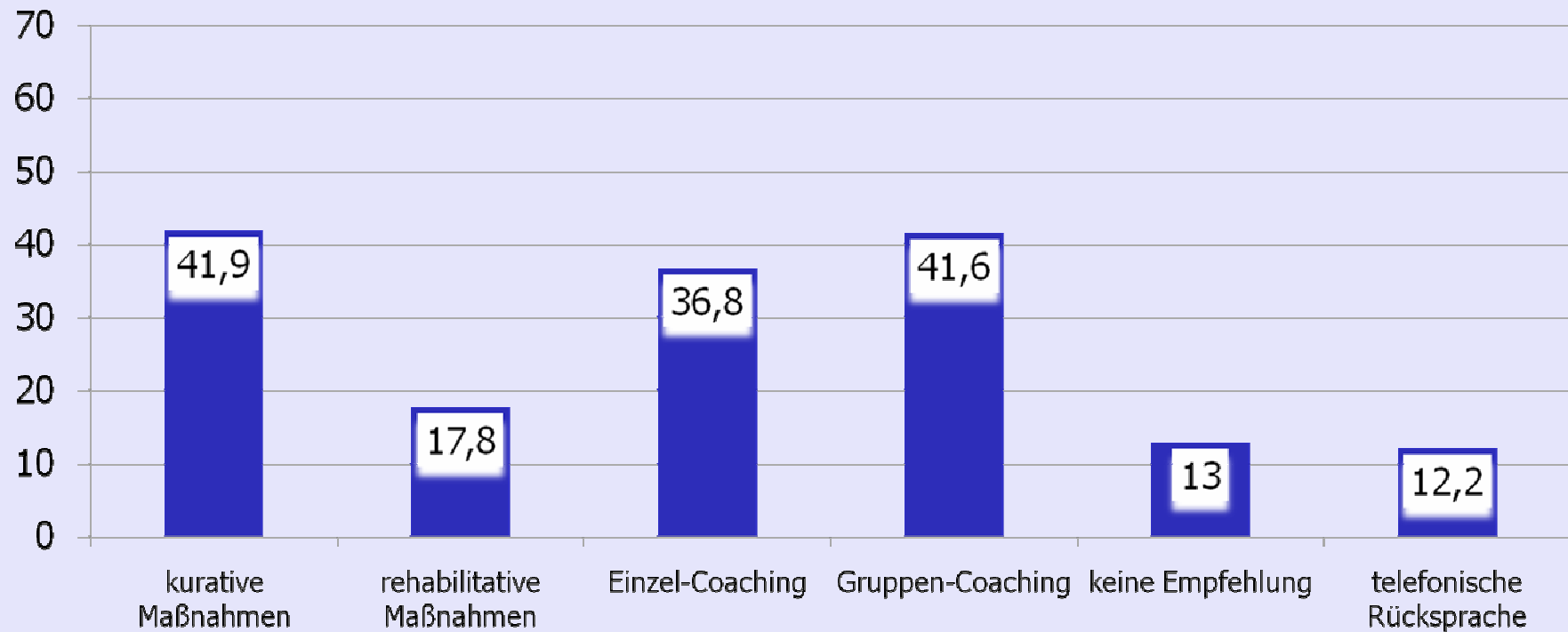
Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 73$



Fazit: starke Effekte auch schon nach der ersten Intervention

MVB-Interventions-Empfehlungen (gesamt)

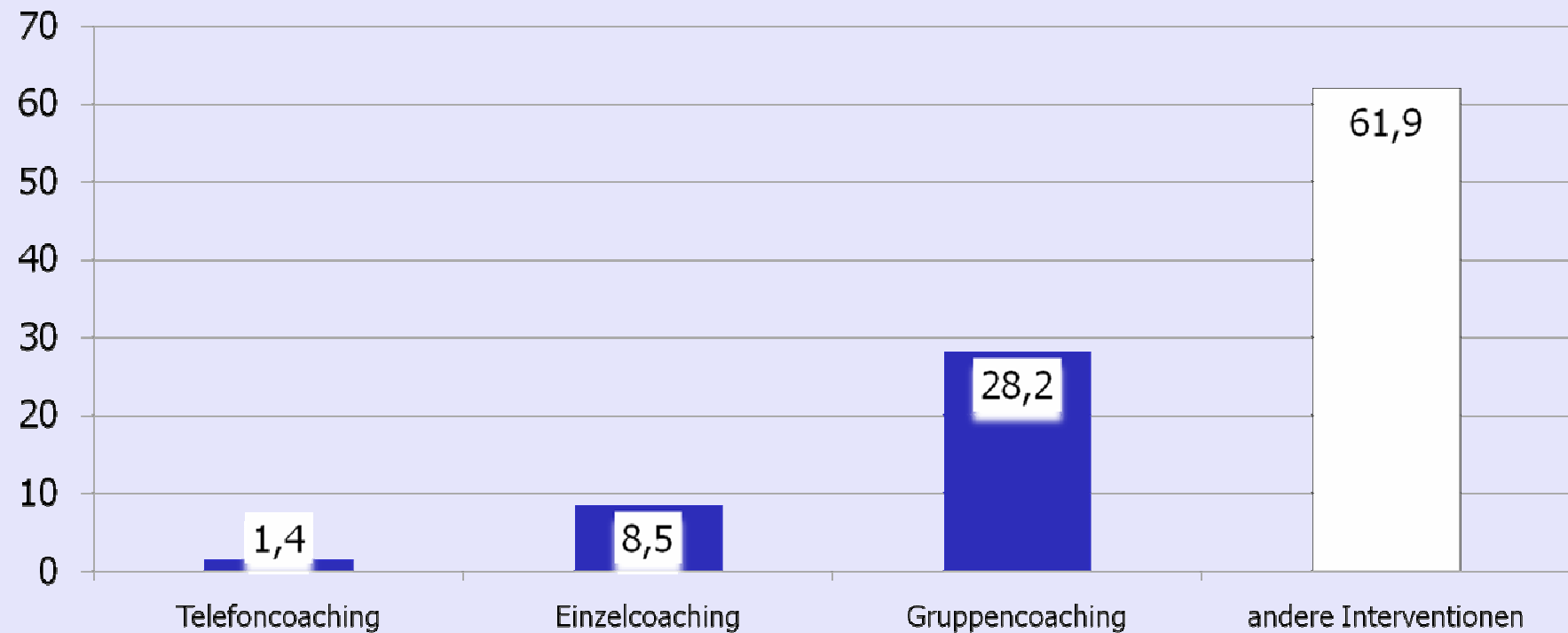
Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 370$



Fazit: sektorenübergreifende Mischung an Empfehlungen

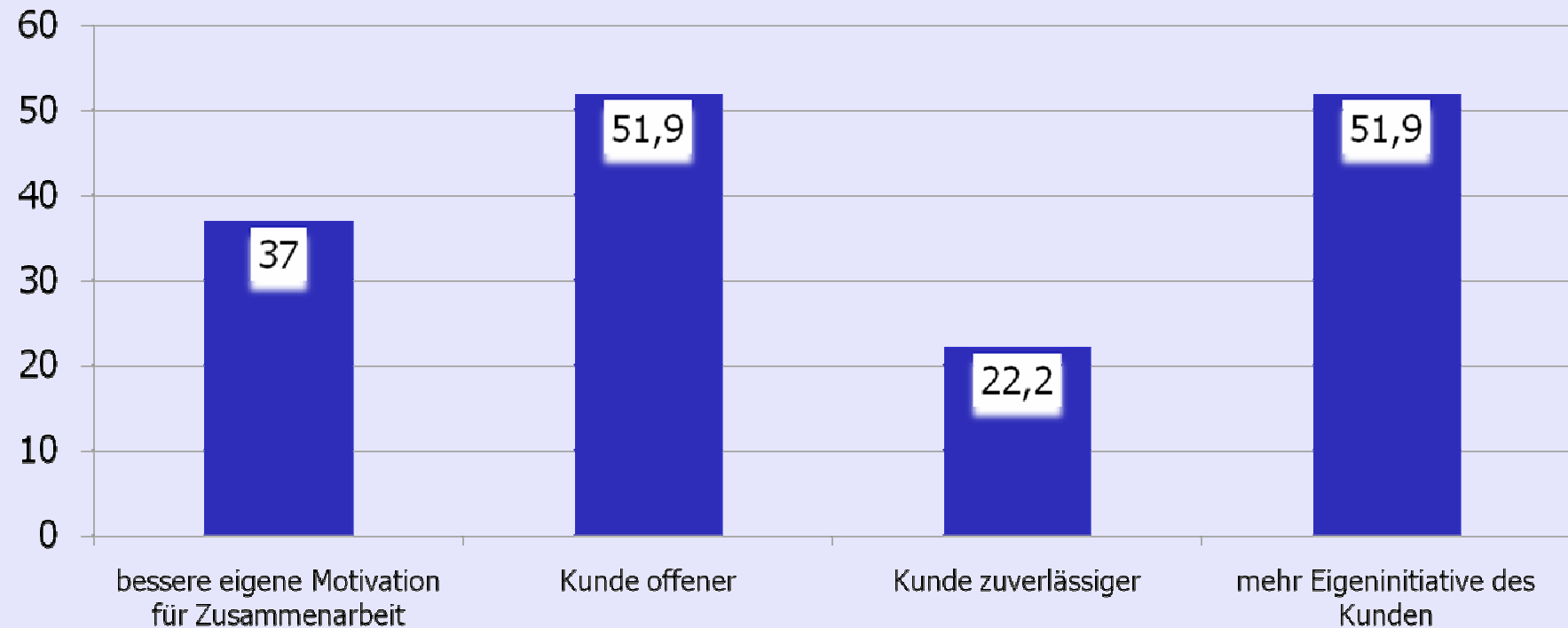
Bewertete MVB-Interventionen (aktuelle Zwischenergebnisse)

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 73$



Effekte der MVB-Interventionen aus Sicht des pAp/Fallmanagers I

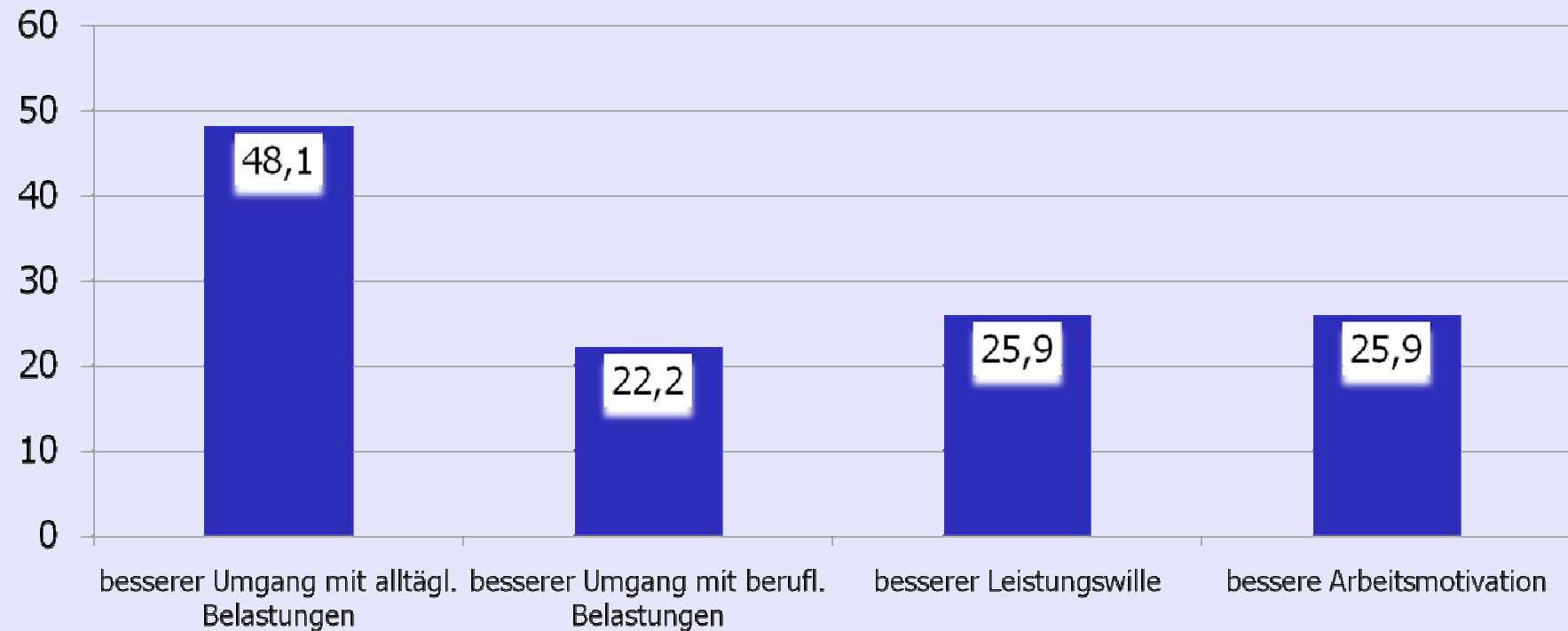
Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 27$



Fazit: pAp motivierter durch starke Effekte in Bezug auf arbeitsintegrative Basiskompetenzen und Reifephänomene beim Kunden

Effekte der MVB-Interventionen aus Sicht des pAp/Fallmanagers II

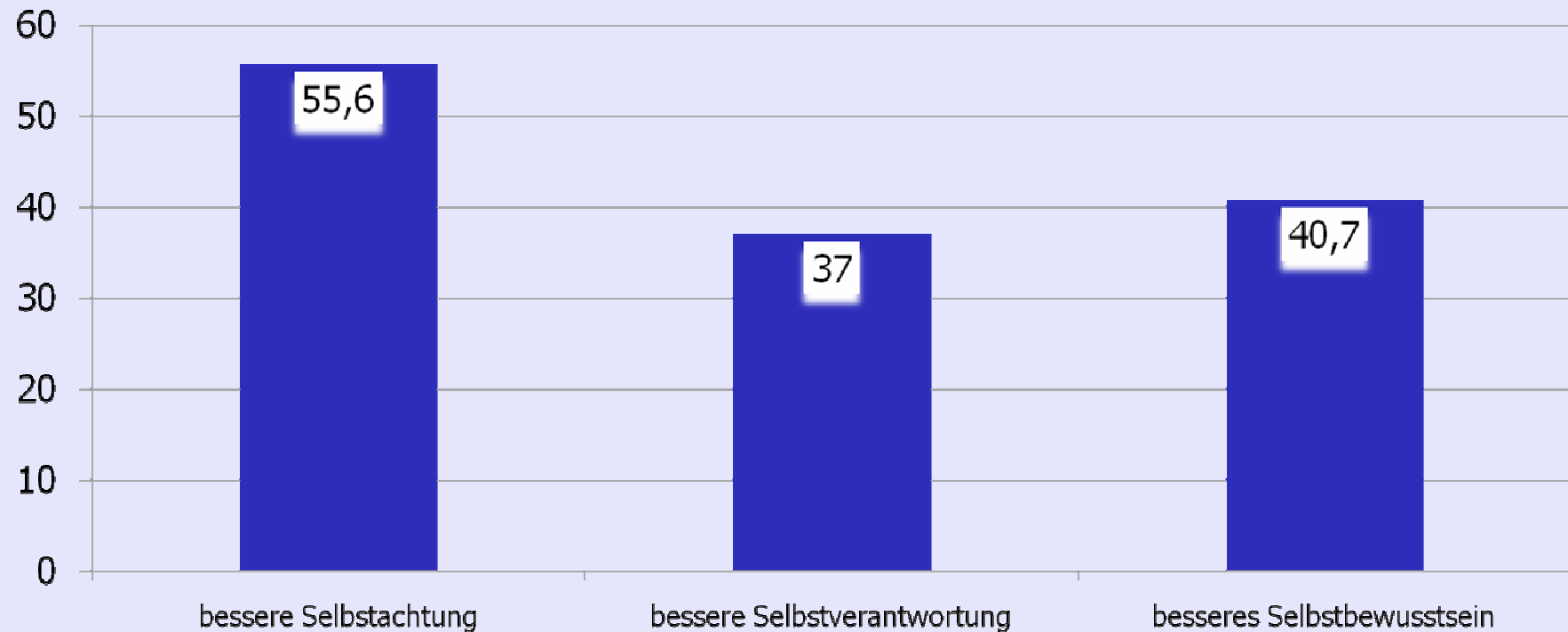
Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 27$




Fazit: verbesserte Stressverarbeitung und Frustrationstoleranz

Effekte der MVB-Interventionen aus Sicht des pAp/Fallmanagers III

Ausprägungsgrad von 0 – 100%, $N = 27$



Fazit: deutliche Entwicklung des Selbst –
Wachstum durch zurückgewonnene Würde

1. Was ist MVB?
2. Erste statistische Analyse
3. Work-Life-Balance-Analysen
4. Die Beziehung zwischen Motivation und Belastung – Das Konstrukt der Erwerbsbezogenen Veränderungs-Motivation (EVM)
5. Erste Effekte des MVB-Analyse- & Interventions-Projekts
-  6. Das MVB-Stress-Modell

Das MVB-Stress-Modell[©]

8 inhaltslogische Klassen



		psychische Belastung			
		ICD-10 F-Kategorie (Expertendiagnose)			
		keine F-Diagnose		1-5 F-Diagnosen	
		Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch	Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch
EVM (Erwerbsbezogene Veränderungs-Motivation)	hoch	„gesunde Arbeitssuchende“	„kompetent Resiliente“ (noch gesund)	„selbstüberschätzende Resiliente“	„selbstausschütterisch Übermotivierte“
	niedrig	„Bequemlichkeitsreservierte“	„Kränkelnde“ (von Krankheit bedrohte)	„resigniert-verleugnende Kranke“	„resigniert-belastete Kranke“

Das MVB-Stress-Modell[©]

Klassifikation & Verteilung



		psychische Belastung			
		ICD-10 F-Kategorie (Expertendiagnose)			
		keine F-Diagnose		1-5 F-Diagnosen	
		Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch	Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch
EVM (Erwerbsbezogene Veränderungs-Motivation)	hoch	„gesunde Arbeitssuchende“ 5%	„kompetent Resiliente“ (noch gesund) 1%	„selbstüberschätzende Resiliente“ 22%	„selbstaubeuterisch Übermotivierte“ 22%
	niedrig	„Bequemlichkeitsreservierte“ 2%	„Kränkelnde“ (von Krankheit bedrohte) 2%	„resigniert-verleugnende Kranke“ 18%	„resigniert-belastete Kranke“ 28%

Faktorenanalyse der Pilotgruppe

	Faktor 1 „resigniert- belastete Kranke“	Faktor 2 noch gesunde „kompetent Resiliente“ im Übergang zur Krankheit	Faktor 3 kranke „selbstauss- beuterisch Übermotivierte “ mit Verleugnungs- tendenzen
EVM	-.70	.53	.48
F-Diagnosen	.76	-.13	.64
Stresserleben	.63	.74	-.23

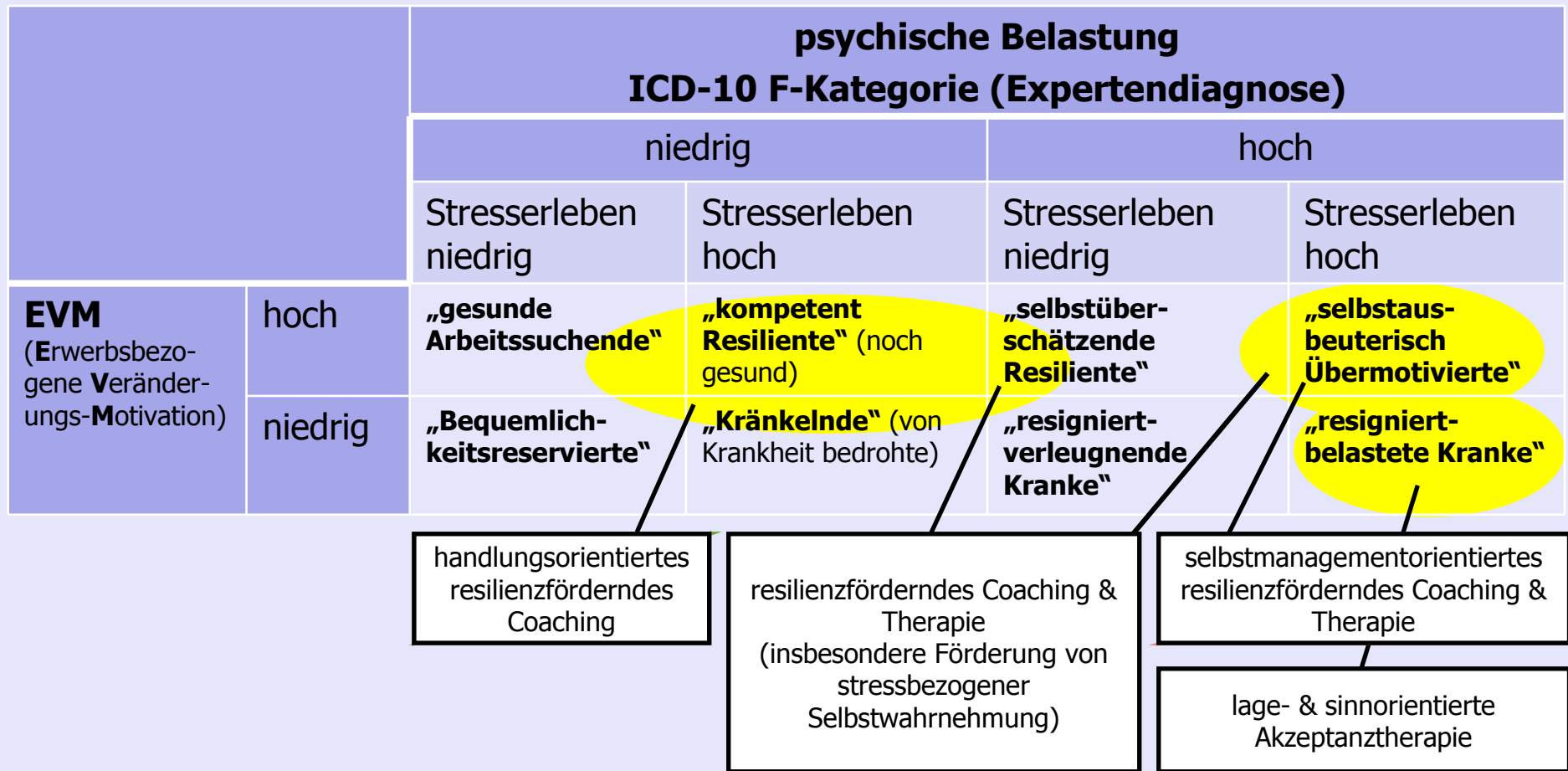
Faktorenanalytische Einordnung der Pilotgruppe im MVB-Stress-Modell[©] I



		psychische Belastung ICD-10 F-Kategorie (Expertendiagnose)			
		niedrig		hoch	
		Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch	Stresserleben niedrig	Stresserleben hoch
EVM (Erwerbsbezogene Veränderungs-Motivation)	hoch	„gesunde Arbeitssuchende“	„kompetent Resiliente“ (noch gesund)	„selbstüberschätzende Resiliente“	„selbstausbeuterisch Übermotivierte“
	niedrig	„Bequemlichkeitsreservierte“	„Kränkelnde“ (von Krankheit bedrohte)	„resigniert-verleugnende Kranke“	„resigniert-belastete Kranke“

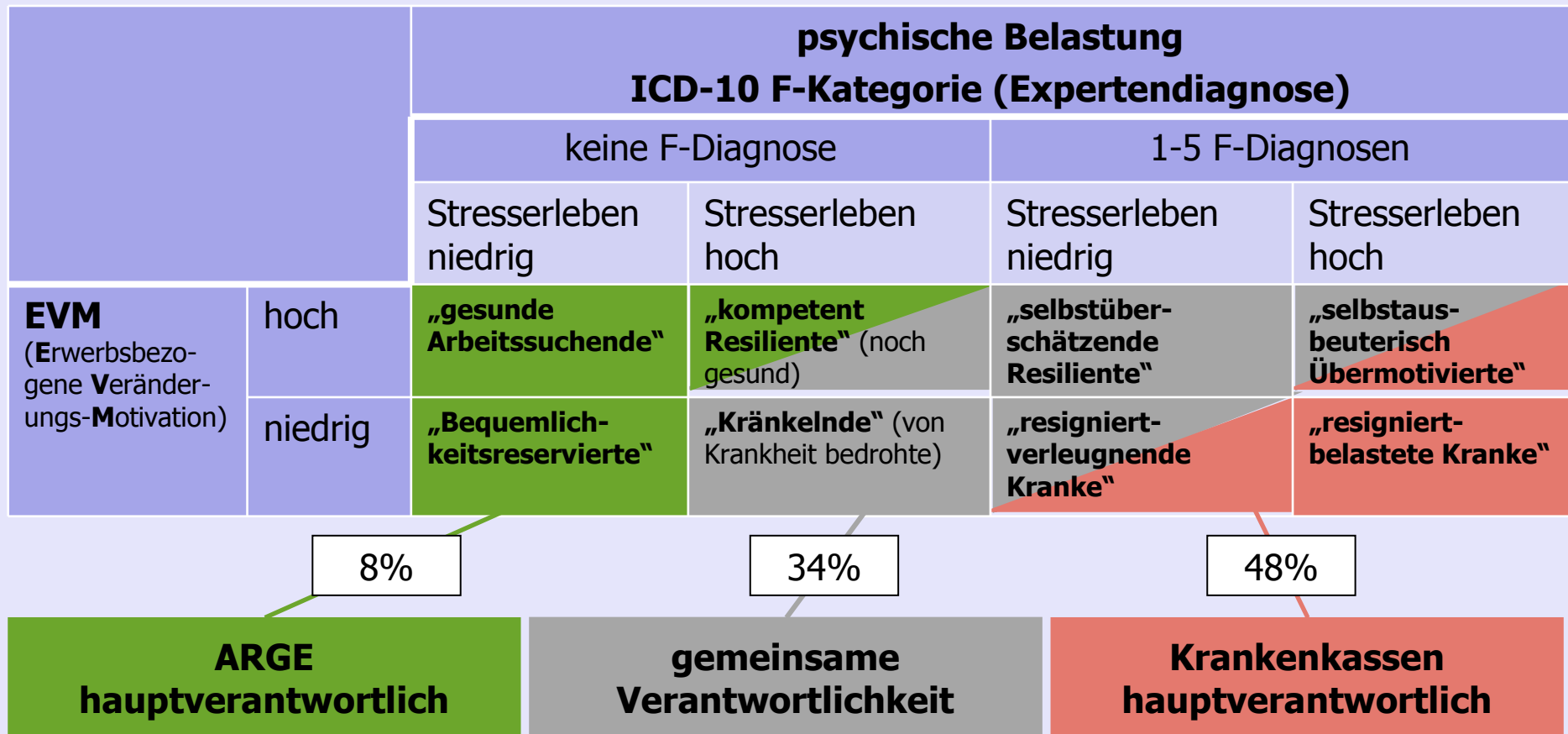
Fazit: Resiliente Stichprobe mit erheblicher Tendenz zur Krankheit zwischen Beharrlichkeit und Resignation

Faktorenanalytische Einordnung der Pilotgruppe im MVB-Stress-Modell[©] II



Das MVB-Stress-Modell[©]

Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Zielgruppen



Zusammenfassung I

- Die resilienzorienteerte MVB-Analyse- & Intervention (Coaching) ist eine **wirksame und ökonomische soziale Fördermaßnahme** für Klienten und erleichtert die Arbeit der ARGE-Mitarbeiter.
- Weder isolierte arbeitsintegrationsferne Krankenbehandlung noch gesundheitsferne Arbeitsintegration verspricht Erfolg, sondern **sektorenübergreifende integrative Maßnahmen** (Resilienzförderung).
- Die **interdisziplinäre Intervention** ist die Voraussetzung für einen inhaltlich sinnvollen Interventionsverlauf (z.B. interdisziplinäre Coaches).

Zusammenfassung II

- **Das Pilotkollektiv ist psychisch massiv belastet bzw. erkrankt. Eine engere Vernetzung mit dem Gesundheitssystem ist dringend erforderlich.**
- Die Erwerbslosen in der Projektgruppe sind selbst bei erschwertem „struggle for life“ (Z-Diagnosen) **erwerbsmotiviert**. Erst bei schwerster Belastung bzw. Erkrankung (F-Diagnosen) **reduziert sich die EVM legitimer Weise**.

Zusammenfassung III



- Schon nach **kurzen arbeitsintegrativen Coaching-Kontakten** zeigt sich ein deutliches **Wachstum der Selbstachtung** und Eigeninitiative beim Klienten, die **an Arbeitslosigkeit erkrankt** sind bzw. waren.
- Die aktuellen klassischen Interventionsstrategien sind **zu undifferenziert** angepasst und erzeugen zum Teil somit negative Effekte → objektiv systemgestresste ARGE-Klienten, → Aggressionen gegenüber Institutionen, → massiver Burnout bei zahlreichen ARGE-Mitarbeitern

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**