

Jugendliche und junge Volljährige in Therapeutischen Wohngruppen (TWGs) müssen, wie alle Gleichaltrigen in der Pubertät und Adoleszenz, viele zentrale Entwicklungsaufgaben bewältigen – trotz schwerer psychischer und psychosozialer Beeinträchtigungen und Belastungen. Diese Entwicklungsaufgaben stellen sie selbst, ihre Familienangehörigen, aber auch die MitarbeiterInnen in den TWGs vor besondere Herausforderungen. Kostenträger, Jugendliche, Familien, Kliniken, Schulen und nicht zuletzt die Einrichtungen und Fachkräfte selbst erwarten, dass im Rahmen der Arbeit in der TWG die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben gelingt und Gesundungsprozesse möglich werden.

Immer wieder aufs Neue stellt sich bei allen Jugendlichen und ihren Familien die Frage, welche Bedingungen und Strukturen, welche Herangehensweise, welche methodischen Instrumente und welche pädagogisch-therapeutischen Verstehensweisen bei der Begleitung dieser individuellen, bisweilen belastenden und komplizierten Entwicklungsprozesse hilfreich und wirksam sind.

Beider Fachtagung „Wirksamkeit, Erfolge, Perspektiven – Therapeutische Jugendwohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen“ (2009) haben sich Veranstalter und Teilnehmer mit Fragen der Wirkung und der Wirkfaktoren des Therapeutischen Milieus auseinandergesetzt. Bei der Tagung 2011 unter dem Titel „Pubertät und Wahnsinn – Jugendliche im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Ausgrenzung“ stand die besondere Spezifik der Jugendphase und der Umgang damit im Rahmen der TWG theoretisch und praktisch im Mittelpunkt der Diskussion.

Die Beiträge dieses dritten Bandes der Reihe „Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe“ setzen die Publikationen des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen fort, der seit 1999 in enger Kooperation der zehn beteiligten Träger kontinuierlich an der fachlichen Diskussion und Qualitätsentwicklung der Jugendhilfe in Berlin arbeitet.

14,90 EUR  
ISBN:

Das Therapeutische Milieu

BAND II

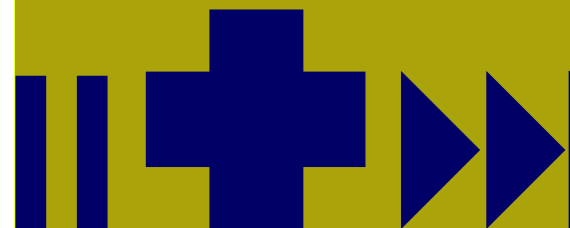
Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

# Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe

BAND III

Wirksamkeit  
und  
Perspektiven



Verlag allgemeine jugendberatung



GEMINI



Jugendwohnen im Kiez-  
Jugendhilfe gGmbH

## Impressum

Der Reader enthält die zentralen Beiträge der Tagungen 2009 und 2011 des Arbeitskreises der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin.

© Verlag allgemeine jugendberatung


Hobrechtstraße 55  
12047 Berlin  
Tel.: 030 / 69 59 70 - 0

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlages vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN: ????  
1. Auflage  
Berlin 2012

Umschlag: Elfie Anneser/ajb gmbh  
Layout: Susanne Albrecht-Rosenkranz  
Druck: duruprint

Herausgeber:   
Arbeitskreis der  
Therapeutischen  
Jugendwohngruppen  
Berlin

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

# Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe

## BAND III

## Wirksamkeit und Perspektiven

Verlag allgemeine jugendberatung

# Inhalt

<i>Silke Birgitta Gahleitner, Claus-Peter Rosemeier, Thomas Girnth, Florian Landes und Ulrich Ehlert</i> Zur Einführung .....	7
--	---

## I WIRKSAMKEIT – ERFOLGE – PERSPEKTIVEN

<i>Antje Heinemann &amp; Constance Hornbogen</i> MEM = Myrhas Erfolgs-Maschine .....	15
<i>Andrée Egel</i> Schneller, höher, weiter...!? Erwartungen an Therapeutische Jugendwohngruppen .....	17
<i>Heiner Keupp</i> Mehr Chancengerechtigkeit für gesundes Aufwachsen – die Basisphilosophie des 13. Kinder- und Jugendberichts .....	27
<i>Silke Birgitta Gahleitner &amp; Bert Krause-Lanius</i> Ergebnisse der Studie KATA-TWG .....	37
<i>Annett Strutzke und Andrée Egel</i> Beziehung wirkt – aber wie? Überlegungen zur Rolle des Bezugsbetreuers in Therapeutischen Jugendwohngruppen .....	53
<i>Per Wolfrum</i> Zauberhafte Gespräche? Wie PädagogInnen, TherapeutInnen und Familien über Wirkungen, Ziele und Wirksamkeit sprechen ... ..	71
<i>Ute Meybohm</i> Brauchen wir neue entwicklungs- und behandlungsorientierte Versorgungsformen für die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit? .....	76
<i>Claus-Peter Rosemeier</i> Überlegungen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer, insbesondere gruppenpsychotherapeutischer Arbeit im Alltag der TWG .....	84
<i>Thomas Girnth</i> Sparen in der Jugendhilfe? Ein Kommentar. Warum teure Jugendhilfemaß- nahmen eigentlich preiswert sind .....	101

## II PUBERTÄT UND WAHNSINN

<i>Sinntek &amp; Hurby</i> Der Weg vor mir .....	107
<i>Heiko Kleve</i> Der Sinn des Wahnsinns. Jugendliche „Verrücktheit“ aus sozial-systemischer Sicht .....	109
<i>Hermann Staats</i> Sich in Frage stellen lassen und antworten lernen. Pubertät für Mitbetroffene .....	126
<i>Renate Semken &amp; Silke Springer</i> Wollen Jugendliche in der Pubertät sein? .....	139
<i>Anke Rabe &amp; Claus-Peter Rosemeier</i> „tschuldigung, aber ich sach' das jetzt mal auf Jugendlich ...“ Mentalisierung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie mit Jugendlichen .....	145
<i>Ulrike Brendel &amp; Gerlinde Huber</i> Pubertät und Suizidalität- Entwicklungspsychologische Aspekte und praktischer Umgang mit Suizidalität bei Jugendlichen in der TWG .....	162
<i>Saskia Lägel &amp; Boris Stolle</i> Jugendliche auf der Grenze: DBT-A als Möglichkeit der Stabilisierung für emotional instabile Jugendliche. Ein Erfahrungsbericht .....	171
<i>Martin Hanke &amp; Susanne Prehl</i> Der Systemische Ansatz in Therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin .....	178
<i>Constance Hornbogen &amp; Lars Grimme</i> „Mit dem Regenschirm unter die Dusche“. Die traumapädagogische Arbeit einer Therapeutischen Mädchenwohngruppe – Konzeptionelle Schwerpunkte und Falldarstellung .....	188
<i>Julia Reusch</i> Fotos .....	198

## ANHANG

Biografien .....	203
Kontaktliste .....	207

## Zur Einführung

Jugendliche und junge Volljährige in Therapeutischen Wohngruppen müssen, wie alle Gleichaltrigen in der Pubertät und Adoleszenz, eine Reihe zentraler Entwicklungsaufgaben bewältigen – trotz schwerer psychischer und psychosozialer Beeinträchtigungen. Diese Entwicklungsaufgaben stellen sie selbst, ihre Familienangehörigen, aber auch die MitarbeiterInnen in den TWGs vor besondere Herausforderungen. Stationäre Jugendhilfe ist damit beauftragt, eben für jene Jugendliche einen zeitweiligen Lebensort zu bieten, an dem Gesundungsprozesse und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben möglich werden. Kostenträger, Jugendliche, Familien, Kliniken, Schulen und nicht zuletzt die Einrichtungen und Fachkräfte selbst erwarten, dass sie damit erfolgreich sind.

Für eine qualifizierte Arbeit in den Einrichtungen stellt sich die Frage, mit welchen Strategien man Krisen und Schwierigkeiten in dieser Zeit erfolgreich begegnen kann. Diese Frage zieht eine Reihe weiterer Fragen nach sich, z.B. wie die unterschiedlich Beteiligten am Hilfeprozess „Erfolg“ definieren und woran er gemessen wird. – Oder: Was wirkt grundsätzlich, was individuell, unter welchen Bedingungen, und was schadet vielleicht? Und für die Forschungsseite: Wie kann man Wirkfaktoren bei der individuellen und systemischen Komplexität analysieren?

Bei der 5. und 6. Fachtagung des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin (AK TWG) „Wirksamkeit, Erfolge, Perspektiven – Therapeutische Jugendwohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen“ (2009) und „Pubertät und Wahnsinn – Jugendliche im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Ausgrenzung“ (2011) haben wir uns mit Fragen der Wirkung unserer Hilfen und der besonderen Spezifik für die Jugendphase theoretisch und praktisch auseinandergesetzt. Die Diskussion zur Wirkung der Hilfen in stationären Einrichtungen im Jugendalter schließt sich inhaltlich an die vorherigen Tagungs- und Publikationsthemen: „Therapeutisches Milieu“, „Diagnostik“ und „Interventionsstrategien“ in TWGs an und setzt damit die Arbeit des AK TWG fort, der seit 1999 in enger Kooperation der zehn beteiligten Träger der Jugendhilfe kontinuierlich an der fachlichen Diskussion und Qualitätsentwicklung in Berlin arbeitet.

Der Doppeltagungsband wird jeweils zur Einstimmung durch eine Beschreibung und Darstellung eines kreativen Projekts der beiden Fachtage – mit illustrierenden Fotos bzw. Texten – eingeleitet. Die Texte zur **5. Tagung „Wirk-**

**samkeit, Erfolge, Perspektiven – Therapeutische Jugendwohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen“ (2009)** werden durch eine kurze Veranschaulichung der „MEM“ – „Myrrhas Erfolgs-Maschine“ durch *Antje Heinemann* und *Constance Hornbogen* eingeführt. Auch wenn die Darstellung der Erfolgsmaschine den überragenden „Erfolg“ der Darbietung auf der Tagung nicht annähernd wiedergeben kann, gibt sie doch zumindest einen ungefähren Eindruck der kreativen Idee des Projekts.

In ihrem Artikel „Schneller, höher, weiter...!? Erwartungen an Therapeutische Jugendwohngruppen“ führt *Andrée Egel* in den Fachtag „Wirksamkeit, Erfolge, Perspektiven“ ein. Sie gibt dabei einen Einblick in die Vorüberlegungen und Diskussionen, die im Arbeitskreis Therapeutische Jugendwohngruppen zu dieser Thematik geführt haben. Der Beitrag beschreibt das Spektrum der Erwartungen der „Auftraggeber“: der Jugendlichen und ihrer Familien, der Jugendämter und weiterer Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie etc. Die Autorin setzt sich mit den verschiedenen Ansprüchen, mit Möglichkeiten und Grenzen sowie mit der Messbarkeit der Qualität der Arbeit auseinander – stets mit dem Ziel, für jeden Jugendlichen individuell realistische Perspektiven zu entwickeln und Entwicklungsräume zu schaffen.

In seinem Beitrag „Mehr Chancengerechtigkeit für gesundes Aufwachsen – die Basisphilosophie des 13. Kinder- und Jugendberichts“ bietet *Heiner Keupp* den Boden für die weiteren Thematiken und Diskussionen der Tagung. Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung befasste sich erstmals mit gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Im Artikel werden die Konzeptbausteine skizziert, die die spezielle Perspektive dieses Berichtes ausmachen. Diese zielt auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen. Die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention der Kinder- und Jugendhilfe, so der Autor, sind lebensweltbezogen zu entwickeln und an den sozialräumlichen Kontexten der Heranwachsenden zu orientieren.

*Silke Birgitta Gahleitner* und *Bert Krause-Lanius* legen in ihrem Artikel die „Ergebnisse der Studie KATA-TWG“ dar. Mehrere Jugendhilfeträger des AK TWG haben in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin eine explorativ angelegte Katamnesestudie der Betreuungsqualität in Therapeutischen Wohngruppen (Kata-TWG) durchgeführt. Im Artikel werden nach einem kurzen Überblick über die Forschungslandschaft skizzenhaft Ergebnisse aus der Aktenanalyse der Studie sowie den geführten Interviews präsentiert. Zu den im Artikel fokussierten Ergebnisaspekten gehören Einflüsse allgemeiner Rahmenbedingungen, des Angebots, der Dauer und Intensität, der Beziehungsaspekte und ausgewählter Merkmale der Klientinnen und Klienten auf den Erfolg der Maßnahme. Sowohl Rahmenbedingungen als auch diese Merkmale haben nach den Ergebnissen der Studie einen signifikanten Einfluss auf den Erfolg der Maßnahmen.

In ihrem Artikel „Beziehung wirkt – aber wie? Überlegungen zur Rolle des Bezugsbetreuers in Therapeutischen Jugendwohngruppen“ fokussieren *Annett Strutzke* und *Andrée Egel* den Aspekt der Wirkung auf das einbettende Beziehungsgeschehen in den TWGs. Die Fähigkeit zur Beziehungsarbeit mit belasteten Jugendlichen ist eine der zentralsten Voraussetzungen für MitarbeiterInnen in diesem Versorgungssegment. Wie also genau sieht diese professionelle Beziehungsarbeit aus, so fragen sich die beiden Autorinnen? In einer Arbeitsgruppe von BezugsbetreuerInnen aus Therapeutischen Jugendwohngruppen haben sie zum Erfahrungsaustausch eingeladen. Der Artikel referiert ihre theoretischen Vorüberlegungen sowie weiterführende Ideen, die aus der Diskussion entstanden sind.

In seinem Artikel „Zauberhafte Gespräche? Wie PädagogInnen, TherapeutInnen und Familien über Wirkungen, Ziele und Wirksamkeit sprechen“ schildert *Per Wolfrum* Überlegungen zum Diskurs und Ergebnisse eines Diskurses über eines der Hauptarbeitsinstrumente in Therapeutischen Jugendwohngemeinschaften: dem Gespräch. Wiedergegeben werden individuelle Erkenntnisse, Ideen und Impulse aus der Diskussion, verarbeitet in den theoretischen Hintergrundkonzepten der Einrichtung. Der Artikel schließt mit Überlegungen, inwieweit die Gestaltung der Gespräche von HelferInnen untereinander auch die Wirkung von Beziehungs- und Gesprächskonstellationen zu den Jugendlichen und deren Familien beeinflusst.

In ihrem Beitrag „Brauchen wir neue entwicklungs- und behandlungsorientierte Versorgungsformen für die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit?“ gibt *Ute Meybohm* einen Einblick in die ExpertInnengespräche mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, VertreterInnen von Kliniken, Jugendämtern, der Psychotherapeutenkammer und freien Trägern der Jugendhilfe und der gemeindepsychiatrischen Versorgung auf den Tagungen 2009 und 2011. Die dortigen Themen rankten sich um Bedarfe und Versorgungslücken sowie um neue Versorgungs- und Finanzierungsformen. Hierbei wurden verschiedene Perspektiven und rechtliche Grundlagen beleuchtet sowie Möglichkeit eruiert, ressortübergreifend zu gemeinsamen Standards zu gelangen. Als Handlungsschwerpunkte wurden die unzureichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sowie der Bedarf an Mischfinanzierungen zwischen Krankenkasse und Jugendhilfe benannt.

Mit dem Artikel von *Claus-Peter Rosemeier* „Überlegungen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer, insbesondere gruppenpsychotherapeutischer Arbeit im Alltag der TWG“ fließt ein Beitrag aus einer weiteren Fachtagung eines der Träger des AK TWG „Der psychotherapeutische Raum im Alltag der TWG/der Klinik“ im September 2010 (PFH – Koralle–therapeutische wohngruppen) in diesen Reader ein. Vor dem Hintergrund einer kurzen Charakterisierung der Jugendlichen, die in therapeutischen Wohngruppen betreut werden, wird die Frage formuliert, wie das „Therapeutische Milieu“ als haltender Entwicklungs-

rahmen in seiner Wirksamkeit zu verstehen sein könnte. Dabei wird auf der Basis einer kurzen Skizzierung der Mentalisierungstheorie, das „Holding Environment“ und die „Container-Funktion“ der Beziehungen in der TWG, insbesondere in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie und im pädagogisch-therapeutischen Alltag als Bezugsrahmen miteinander verknüpft.

In seinem Kommentar „Sparen in der Jugendhilfe? – Warum teure Jugendhilfemaßnahmen eigentlich preiswert sind“ stellt *Thomas Girnth* die Berechnung der scheinbar entstehenden Kosten von Jugendhilfemaßnahmen grundsätzlich in Frage. Er erläutert, welche Kosten sofort an die Sozialversicherungssysteme und in Form von Steuern an die Gesellschaft zurück fließen. Er beschreibt den gesellschaftlichen Nutzen, der über den präventive und interventive Engagement der Jugendhilfe entsteht: Jugendhilfemaßnahmen sind, so der Autor, eindeutig auch sinnvolle ökonomische Maßnahmen. Sie helfen, negative psychosoziale Folgen zu minimieren. Mit dieser Kommentierung bewegt sich der Autor im Einklang mit zahlreichen aktuellen Jugendhilfestudien.

Die Beiträge rund um die **6. Tagung „Pubertät und Wahnsinn – Jugendliche im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Ausgrenzung“ (2011)** wird abermals eingeleitet von einem Einblick in einen kreativen Beitrag zweier jugendlicher Rapper. *Sinntek* und *Hurby* haben dem Beginn des Fachtags einen eindrücklichen Charakter verliehen, indem sie allen technischen Desastern zum Trotz das Publikum mit einer musikalischen Darbietung mehrerer Rap-Beiträge einstimmten. Ein Textausschnitt soll davon einen Eindruck verleihen.

In seinem einführenden Artikel „Der Sinn des Wahnsinns. Jugendliche ‚Verrücktheit‘ aus sozial-systemischer Sicht“ nimmt *Heiko Kleve* eine Perspektive ein, die deutlich machen soll, dass soziale Kontexte das erschaffen, was individualisierend einzelnen Jugendlichen zugeschrieben wird: abweichendes, verrücktes Verhalten. Dazu wird ein theoretischer, mithin abstrakt ausgerichteter, Blick auf die Gesellschaft sowie auf sozialarbeiterische bzw. therapeutische Organisationen und Interaktionen geworfen, die vorgeben, eine Realität zu diagnostizieren und zu verändern, die als therapiebedürftig gilt. Dabei geraten stets systematisch die Anteile dieser sozialen Kontexte aus dem Visier, die diese Realität mit konstruieren. Das Einblenden dieser Kontexte erfolgt im Artikel bewusst mit einer gewissen Übertreibung. Diese soll dazu beitragen, dass die Leserinnen und Leser aus professionellen Feldern ihre Aufmerksamkeit auch auf das richten, was zumeist in ihren blinden Flecken verschwindet: ihre eigenen Beiträge bei der Erschaffung und Aufrechterhaltung der Probleme ihrer Klientinnen und Klienten.

*Hermann Staats* konzeptualisiert in seinem Beitrag „Sich in Frage stellen lassen und antworten lernen. Pubertät für Mitbetroffene“ Eltern, Pädagogen und Therapeuten als „Mitbetroffene“ von Pubertät und Adoleszenz. Sie werden von Jugendlichen in Frage gestellt und reagieren darauf. Der Text beschreibt zunächst charakteristische Reaktionsmuster, die sich in wissenschaftlichen Arbeiten und der



Ratgeberliteratur finden lassen: „Pubertät als Bedrohung und Ärgernis“, „Jugendliche als ‚Opfer‘ einer natürlichen Entwicklung“ und „Jugendliche als Initiatoren von Veränderungen in Familie und Gesellschaft“. Im Artikel werden konträr dazu Schwierigkeiten Erwachsener mit „adoleszenten Themen“ untersucht und die Frage gestellt, wie es gelingen kann, Adoleszenten ein hilfreiches Gegenüber zu sein. Der Artikel mündet in die These, dass die Herausforderung darin besteht, nicht aus einer Position des Fachmanns oder des erfahrenen Älteren zu belehren, sondern individuell, persönlich und auch verunsichert „antworten“ zu lernen.

Mit der Auswertung einer Befragung von Jugendlichen zum Thema „Wollen Jugendliche in der Pubertät sein?“ setzen sich *Renate Semken* und *Silke Springer* mit der gewonnenen Erkenntnis auseinander, dass sich die befragten pubertierenden Jugendlichen nicht in der Phase der Pubertät sehen oder sehen wollen. Die Autorinnen suchen Antworten auf die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Bewertung und Beschreibung der Zeit des Übergangs vom Kind zum Erwachsenen durch die Eltern, wichtige Bezugspersonen, die Gesellschaft und somit letztendlich durch die Jugendlichen selbst und dem eigenen Erleben der Jugendlichen bestehen könnte. Anschließend stellen die Autorinnen einige Impulse und Ideen für die konkrete Praxis vor.

In ihrem Artikel „tschuldigung, aber ich sach‘ das jetzt mal auf jugendlich ...‘ Mentalisierung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie mit Jugendlichen“ machen *Anke Rabe* (zum Zeitpunkt der Tagung noch unter dem Namen Jürgens-Lotze) und *Claus-Peter Rosemeier* Ideen und Hintergründe anschaulich, auf deren Grundlage sie in den Therapeutischen Wohngruppen der Koralle Gruppenpsychotherapie nutzbringend für die Jugendlichen durchführen. Dabei beziehen sie sich in vieler Hinsicht auf Theorie und Herangehensweise der Psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie in der Arbeit mit „strukturell beeinträchtigten PatientInnen“. Die Autorin und der Autor erläutern, mit einem kurzen Verweis auf die Mentalisierungstheorie, in welchem Zusammenhang und auf welche Weise sie dieses Verständnis in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit mit den Jugendlichen der TWG für fruchtbar und durchführbar halten. Die praktisch-theoretischen Überlegungen mit den Jugendlichen sind eingebettet in kurze Beschreibungen des Gruppenprozesses im experimentell geprägten Workshop der Tagung selbst.

Der Artikel „Pubertät und Suizidalität – Entwicklungspsychologische Aspekte und praktischer Umgang mit Suizidalität bei Jugendlichen in der TWG“ von *Ulrike Brendel* und *Gerlinde Huber* widmet sich dem Thema Suizidalität im Jugendalter. Viele Jugendliche in TWGs haben bereits einen oder mehrere suizidale oder stark selbstschädigende Handlungen hinter sich, wenn sie in den Betreuungsalltag einsteigen. Gerade in der Anfangsphase können Problemeskalationen erneut suizidale und krisenhafte Verläufe hervorrufen. Detailliert beschreibt der Artikel den konkreten Umgang mit suizidalen Krisen im Betreuungsalltag der TWGs von Gemini.

## Zur Einführung

---

In ihrem Beitrag „Jugendliche auf der Grenze: DBT-A als Möglichkeit der Stabilisierung für emotional instabile Jugendliche. Ein Erfahrungsbericht“ zeigen *Saskia Lägel* und *Boris Stolle* Möglichkeiten der Stabilisierung für emotional instabile Jugendliche auf. Der Artikel beschreibt in der Form eines Praxisberichts die Umsetzung der Dialektisch Behavioralen Therapie für Adoleszente in den therapeutischen Jugendwohngruppen des Steg gGmbH. Es werden Erfahrungen, Herausforderungen und Chancen dargestellt, ein therapeutisch hochschwelliges Programm im Kontext der Jugendhilfe zu installieren. Ein weiterer Schwerpunkt des Artikels liegt auf der schriftlichen Beantwortung konkreter Fragen der Teilnehmenden des Workshops der Tagung.

*Martin Hanke* und *Susanne Prehl* zeigen in ihrem Artikel „Der Systemische Ansatz in Therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin“ die praktische Umsetzung systemischen Gedankenguts in der täglichen pädagogischen Arbeit der TWGs in Berlin. Die Autorin und der Autor haben ihre Aussagen durch eine Befragung untermauert. Die Aussagen der Befragung von Jugendlichen und Mitarbeitern der TJWG „Zwischenbahnhof“ wurden zum Artikel mit herangezogen. Unter dem Gesichtspunkt systemischer Methoden und Grundhaltungen werden drei Schlüsselprozesse näher beleuchtet: Aufnahmeverfahren, Fallteam und Regelwerk.

In ihrem Beitrag „Mit dem Regenschirm unter die Dusche‘. Die traumapädagogische Arbeit einer Therapeutischen Mädchenwohngruppe – Konzeptionelle Schwerpunkte und Falldarstellung“ veranschaulichen *Constance Hornbogen* und *Lars Grimme* die Praxis in der Therapeutischen Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘. Der Beitrag zeigt die Verschränkung des Konzepts der Therapeutischen Jugendwohngruppen, traumapädagogischer und -therapeutischer Ansätze sowie von Grundlagen einer geschlechterreflektierenden Pädagogik. In diesem Milieu finden Mädchen mit Traumafolgestörungen bzw. einer Vielzahl psychiatrischer Symptomatiken Hilfe und Unterstützung. In der Darstellung der konzeptionellen Schwerpunkte sowie der Falldarstellung wird deutlich, dass es in der Arbeit um ein traumasensibles Verständnis geht, welches im Alltag häufig ein Aushalten von verhaltensoriginellen Bewältigungsstrategien beinhaltet.

Zum Ausklang gibt *Julia Reusch* Einblick in ihre Fotografien. Die Fotografin lebt in der TWG Myrrha und hat die Bilder freundlicherweise für die Tagung und den Tagungsband zur Verfügung gestellt und auf der Tagung ausgestellt. In ihren Werken setzt sich das Mädchen mit den Mitteln der Fotografie und digitalen Bildbearbeitung mit sich selbst und ihrer Umwelt auseinander.

*Berlin, November 2012*

*Silke Birgitta Gahleitner, Claus-Peter Rosemeier,  
Thomas Girnth, Florian Landes und Ulrich Ehler*

I Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven

---



*Antje Heinemann & Constance Hornbogen*

## MEM = Myrrhas Erfolgs-Maschine

„MEM“ ist ein künstlerischer Kommentar der therapeutischen Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘ der EJF gAG zur Katamnese studie der therapeutischen Wohngruppen in Berlin. Die „Erfolgs-Maschine“ wurde von der Kunsttherapeutin Antje Heinemann und der Leiterin der ‚Myrrha‘ Constance Hornbogen mit Unterstützung der Mädchen gebaut.

Sie setzt sich kritisch mit dem Thema „Erfolge“ bei der Arbeit in TWGs auseinander:

Woran wird ein sogenannter Erfolg in unserer Arbeit gemessen? Wer bestimmt, was ein Erfolg, was ein Misserfolg ist?



Die „Maschine“ hält uns die Absurdität und Widersprüchlichkeit von Zuschreibungsprozessen und die vermeintliche Messbarkeit von Menschen –sowohl Helfer\_innen, als auch Jugendlichen – in Form von willkürlicher Belohnung vor Augen und macht sie auf allen Wahrnehmungsebenen erfahrbar. Die Maschine verwandelt Erfolge und Misserfolge aus dem Arbeitsalltag in eine Überraschung – eine Süßigkeit. Die Fachtagsbesucher\_innen werden bereits im Flyer

eingeladen, ein Symbol für Erfolge oder Misserfolge aus Ihrem Alltag mitzubringen und dadurch angeregt, sich im Vorfeld der Tagung mit diesen Themen und der eigenen Haltung zu beschäftigen.

Die „MEM“ ist eine Installation, die an prominenter Stelle im Vortragssaal steht und laute Töne von sich gibt, so dass sie sofort wahrgenommen und bewertet wird. Auf Kassette aufgenommene Feldgeräusche zum Thema „maschinelle Herstellung und Verarbeitung“ untermalen den Eindruck, dass es zu einem Verwertungsprozess innerhalb der Maschine kommt, wenn die Besucher\_innen ihr Symbol für Erfolg/Misserfolg in die Maschine einspeisen. Die „MEM“ wird von mehreren Maschinist\_innen in Arbeitsoveralls mit Kopfbedeckung bedient. Das Testen der „MEM“ erfordert etwas Mut, da sich die Besucher\_innen vor anderen exponieren müssen. Bevor das Symbol in die Maschine gesteckt wird, erzählen die Besucher\_innen kurz, warum sie dieses ausgewählt haben. Am Ende des (Verwandlungs-)Prozesses wirft die Maschine eine Süßigkeit aus, ganz gleich, ob ein Erfolg oder ein Misserfolg eingespeist wurde. Die Besucher\_innen werden vom „MEM“-Team bejubelt. Die Installation inspiriert zu einem kreativen Austausch während des Produktionsprozesses, auch wenn die positive Wirksamkeit in Form der kulinarischen Belohnung manchmal auf sich warten lässt, da die Maschine nicht „fehlerfrei“ funktioniert.

*Andrée Egel*

Schneller, höher, weiter ...!?

### **Erwartungen an Therapeutische Jugendwohngruppen<sup>1</sup>**

Zu Beginn der Fachtagung „Wirksamkeit, Erfolge, Perspektiven – Therapeutische Jugendwohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen“ möchte ich für den Arbeitskreis Therapeutische Jugendwohngruppen einen Einblick in die Vorüberlegungen und Diskussionen geben, die uns zum Thema geführt haben.

Fragen nach der Wirksamkeit dessen, was wir tun, beschäftigen uns ständig und immer neu. Wir würden unsere Arbeit nicht tun, wenn wir nicht aus vielen guten Gründen davon überzeugt wären, dass sie hilfreich und richtig ist.

Wenn ein Jugendlicher sich entwickelt, gesünder wird, betrachten wir das als Erfolg unserer Arbeit, aber nicht immer führt das, was wir aus voller Überzeugung vertreten, zu den Ergebnissen, die wir uns wünschen.

Wenn sich lange nichts verändert – haben wir dann erfolgreich einen destruktiven Prozess aufhalten können oder nicht genug des Richtigen getan? Wenn Jugendliche sich verweigern, destruktiv handeln, in Krisen geraten, wenn Familiensysteme destruktiv agieren, Hilfen abgebrochen werden ... Haben wir dann etwas nicht verstanden, etwas falsch gemacht? Hätte ein anderer es besser gekonnt? Oder ist es Schicksal, der psychische Schaden unheilbar, Fehlentwicklungsprozesse nicht korrigierbar? Liegt es in der Verantwortung des Jugendlichen oder seiner Familie, die sich nicht einlassen wollten? Kam unsere Hilfe zur falschen Zeit? Wie hoch kann der Einfluss sein, den wir für eine begrenzte Zeit und als Teil seines gesamten Lebensumfeldes auf die Entwicklung eines Jugendlichen nehmen?

Und was heißt überhaupt Erfolg, woran messen wir ihn? An der Erfüllung gesellschaftlicher Normen? An der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben? Am Wohlbefinden des Jugendlichen? An der Verringerung von Symptomen? An den Erwartungen der beteiligten Personen und Institutionen? Wie groß muss eine Veränderung sein, um als Erfolg zu gelten?

Viele Fragen begleiten uns unausgesprochen im Alltag oder heiß diskutiert in Gremien, in denen wir unsere Arbeit reflektieren: in interdisziplinären Teamberatungen, Supervisionen und auch innerhalb des Arbeitskreises der Therapeutischen Jugendwohngruppen.

---

<sup>1</sup> Bei dem Text handelt es sich um die leicht überarbeitete Fassung des Einführungsvortrags.

So entstanden schon vor Jahren im Arbeitskreis die Idee und der Wunsch, sich den Themen Wirksamkeit und Erfolg wissenschaftlich zu nähern. Diese wurden aufgegriffen von Frau Prof. Silke Gahleitner, die aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen als Therapeutin in der TWG Myrrha dafür schnell zu begeistern war. 2007 gründeten wir eine gemeinsame Forschungsgruppe aus Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen der Alice Salomon Hochschule und Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Therapeutischen Jugendwohngruppen, die mit viel Kreativität und zusätzlichem Engagement an der Wirksamkeitsstudie gearbeitet haben. Ausgewählte Ergebnisse sind im Beitrag von Silke Gahleitner und Bert Krause in diesem Band dargestellt. Sie sind in ihrer Gesamtheit in einem Abschlussbericht veröffentlicht und nachlesbar.

Dass wir diese erste wissenschaftliche Annäherung gemeinsam bewältigt haben, macht uns natürlich stolz, wenn auch nicht zufrieden, da viele Fragen mit den uns möglichen Forschungsmethoden nicht zu klären waren und aus jeder beantworteten Frage viele neue entstehen. Das olympischen Motto „schneller, höher, weiter“, das mir im Verlauf der vielen Diskussionen, die wir um die Themen Wirksamkeit und Erfolg geführt haben, in den Sinn kam, symbolisiert den eigenen hohen Anspruch an die Qualität unserer Arbeit und die Erwartungen unserer Auftraggeber – und bleibt ohne Fragezeichen eine Allmachtsfantasie.

Wir nehmen Erwartungen von Jugendlichen und ihren Familien, von Jugendämtern, Kliniken und Schulen an – wie klar oder unklar, realistisch oder unrealistisch sie zunächst sein mögen. Sie alle erwarten von uns Hilfe und Veränderung und wir lassen uns auf einen gemeinsamen Prozess des Suchens nach individuell möglichen und im gesellschaftlichen und familiären Kontext realistischen Lösungen ein.

## **Unsere Zielgruppe: von seelischer Behinderung bedrohte oder betroffene Jugendliche**

Unser Angebot richtet sich an Jugendliche, die aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Folgen früher und wiederholter traumatisierender Lebensereignisse Verhaltensweisen entwickelt haben, die familiäre Systeme und „normale“ Jugendhilfeangebote überfordern. Aufgrund dieser „seelischen Behinderung“ sind sie aktuell oder überdauernd nicht in der Lage, altersentsprechende Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie leiden, was sie uns weniger in Worten, als über destruktives Agieren und mitunter hochdramatische Symptomsprache mitteilen.

Was wir ihnen bieten, ist zunächst ein Halt gebender Rahmen im Sinne eines „sicheren Ortes“, an dem sie zur Ruhe kommen, sich orientieren und in dem sie neue und korrigierende Beziehungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen



gen machen können. Dabei handelt es sich um langwierige Prozesse, die von allen Beteiligten das äußerste fordern können, manchmal mehrerer Anläufe bedürfen und auch scheitern können. Im Rahmen dieser Halt gebenden Strukturen, auch therapeutisches Milieu genannt, können und sollen Entwicklung bzw. die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben sowie therapeutische Prozesse und Heilung psychischer Störungen möglich werden. Ein Jugendlicher würde diesen Prozess vielleicht in dem Satz zusammenfassen: „Früher ging’s mir Scheiße, jetzt geht’s mir besser, die Betreuer stressen, sind aber ganz okay“.

Die Erwartungen der Jugendlichen sind „ganz normal“ und ihnen nicht unbedingt in der von uns beschriebenen Form bewusst: Sie möchten sich besser fühlen, sich nicht verrückt verhalten müssen, um ihre Gefühle zu regulieren, möchten sich akzeptiert und wertgeschätzt fühlen, einen angemessenen Platz in ihrer Familie finden, Freundschaften und Liebesbeziehungen erleben, einen Schulabschluss und einen Beruf haben und irgendwann ein selbstbestimmtes Leben jenseits psychiatrischer oder sozialpädagogischer Versorgungssysteme führen.

Diese Ansprüche sind auch der Maßstab unseres Handelns, aber erst im Verlauf des Hilfeprozesses wird absehbar, was davon realisierbar ist und wo Behinderung bleibt und Erwartungen korrigiert werden müssen. Es geht uns aber nicht nur um Ziele in der Zukunft, sondern um ein gutes und sinnerfülltes Leben im Hier und Jetzt, auf das die Jugendlichen einen Anspruch haben und das wir ihnen ermöglichen wollen.

## **Zusammenarbeit mit Familien: Arbeitsbündnis oder Konkurrenz?**

Wir treffen Familien in extrem zugespitzten Krisensituationen, die von uns Hilfe erwarten. Es geht um Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen, also Ablösung und eigene Identitätsfindung, es geht aber auch um Bewältigung traumatischer Erfahrungen, so dass die Bedürfnisse der Jugendlichen, für die wir Verantwortung übernommen haben, oft im Widerspruch zu denen der Eltern stehen. Familiensysteme können pathologisch auf die Entwicklung des Jugendlichen wirken und unser Auftrag kann gerade in der Trennung bestehen, um Raum für Entwicklung zu schaffen. Trotzdem hat ein Jugendlicher nur diese Familie, sie ist sein Schicksal und mit ihr ist er für sein gesamtes Leben verbunden. Er muss sich abgrenzen, wo nötig, und versöhnen, wo möglich. Unser Auftrag ist, mit den Familien ein Arbeitsbündnis zu entwickeln, das der Entwicklung des Jugendlichen nützt. Damit können positive Erwartungen von Familien schnell in Enttäuschung und Abwertung unserer Arbeit umschlagen, obwohl wir bezogen auf die Entwicklungsperspektive des Jugendlichen professionell handeln. Die

vielschichtigen und widersprüchlichen Erwartungen von Familien und das ständige Ringen um ein Arbeitsbündnis sind ein großes Thema, dem sich der Beitrag von Per Wolfrum u.a. aus der Arbeitsgruppe „Zauberhafte Gespräche?“ in diesem Band widmet.

## Wie gut kann man Entwicklung planen?

Wir nehmen auch die Erwartungen unserer Kostenträger – der Jugendämter – in Form von Hilfeplanziele an und überprüfen ihre Realisierbarkeit gemeinsam im Prozess der Hilfeplanung. Hilfepläne drücken die Erwartungen der Jugendämter an unsere Arbeit und an die Jugendlichen aus. Eine interessante Frage ist, wie gut es anfangs möglich ist, realisierbare Ziele zu formulieren und ob oder wie diese tatsächlich handlungswirksam werden. „Richtungsziele“ orientieren sich in der Regel an Entwicklungsaufgaben oder gesellschaftlichen Normativen, treffen also so etwas wie den ‚kleinsten gemeinsamen Nenner‘ aller Beteiligten. Schulbesuch, Verbesserung familiärer Beziehung, Einhalten von Normen und Regeln sind immer richtig und es lässt sich ihnen schlecht widersprechen. So selbstverständlich sie klingen, so schwierig können sie im Einzelfall sein. Das häufig genannte Richtungsziel im ersten Hilfeplan „Ankommen in der TWG“ kann für einen bindungsgestörten Jugendlichen Schwerstarbeit bedeuten und ist doch erst eine Voraussetzung für weitere Entwicklungsprozesse.

Die den Richtungszielen zugeordneten „Handlungsschritte“ sind als Instrument einer differenzierten, schrittweisen Zielannäherung wichtig, aber im Rahmen real stattfindender Entwicklung erweisen sich im Hilfeplan niedergelegte Handlungsschritte manchmal als zu groß, zu klein oder irrelevant, es entstehen vielleicht überraschend andere Probleme oder Wege, die über einen Hilfeplanzeitraum gar nicht voraussehbar und planbar sind.

Manchmal würden wir uns in der Anfangsphase eine viel engmaschigere Kooperation mit dem Jugendamt – auch als die für den Jugendlichen auftraggebende Instanz – im Prozess der individuellen Entwicklung und Anpassung von Hilfeplanziele wünschen.

Nur etwa die Hälfte aller TWG-Aufenthalte werden durch „planmäßige“ Übergänge beendet (s. KATA-TWG Anhang 1, S. 94), die übrigen gelten als Abbruch durch einen der beteiligten Vertragspartner, für den als häufigste Ursachen „mangelnde Mitarbeit des Jugendlichen“ oder „Verschlimmerung der Problematik“ angegeben werden. Man könnte das als hohe Misserfolgsrate werten und sich fragen, wieso eine so teure Hilfe so wenige Erfolge erzielt. Nach unserer Erfahrung braucht es etwa ein halbes bis ein Jahr, bis wir sicher sein können, dass ein Jugendlicher sich verlässlich auf das Hilfsangebot TWG einlassen kann. Bei inhaltlicher Betrachtung finden wir unter Abbrechern drei wiederkehrende Ursachen:

Erstens erleben wir Jugendliche und/oder Familien, die sich entscheiden, das alte Leben in der Familie weiterzuführen, weil es sich verglichen mit der Trennung und den Anforderungen der TWG als „kleinere Übel“ herausgestellt hat. Sie sind mit dieser Erfahrung vielleicht sogar in der Lage, einen Entwicklungsweg außerhalb stationärer Jugendhilfe zu finden.

Zweitens gibt es Jugendliche, für die das TWG-Angebot aktuell noch zu schwer, zu eng, zu wenig hilfreich erscheint, die überfordert, vielleicht auch unzureichend motiviert sind. Sie brauchen zunächst vielleicht wiederholte Erfahrungen des Scheiterns ihrer gewählten Lebensform oder ein niedrigschwelligeres Angebot, um sich überhaupt auf etwas einlassen zu können.

Drittens kommen Jugendliche zu uns, für die wir noch zu wenig bieten, weil sie aufgrund einer schweren Ich-strukturellen Störung ein noch viel enger verbundenes Setting von Wohnen, Schule und Psychiatrie an einem Ort jenseits der Reizüberflutung der Großstadt brauchen.

Man könnte akzeptieren, dass es bei der Komplexität der Problematik für keinen der am Hilfeplanprozess Beteiligten immer von vornherein möglich ist, wirklich die angemessene und realisierbare Hilfe zu finden. So kann und muss man für manche Jugendlichen das erste TWG-Jahr sinnvollerweise als Clearingzeit betrachten und nutzen. Dann geht es nicht um Misserfolge, sondern um aktuell mögliche Entwicklungsschritte, auch wenn unsere Hilfe-Pläne zunächst andere, nicht realistische bzw. realisierbare Ziele enthielten. In der Praxis erleben wir oft überraschende Erfolge am Ende einer Kette von abgebrochenen Hilfen. Realistischerweise müssen wir dann einschätzen, dass nicht wir besser gearbeitet haben als unsere Vorgänger, sondern Entwicklungsschritte des Jugendlichen ihm jetzt möglich machten, sich auf Angebote einzulassen, die er davor aus innerer Notwendigkeit vehement bekämpfen musste.

Vermutlich hätten SozialarbeiterInnen in Jugendämtern ein großes Interesse für diese spannende gemeinsame inhaltliche Gestaltungsarbeit von Hilfeplänen in Entwicklungsprozessen. Vielleicht entsteht hier ein nächstes Tagungsthema?

## **Arbeit an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Psychiatrie**

Von erfahrenen JugendpsychiaterInnen hören wir, dass es eine Verschiebung bei der stationären Langzeitbetreuung schwer gestörter Jugendlicher von der Klinik in die Jugendhilfe gegeben hat. Etwa die Hälfte der Bewohner Therapeutischer Jugendwohngruppen kommen über jugendpsychiatrische Kliniken zu uns und insgesamt gibt es nur wenige Jugendliche ohne ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in der Vorgeschichte (s. KATA-TWG Anhang 1, S.86).

Von uns wird von Seiten der Psychiatrie erwartet, dass wir ein hohes Maß an Struktur und einen haltgebenden Rahmen bieten, in dem therapeutische Prozesse und die Bewältigung psychischer Krisen möglich sind. Das leisten wir.

Gleichzeitig sind wir sozialpädagogische Einrichtungen, in denen es um „ganz normales Jugendleben“, Alltagsbewältigung, Schule und Ausbildung, Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und das Lernen aus Erfahrung geht. Damit verbunden sind auch Misserfolge, Überforderungssituationen und Krisen. Es entstehen dabei Grenzsituationen, in denen wir für eine erfolgreiche Krisenbewältigung auf eine zeitweise sehr enge Kooperation mit der Psychiatrie angewiesen sind und Verständnis für unsere Grenzen und direkte Hilfe, z.B. durch stationäre Krisenintervention, brauchen. Im Rahmen dieser Kooperation gibt es gute und schlechte Erfahrungen. Sehr hilfreich und unterstützend erlebten wir die Aussage eines leitenden Jugendpsychiaters in einer Fachdiskussion: „Wenn eine professionell arbeitende Einrichtung wie eine TWG uns um Hilfe bittet, dann braucht sie Hilfe und wir müssen das nicht hinterfragen“. Wir erleben aber auch Vorwürfe, unbewältigte pädagogische Situationen mit Hilfe der stationären Jugendpsychiatrie lösen zu wollen. Hier handelt es sich oft um hochdramatische Krisen, in denen alle Beteiligten aus unterschiedlichen Gründen unter Stress geraten. Wir suchen deshalb im Interesse eines guten Krisenmanagements für die Jugendlichen den fachlichen Austausch mit den Berliner Jugendpsychiatrien über Möglichkeiten und Grenzen der jeweils anderen Institution und die gegenseitigen Erwartungen.

Kliniken erwarten auch, dass die begonnenen therapeutischen Prozesse weitergeführt werden und das ist eine Erwartung, die wir gern übernehmen. Dazu dienen die enge Kooperation zwischen Therapeutischen Jugendwohngruppen und dem psychiatrischen Versorgungssystem sowie gut gestaltete Übergangssituationen, die bereits geleistete therapeutische Arbeit und erworbene Fähigkeiten des Jugendlichen würdigen und darauf aufbauen. Der Therapiekonstanz dient auch, dass wir uns in den Therapeutischen Jugendwohngruppen mit psychotherapeutischen Konzepten auseinandersetzen, sie verstehen und bei Bedarf in den Alltag integrieren können. Das geschieht beispielsweise durch die Einforderung der Anwendung gelernter Skills zur Affektregulation oder der Nutzung des „Notfallkoffers“ zur Vermeidung selbstschädigenden Verhaltens.

Therapeutische Jugendwohngruppen bieten niedrigschwellig interne psychologische Beratung und Therapie an und kooperieren mit den regionalen medizinischen Versorgungssystemen, so dass eine gute psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung gewährleistet ist. Einzelne Träger integrieren spezialisierte therapeutische Angebote für besondere Zielgruppen, z.B. die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Angebote für essgestörte Jugendliche, Traumatherapeutische Konzepte oder ein suchttherapeutisches Setting.

## Qualitätsentwicklung – ein zentrales Anliegen

Wenn es um Erwartungen geht, dann sind es auch wir selbst, jeder einzelne Mitarbeiter und die TWG-Teams, die wir hohe Erwartungen an die Qualität unsere Arbeit stellen.

Der Arbeitskreis arbeitet seit Ende der 90er Jahre – und es gibt ein gemeinsames Bemühen der zehn beteiligten Träger um hohe Qualität und fachliche Weiterentwicklung. Wir pflegen im Arbeitskreis gemeinsam eine Kultur des Austauschs praktischer Erfahrungen, des kritischen Hinterfragens und des Einbringens von neuen theoretischen Erkenntnissen aus den assoziierten Wissenschaftsgebieten.

Diesen Qualitätsanspruch vertreten wir gemeinsam gegenüber Kostenträgern und Kooperationspartnern.

Die Inhalte unserer Qualitäts-Diskussionen schlagen sich auch in den Themenschwerpunkten unserer Arbeitstagungen nieder. Diese dienen sowohl der Qualifizierung unserer MitarbeiterInnen als auch dem Erfahrungsaustausch und fachlichen Diskurs mit unseren Kooperationspartnern, wie Jugendämtern, Kliniken, Ärzten und Therapeuten, Bildungseinrichtungen. All diese Institutionen sind Teil des gemeinsamen Hilfe-Systems für seelisch behinderte Jugendliche und haben einen Anteil an Erfolgen – oder auch Misserfolgen.

Dieser Austausch macht die Arbeitstagungen für uns so wertvoll und zum Teil unseres Qualitätsentwicklungsprozesses.

Unsere „großen Themen“ waren und sind: das therapeutische Milieu als spezifisches Angebot der Verzahnung von Pädagogik und Therapie, diagnostische Konzepte und Interventionsstrategien. Man könnte auch sagen, es geht um theoriegeleitetes Verstehen und Handeln.

Diese dazu bisher „gesammelte Weisheit“ haben wir gemeinsam mit klinischen und wissenschaftlichen Kooperationspartnern aufgeschrieben und in den vom Arbeitskreis herausgegebenen Sammelbänden „Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe“ veröffentlicht.

Die Qualitätsmerkmale Therapeutischer Jugendwohngruppen sind in einer ständigen Entwicklung begriffen: Unsere praktischen Erfahrungen nehmen zu, denn wir lernen mit jedem Jugendlichen, mit jeder Familie. Erfahrungen bestärken unser Handeln oder zwingen uns, es zu überdenken und nach neuen Wegen zu suchen. Zum anderen handeln wir auch theoriegeleitet. Wissenschaftliche Entwicklungen beeinflussen und verändern unser Denken und Handeln und finden ganz unterschiedlich konkret konzeptionell ihre Niederschläge in der Arbeit Therapeutischer Jugendwohngruppen. Solche „theoretischen Inputs“ kamen z.B. aus der Bindungsforschung, aus der Weiterentwicklung systemischer Konzepte, aus der Traumaforschung und Traumatherapie, aus der sozialpädagogischen Diagnostik oder aus im klinischen Rahmen erprobten therapeutischen Konzepten für spezielle Störungsbilder (z.B. Borderlinestörungen, Ess-

störungen, ADHS), die durch lernpsychologisch fundierte praktische Anteile wie das Skills-Training auch gut in den pädagogischen Alltag integrierbar sind und damit Therapieschritte mit Alltagsbewältigung verbinden.

Soviel zu unseren Gemeinsamkeiten. „Schneller, höher, weiter“ bedeutet natürlich auch Konkurrenz und Wettbewerb.

Konkurrenz entsteht schon dadurch, dass Therapeutische Jugendwohngruppen kostenintensive Angebote sind, die nur dann genutzt werden, wenn Jugendämter davon überzeugt sind, dass sie im konkreten Fall etwas Besonderes leisten können.

Konkurrenz entsteht auch im Austausch und beflügelt – unser Austausch untereinander führt zu neuen Ideen und stellt jeden einzelnen Träger, jede TWG, immer wieder vor die Frage: Können wir mit neuen Entwicklungen mithalten?

## **„Schneller, höher, weiter“ braucht eine Stoppuhr und ein Bandmaß**

Was sind unsere Kriterien für Erfolge und wie messen wir sie?

Wir könnten es uns einfach machen und sagen. „alles, was besser wird, ist ein Erfolg“. Dem ist schwer zu widersprechen. Aber oft ist es viel komplizierter.

Manchmal sind Veränderungen so minimal, dass wir sie lange nicht bemerken. Innere Veränderungsprozesse schlagen sich nicht immer gleich in sichtbaren äußeren Erfolgen nieder. Entwicklungsprozesse verlaufen nicht linear, sondern mit Höhen und Tiefen – wann also messen wir?

Entwicklungsprozesse verlaufen auch nicht in allen Lebensbereichen gleichzeitig. Es gibt die großen sichtbaren Erfolge, wie einen Schulabschluss und es gibt die täglichen kleinen Erfolge, die wir erkennen und würdigen sollten: Symptome werden schwächer oder seltener. Es entwickeln sich neue soziale Problemlösungsfähigkeiten, was wir vielleicht daran sehen, dass ein Jugendlicher nur noch dreimal in der Woche „ausrastet“ und nicht dreimal am Tag. Was aber sieht ein Außenstehender, der gerade einen „Ausraster“ erlebt? Manchmal haben wir einfach das Gefühl, dem Jugendlichen geht es besser, er/sie ist ausgeglichener, entspannter, fröhlicher, auf einmal merken wir, dass eine Beziehung entstanden ist, wo lange keine war.

In Hilfeplänen finden wir oft das Ziel der Selbstwertentwicklung – in den täglichen kleinen Erfolgen liegen genau die Bausteine, aus denen ein reales Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstwert entstehen kann.

Wie dokumentieren wir die kleinen Schritte und Erfolge der Jugendlichen und auch die unserer Arbeit so, dass wir sie als Beweis für unsere Wirksamkeit, möglichst noch statistisch abgesichert, vorlegen können? Auf diese Frage sind wir im Rahmen der Katamnese-Studie ganz praktisch-methodisch gestoßen. Wir arbeiten an Zukunftsvisionen von Wirksamkeits-Untersuchungen, in denen wir nicht nur retrospektiv sondern begleitend im Prozess Entwicklungen, Veränderungen und Zielerreichung erfassen.

## **„Schneller, höher, weiter?!“ hat Grenzen**

Das Vortragsmotto beinhaltet einen zweifelnden Unterton bezogen auf allzu hoch oder falsch gestellte Erwartungen.

Dass es „schnell“ gehen soll, entspricht oft dem Wunsch der Jugendlichen, die z.B. „schnell“ in eine eigene Wohnung ziehen oder nach Hause zurückkehren wollen. „Schnell“ sollte es auch für die Jugendämter gehen, die in Zeiten hohen Kostendrucks oft Hilfen nur für begrenzte Zeiträume bewilligen können und deshalb auf schnelle Verselbstständigung drängen. Wir erleben eine paradoxe Situation: Einerseits wohnen „normale“ Jugendliche eher länger zu Hause und das Jugendalter bis zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit und der endgültigen erwachsenen Verantwortungsübernahme für das eigene Leben verlängert sich. Andererseits sollen seelisch behinderte Jugendliche mit schlechten Voraussetzungen zur Lebensbewältigung und oft ohne stützendes soziales Umfeld vor den meisten anderen früh in die Selbstständigkeit entlassen werden. Zeit aber ist ein nicht zu umgehender Entwicklungsfaktor.

Mit Verselbstständigung verbinden wir die Befähigung zu einer möglichst eigenständigen Lebensbewältigung, die sich über viele kleine Entwicklungsschritte und über notwendige Entwicklungszeiträume vollzieht – und die auch individuelle Grenzen und den schmerzlichen Auseinandersetzungsprozess mit bleibenden Behinderungen psychischer, sozialer oder gesellschaftlicher Art einschließt. Nicht immer steht am Ende „Normalität“ oder echte Selbstständigkeit und Hilfe kann vielleicht auf Dauer nötig sein.

Der Anspruch „Schneller, höher, weiter“ stößt auf die grundsätzliche Grenze, dass wir uns mit unserer Arbeit in den Grenzen von Gesetzmäßigkeiten bewegen. Unsere Arbeit vollzieht sich innerhalb von hirnpfysiologischen, psychologischen, systemischen, gruppodynamischen, sozialen und gesellschaftlichen Gesetzmäßigkeiten. Ihre Kenntnis kann unsere Handlungsspielräume erweitern, sie beschränken uns aber auf die Realität des Möglichen, an dem wir unsere Ansprüche orientieren und unsere Erfolge messen müssen.

Und natürlich erleben wir periodisch Sinnkrisen, wenn wir an gesellschaftliche Grenzen denken, an Jugendarbeitslosigkeit, an die im Vergleich zu wachsenden gesellschaftlichen Leistungsanforderungen geringen Bewältigungsfä-

higkeiten unserer Jugendlichen, an Familiensysteme, die seit Generationen außerhalb der Arbeitswelt leben und unsere Ansprüche nicht mittragen. Wofür quälen wir dann die Jugendlichen jeden Tag? In einer kontrovers geführten Diskussion im Arbeitskreis darüber, was denn eigentlich ein Erfolg sei und woran wir ihn messen können, vertrat ein Projektleiter etwas provokant die Meinung: „Wenn ein Jugendlicher bei uns gelernt hat, in seiner eigenen Wohnung von Hartz IV zu leben, ohne zu verwehrlosen, dann ist das für mich ein Erfolg“. Dem entgegen stand eine vehemente Kritik eines Kollegen an schleichenden Unterforderungstendenzen in der Jugendhilfe und die Betonung unseres gesellschaftlichen Auftrags, Lern- und Leistungsbereitschaft zu fördern und einzufordern. Beide haben Gründe für ihre Haltung und beide denken dabei vielleicht an ganz unterschiedliche Jugendliche.

Dem großen Thema der Einbettung und Reflexion unseres Arbeitsgebiets und Auftrags vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Prozesse widmet sich der Beitrag von Prof. Keupp in diesem Band.

Ich möchte zum Abschluss gern eine persönliche Erfahrung beitragen, die mich sehr berührt hat: Zum zehnten TWG-Geburtstag folgten unserer Einladung 20 ehemalige Bewohner. Wir trafen junge Leute im Alter zwischen Anfang und Mitte Zwanzig, die uns durch ihre positive Ausstrahlung und ihr gepflegtes Aussehen beeindruckten. Alle leben in eigenem Wohnraum, allein oder mit Partnern und fast alle befinden sich in irgendeiner Form beruflicher Ausbildung. In Gesprächen wurde deutlich, dass nur wenige ihre psychische Störung vollkommen überwunden haben. Viele sind noch in Behandlung und die geschilderten Symptome und Krisen waren uns nicht fremd. Trotzdem haben diese jungen Menschen offenbar für sie befriedigende Lebensformen gefunden. Eine junge Frau beschrieb unseren gemeinsamen Erfolg so: „In der TWG habe ich gelernt, dass man aus jedem Tief wieder rauskommen kann. Und das hilft mir, wenn es mir mal schlecht geht“

Mit dem Gästebuch-Eintrag einer anderen jungen Frau: „Wo Liebe, Halt und Verständnis regieren, kann das Unmögliche erreicht werden“, sind Erwartungen an unsere Arbeit beschrieben, denen wir mit all unserem Wissen, unseren Erfahrungen, unseren Fähigkeiten und unserem professionellen Handeln begegnen.

## Literatur

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin und Alice Salomon Hochschule Berlin (Hrsg.) (2009). *KATA-TWG Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.



*Heiner Keupp*

## Mehr Chancengerechtigkeit für gesundes Aufwachsen – Die Basisphilosophie des 13. Kinder- und Jugendberichts

### **Einleitung**

Ein Kinder- und Jugendbericht findet immer ein jeweils typisches gesellschaftliches Diskursfeld vor, zu dem er sich positionieren muss. Die geistige ‚Lufttheorie‘ zu Fragen von Erziehung haben seit einigen Jahren eindeutig die Verkünder von Katastrophen und Endzeitstimmung übernommen. Da geht dann schnell nicht nur ‚die Weltwirtschaft den Bach runter‘, sondern der ‚Untergang des Abendlandes‘ wird auch an Kindern und Familien festgemacht. Gegenüber solchen „katastrophischen“ Deutungen ist eine empiriegestützte nüchterne Bilanz aufzumachen. Und die zeigt uns erst einmal, dass etwa 80 Prozent der Heranwachsenden gut ins Leben finden. Haben wir eigentlich genug Wissen darüber, wie sie das schaffen? Aber diese Frage wird kaum gestellt, vielmehr wird ein sorgenvoller Blick auf die Welt und die Lebenswelt von Heranwachsenden vor allem von einer soziokulturellen Grundstimmung gespeist: Wir sind mit einer erkennbaren allgemeinen großen Verunsicherung konfrontiert, die sich durch Gesellschaft und Politik zieht, und sie stimuliert gegenwärtig nicht die Suche nach vorwärts gerichteten Lösungen oder gar motivierenden Utopien, sondern aktiviert die Sicherheitsbedürfnisse.

Eine wohlfahrtsstaatlich orientierte Reformgesellschaft hat sich in eine ‚Sicherheitsgesellschaft‘ verwandelt, von der auch die Kinder- und Jugendhilfe betroffen ist, vor allem, wenn es um die Frage geht, welchen Beitrag die Jugendhilfe leisten könnte, um die Vernachlässigung, den Missbrauch oder gar die Tötung von Kindern zu verhindern. Diese Frage soll keinesfalls bagatellisiert werden, aber sie überlagert im Augenblick alle Suchbewegungen, die sich um Lösungen für eine nachhaltige Förderung von Lebenskompetenzen Heranwachsender bemühen.

### *Kompetenzen der Jugendlichen stärken*

Im Zuge eines grundlegenden gesellschaftlichen Strukturwandels verändern sich nicht nur die Alltagswelten, sondern auch die Kompetenzprofile, die Menschen und vor allem Heranwachsende brauchen, um ihr Leben in die eigene

Hand nehmen zu können. Unstrittig für alle Seiten dieser Debatte dürfte sein, dass das Hineinwachsen in diese unruhige und unberechenbare globalisierte Netzwerkgesellschaft Kompetenzen und Ressourcen erfordert, die nicht einfach als ‚soziales Erbe‘ von der Elterngeneration an ihre Kinder weitergegeben werden könnten. Jugendhilfe und Gesundheitsförderung zielen auf die Verbesserung von Ressourcen und Fähigkeiten, die für eine souveräne Lebensführung unabdingbar sind.

### *Gesundheit wird zum Thema*

Die Sorge um die gesundheitliche Verfassung unserer Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahren immer mehr zu einem öffentlichen Thema geworden. Wissenschaftliche Studien, wie z.B. der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes (RKI; Bundesgesundheitsblatt, 2007), trugen dazu ebenso bei wie nationale und internationale Berichte zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wie z.B. die 2007 und 2008 vorgelegten UNICEF-Berichte zur Lage der Kinder in Deutschland (UNICEF, 2007; Bertram, 2008). Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielten schließlich einige dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung, zum Teil mit Todesfolgen, die durch die große Resonanz in den Medien auch politisches Handeln herausforderten. So wurden in kurzer Zeit die Verbesserung des Kinderschutzes, die Weiterentwicklung früher Förderung in der Familie und die Förderung der Kindergesundheit zu wichtigen Themen im politischen Diskurs, zum Gegenstand von Beschlüssen bis hin zum Bundeskabinett und zu Obliegenheiten für die Gesetzgebung. In diesen Kontext gehört auch der 13. Kinder- und Jugendbericht (BT-Drs. 16/12860 2009).<sup>1</sup>

## **Der 13. Kinder- und Jugendbericht (KJB)**

Zum ersten Mal wurden mit dem 13. KJB die Themen Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention zum Gegenstand eines Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung gemacht. In den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wurde einerseits das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen; zugleich wurde auf der anderen Seite auf eine wesentliche Voraussetzung dafür, nämlich das Zusammenspiel bzw.

---

<sup>1</sup> Der 13. Kinder- und Jugendbericht ist die Bundestagsdrucksache-Drucksache 16/12860. Im Internet ist er als Download unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> oder <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687> zu erhalten. Er kann aber auch über den Bundesanzeiger-Verlag zum Preis von 14,95 € bezogen werden: [http://shop.bundesanzeiger-verlag.de/Parlamentarische\\_Drucksachen/13.\\_Kinder-\\_und\\_Jugendbericht\\_1525198.html](http://shop.bundesanzeiger-verlag.de/Parlamentarische_Drucksachen/13._Kinder-_und_Jugendbericht_1525198.html).

das in Teilen nur unzureichende Zusammenspiel der beteiligten gesellschaftlichen Teilsysteme, verwiesen. In den Blick genommen wurden also die jeweiligen Systeme, ihre Möglichkeiten und Grenzen, die Brüche zwischen den Systemen, Chancen der Kooperation und Vernetzung und „eine möglichst optimale Gestaltung“ der Übergänge.

### *Grundlegende Voraussetzungen und Konzepte*

Die Sachverständigenkommission geht davon aus, dass Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe dann eine Chance haben, Synergieeffekte zu entwickeln und Übergänge zu verbessern, wenn sie füreinander anschlussfähige Konzepte nutzen können. Dafür scheinen vor allem jene Konzepte geeignet, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Ressourcen Heranwachsender steht, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowohl in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Belastungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt als auch für die produktive Gestaltung ihrer eigenen Lebensprojekte benötigen. Sowohl aus den Gesundheitswissenschaften als auch aus den sozialwissenschaftlichen Grundlagen sozialer und rehabilitativer Arbeit werden dementsprechend Theoriebausteine vorgestellt, die zu einer begehbaren Brücke verknüpft werden können.

Aus den Gesundheitswissenschaften stammen die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Entwicklungsressourcen ermöglichen sollen, sowie die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Vonseiten der Sozialwissenschaften wurde auf die Diskussion um Empowerment und die Befähigungs- bzw. Capability-Konzepte zurückgegriffen, die ebenfalls auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet sind und die nach den Bedingungen der Möglichkeit fragen, die Befähigung von Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken.

In der Brückenbildung auf der Grundlage gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Konzeptbausteine hat dieser Bericht auch eine gemeinsame Sprache mit der Behindertenhilfe genutzt. Kompetenzorientierung, Befähigung zur Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sind inklusive Konzepte für alle Heranwachsenden, die Jungen und Mädchen mit Behinderungen konsequent einbeziehen.

### *Salutogenese: Wie gelingt es, gesund zu leben?*

Als zentrale Grundorientierung für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich der vorliegende Bericht auf die salutogenetische Perspektive. Diese fragt im Unterschied zu Erklärungen der Krankheitsentstehung (Pathogenese) danach, wie es Menschen

gelingt, gesund zu leben. Sie bietet eine Reihe von empirisch begründeten Ansatzpunkten, gelingendes alltägliches Umgehen mit Anforderungen und auch Belastungen zu fördern. Dies ist das Anliegen jeder Gesundheitsförderung. Danach soll sich Gesundheitsförderung auf Gesundheit statt auf Krankheit konzentrieren und positive Zustände fördern, statt negative zu vermeiden.

Das Konzept der Salutogenese des israelischen Gesundheitsforschers Aaron Antonovsky (1987/1997) liefert den differenziertesten Ansatz zur Gesundheitsförderung. In seinem Zentrum stehen die Widerstandsressourcen und der Kohärenzsinn. Letzterer wird von Antonovsky (ebd., S. 36) so definiert: Das Kohärenzgefühl „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“, dass

- die Anforderungen es wert sind, sich dafür anzustrengen und zu engagieren (Sinnebene);
- die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigungsebene), und
- die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehensebene).

Die Widerstandsressourcen lassen sich wie folgt differenzieren:

- *Im Individuum*: Organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke, die nach Antonovsky eine der zentralen emotionalen Widerstandsressourcen darstellt, als emotionale Sicherheit, als Selbstvertrauen und positives Selbstgefühl in Bezug auf die eigene Person.
- *Im sozialen Nahraum*: Zu den Widerstandsressourcen gehören auch die sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. Diese beinhalten das Gefühl, sich zugehörig und „verortet“ zu fühlen, Vertrauen und Anerkennung durch für einen selbst bedeutsame Andere zu erfahren und durch die Beteiligung an zivilgesellschaftlichem Engagement sich als selbstwirksam erleben zu können. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich Unterstützung und Hilfe von anderen Menschen zu holen und sich auf diese zu verlassen.
- *Auf der gesellschaftlichen Ebene*: Widerstandsressourcen entstehen durch die Erfahrung von Anerkennung über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten und ein bestimmtes Maß an Sicherheit, mit diesen den Lebensunterhalt bestreiten zu können (Verfügen über Geld, Arbeit, Wohnung etc.).
- *Auf der kulturellen Ebene*: Widerstandsressourcen vermittelt auch der Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen (bezogen aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen).

Diese Perspektive steht nicht im Widerspruch zu empirisch abgesichertem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder über Risikokonstellationen, die häufig die Bewältigungskompetenzen von Menschen überfordern. Die Frage danach, welche Konsequenzen aus dem Wissen über die Entstehung von Störungen und Krankheiten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu ziehen sind, stellt sich vor einer salutogenetischen Perspektive als Ansatzpunkt für eine gesundheitsbezogene Prävention, die letztlich auch auf die Stärkung von Ressourcen zielt, die für eine Bewältigung von Risikobedingungen erforderlich sind.

### *Befähigungsgerechtigkeit herstellen*

Wenn man sich dem Thema Ressourcen stellt, dann findet hier auch die Ungleichheits- und Differenzfragestellung Anschluss. Materieller Status, Geschlecht, Migrationshintergrund und Behinderung beschreiben Konstellationen, die erschwerte Zugänge zu Wirksamkeitserfahrungen bedingen. Sie werfen unter der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung das Thema der ‚Befähigungsgerechtigkeit‘ auf. Diese ist an folgenden Kriterien zu orientieren:

- Heranwachsende brauchen die Chance, Zugang zu den Ressourcen zu gewinnen, die sie zu einer souveränen Handlungsbefähigung benötigen.
- Die institutionellen Angebote des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystems müssen Heranwachsende in ihrer Handlungsbefähigung systematisch unterstützen.
- Es sind professionelle Empowerment-Strategien zu entwickeln, die auf dieses Ziel ausgerichtet sind.
- Heranwachsende müssen über Partizipationsmöglichkeiten in ihren Selbstwirksamkeitserfahrungen gefördert werden.
- Solche Erfahrungen sind vor allem auch dann zu unterstützen, wenn die eigene Handlungsfähigkeit durch Behinderung eingeschränkt ist (supported living).

Befähigungsgerechtigkeit formuliert ein Ziel, das alle politischen, institutionellen und professionellen Strategien darauf ausrichtet, Heranwachsende zu befähigen, „selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO, 1986, S. 4), um die Ottawa-Charta zu zitieren.

### *Pädagogischer Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe*

Mit der Nutzung dieser Konzepte ist allerdings der Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend

spezifiziert. Dazu ist es erforderlich, die disziplinäre und professionelle Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe als ein im Wesentlichen pädagogisch geprägtes Praxisfeld zu erkennen. Sie sieht Heranwachsende als AkteurInnen, die ihre eigenen Vorstellungen von sich und ihren Lebensperspektiven haben und die in spezifischen Lebenswelten verortet sind. Diese ernst zu nehmen und die Möglichkeit zu eröffnen, sich einbringen bzw. die eigenen Lebensbedingungen entsprechend mitgestalten zu können, gerade auch in Fragen des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit, sind wichtige Voraussetzungen für gelingende Prozesse der Gesundheitsförderung. Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung besteht also in der besonderen pädagogischen Unterstützung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung aufseiten ihrer AdressatInnen. Hierin ist ihre besondere Stärke zu sehen, zugleich stellt sie aber auch eine Begrenzung dar.

#### *Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf Gesundheit*

Diese konzeptionellen Überlegungen wurden von Beginn der Kommissionsarbeit an mit Fragen der Gerechtigkeit angesichts zunehmender sozialer Ungleichheit verknüpft. Die Sachverständigenkommission rückt deshalb immer wieder die gesundheitlichen Herausforderungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Armut- und sozial benachteiligenden Lebens- und Problemlagen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Als normativer Bezugspunkt fungiert dabei – im Anschluss an die gerade erwähnte Theorieperspektive – das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit.

### **Gesundheitliche Herausforderungen und institutionelle Angebote im Kontext des aktivierenden Sozialstaates**

Die dem 13. Kinder- und Jugendbericht zugrunde gelegten Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Partizipation, Verwirklichungschancen und Befähigungsgerechtigkeit transportieren nicht nur einen spezifischen Zugang zur Gesundheitsförderung; darüber hinaus enthalten sie ein spezifisches Subjektverständnis. Verstanden wird hier das Subjekt als ein sich selbst steuerndes Individuum, das in seinem Kohärenzgefühl und seinen Selbstwirksamkeitserfahrungen jenes Maß an Autonomie erwirbt und erlebt, das den normativen Vorstellungen einer aufgeklärten, demokratischen westlichen Gesellschaft entspricht. Befähigung in diesem Zusammenhang bedeutet deshalb, Heranwachsenden jene Ressourcen zu ermöglichen, die zur Erreichung solcher normativer Zielvorstellungen notwendig sind. Damit ist auch die Basis für eine gelin-

gende Gesundheitsförderung gegeben. Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der anderen Akteure, haben entsprechend dieser Vorstellung dann den adäquaten Zuschnitt, wenn sie Heranwachsenden die erforderliche Unterstützung in der Erreichung dieses Ziels anbieten.

Dieses Leitbild passt einerseits gut in die aktuelle sozialpolitische Landschaft, steht aber andererseits auch in einem gewissen Widerspruch dazu. Hintergrund hierzu sind jene Veränderungsprozesse des Sozialstaates, die als „aktivierende“ Wende der Sozialpolitik“ beschrieben werden. Damit ist einerseits der Abschied von einem „Vorsorgestaat“ gemeint, der alle Lebensrisiken in einer kollektiven Daseinsvorsorge absichert, und andererseits ist ein neuer Regierungsmodus angesprochen, in dessen Zentrum ein Umbau der Sicherungssysteme von der öffentlichen Gewährleistung hin zu individuellem Risikomanagement und Eigenverantwortung stattfindet. Die beliebte Formel von „investing in people“ hat hier ihren systematischen Ort, und diese Politik unterstellt und fördert das „unternehmerische Selbst“, das sein Leben als eine Abfolge von Projekten sieht und angeht, die mit klugem Ressourceneinsatz optimal organisiert werden müssen.

Die Leitidee des „unternehmerischen Selbst“ hat jedoch nur auf den ersten Blick Ähnlichkeiten mit jener der Ottawa-Charta. Diese betont zwar auch die Idee der Selbstsorge und ihre Perspektive der Verantwortungsübernahme für das eigene Leben, aber sie stellt ebenso heraus, dass die Gesellschaft dafür strukturelle Voraussetzungen im Sinne verlässlicher institutioneller Unterstützungssysteme zu schaffen hat. Die Ottawa-Charta legt nicht ein Menschenbild des allzeit funktionierenden, mobilen und flexiblen Menschen zugrunde, sondern eher das eines Menschen, der Lebenssouveränität nicht mit einer grenzenlosen Bereitschaft zur Anschließbarkeit an die Imperative des Marktes gleichsetzt, sondern einen eigenständigen Lebensentwurf durchaus auch in deutlicher Absetzung von einer in vielen Diskursen bestimmend gewordenen unternehmerischen Perspektive verfolgt und zu realisieren versucht. Die Förderung von Identitätsarbeit in diesem Sinne kann als ein wichtiges Kriterium gelingender Passung angesehen werden, das widerständige Grenzziehungen zu den Zumutungen „neosozialer Gouvernementalität“ als unterstützenswertes Ziel verfolgt.

Wenn man den salutogenetischen Begriff der „Widerstandsressourcen“ ernst und wörtlich nimmt, dann gehört zu ihnen auch eine kritisch-reflexive Haltung zu normativen Menschenbildvorgaben, die dem eigenen Wohlergehen schaden könnten. Prävention und Gesundheitsförderung der Jugendhilfe sollte diese kritisch-reflexive Haltung nicht nur den eigenen Zielen und Programmen zugrunde legen, sondern den Heranwachsenden Kompetenz in diese Richtung zutrauen und sie stärken. Statt einer unreflektierten Fitnessperspektive sollte man die Stärkung der Selbstsorge und Selbstachtsamkeit als normative Positionierung einnehmen. Zugleich müssen die institutionellen Bedingungen der Möglichkeit zu praktizierter Selbstsorge immer mitbedacht werden.

### *Ansätze des Systems der Kinder- und Jugendhilfe*

Im Hinblick auf Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention bietet das Leistungsprofil der Kinder- und Jugendhilfe spezifische Kompetenzen und Chancen, die zielgerichtet genutzt werden sollten:

*Erreichbarkeit, Zugang und Akzeptanz:* Kinder- und Jugendhilfe setzt auf niedrigschwellige, milieunahe Zugänge vor allem zu ansonsten schwer erreichbaren Gruppen von Kindern, Jugendlichen und Familien. Bekannte Strukturen schaffen Vertrauen und bieten die Möglichkeit, auch schwierige Themen partnerschaftlich zu bearbeiten.

*AkteurInnenperspektive:* Ein unverzichtbarer Ausgangspunkt der Kinder- und Jugendhilfe sind die Sichtweisen der Kinder und Jugendlichen. Diese ernst zu nehmen und die Möglichkeit zu eröffnen, sich einzubringen – besonders in Ergänzung bzw. Abhebung zu eher expertokratisch angelegten Vermeidungsstrategien – sollte inzwischen zur Selbstverständlichkeit geworden sein. Allerdings gilt es, gerade im Bereich gesundheitsbezogener Prävention, aber auch der Gesundheitsförderung, diese Beteiligungsperspektive stärker als bisher in Konzepte umzusetzen, die es den NutzerInnen erlauben, sich eigene Positionen und weitere Handlungsmöglichkeiten eigenständig zu erschließen.

*Lebensverlaufsperspektive:* Frühe Ereignisse im Leben der Heranwachsenden haben spätere Nachwirkungen. Kinder- und Jugendhilfe hat die Möglichkeit, Leistungen entsprechend der Lebensverlaufsperspektive von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und abzustimmen.

*Sozialraumbezug:* Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sind nicht nur im Sinne der Erreichbarkeit der Zielgruppe für gesundheitsbezogene Maßnahmen interessant. Vielmehr bietet das Leistungsprofil der Kinder- und Jugendhilfe die Chance, die Lebenswelt der Zielgruppe als Gegenstand und Ort von Gesundheitsförderung und Prävention in ihr Handeln einzubeziehen.

*Geschlechtersensibilität:* Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt über geschlechtersensible Arbeitsweisen, die bei gesundheitsbezogenen Präventions- und Fördermaßnahmen der Tatsache Rechnung tragen können, dass es bestimmte genderspezifische Belastungen und Bewältigungsstrategien gibt, die entsprechend spezifisch auch gesellschaftlich bearbeitet werden sollten.

*Förderung von Inklusion:* Durch sozialraum- und lebensweltbezogene Arbeitsweisen hat die Kinder- und Jugendhilfe die Chance, für Heranwachsende und ihre Familien Angebote der Förderung von Partizipation und Mitgestaltung an den für sie relevanten Lebenskontexten zu machen. Hier eröffnen sich Chancen, einerseits Heranwachsende mit Migrationshintergrund und Behinderung so zu unterstützen, dass für sie Inklusion und „Barrierefreiheit“ erfahrbar wird, und andererseits Gleichaltrigen die Chance zu eröffnen, Inklusion zuzulassen und Achtsamkeit im Umgang mit Verschiedenheit zu realisieren.



### *Die wichtigsten Empfehlungen*

Auf der Basis dieser Leitlinien wurde schließlich vonseiten der Kommission eine ganze Reihe von Empfehlungen im Sinne von „nächsten Schritten“ formuliert. Diese richten sich erstens an die *Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe*, zweitens arbeitsfeldübergreifend an *die beteiligten Institutionen in den gesundheitsbezogenen Netzwerken* (neben Kinder- und Jugendhilfe vor allem Gesundheitssystem, Behindertenhilfe/Rehabilitation, Schule) und drittens an die Politik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Zentrale Punkte sind dabei unter anderem:

- Gesundheitsförderung muss fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden; besondere Bedeutung als Aufgaben für die Praxis kommen dabei der Förderung des achtsamen Umgangs mit dem eigenen und fremden Körper, der Sprache und Kommunikation sowie der Ausbildung von Kohärenz bzw. Selbstwirksamkeit zu. Daraus ergeben sich eine Reihe von Herausforderungen, so u.a. für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Ausbildung entsprechender institutioneller Kulturen.
- Die Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden. Zu beachten sind dabei vor allem Genderaspekte und die Bedingungen des Aufwachsens in Armutslagen, mit Migrationshintergründen und mit Behinderung. Entscheidend ist, dass diese Strategien vor allem auf der kommunalen Ebene ansetzen und greifen.
- Angebote müssen auf lebenslaufspezifische Entwicklungsthemen ausgerichtet sein. Bei aller berechtigten Bedeutung, die der ersten Lebensphase zugeschrieben wird, dürfen die Fördernotwendigkeiten in den späteren Lebensphasen nicht vernachlässigt werden. Vor allem dem Jugendalter ist aufgrund nachgewiesener Risikobedingungen mehr Beachtung zu schenken.
- Die frühe Förderung darf nicht auf „Frühwarnsysteme“ reduziert werden. Hilfen müssen als umfassendes Unterstützungsangebot für Eltern von der Schwangerschaft über die Geburt bis zu den ersten Lebensmonaten bzw. -jahren organisiert werden. Angebote für Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern müssen verbessert und die entsprechenden kooperativen Angebote ausgebaut werden.
- Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss der Stellenwert der Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen erhöht werden.
- Notwendig ist der flächendeckende Auf- und Ausbau von Netzwerken, in denen die Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssys-

tems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden. Das gilt für die frühe Förderung von Familien ebenso wie für die Kindertagesbetreuung, die Schnittstelle zur Schule und inklusive Unterstützungssysteme für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.

- Notwendig ist eine stärkere fachliche und politische Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Schul- und Jugendalters, beginnend mit dem Schuleintritt.
- Gefordert wird ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie ein besseres Gesundheitsmonitoring (u.a. auch auf kommunaler Ebene, das mit der Bildungs- und der Jugendhilfeplanung gekoppelt ist).
- Unter dem Stichwort „Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“ fordert die Sachverständigenkommission das Zusammenwirken aller beteiligten Ressorts. Dazu gehört neben der Investition in Bildung und Qualifikation auch die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern – unter besonderer Berücksichtigung der sozio-ökonomischen Lage Alleinerziehender, Arbeitsloser und MigrantInnen sowie die allgemeine Verbesserung der materiellen Lage von Haushalten mit Kindern.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 36.) (Amerikanisches Original erschienen 1987).
- Bertram, H. (Hrsg.) (2008). *Mittelmaß für Kinder. Der Unicef-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland*. München: Beck.
- BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009) (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [30.04.2012].
- Bundesgesundheitsblatt* (2007). Themenschwerpunkt von Jg. 50, Heft 5/6: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).
- UNICEF Innocenti Research Centre (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations*. Florenz: Innocenti. (Innocenti Research Centre Report. 7.) Online verfügbar: <http://www.jugendpolitikeneuropa.de/downloads/4-20-2377/ChildPovertyReport.pdf> [30.04.2012].
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta*. Genf: WHO. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [30.04.2012].

*Silke Birgitta Gahleitner & Bert Krause-Lanius*

## Ergebnisse der Studie KATA-TWG

Seit 1999 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Bundesmodellprogramm Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätentwicklungsvereinbarungen nach §§ 78a ff. SGB VIII initiiert. Qualitätssicherung ist in der Jugendhilfe seither nicht nur ein wünschenswertes, sondern ein Pflichtelement geworden. Praxiserfahrungen gibt es in diesem Bereich unzählige, viele auch schriftlich niedergelegt (vgl. Arbeitskreis der therapeutischen Jugendwohngruppen, 2005, 2008). Umfassendere Untersuchungen zu diesem spezifischen Jugendhilfesektor fehlen jedoch bisher. Die Jugendhilfeträger Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin, EJM-Lazarus, Der Steg, Provo, Allgemeine Jugendberatung, Wuhletal Psychosoziales Zentrum, Jugendwohnen im Kiez und Neuhland haben daher in Kooperation mit der Alice-Salomon-Hochschule Berlin eine explorativ angelegte Katamnesestudie der Betreuungsqualität in Therapeutischen Wohngruppen (KATA-TWG) durchgeführt.<sup>1</sup>

Im Folgenden werden nach einem kurzen Einblick in die Jugendhilfeforschung im Umfeld der TWGs ausgewählte Ergebnisse aus der Studie präsentiert (vgl. ausführlich zu den Ergebnissen und ihren Implikationen für die Praxis Arbeitskreis der therapeutischen Jugendwohngruppen, 2009; Gahleitner, 2011).

### **Jugendhilfeforschung rund um den TWG-Bereich: ein skizzenhafter Überblick**

Jugendhilfeforschung ist schwer überblickbar und in ihrer Publikationskultur extrem heterogen – eine Tatsache, die die verschiedenen Lebenslagen und Lebenswelten der Klientel widerspiegelt und durch extreme Individualisierung begründet ist (Keupp, 1997). Zudem gibt es unterschiedlichste Perspektiven und Ziele in der empirischen Jugendhilfeforschung, die ein divergierendes

---

<sup>1</sup> Das Forschungsprojekt wurde 2009 abgeschlossen. Aufgrund der zahlreichen inzwischen publizierten Ergebnisse basiert der vorliegende Artikel z.T. auf vorherigen Publikationen, insbesondere auf Gahleitner et al. (2009), Krause et al. (2009) sowie Gahleitner (i. Dr.).

Spektrum methodischer und inhaltlicher Schwerpunktsetzung implizieren. Zur Vermittlung des aktuellen Forschungsstandes sollen im Folgenden daher einige aktuelle Projekte aus der allgemeinen Jugendhilfeforschung Erwähnung finden, die in der unmittelbaren fachlichen Umgebung der TWG-Arbeit liegen.

Die Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS) ist mit über 20.000 dokumentierten Hilfeverläufen das aktuell größte Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe (Publikation vom IKJ, 2004). Die Untersuchung mit dem Anspruch, das gesamte Spektrum der erzieherischen Hilfen nach SGB VIII zu berücksichtigen, kam zu dem Zwischenergebnis, dass abgeschlossene Hilfen eine höhere Erfolgsquote aufweisen als abgebrochene und die Dauer der Hilfeleistung sich positiv auf den Effekt auswirkt: „Je länger eine Hilfe andauert, umso größer ist der Zuwachs an Ressourcen beim betroffenen jungen Menschen“ (Macsaenaere & Herrmann, 2004, S. 39). Nachweisbare Erfolge zeigen sich erst ab dem zweiten Jahr der Hilfe. Ein erheblicher Anstieg der Ressourcen ist im dritten Jahr zu beobachten. Empfohlen wird, die Dauer der Hilfemaßnahmen individuell zu entscheiden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Kinder- und Jugendhilfeklientel in Bezug auf ihr Ressourcenpotenzial und ihre Defizite nach den Ergebnissen der Studie immer komplexer und schwieriger wird. Verbesserungen werden vor allem in Einrichtungen erzielt, „deren Methodenspektrum einen hohen Spezialisierungsgrad für die verschiedenen individuellen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen aufweist“ (ebd., S. 37). Die Förderung von Ressourcen gelingt „eher im Rahmen eines möglichst breiten und umfassenden Methodenspektrums“ (ebd., S. 38).

Die dem vorliegenden Forschungsgegenstand noch am nächsten stehende groß angelegte, jedoch bereits veraltete Untersuchung stellt das Projekt ‚PETRA‘ (Publikation hrsg. von Petermann, 1987) dar. Unter dem Titel „Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung – ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation“ fokussierte die Untersuchung einzelne Leistungsfelder wie Pädagogik, Alltag, Elternarbeit und Therapie, obwohl keineswegs alle der untersuchten Einrichtungen über ein konstant vorhandenes Therapieangebot verfügten. Steinke (1987, S. 377) resümiert die Ergebnisse zur Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Therapie: „Unsere These ist, daß die Überbetonung der intensionalen Komponenten von Heimerziehung (d.h. pädagogische und therapeutische Maßnahmen) zu Ungunsten elementarer Erlebnismöglichkeiten (spontane Emotionalität, selbstgesteuerte Erfahrungsbildung, Heim als ‚Zuhause‘) oder vice versa häufig auftritt, weil ein der Heimerziehung immanenter Konflikt vorliegt.“ Konstatiert wird ein „doppeltes Problem“, zum einen die Abstimmung der pädagogischen und therapeutischen Handlungen aufeinander, zum anderen die Berücksichtigung der ‚natürlichen‘ Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen.

Aktuelle Studien zeigen: Die psychopathologische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe ist gravierend (Goldbeck & Fegert, 2006; Schmid, 2007, 2010). Erfolg für die Jugendlichen versprechen

„interdisziplinäre Hilfe[pläne] mit multimodalen Therapieansätzen, kombiniert mit intensiver pädagogischer Betreuung“ (Goldbeck & Fegert, 2006, S. 71). Dies ist häufig nicht der Fall. Dennoch sind ca. 70 Prozent der Hilfen nach einer aktuelleren Untersuchung von Heimerziehung, die sowohl stationäre als auch teilstationäre Erziehungshilfen einschließt, erfolgreich (JULE; vgl. Thiersch, 1998, S. 11) und wirken positiv auf Verhaltensauffälligkeiten, Kompetenzen und das soziale Umfeld. Insgesamt wurde konstatiert, dass die jungen Menschen in den erzieherischen Hilfen „zu einem großen Teil aus armen, bildungsbenachteiligten und mehrfach belasteten Bevölkerungsteilen“ stammen (BMFSFJ, 1998, S. XXVIII). Diejenigen, die direkt in das Betreute Jugendwohnen vermittelt wurden, kommen oft aus aktuellen Krisensituationen. Hier hat sich gezeigt, dass sich die Hilfen immer wieder als zu wenig dicht und betreuungsintensiv erwiesen und auf eigene Initiative frühzeitig abgebrochen wurden, ohne dass sich die Situation verbessern konnte. Nach Einschätzung der AdressatInnen ist jedoch das Verhältnis zur Betreuungsperson von zentraler Bedeutung für das Gelingen der Hilfe (vgl. ebd., S. XXXf.).

Die LaC-Initiative (Looking after Children; vgl. Ward, 1995) hat sieben interaktive Entwicklungsdimensionen ausgewählt, um den Hilfeprozess selbst transparent evaluieren zu können: Gesundheit (health), Erziehung und Ausbildung (education), Identität (identity), familiäre und soziale Beziehungen (family and social relationships), Soziale Präsentation (social presentation), Entwicklung von Emotion und Verhalten (emotional and behavioural development) und Fähigkeiten zur Selbstsorge (self-care skills). So werden die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen der beteiligten Personen multiperspektivisch und langfristig in Evaluationsüberlegungen einbezogen (Gabriel, 2001). Dieses bedarfs- und einzelfallorientierte Vorgehen hat gerade für Therapeutische Wohngruppen große Bedeutung und macht sowohl die Prozessqualität als auch die Ergebnisqualität überprüfbar und wurde in der nachfolgend beschriebenen Studie daher besonders stark berücksichtigt.

## **Die KATA-TWG-Studie**

### *Methodisches Vorgehen*

Zielsetzung der Gesamtstudie war eine explorative Annäherung an Wirkungsforschung über eine mehrperspektivische Evaluation. Das gewählte Design umfasst eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Herangehensweisen mit halbstrukturierten Interviews auf der einen (Erhebung nach Witzel, 1982, 2000; Auswertung nach Mayring, 1993, 2000) und quantitativen Fragebögen auf der anderen Seite. Diese Forschungsmethodologie und die anschließende Triangulation der Ergebnisse boten einen gegenstandsangemessenen dialogi-

schen, induktiv-deduktiven Wechselprozess, auf dessen Basis bestehende Konzepte und Herangehensweisen diskutiert und neue professionelle Fragen und Antworten entwickelt werden konnten.

Zunächst wurde sich der Fragestellung anhand einer Dokumentenanalyse angenähert. Da der Umfang der gesammelten Daten und deren Systematik in den Einrichtungen sehr verschieden sind, war es zunächst notwendig, die geführten Akten zu sichten und auf vergleichbare Daten hin zu untersuchen. In einer Runde von ExpertInnen wurde geklärt, welches Datenmaterial als aussagefähig für eine relevante Anzahl betreuter Jugendlicher in den verschiedenen Einrichtungen angesehen werden kann und zugleich in jeder der Einrichtungen verfügbar ist. Diese Datenbasis bildete die Grundlage für eine vereinheitlichte retrospektive quantitative Aktenanalyse und eine Interviewstudie.

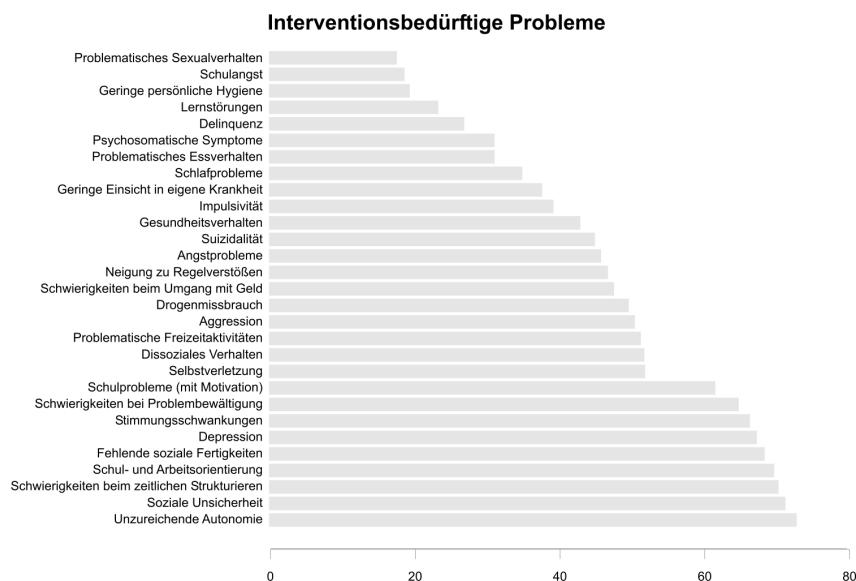
Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse aus der quantitativen Analyse dargestellt. Im Anschluss wird das konkrete Geschehen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung anhand eines Fallbeispiels aus der Interviewstudie exemplifiziert (vgl. umfassend den Forschungsbericht des Arbeitskreises der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009, unter [http://www.forschungstationaere-jugendhilfe.de/downloads/kata-twg\\_bericht.pdf](http://www.forschungstationaere-jugendhilfe.de/downloads/kata-twg_bericht.pdf)).

### *Ausgewählte Ergebnisse*

Alle Jugendlichen, die in diesem Forschungsprojekt untersucht wurden, wiesen in verschiedenen Bereichen ihres Lebens soziale Probleme und behandlungsbedürftige seelische Problemlagen auf, die ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stark beeinträchtigen.

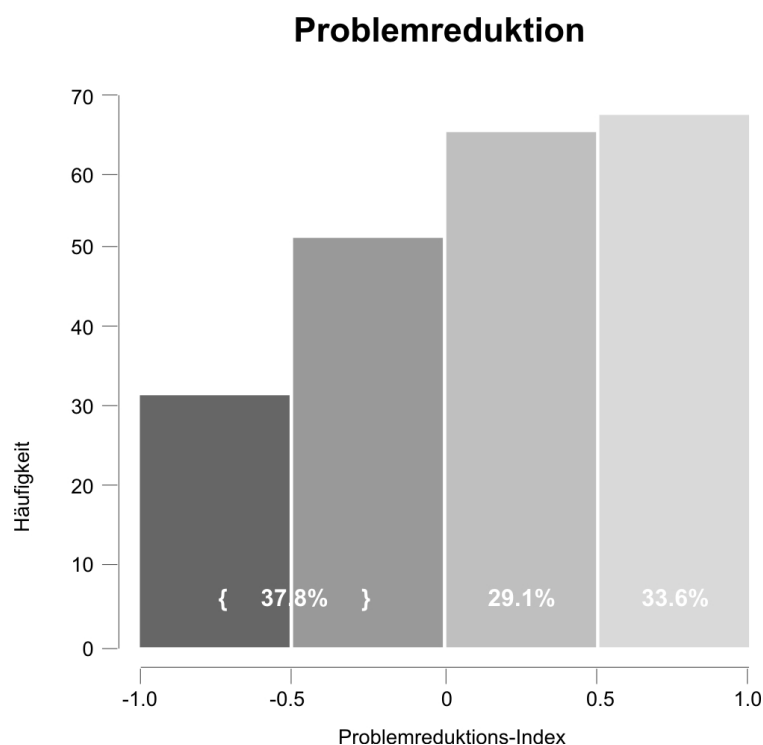
Hierzu gehören vor allem soziale Unsicherheiten, mangelnde soziale Kompetenzen, fehlende Fähigkeiten zur Alltagsstrukturierung, Schulprobleme und Depressionen u.a.m. (vgl. Abb. 1).

**Abbildung 1:** Die 29 interventionsbedürftigen Probleme wurden auf Basis der Hilfeplan-Informationen kodiert. Ein Wert von 73 % (für z.B. Unzureichende Autonomie) bedeutet, dass 73 % der Jugendlichen dieses Problem haben. Mehrfachkodierungen waren möglich, sodass jede/r Jugendliche mehrere interventionsbedürftige Probleme haben konnte.



Die Ergebnisse zeigen, dass bei ca. zwei Dritteln der Jugendlichen Verbesserungen im Bereich der oben genannten interventionsbedürftigen Probleme festgestellt werden konnten (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Zusammenfassung der Ergebniswerte dreier Gruppen. Höchst erfolgreiche Problemreduktion (über 50 % erfolgreiche Verarbeitung), erfolgreiche (bis zu 50 % Verarbeitung der diagnostizierten Probleme), keine Problemreduktion.



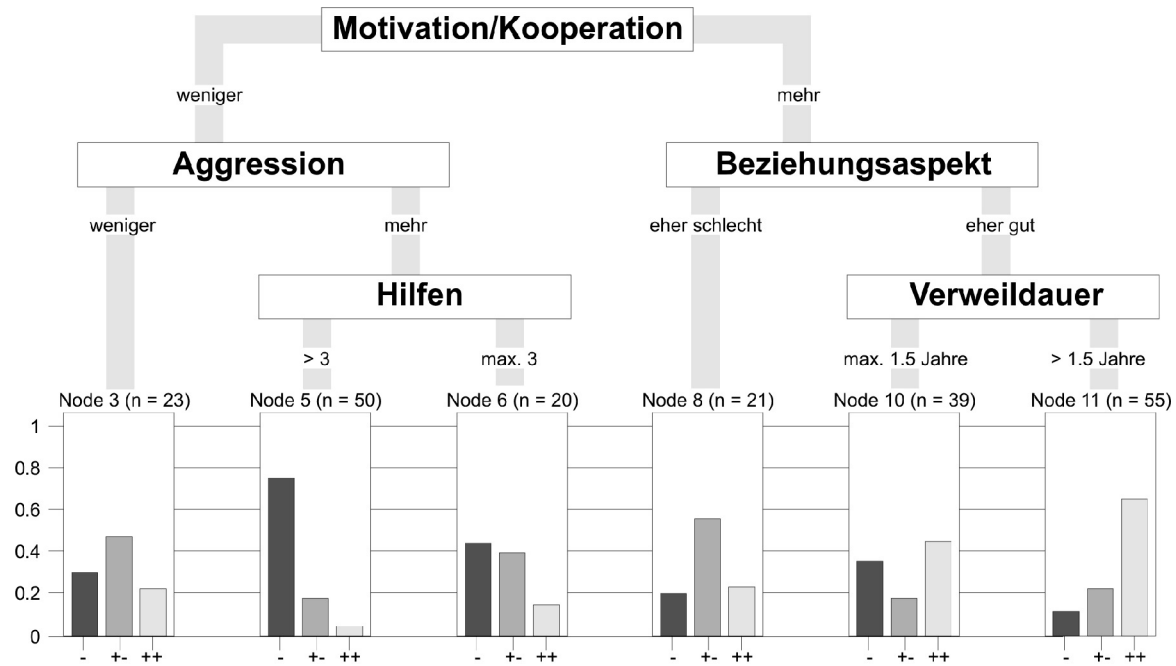
Obwohl sich die Einrichtungen, die an dieser Untersuchung beteiligt waren, konzeptuell unterscheiden, haben sie nach den Ergebnissen der Untersuchung einen Kernbereich konzeptueller Grundgedanken gemeinsam. Hierzu gehören das „sichere Milieu“, das sich durch Beziehungsarbeit und Halt gebende Strukturen auszeichnet, und die Fachkompetenz der MitarbeiterInnen, die durch personelle, disziplinarische sowie methodische Vielfalt gekennzeichnet ist.

Zur Erkundung der Effekte Maßnahmen der Einrichtungen und des Zusammenwirkens verschiedener Ressourcen wurde eine Chaid-Analyse durchgeführt (hierzu z.B. Brosius, 1999), die auf den Daten der quantitativen Inhaltsanalyse der Behandlungsakten ( $n = 237$ ) der genannten Jugendhilfeeinrichtungen basiert. Die Chaid-Analyse verweist auf Zusammenhänge, die neben der Motivation und dem Aggressionspotenzial der Jugendlichen vor allem Vertrauens- bzw. Beziehungsaspekte als Erfolgsmerkmale thematisieren. Die Gruppe



mit hoher Motivation, guter Beziehung zum Personal und langer Aufenthaltsdauer (Node 11, n = 55) hat den höchsten Anteil erfolgreicher Jugendlicher. Jugendliche mit geringer Motivation und hohem Aggressionspotenzial, die mehr als drei Jugendhilfemaßnahmen durchlaufen haben, gehören einer Risikogruppe (Node 5, n = 50) an und profitieren nicht vom TWG-Angebot (vgl. Abb. 3). Die positiven Effekte, die hier partiell durch die Dauer des Aufenthaltes und des Beziehungsaspektes zum pädagogisch-therapeutischen Personal erklärt werden, bestärken die Idee einer gelungenen Nachsozialisation. Der Aspekt der Nachsozialisation wird in der folgenden Einzelfallanalyse noch anschaulich dargestellt. Andere Merkmale hingegen (Geschlecht, Einrichtung), die in der Chaid-Analyse berücksichtigt wurden, tragen offenbar nach dieser Analyse nicht zur weiteren Erklärung der Erfolgsunterschiede bei.

**Abbildung 3:** Exploration der Daten zum Erfolg der Maßnahmen. Verweildauer in Monaten, Hilfen (= Anzahl bisheriger Maßnahmen), Motivation/Kooperation (= Termineinhaltung, Regeleinhaltung, kooperatives Verhalten), Aggression (aggressives Verhalten, Delinquenz) und Beziehungsaspekt (= gute Beziehung zum Personal sowie Offenheit und Interesse an Maßnahmen). Positive Werte beinhalten eine Abnahme, negative Werte eine Zunahme an Problemen. Der Betrag von 0,5 entspricht 50 % der diagnostizierten Probleme. Die y-Achse repräsentiert die relativen Werte.



Interessant daran ist, dass nach Aussage der interviewten Jugendlichen der Schwerpunkt der ‚Wirkung‘ eindeutig auf dem Alltags- und Betreuungsgeschehen liegt, durch die Besonderheit des ‚Sicheren Milieus‘ jedoch dem Scheitern von ‚normalen Jugendhilfeeinrichtungen‘ entkommt, die häufig durch die schweren komplexen Problematiken der Jugendlichen überfordert sind und nicht die notwendige Betreuungsdichte zusichern können. Gelingt ein derart positives Zusammenwirken des Systems, können sich offenbar auch Selbstheilungskräfte und Ressourcen wieder besser entfalten. Der stärkste ‚Wirkfaktor‘ – eigene Motivation und Bereitschaft zur Veränderung, zum Ausprobieren neuer Wege sowie emotional positiv besetzte Alltagserfahrungen und atmosphärisch heilsam gestaltete Freizeitmomente – spielen dann nach Aussagen der Jugendlichen die größte sozialisatorische Rolle: als bedeutsame ‚emotional wie kognitiv korrektive Erfahrungen‘. Dieses Ergebnis ist andeutungsweise in einer Reihe bisheriger Studien in der Jugendhilfelandschaft zu finden, ohne jedoch präziser ausformuliert zu sein (Baur et al., 1998; Goldbeck & Fegert, 2006; Sobczyk, 1995).

Im folgenden Kapitel soll dieses zentrale Ergebnis der Studie an einem Fallbeispiel etwas eingehender erläutert werden.

*Fallbeispiel Bettina: „Hab’ mich da eigentlich ganz gut entwickelt – gab natürlich auch Höhen und Tiefen“*

Ankommen und Sicherheit finden

Bettina ist nach einem Heimaufenthalt seit dem dritten Lebensjahr in einer Adoptivfamilie aufgewachsen. Bettina hat bis heute keinen genauen Aufschluss über ihre ursprünglichen Familienverhältnisse. „Hab’ jetzt auch Anfang diesen Jahres meinen eigenen Versuch gestartet per Jugendamt ... geh’ auch demnächst zum Standesamt wegen einer Abstammungsurkunde und schau mal, was dann drauf steht.“ Eine Kurzzeitpflege mit acht Jahren auf Veranlassung der Schule benennt sie als einzigen Kindheitslichtblick. Zusammenfassend sagt sie: „Ich konnte mich da nicht entwickeln ... Ich habe einfach nur von Angst gelebt. Angst und der Überlebenskampf.“

Die Adoptivmutter starb, als Bettina zwölf war, beide Adoptiveltern haben sie psychisch wie physisch schwer misshandelt. Bettina nennt ihre Adoptiveltern Stiefeltern, zu dem Adoptivverhältnis kann sie keine Nähe entwickeln. Mit dem Stiefvater läuft der Kontakt heute nur noch über einen Anwalt. Eine Zeitlang lebte Bettina in der Angst, er könnte sie in der stationären Jugendhilfeeinrichtung ausfindig machen und ihr nachstellen: „Dachte: Was ist, wenn er auftritt oder auftaucht ... Er sitzt am längeren Hebel, er hat die Möglichkeiten zu gucken, wo ich eigentlich wohne, und aufzutauchen ... Und die Erzieher haben

dann immer so gesagt: ‚Denk dran, du bist nicht alleine, und wenn er wirklich in deiner Nähe auftaucht, sind wir halt da‘.“

In die stationäre Jugendhilfeeinrichtung kam sie über die Psychiatrie: „Also angefangen hat’s damit, dass ich ein halbes Jahr keinen festen Wohnsitz hatte. Ich bin dann auch ... nervlich abgerutscht. Seelisch. Bin daraufhin in ‘ne geschlossene Psychiatrie gekommen.“ Danach wollte sie eigentlich in eine eigene Wohnung ziehen, eventuell mit einer ambulanten Betreuung, „aber die vom Krankenhaus meinten: ‚Nein, das kommt nicht infrage‘, ich muss in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung. Zuerst dachte ich so: Was soll das Ganze? Ich will gar nicht. Und dann gab’s dann so ‘nen Sozialarbeiter, der dafür zuständig ist, also WGs rauszusuchen. Und ... dann sind wir ... halt dort hin zum Vorstellungsgespräch ... Und ich fand die doch irgendwie sympathisch, die Menschen da.“

Zu Beginn des Aufenthaltes in der stationären Jugendhilfeeinrichtung neigt Bettina zu selbstverletzendem Verhalten und extremen Aggressionen: „Die hab’ ich halt nie an anderen ausgelassen, sondern immer an mir selber, entweder mussten der Schrank oder die Wände dran glauben, später habe ich dann irgendwie halt leicht geritzt.“ Neu ist für sie, dass dieses Verhalten den Erzieherinnen in der Einrichtung nicht gleichgültig ist: „Dann haben sie sich hingesetzt mit mir und versucht, ‘ne Lösung zu finden. Und da gab’s dann halt einen Boxsack im Aufenthaltsraum ... Dann haben wir so eine Art Boxvertrag gemacht ... 10-15 Minuten ... aber wirklich nur wenn da ein Erzieher vor Ort ist ... Also das tat mir schon ganz gut. Hab’ allerdings irgendwie geschafft manchmal, so doll dagegen gedonnert, dass ich dann hier auf dem Arm eine Färbung trotz Handschuhen eingefangen habe, aber das war mir in dem Moment egal ... Aber dann hat es nachgelassen mit dem Ritzen und ... mit den Wänden, Schränken und Treten gegen was.“

Die Möglichkeit, zunächst Frauen als Bezugsbetreuerinnen zu bekommen und sich erst langsam durch sorgsame und positive Zuwendung von männlichen Erziehern wieder an ‚das andere Geschlecht‘ heranwagen zu können, stellte für sie eine große Chance dar: „War erst sehr ungewohnt und war auch sehr durcheinander gewesen. Ich kannte mich nicht wirklich selber – nicht so die Chance gehabt“, und an späterer Stelle schließt sie an: „Ich hab’ mich da ganz gut eingelebt, hab mich selber kennengelernt, meine Stärken und Schwächen, hab’ mich da eigentlich ganz gut entwickelt – gab natürlich auch Höhen und Tiefen.“

Der Aufenthalt: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘

Beim Einzug in die stationäre Jugendhilfeeinrichtung fehlten Bettina zentrale Erfahrungen von Alltag, Gebundenheit und Sozialisation. Bettina selbst beschreibt sich als sehr orientierungslos – gegenüber sich selbst, anderen und der Welt als solcher: „Gefühlsmäßig waren sehr viele Extreme da ... entweder ging’s mir total

gut oder total dreckig, also es gab selten ein Mittelmaß, manchmal wusste ich auch nicht mal, wie es mir geht. Und da hab' ich halt so vor mich hin gelebt, und wenn man mich dann gefragt hat, wie es mir geht, dann hab ich meistens nur mit den Schultern gezuckt und gesagt ... ‚keine Ahnung – nächste Frage bitte‘, so ungefähr.“ Es gelingt ihr jedoch – für sie selbst erstaunlicherweise –, die bereitgestellten Angebote anzunehmen. Einzelerfahrungen mit den ErzieherInnen oder BewohnerInnen der Einrichtung spielen darin eine sehr zentrale Rolle. Zunächst ist es vor allem ungewohnt, dass sich überhaupt jemand um sie kümmert: „Mit den Erziehern kam ich sehr gut klar ... War erst mal so ein bisschen ungewohnt für mich, so 24 Stunden Betreuung ... Aber ich hatte da nie irgendwie wirklich Probleme damit, weil ich dachte: Naja, ist man wenigstens nicht allein.“

Unter diesen neuen, ungewohnt versorgten und ‚gesehenen‘ Bedingungen stellt sie sich auch den ersten manifesten Problemen: „Hab' auch so ein riesen Problem mit dem Essen gehabt. Und dann hat die eine, die nicht so direkt zuständig war, sich halt auch ein bisschen gekümmert, hat dann gesagt, sie guckt sich das nicht länger an, wie ich abnehme ... und immer dünner werde. Und dann hatte ich halt schon mal ein erstes Gespräch mit ihr gehabt ... aber das hat gewirkt gehabt, ... geschafft, mir die Augen zu öffnen. Und da dachte ich, da muss ich mich aber zusammenreißen.“ Auch von der Gruppe kann sie – allerdings nach einigen Anfangsschwierigkeiten in der Kommunikation – profitieren: „Und hatte erst so ein bisschen Schwierigkeiten aus meiner Sicht, so mit den anderen Mitbewohnern klarzukommen ... Ziemlich viel geredet und auch so ein bisschen zu viel mit den Mitbewohnern, weil die hatten auch ihre eigenen Probleme ... Da mussten die Erzieher eine Grenze setzen. Prägt mich natürlich ... Haben wir ganz in Ruhe drüber gesprochen. Das funktionierte dann auch – so nach einer Weile dann bin ich ruhiger geworden.“

Bettina schildert insbesondere Alltags- und Freizeitsituationen als ein tragendes Element in ihrem Entwicklungs- und Bildungsverlauf. „Ist ja so, dass man auch mal gespielt hat miteinander abends und so.“ In Bettinas Schilderung klingt das wie ein Übergang in eine andere, für sie völlig fremde Welt: „Was ich sehr schön fand, war, dass es noch eine extra Einrichtung gab, wo man am Wochenende, ... also insgesamt war ich zwei Mal gewesen dort ..., da sind halt zwei Erzieher oder Erzieherinnen mit der Gruppe zu einem Haus ... gefahren ... Das war sehr schön, und da saßen wir halt abends zusammen: Die eine hat Gitarre gespielt, die anderen haben dann rumgeträllert und saßen schön am Feuerlager. War schön, auch schön ruhig und eine Abwechslung. Das war, als ich grad eingezogen war, das war ziemlich am Anfang gewesen, wo ich die noch gar nicht so kannte, das war für mich erst mal so ein bisschen Überwältigung, aber ich bin dann erst mal mit und fand's in der Regel auch schön ... hat man sich dann so im Laufe der Zeit so ein bisschen kennengelernt ... Ich beobachte die Leute erst mal, und dann gucken ...“

Bettina schildert nachvollziehbar, wie sie innerhalb und außerhalb der stationären Jugendhilfeeinrichtung langsam eigene Räume für sich entwickeln

kann – stets in Begleitung der Bezugserzieherin. Als einen der wichtigsten dieser Räume benennt sie den Ausbau ihres Kontaktes zu Tieren und die umgebende Arbeit im Stall. „Und dann war es noch ganz wichtig, dass man von der WG aus, wenn man keine Schule macht ..., entweder Ausbildung oder ein Praktikum machen muss. Und ... ich habe dann ... fast ein Jahr im Reitstall gearbeitet, weil ich mit Tieren sehr gut kann ... Und die Arbeit hat mir sehr viel Spaß [gemacht]. Und ... hatte ich dann noch einen Liebling gehabt. Das war ein Frechdachs ... so normalerweise kann man nicht in die Box gehen, wenn die liegen – die springen dann sofort auf. Aber ich hab's dann irgendwie bei ihm geschafft, dass er dann liegen geblieben ist, bin dann so durch die Box gekrabbel, da war hinten so eine Ablage, da hab ich mich dann draufgelegt und gesonnt und er blieb dann immer noch liegen. Irgendwann ist er dann aufgestanden und hat mich durchsucht, ob ich etwas Leckeres in der Tasche hab'.“

Bettina lächelt an dieser Stelle ausgiebig und setzt fort: „Bei dem Pferd war das richtig schön.“ Interessanterweise greift sie dabei auf eine alte Erfahrung zurück. In der Adoptivfamilie gab es einen Hund, das einzige Lebewesen, das ihr zur Seite stand und mit dem sie eine Beziehung entwickeln konnte. Krisen waren damals in der Familie wie auch noch in der stationären Jugendhilfeeinrichtung dadurch besser bewältigbar, wie ein steter Silberstreif am Horizont: „Hab' mich allerdings auch manchmal verletzt gehabt, das waren dann eher Dummheiten gewesen von mir ... Hatte dann manchmal längere Krankheitsphasen gehabt, die waren besonders schwierig gewesen, weil ich dann aus dem Rhythmus gekommen bin.“ Aber sie kehrt immer wieder zu der Arbeit auf dem Hof zurück und wird dort auch sehr für ihre Tätigkeit belohnt: „Das mit dem Praktikum war halt so'n Energiefeld für mich, ... so halt die Kraftreserve für die schwierigen Zeiten.“ Resümierend sagt sie: „Tiere haben mir das gegeben, was ich brauchte, die haben mir Zuwendung gegeben ... Das war da eigentlich so die Blüte meiner Zeit gewesen ... Hab' auch gutes Feedback bekommen ... Meine Erzieherin hat sich auch gefreut drüber. Ich mich natürlich auch.“

Auch in der Gruppe mehren sich die positiven Erfahrungen, stets positiv unterstützt vom ErzieherInnenteam. In einer Krisensituation ist es eine Freundin, die sie auffindet und Hilfe herbeiholt. In einer späteren Situation kann sie diese Hilfe zurückgeben, indem sie der sehr von Ängsten geplagten Freundin spontan einen Spaziergang im Dunkeln anbietet, der alleine für sie nicht möglich gewesen wäre und mit dem die Freundin erstmals seit langer Zeit eine Angschwelle überwinden kann. Dies hilft zugleich auch Bettina, die selbst Ängste im Dunkeln empfindet: „Und eigentlich war ich so der Typ zu der Zeit, der im Dunkeln eigentlich ungern spazieren gegangen ist. Aber in dem Moment war das so'n Wechsel, ich wusste, sie ist in dem Moment ängstlicher als ich, und ich habe dann den Schutztrieb entwickelt ... Sie hat nach der Hand gegriffen, und dann sind wir 'ne Runde an der Spree spazieren gegangen. Und ich fand das irgendwie klasse, und ihre Erzieherin hat dann mich sogar den nächsten oder übernächsten Tag angesprochen: ‚Wie hast du das geschafft?‘, so un-

gefähr ... Kam auch'n gutes Feedback rüber von den Erziehern, ich dachte: „Schön, bist über dich hinaus so richtig“ ... Ein schönes Gefühl.“

Als Negativpunkt nennt Bettina die hohe Fluktuation in der Einrichtung: „Der eine Erzieher war noch recht neu gewesen und kam später noch hinzu und war ja auch noch Erzieherwechsel, ... am Anfang hatte ich da noch ein paar Probleme gehabt. Also man hat ja schon so 'nen gewissen Bezug gefunden zu der Person, hat sich gut verstanden, und auf einmal ist die Person nicht mehr da und ist ein Neuer dann da. Und da hab ich ... Probleme gehabt, den Neuen dann zu akzeptieren.“ Auf der Basis der bereits gemachten guten Erfahrungen mit dem Team jedoch gelingt es ihr dann jedoch, den neuen Faden zu knüpfen: „Irgendwann kam's dann aber dazu, dass ich doch ein Gespräch hatte oder er Kontakt aufgenommen hat, wo ich dann so gemerkt hab': ... Naja, gut.“ Bettina betont dabei mehrfach die große Bedeutung der Nachsozialisation am Beispiel des ‚sich von Erzieherseite Sorgen Machens‘ und der Alltagsdimension des ‚Da-Seins‘ der ErzieherInnen, der tagtäglichen Präsenz, durch die sie sich selbst kennenlernen und neue Lösungsmöglichkeiten entwickeln konnte. Als Resümee über die ganze Zeit hinweg stellt sie fest: „Also im Allgemeinen tat es mir sehr gut. Ich hab mich da sicher gefühlt, ... ich hab mich da recht wohl gefühlt. Hab' meine Stärken und Schwächen kennengelernt, hab' mich sehr gut entwickelt gehabt, bin sehr stabil geworden.“

## Resümee

Die Bereitstellung eines für die Jugendlichen Veränderung anregenden und in Alltagssequenzen wirksamen Angebots muss den Jugendlichen – ihren eigenen Aussagen zufolge – im Alltag ‚erfahrbar‘ werden. Es realisiert sich als nachsozialisierender Rahmen inmitten der Lebenswelt, jedoch durch ein vorhandenes positives Netz von Beziehungs-, Erziehungs- und Dialogangeboten hindurch. Beziehung ist also auch hier – wie in vielen Bereichen der Therapie und Beratung bereits nachgewiesen (u.a. Fröhlich-Gildhoff, 2011; Grawe, 1998; Orlinsky et al., 1971) – der stärkste Wirkfaktor, sie gestaltet sich aber nicht nur dyadisch, sondern netzwerkorientiert (Gahleitner, 2011; vgl. auch Nestmann, 1988, 2000): „Erst Beziehung, dann Erziehung“ (Lask, 2007, S. 5) gilt dann auf der ganzen Breite dieser verschiedenen Ebenen und immer im Zusammenwirken. Auf der Basis dieses Angebotes von Beziehung und Struktur, zuweilen jedoch auch als Alternative dazu, realisieren sich – soweit für die Jugendlichen überhaupt zum jeweiligen Entwicklungszeitpunkt möglich – sowohl die Entfaltung eigener Ressourcen und Selbstheilungskräfte als auch weitere Hilfsangebote wie die therapeutische Arbeit. Einrichtungen, in denen es gelingt, pädagogisches Handeln und therapeutisches Verstehen derart in Einklang miteinander zu bringen, scheinen daher die größte Erfolgsquote zu haben. Dieses explora-

tiv erarbeitete Ergebnis müsste jedoch in einer Reihe weiterer Studien mit unterschiedlichen Designs weiterverfolgt werden.

Qualifizierte Arbeit in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe erfordert also eine Kombination aus erzieherischen Anforderungen im Bereich Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung auf der einen, Flexibilität auf der anderen Seite, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene. Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervention bzw. authentische Auseinandersetzung im Team sowie angemessene Ausgleichsmöglichkeiten im Privatbereich bilden dafür eine wichtige Umgebungsbasis. Nach Aussage der Jugendlichen und vielen Ergebnissen aus der Jugendhilfeforschung scheint besonders diese Kombination Erfolg zu versprechen.

Bei allem Anspruch jedoch: „Die Fachkräfte dürfen nicht durch ein zu hohes Arbeitspensum und Kontrollzumutungen überfordert werden“ (Spiegel, 2001, S. 88). Die strukturellen Bedingungen der Jugendhilfelandchaft und der Ausstattung der Einrichtungen – sowohl personell als auch im Bereich der Sachmittel – müssen natürlich auch den Rahmen bieten, den eine so hoch qualifizierte Arbeit erfordert. Die politisch Verantwortlichen müssen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen für eine angemessene Fachlichkeit im Erziehungs- und Bildungssektor auch bereitstellen. Es ist zu hoffen, dass das vorliegende Forschungsprojekt in diesem Sinne Anregungen zu bieten vermochte.

## Literatur

- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2005). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2008). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Bd. 2: Beziehungsangebote – Diagnostik – Interventionen. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin. KATA-TWG*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung. Online verfügbar: [http://www.forschung-stationaere-jugendhilfe.de/downloads/kata-twg\\_bericht.pdf](http://www.forschung-stationaere-jugendhilfe.de/downloads/kata-twg_bericht.pdf) [01.05.2012].
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). Was leisten stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen? Zentrale Ergebnisse und Folgerungen der wissenschaftlichen Untersuchung Jugendhilfeleistungen (JULE). *EREV-Schriftenreihe*, 39(2), 23-63.
- Brosius, F. (1999). *SPSS. Das Modul Chaid. Statistische Datenanalyse für Segmentierungsmodelle und Database Marketing*. München: Redline.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (1998). *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE*. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *„Ich sehe was,*



- was Du nicht siehst...“ *Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, S. 25-38. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gabriel, T. (2001). *Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2012). Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit: Modeerscheinung oder Notwendigkeit? *Trauma & Gewalt*, 3, 206-217.
- Gahleitner, S. B., Krause, B. & Rosemeier, C.-P. (2009). Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer Katamnesestudie Therapeutischer Jugendwohngruppen. *Klinische Sozialarbeit*, 5(4), 6-8.
- Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2006). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) (2004). *EVAS-Auswertung 2004* [Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen]. Gesamtbericht. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Keupp, H. (1997). *Ermütigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Krause, B., Wachsmuth, I., Rosemeier, C.-P., Meybohm, U. & Gahleitner, S. B. (2009). Katamnesestudie therapeutischer Jugendwohngruppen – Eine retrospektive Aktenanalyse zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf den Erfolg. In: S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis*. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 2, S. 238-252. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lask, J. (2007). *PEP4Kids: das positive Erziehungs-Programm. Für Eltern mit Kindern zwischen 2 und 12* (2. überarb. Aufl.). Gießen: Brunnen Verlag.
- Macsenaeere, M. & Herrmann, T. (2004). Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. *unsere jugend*, 56(1), 32-42.
- Mayring, P. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. 28 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2(1), Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [18.07.2002].
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter. 2. Berlin: de Gruyter.
- Nestmann, F. (2000). Soziale Netzwerke – Soziale Unterstützung. In: H. Thiersch & H.-U. Otto (Hrsg.), *Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (2. Aufl.), S. 1684. Neuwied: Reinhardt Ernst.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1971). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 270-376. New York: Wiley.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1987). *Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation. Planungsgruppe PETRA*. Studien zur Jugend- und Familienforschung. 1. Frankfurt: Lang.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz, S. 36-60. Weinheim: Juventa.
- Sobczyk, M. (1995). *Die pädagogisch betreute Wohngruppe. Organisationsstrukturelle Rahmenbedingungen und pädagogisch-therapeutische Ansätze stationärer Betreuung und Förderung verhaltensauffälliger Jugendlicher* (2. Aufl.). Regensburg: CH-Verlag.

## I Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven

---

- Spiegel, H. v. (2001). Perspektiven der Selbstevaluation – veranschaulicht am Beispiel Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendarbeit. In: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), *Perspektiven der Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe – Qs. 35, S. 85-88. Düsseldorf: Vereinigte Verlagsanstalten.
- Steinke, T. (1987). Therapie im Heim. In: F. Petermann (Hrsg.), *Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation*. Planungsgruppe PETRA. Studien zur Jugend- und Familienforschung. 1, S. 373-420. Frankfurt: Lang.
- Thiersch, H. (1998). Einleitung. In: Bundesministerium für Familie Frauen Senioren und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teil-stationärer Erziehungshilfen*. Forschungsprojekt JULE. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170, S. 1-13. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ward, H. (Hrsg.). (1995). *Looking after children. Research into practice. The second report to the De-partment of Health on assessing outcomes in child care*. London: H.M.S.O.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt Campus.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. 26 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Online verfügbar: <http://qualitative-research.net/fqs> [20.10.2000].

*Annett Strutzke und Andrée Egel*

Beziehung wirkt – aber wie?

### **Überlegungen zur Rolle des Bezugsbetreuers<sup>1</sup> in therapeutischen Jugendwohngruppen**

In der 2009 gemeinsam vom Arbeitskreis der therapeutischen Wohngruppen und der Alice Salomon Hochschule veröffentlichten Wirksamkeitsstudie wurden folgende Kriterien für den Erfolg von Hilfen in Therapeutischen Wohngruppen benannt: die Bereitschaft des Jugendlichen, sich auf das Setting einzulassen; der planmäßige Verlauf der Hilfe; die Dauer der Betreuung und die Bindungs- und Beziehungsorientierung im therapeutischen Milieu.

Dies bedeutet also, dass die Fähigkeit zur Beziehungsarbeit mit sehr schwierigen Jugendlichen eine wichtige Voraussetzung für Mitarbeiter in Therapeutischen Jugendwohngruppen sein sollte und eine entsprechende Eignung im Zusammenhang mit der erfolgreichen Arbeit steht. Umso interessanter ist es sich anzusehen, wie professionelle Beziehungsarbeit aussieht.

Wir haben in unserer Arbeitsgruppe Bezugsbetreuer aus Therapeutischen Jugendwohngruppen zum Erfahrungsaustausch eingeladen. Im Folgenden wollen wir sowohl unsere theoretischen Vorüberlegungen, in die unsere praktischen Erfahrungen aus der Arbeit der TWG „Respect Yourself“ im Dr. Janusz Korczak – Haus am Tierpark der EJF gAG einfließen, als auch Ideen, die aus der Diskussion entstanden sind, darstellen, ohne dass wir damit Anspruch auf die vollständige Beantwortung unserer Frage, wie Beziehung wirkt, erheben können. Unsere Darstellung ist nicht umfassend theoretisch fundiert, manches scheint vielleicht beim Lesen selbstverständlich und unsere Versuche, Modelle zu entwickeln und Erfahrungen mit theoretischen Erklärungen zu verbinden, dienen dazu, unsere schwierige und oft unübersichtliche und emotionsgeladene Alltagsarbeit erklärbar, nachvollziehbar und wiederholbar zu machen, auch wenn jede Beziehung einmalig ist.

In den Therapeutischen Jugendwohngruppen leisten sowohl pädagogische Mitarbeiter (Erzieher und Sozialpädagogen) als auch Psychologen/Therapeuten mit verschiedenen Arbeitsaufträgen am gleichen Jugendlichen „Beziehungsarbeit“. Durch die Verzahnung von Pädagogik und Therapie entsteht das therapeutische Milieu. Darunter verstehen wir sowohl haltgebende Strukturen, die helfen, „inneres Chaos“ zu ordnen als auch eine individuelle Betreuungsplanung, die sich an entwicklungspsychologischem, systemischem sowie auch

---

<sup>1</sup> Wir verwenden im Text zur Vereinfachung der Lesbarkeit Begriffe wie „Bezugsbetreuer“ und „Jugendlicher“ im Sinn eines geschlechtsneutralen Oberbegriffs.

psychopathologischem Fallverstehen orientiert. So werden psychisch erkrankte, in ihrer seelischen Entwicklung behinderte Jugendliche bei der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben unterstützt und erhalten die Möglichkeit, korrigierende Selbst- und Beziehungserfahrungen zu machen.

Die pädagogischen Mitarbeiter begleiten und unterstützen die Jugendlichen bei den täglichen Anforderungen, sie strukturieren den Alltag, um einen Rahmen zu schaffen, der Orientierung und Halt ermöglicht. Sie sind verantwortliche und verlässliche Erwachsene, die feste und vorhersehbare Regeln aufstellen sowie klare Grenzen setzen.

Alle therapeutischen Wohngemeinschaften des Arbeitskreises nutzen das Bezugsbetreuersystem, wobei dieses unterschiedlich organisiert sein kann. In der Regel gibt es einen Bezugsbetreuer, der bei Bedarf von Teammitgliedern vertreten wird oder einen Bezugsbetreuer mit einem festen Stellvertreter/Co-Betreuer. Es gibt das System des Bezugsbetreuer-Paares, wie es zum Beispiel in unserer TWG „Respect Yourself“ Teil des Konzepts ist. Es gibt weiterhin unterschiedliche inhaltliche oder formale bzw. organisatorische Zuordnungskriterien von Betreuer und Jugendlichen, die Kontaktorganisation hängt von Dienstplansystemen (24-Stunden-Dienst oder Dreischichtsystem) ab. Je nach Gruppenstärke (6-8) und Anzahl der Pädagogen im Team hat ein Erzieher ein bis zwei Bezugsjugendliche, bei den Paar-Modellen ergibt sich in der Regel eine Verantwortlichkeit für drei Bezugsjugendliche. Es gibt auch unterschiedliche Regelungen, wie damit umgegangen wird, wenn Bezugsbetreuer und Jugendlicher aus unterschiedlichsten Gründen keine Arbeitsbeziehung finden.

In regelmäßigen Gesprächen plant der Betreuer mit seinem Bezugsjugendlichen den Alltag und unterstützt ihn bei der konkreten Umsetzung von Hilfeplanziele. Er macht ihm ein konstantes Beziehungsangebot, das auch krisenhaften Situationen standhält und vermittelt durch das Einfordern von Strukturen Stabilität. So wird es mit der Zeit möglich, dass Jugendliche Erfolg und Selbstwirksamkeit erleben sowie positive soziale Erfahrungen machen.

Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass Beziehungsarbeit hier in einem professionellen Kontext steht:

Auftraggeber sind Jugendamt, Eltern und der Jugendliche selbst, der Hilfeplan dient als Vertrag, welcher die Bedingungen festlegt.

Die angestrebte „haltgebende Beziehung“ ist nicht zu verstehen als besondere Form affektiver Zuwendung im Sinne der „Erfüllung von Nachholebedarf“. Es geht um Halten und Zumuten: einerseits um Unterstützung und Vertrauen, andererseits um ein Abschätzen, was ein Jugendlicher bereits an eigener Problemlösung verwenden kann und diese auch einzufordern (vgl. Gerspach, 2002). Natürlich sind Beziehungen beeinflusst von Sympathie und Antipathie und das Verhalten des Jugendlichen löst im Betreuer echte Gefühle aus. Ein Betreuer kann nur gut die Beziehung zum Jugendlichen halten, wenn er authentisch ist und jede Beziehung zwischen Jugendlichen und Betreuern ist auch eine einmalige besondere Form der persönlichen Begegnung.

Bezugsbetreuer müssen sich aber auch mit den Erwartungen und Reaktionen der Jugendlichen, auch pathologischen, auseinandersetzen, ihr Handeln reflektieren, sich selbst gut kennen und den Jugendlichen sowie seine Situation aus einer fachlichen Perspektive verstehen. Dies erfordert, dass ein Bezugsbetreuer mit etwas Abstand das Gesamtbild eines Jugendlichen sieht, was nur möglich ist, wenn das multiprofessionelle Team seine Wahrnehmungen zusammenfügt.

Bezugsbetreuerarbeit ist vielschichtig und geschieht gleichzeitig auf mindestens vier Ebenen, zu denen wir im Folgenden unsere Überlegungen darlegen:

- auf der Sach- und Handlungsebene,
- in Systemzusammenhängen,
- in Entwicklungsprozessen und
- auch auf der Ebene von Psychodynamik und Psychopathologie.

## **Die Sach- und Handlungsebene**

### *Beziehungen entwickeln sich im gemeinsamen Handeln.*

In der Diskussion unserer Arbeitsgruppe wurde deutlich, dass Bezugsbetreuer je nach Lebens- und Berufserfahrung und Persönlichkeit unterschiedliche Ansprüche an ihre Funktion als Bezugsbetreuer und daraus resultierende Handlungsanforderungen und Arbeitsaufgaben entwickeln. Auch in Teams scheint die Rolle des Bezugsbetreuers unterschiedlich definiert zu sein: von einer festen Aufgabenzuordnung und Arbeitsteilung bis zu „im Dienst ist jeder für alles zuständig“.

Uns scheint nur wichtig, dass es in jedem Projekt ein gültiges Grundkonzept für alle Bezugsbetreuer gibt, das verhindert, dass jeder selbst entscheiden muss, wofür er sich zuständig fühlt und daraus für einzelne Jugendliche Über- oder Unterversorgungssituationen oder auch Konkurrenzen entstehen. Ohne dass damit eine Wertung der Qualität getroffen wird, lässt sich vermuten, dass eine langjährig erfahrene Betreuerin, die vielleicht selbst jugendliche Kinder hat und ein junger, den Jugendlichen vom Alter noch sehr naher Betreuer, spontan die Aufgaben des Bezugsbetreuers unterschiedlich sehen würden.

In unserer therapeutischen Wohngruppe „Respect Yourself“ haben wir seit 2001 ein mehrfach überarbeitetes Arbeitspapier, in dem die Aufgaben der Bezugsbetreuer definiert werden und das für neu hinzukommende Kollegen als eine Art Arbeitsplatzbeschreibung für Bezugsbetreuer fungiert. Unsere Besonderheit besteht darin, dass jeder Jugendliche ein Bezugsbetreuerpaar (Frau und Mann) hat. Für die Erfüllung der anfallenden Aufgaben sind beide Kollegen verantwortlich, die Abstimmung hinsichtlich der Verteilung erfolgt gemeinsam,

die Ausführung in der Regel durch nur einen der Bezugsbetreuer; wenn irgend möglich werden geplante Gespräche gemeinsam geführt.

Wir haben sechs Arbeitsschwerpunkte für Bezugsbetreuer definiert, die zusammengefasst beinhalten:

*1. Arbeit mit dem Bezugsjünglichen:*

Die Bezugsbetreuer sind fest verantwortliche Ansprechpartner des Jünglichen. Sie stehen ihm bei der praktischen Bewältigung aller Alltagsanforderungen unterstützend zur Seite.

Die Hauptaufgabe der Bezugsbetreuer ist die gezielte und geplante erzieherische Tätigkeit. Sie nehmen an Hilfeforenzen teil und entwickeln mit Unterstützung des multiprofessionellen Teams die individuelle Betreuungsplanung für ihren Bezugsjünglichen. Dazu werden die Ziele des Hilfeplans in einem Betreuungsplan in überschaubare und abrechenbare Handlungsschritte übersetzt. Außerdem werden Konzepte im Umgang mit dem spezifischen Störungsbild und der Symptomatik des Jünglichen im Alltag entwickelt. Bezugsbetreuer führen regelmäßige Gespräche mit Rückmeldungen über Erfolge und Probleme. Sie leisten Unterstützung in schulischen Belangen sowie bei der Ausbildung. Sie sichern die Versorgung des Jünglichen, z.B. mit angemessener Kleidung und achten auf Selbstfürsorge (Ernährung, Hygiene u.ä.). Sie stellen notwendige Begleitung zu Institutionen, Arztterminen usw. sicher und organisieren die persönlichen Höhepunkte im Leben des Jünglichen (z.B. Geburtstag, Reisen, Jugendweihe).

*2. Arbeit mit der Familie:*

Die Bezugsbetreuer sind verantwortlich für die Sicherung der Informationspflicht gegenüber den sorgeberechtigten Personen; sie stimmen sich über die Arbeitsteilung oder gemeinsame Wahrnehmung wichtiger Termine ab. Grundlage für die Zusammenarbeit ist der Aufbau eines Arbeitsbündnisses, dazu finden monatlich Elterngespräche und regelmäßige Telefonkontakte statt. Die Bezugsbetreuer setzen der Familie aber auch Grenzen, wenn dies für die Autonomieentwicklung des Jünglichen nötig ist; sie bestehen den sorgeberechtigten Personen gegenüber auf Absprachen und Regeln, thematisieren Verstöße und Probleme. Sie erarbeiten gemeinsam mit der Familie und dem Jünglichen Beurlaubungsregelungen, die dazu dienen sollen, dass diese gemeinsame gute Erfahrungen machen können, bereiten gegebenenfalls Familienbeurlaubungen vor und nach und intervenieren, falls Urlaubsregelungen sich als für die psychische Stabilisierung des Jünglichen nicht günstig erweisen.

*3. Zusammenarbeit mit Institutionen:*

Die Bezugsbetreuer halten in Absprache mit der Leitung Kontakt zum Jugendamt, zu Schulen bzw. Ausbildungseinrichtungen, dem Arbeitsamt, Kliniken, Ärz-

ten sowie Therapeuten. Sie nehmen in Absprache mit den Sorgeberechtigten Termine wahr.

#### *4. Organisatorische Tätigkeiten:*

Die Bezugsbetreuer bereiten schriftliche Anträge ans Jugendamt und bei Bedarf an andere Institutionen vor; sie vereinbaren Termine, sichern die Umsetzung der Medikamentenverordnung, kaufen Geschenke ein, führen die Bekleidungslisten und anderes.

#### *5. Dokumentation:*

Die Bezugsbetreuer sind für die Aktenführung verantwortlich. Sie erarbeiten den Betreuungsplan und dokumentieren seine Umsetzung. Sie beschreiben Entwicklungsverläufe, Beobachtungen, Ereignisse, Krisen und pädagogische Interventionen in einem Verlaufsbogen, um Hypothesen zu bilden und ein übergreifendes Verständnis in Hinblick auf die Gesamtsituation zu entwickeln. Sie verfassen Entwicklungs- und Abschlussberichte in Kooperation mit Leitung und Psychologen.

#### *6. Kooperation und Kommunikation innerhalb des Teams und untereinander:*

Die Bezugsbetreuer stimmen sich hinsichtlich des Beitrags zu ihrem Jugendlichen für die wöchentliche Teambesprechung ab; sie bereiten gemeinsam Fallberatungen vor, koordinieren die Fallführung im Dienstalltag (Abstimmung mit anderen Teamkollegen über Termine und wichtige Daten) – sie geben zuverlässig Informationen weiter, damit andere Betreuer begonnene Aufgaben fortführen können; es bedarf der fortlaufenden Kommunikation zwischen dem Bezugsbetreuerpaar sowie der Beziehungsreflexion hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit (Aufgaben- und Rollenverteilung, Kommunikation, gegenseitige Unterstützung, Konfliktbearbeitung). Sie beraten sich bei Problemen oder Krisensituationen mit der sozialpädagogischen Projektleitung und der Psychologin.

Der pädagogische Mitarbeiter bringt im gemeinsamen Handeln mit dem Jugendlichen zur Alltagsbewältigung sein Fachwissen und seine Erfahrungen ein und dient als Modell für Problemlösungen. Er ist Fallführer, Berater für alle Lebensfragen, Nachhilfeler, Koch, Haushaltsexperte, Manager und Buchhalter in einem. Er vertritt verantwortlich, zuverlässig und vorhersehbar die Erwachsenenwelt, verkörpert ein gleich- oder gegengeschlechtliches Rollenmodell und übernimmt stellvertretend Elternfunktionen, wie Fürsorglichkeit, Präsenz, Verlässlichkeit und Alltagskompetenz.

Im Mittelpunkt der pädagogischen Arbeit zwischen Bezugsbetreuer und Jugendlichen steht die gemeinsame Erarbeitung von sozialen und Handlungsregeln. Durch das Aufstellen verbindlicher Strukturen wird die professionelle Beziehung der Beteiligten definiert. Es entsteht ein Gefühl von Sicherheit, soziale Kompetenzen werden gefördert und Krisen begrenzt.

Die gemeinsame Alltagsbewältigung in der TWG soll den Jugendlichen befähigen, selbstständig Wege und Lösungen für die Bewältigung seiner Lebensrealität zu entwickeln.

## Die Systemebene

Beziehungen entwickeln sich immer im Kontext sozialer Systeme. Professionelle Beziehungsgestaltung und Beziehungsreflexion setzt also auch ein Verständnis von der Einbettung unserer Arbeit in wesentliche Systemzusammenhänge voraus. Das bewahrt uns vor Allmachtsansprüchen (in dem Sinn, dass wir nur das Richtige tun müssen, um alle Erwartungen zu erfüllen), wo wir Grenzen akzeptieren müssen und ermöglicht andererseits durch Kenntnis und Nutzung systemischer Bedingungen eine Erweiterung individueller Handlungsspielräume in der pädagogischen Arbeit.

Wir wollen einige wesentliche Systemzusammenhänge, auf die wir in Diskussionen gestoßen sind, kurz beschreiben:

### 1. Das System Familie

In der Regel sind Familien in unserer Arbeit sehr präsent, wobei das System komplexer ist, als es uns vordergründig im Alltag begegnet. Es besteht aus real vorhandenen und handelnden, positiven, negativen, stützenden, traumatisierenden, abwesenden ... Personen, Interaktionen und Beziehungen sowie ihrer Geschichte. Familie ist aber auch für den Jugendlichen als inneres Abbild in Form von gespeicherten bewussten und unbewussten Erfahrungen und Phantasien wirksam.

In der Zusammenarbeit mit Familien gehen wir grundsätzlich von folgenden Prämissen aus:

- Ein Jugendlicher bleibt für sein gesamtes Leben Teil seiner Familie und muss zu ihr eine entwicklungsförderliche Beziehung finden. Wir begleiten einen Jugendlichen nur für ein kurzes Stück auf seinem Lebensweg.
- Eltern wollen grundsätzlich das Beste für ihr Kind, unabhängig vom Erfolg oder unserer professionellen Bewertung.
- In diesem Sinne handeln wir im Auftrag der Eltern, denn auch wir wollen das Beste für den Jugendlichen (auch wenn wir darunter manchmal anderes verstehen).
- Daraus folgt: Bezugsbetreuer und Eltern haben ein Arbeitsbündnis, auch wenn dieses schwierig und nicht immer erkennbar ist.



Die alltägliche Realisierung dieses Arbeitsbündnisses ist Aufgabe des Bezugsbetreuers. Das ist neben ganz praktischer Kooperation und Kommunikation auch eine Reflexionsarbeit.

Ein Bezugsbetreuer übernimmt Verantwortung für die Entwicklung des Jugendlichen und ist in diesem Sinne parteiisch, darf sich aber trotzdem nicht zur Parteinahme gegen die Eltern verführen lassen. Er muss den Jugendlichen als Teil seines Familiensystems sehen und die Folgen seiner Interventionen im Blick haben. Letztlich nützt es einem Jugendlichen nicht, wenn Eltern Betreuer als Konkurrenten oder abwertende Kritiker erleben und aus dem Gefühl der Unterlegenheit beginnen, destruktiv gegen die Hilfe zu agieren.

Eine entwicklungsförderliche Ablösung von den Eltern ist eine wesentliche Entwicklungsaufgabe des Jugendalters, allerdings vollzieht sie sich bei den von uns betreuten Jugendlichen auf sehr schwierige Weise. Wir haben es oft mit pathologischen Verstrickungen in Familiensystemen zu tun. Die Ablösung kann von beiden Seiten ein schwieriger, von Verlust- und Trennungsangst und Schuldgefühlen besetzter Prozess sein. Manchmal sind Hass, Wut und Enttäuschung die vorherrschende Verbindung, die kaum aufzulösen ist. Es kann darum gehen, den Schmerz über das Erlebte und unerfüllte Hoffnungen verarbeiten zu müssen. All das ist im Wesentlichen Aufgabe von Therapie. Ein Bezugsbetreuer muss aber diesen Prozess verstehen, um ihn gut begleiten zu können: einerseits die große langfristige Entwicklungsaufgabe sehen und ihre Bewältigung unterstützen, andererseits aber scheinbare Rückschritte, Ambivalenzen und individuelle Lösungswege oder auch ihre aktuelle Unmöglichkeit akzeptieren, wenn zum Beispiel erst Versöhnung nötig ist, bevor Ablösung möglich wird oder Jugendliche wider besseres Wissen aufgrund ihrer unerfüllten Wünsche immer wieder familiäre Situationen aufsuchen oder herstellen, die ihnen nicht gut tun. Er muss rasche Wechsel von intensiver Nähe und heftigen Krisen zwischen Jugendlichen und Familie geduldig begleiten und als Teil eines Prozesses begreifen. Manchmal muss er konsequent, geduldig und respektvoll Abstände und Grenzen in symbiotischen Eltern-Kind-Beziehungen fordern und fördern, um Entwicklungsräume zu öffnen.

Wenn ein Bezugsbetreuer sorgeberechtigte Eltern wo immer möglich in ihrer verantwortlichen Rolle stärkt und fordert, sie informiert und pädagogische Entscheidungen in der TWG transparent macht, auch den Jugendlichen stützend ermutigt, seine Bedürfnisse den Eltern gegenüber angemessen zu vertreten, dann kommt diese Wertschätzung der Familie langfristig auch dem Selbstwertempfinden des Jugendlichen zugute.

All diese Prozesse sind nur bedingt planbar, verlaufen selten harmonisch und stürzen Bezugsbetreuer oft in heftige Affekte und emotionale Verstrickungen: wenn Eltern Absprachen nicht einhalten, pathologisch agieren, sich mit ihrem Kind gegen den Betreuer verbünden oder sich auch manchmal als „böse Eltern“ zeigen, vor denen der Betreuer den Jugendlichen schützen möchte, wenn der Betreuer sich mit dem Schmerz des Jugendlichen oder auch dem der

Eltern identifiziert ... Ein Bezugsbetreuer allein kann die so ausgelösten Gefühle kaum aushalten und darf sie aber nicht ausagieren. Er braucht Stärkung und kann damit nicht immer auf die nächste Supervision warten.

Wir haben deshalb die Idee des „fallführenden Teams“ entwickelt. In der TWG „Respect Yourself“ besteht dieses aus den zwei Bezugsbetreuern, der sozialpädagogischen Projektleiterin und der Psychologin. Mindestens eine der beiden (Projektleiterin oder Psychologin) ist täglich ansprechbar und sie tragen neben fachlicher Beratung zur emotionalen Entlastung und „Rückenstärkung“ der Bezugsbetreuer bei.

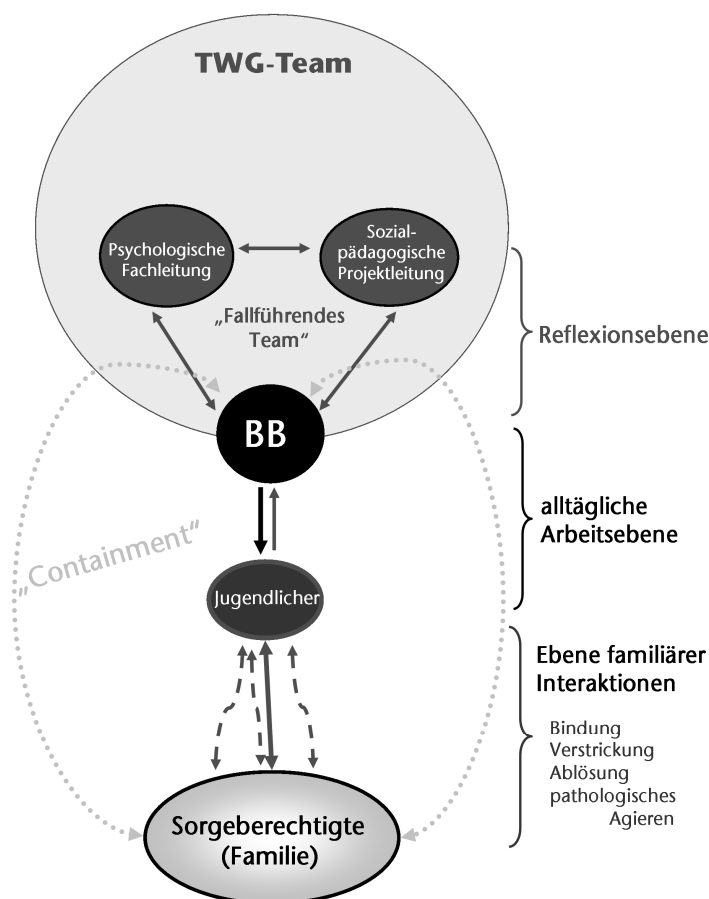
## *2. Das Arbeitsbündnis als gemeinsames System*

Idealerweise bilden TWG und Familie zeitweise ein gemeinsames System, in dem ein Jugendlicher agieren kann und das als „Container“ für noch unverarbeitete heftige Gefühle dient, diese auffängt, aushält und Überwindung destruktiver Verhaltensmuster sowie konstruktive Lösungen fördert. Das gilt besonders für Jugendliche, deren Abwehr- oder Bewältigungsversuche vorwiegend in Flucht, Idealisierung und Abwertung sowie Spaltung bestehen, ist für uns aber als grundsätzliches Arbeitsmodell ausgesprochen hilfreich.

Hintergrund unseres Container-Modells ist das von dem Psychoanalytiker Bion beschriebene Container-Contained-Modell einer haltenden mütterlichen Funktion (Lüders, 1997). Vereinfacht bedeutet es, dass die Mutter heftige, unbeschreibliche, sich in körperlichen Zuständen und Reaktionen ausdrückende Gefühle, die das Kind allein noch nicht bewältigen kann, aufnimmt, aushält, interpretiert, verarbeitet und sie in reifer, „denkbarer“ Form zurückgibt. Gefühle erhalten einen Namen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Seelisch behinderte Jugendliche erleben heftigste, scheinbar unaushaltbare Gefühlsreaktionen, die sie oft noch unverarbeitet ausagieren und dabei alle beteiligten Personen in ihre Aktionen einbeziehen. In der Regel hat das „Mitagieren“ der Familie in der Vorgeschichte zur Eskalation von Krisen geführt. Bezugsbetreuer im Team verfügen über professionelle Reflexionsmöglichkeiten, können gelassener reagieren, ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen zusammenfügen, scheinbar Unvereinbares „zusammendenken“, seelische Befindlichkeiten erschließen, Reaktionsmuster und dahinterstehende Gefühle, die ein Jugendlicher noch nicht sehen kann, benennen und konstruktive Lösungswege anbieten. Sie können dieses so gewonnene Verständnis an Familien weitergeben und ein gemeinsames System bilden, in dem der Jugendliche aufgefangen und ausgehalten wird, in dem oft wiederholte, wiedererkennbare Rückmeldungen, Erklärungen, Reaktionen und Grenzen eine Orientierung bieten und den Jugendlichen zur Ruhe kommen lassen, so dass in kleinen Schritten destruktive Lösungsmuster durch neue Erfahrungen modifiziert werden können.

Abbildung: Container-Funktion des erweiterten Systems Familie-TWG



Das Spektrum von Familienkonstellationen, denen wir bei Aufnahmen begegnen, reicht von symbiotisch (die Trennung wurde aufgrund gravierender seelischer Störungen des Jugendlichen von außen, in der Regel veranlasst durch Psychiatrie, „erzwungen“) bis extrem zerstritten (mindestens eine Seite, Eltern oder Jugendlicher, hält die aktuelle Situation nicht mehr aus und sucht Hilfe in der Fremdunterbringung, manchmal besteht hier sogar zum ersten Mal wieder Einigkeit bezogen auf Trennung als einzig mögliche Lösung). Erfahrungsgemäß verändern sich mit der räumlichen Trennung und der Verantwortungsübernahme der Betreuer für die Alltagsbewältigung die Familienbeziehungen

sehr schnell. In der Regel wird durch die Verlagerung alltäglicher Auseinandersetzungen und Konflikte das Familiensystem entlastet und positive Bindungsanteile und auch Beziehungswünsche gewinnen wieder Raum. Es ist auch möglich, dass durch die Abwesenheit des „Symptomträgers“ das Familiensystem aus dem Gleichgewicht gerät, was verstärktes Bemühen um den Jugendlichen zur Folge haben kann. Hier besteht allerdings die Gefahr, dass sich Familie und Jugendlicher gegen die TWG verbünden, ohne dass damit konstruktive Veränderungen möglich sind, sondern eher ein Hilfeabbruch droht. Diesen Prozess vorausschauend zu begleiten und solche „Honeymoon-Erfahrung“ von Familienmitgliedern für den Aufbau eines Arbeitsbündnisses zu nutzen, ist Aufgabe und Chance der Bezugsbetreuer.

In den Elterngesprächen, die wir besonders in der Anfangszeit und bei Bedarf als „fallführendes Team“ führen, geht es auch explizit um das Arbeitsbündnis. Dazu vermitteln wir anfangs und in Krisen immer wieder folgende Grundhaltungen:

- Durch das zeitweise Eingehen eines „Systemverbunds“ zwischen Familie und TWG steigt die Chance auf positive Entwicklung beim Jugendlichen, gemeinsam sind wir stärker.
- Jedes Problem kann besprochen werden, heimliche Allianzen mit dem Jugendlichen gegeneinander schwächen letztlich die jeweilige „Erwachsenenrolle“.
- Wir sind nicht „besser“ als die Eltern, aber stärker durch professionelle Distanz und weniger emotionale Betroffenheit, wir sind mehrere Personen, die sich stützen und abwechseln, haben Feierabend, können erholt mit neuen Kräften wiederkommen und „den neuen Tag als neue Chance annehmen“.
- Wir respektieren die Bemühungen und Erfahrungen der Eltern und bauen darauf auf. Vor diesem Hintergrund können wir uns die Erlaubnis holen, vieles anders zu machen als die Eltern, weil es keinen Sinn hat, Dinge zu wiederholen, die sich nicht bewährt haben.
- Neue Erfahrungen, die Jugendliche mit uns machen, können dem Familienleben zugutekommen.

Der Idealfall einer gelungenen Lösung im Sinne von „Containment“ im gemeinsamen System könnte wie folgt aussehen: Ein Jugendlicher, dessen Bewältigungsmuster im Weglaufen besteht, verzweifelt im Konflikt mit seinem Betreuer, will aus der TWG ausziehen und läuft in höchster Not weg. Der Betreuer informiert die Eltern, die vorbereitet sind, wenn der Jugendliche zu ihnen kommt, oder von sich aus zu ihm Kontakt aufnehmen. Die Eltern reagieren mitfühlend und beruhigend auf die Gefühlslage des Jugendlichen, versuchen sein Problem zu verstehen, erinnern ihn aber auch an gemeinsam getroffene Hilfevereinbarungen und das Veränderungsziel „nicht Weglaufen“. Sie vermitteln ihm Vertrauen in seine Konfliktbewältigungsfähigkeiten und dass sie den Bezugsbetreuer kennen und vertrauen, dass auch dieser dem Jugendlichen grundsätz-

lich wohl will und zu einem Klärungsgespräch bereit ist. Sie überlegen gemeinsam, wer die TWG informiert, damit diese sich keine Sorgen um den Verbleib des Jugendlichen machen muss, wie viel Auszeit nötig ist, ob die Eltern den Jugendlichen zurück begleiten oder was er braucht, um allein gehen zu können. Der Bezugsbetreuer wiederum benennt und würdigt die gemeinsame Leistung der Familie und des Jugendlichen. Umgekehrt kann die Familie sich darauf verlassen, dass der Bezugsbetreuer mit negativen Gefühlsäußerungen des Jugendlichen gegenüber der Familie respektvoll und konstruktiv umgeht.

### 3. *Das System TWG-Team*

Genau genommen bildet das Team das eigentlich verlässliche (multipersonale) Beziehungsangebot, da ein einzelner Betreuer, auch der Bezugsbetreuer, in der Realität nicht jeden Tag im Dienst ist, Feierabend oder Urlaub hat, krank werden und auch den Arbeitsplatz wechseln kann.

Im Alltag wird das individuelle Betreuungskonzept des Bezugsbetreuers durch seine jeweils diensthabenden Kollegen umgesetzt. Das bedeutet, dass die Verantwortlichkeit des Bezugsbetreuers beinhaltet, seine Hypothesen, Konzepte und geplanten Interventionen im Team zu kommunizieren. Vertretungen und Aufträge muss er regeln. Das Team muss sie kennen, verstehen und gegenüber dem Jugendlichen vertreten. Der Bezugsbetreuer muss sich darauf verlassen können, dass seine Kollegen von ihm getroffene Absprachen und Regeln umsetzen und diese bei abweichender Sichtweise nicht unterlaufen, sondern im Team besprechen. Die Wirksamkeit der Bezugsbetreuerarbeit kann nur so hoch sein, wie das Team als Ganzes kommuniziert und kooperiert.

Die Mitarbeiter des Teams bieten unterschiedliche Identifikations- und Rollenmodelle, die den Beziehungserwartungen und Bedürfnissen des Jugendlichen in unterschiedlicher Weise entsprechen. Jugendliche schreiben Betreuern auch Rollen zu, die vielleicht aus Übertragungen oder Bedürfnissen entstehen und die nicht unbedingt dem Selbstverständnis des Betreuers entsprechen. Abhängig von ihrer Bedeutung für den Jugendlichen und seiner Fähigkeit, reale Erfahrungen zu integrieren, bleiben positive und negative Rollenzuschreibungen und Beziehungserwartungen an Betreuer über den Betreuungszeitraum konstant oder wechseln. Häufig spiegeln sich dabei frühere Beziehungsmuster und Erfahrungen sowie unerfüllte, aber entwicklungsnotwendige Bedürfnisse an „Mütterlichkeit“ oder „Väterlichkeit“ wider.

Dass therapeutische Milieu profitiert von den unterschiedlichen Beziehungskonstellationen und Rollenverteilungen. Wichtig ist allerdings, dass alle Mitarbeiter dabei im fachlichen Austausch stehen und diese immer wieder integrieren. Auch das Team bietet eine Form des Containments für Jugendliche, aber auch für besonders „beanspruchte“ und in schwierige Beziehungen verwi-

ckelte Betreuer. Es kann mehr leisten als ein individuelles Beziehungsangebot und gemeinsam mehr verstehen, halten und aushalten.

Das Team übernimmt noch eine weitere wichtige Funktion: Die Mitarbeiter haben die Außensicht auf die Beziehung zwischen Bezugsbetreuer und Jugendlichen, sie können ihre Beobachtungen beschreiben und dem Bezugsbetreuer und eventuell sogar dem Jugendlichen zur Verfügung stellen und damit zu einem reiferen Verständnis von Beziehungsthemen beitragen.

Es kann sein, dass vom Jugendlichen gewählte Vertrauenspersonen, Sympathieträger oder „Liebesobjekte“ nicht mit der Person des Bezugsbetreuers identisch sind. Das ist möglich, ohne dass damit die Rolle des Bezugsbetreuers infrage gestellt werden muss, und kann im Einzelfall (z.B. bei rasch wechselnder Idealisierung und Entwertung) sogar sinnvoll sein, erfordert aber eine gute Teamreflexion, um drohende Spaltungsprozesse konstruktiv zusammenzuführen. Der Bezugsbetreuer bleibt konstant in seiner Verantwortung (ähnlich wie Eltern, die man sich auch nicht aussuchen oder bei Schwierigkeiten wechseln kann) und wird in dieser vom Team unterstützt, indem z.B. eine gewählte Vertrauensperson sich nicht zur „Vertraulichkeit“ im Sinn von Schweigepflicht verführen lässt, sondern zur praktischen Problemlösung immer an den Bezugsbetreuer verweist. Der Jugendliche ist natürlich frei in seinen Sympathien und unterschiedlichen Beziehungsqualitäten gegenüber den Teammitarbeitern, muss sich aber mit geltenden Regeln von Kommunikation und Kooperation auseinandersetzen und lernen, Probleme gemeinsam mit den dafür Verantwortlichen zu bewältigen.

#### 4. Das System Gruppe

In der Interaktion von Jugendlichengruppe und Erziehern realisiert sich ein Entwicklungsthema: Identitätssuche in der Peergroup in Abgrenzung von der „Erwachsenenwelt“. Bezugsbetreuer und Jugendliche begegnen sich selten in einer isolierten Zweierbeziehung. Der Jugendliche als Teil der Gruppe unterliegt Normen seiner Peergroup, die möglicherweise den vom Bezugsbetreuer gesetzten Normen widersprechen. Er lebt also im Spannungsfeld von „Coolsein“ gegenüber den anderen Jugendlichen und dem Wunsch (oder der Pflicht), an den mit dem Bezugsbetreuer gesetzten Zielen und gesellschaftlichen Anforderungen der Erwachsenenwelt zu arbeiten und von diesem akzeptiert zu werden. Es erfordert Feinfühligkeit eines Bezugsbetreuers, mit vielleicht extrem unterschiedlichen Reaktionen seines Bezugsjünglichen in Einzelgesprächen oder Gruppensituationen umzugehen und zu akzeptieren, dass entwicklungsbedingt seine Beziehungsarbeit zeitweise durch die Peergroup „gebrochen“ und relativiert wird.

Darüber hinaus können die „besonderen Beziehungen“ zwischen Bezugsbetreuern und Jugendlichen auch Reaktionen anderer Jugendlicher auslösen

im Sinne von Eifersucht und Rivalität. Unter Umständen werden so schmerzliche familiendynamische Erfahrungen reaktiviert und führen zu gruppendynamischen Reaktionen, die zunächst unverständlich bleiben können. Damit muss das Team als Ganzes feinfühlig umgehen können, indem solche Prozesse verstanden und angemessen beantwortet werden.

### 5. *Das System Institution*

Jugendliche haben ganz persönliche Beziehungserwartungen, die von völliger Verweigerung und Ablehnung bis zu unendlichen Zuwendungserwartungen reichen können und auch zwischen beiden Extremen wechseln.

Ihnen gegenüber steht ein Pädagoge oder Therapeut als Person und Mitarbeiter einer Institution. Die Erwartungen des Jugendlichen sprechen ihn persönlich an, er geht natürlich auch eine ganz persönliche, manchmal sehr intensive Beziehung ein – muss aber die Beziehungserwartungen und seine Antworten darauf professionell reflektieren und gestalten.

Ein Bezugsbetreuer ist Angestellter mit geregelten Arbeitszeiten und definierten Arbeitsaufgaben, deren Erfüllung einer Aufsicht und Kontrolle unterliegt (durch Leitung und Jugendamt) und wird für seine Arbeit bezahlt. Ein häufig gehörter Vorwurf, mit dem Jugendliche das Beziehungsangebot in Frage stellen, ist „es geht euch doch nicht um mich, ihr wollt mit mir nur Geld verdienen“. Unsere in Variationen wiederholte Antwort lautet: „Ja, wir verdienen hier unser Geld, aber dafür stellt jeder dir während seiner Arbeitszeit all sein Wissen, seine Fähigkeiten und seine Kraft zu Verfügung und zusammen tun wir das rund um die Uhr, solange du bei uns wohnst. Deine Familie und Du haben das Jugendamt beauftragt, dich zu unterstützen, du hast über den Hilfeplan einen Vertrag mit uns geschlossen und das Jugendamt bezahlt und kontrolliert unsere Arbeit. Deshalb dürfen wir dich nicht einfach in Ruhe lassen und wir wollen das auch nicht, weil wir überzeugt sind, dass das, was wir tun, dir langfristig nützen kann, du dich besser fühlst, einen Schulabschluss schaffst, selbstständig wirst ...“

Der institutionelle Rahmen bietet strukturell Schutz vor beidseitigen Grenzüberschreitungen und unrealisierbaren Erwartungen und regelt verbindliche Verpflichtungen; darin liegt eine Chance für korrigierende Beziehungserfahrungen.

## **Die Entwicklungsebene**

In jeder Lebensphase müssen Menschen bestimmte Entwicklungs- oder Lernaufgaben meistern, um Kompetenzen zu erwerben, die zur konstruktiven Bewältigung des Alltags nötig sind.

Wir beziehen uns auf den von Havighurst (vgl. Olbrich & Todt, 1984; Oerter & Montada, 1995) definierten Begriff der Entwicklungsaufgabe, „die in einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums entsteht, deren erfolgreiche Bewältigung zu dessen Glück und Erfolg bei späteren Aufgaben führt, während ein Misslingen zu Unglücklichsein, zu Missbilligung durch die Gesellschaft und zu Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben führt.“ (zit. nach Olbrich & Todt, 1984, S. 22)

Entwicklungsaufgaben haben drei Quellen: 1. die körperliche Entwicklung (eingeschlossen die Entwicklung des Gehirns und damit verbundene psychische Bewältigungsvoraussetzungen), 2. gesellschaftliche Erwartungen und 3. individuelle Wünsche und Werte.

Da Therapeutische Wohngruppen Jugendliche ab 13 Jahren aufnehmen und bis über das 18. Lebensjahr hinaus betreuen, setzen sie sich mit den entsprechenden Entwicklungsaufgaben des Jugendalters auseinander, die folgende Themen beinhalten:

- Akzeptanz körperlicher Veränderung,
- Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechterrolle,
- Aufbau neuer und reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts,
- Anstreben von emotionaler Unabhängigkeit den Eltern und anderen Erwachsenen gegenüber,
- Vorbereitung auf Partnerschaft und Familienleben,
- Vorbereitung auf eine berufliche Laufbahn,
- Entwicklung eigener verhaltensleitender Norm- und Wertvorstellungen,
- Anstreben von sozial verantwortlichem Verhalten,
- Entwicklung einer eigenen Identität.

Dem Betreuer kommt hier eine Dreifachrolle zu: Zum einen ist er als „Entwicklungshelfer“ Partner des Jugendlichen, er kann Rollenmodell und so implizit Vermittler von Normen, Werten und Fertigkeiten sein, andererseits vertritt er die Erwachsenenwelt und ist Stellvertreter der Eltern bezogen auf die Ablösungsaufgabe, er ist also eine Art „Sparringspartner im Ablösungskampf“. Das bringt natürlich auch für den Jugendlichen und für die Beziehung Konflikte – je nachdem, in welcher Rolle er den Betreuer erlebt, kann das komplementär zu sehr unterschiedlichen Beziehungsqualitäten und Verhaltensweisen führen.

Junge Menschen müssen eine Vielzahl von inneren und äußeren Veränderungen in der Pubertät verarbeiten und bewältigen. Auch ohne eine psychische Erkrankung ist die Jugendzeit durch krisenhafte Phasen geprägt. Für unsere Bewohner kommt hinzu, dass sie aus vielfältigen Ursachen in der Regel schlechte Voraussetzungen für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben mitbringen und oft schon vorausgegangene Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden konnten.

In den Therapeutischen Wohngruppen besteht die Herausforderung der Betreuer darin, zwischen „normal-pubertären“ Verhaltensweisen und entwick-



lungsbedingten Problemen oder Krankheitssymptomen des Jugendlichen zu unterscheiden. Bezugsbetreuer stehen gemeinsam mit dem multiprofessionellen Team immer wieder vor den Fragen, was sie einem Jugendlichen zumuten können, wie viel Rückzug, Schonung und Hilfe er braucht bzw. welche Anforderungen er bewältigen muss und kann.

Auf der einen Seite geht es darum, den Jugendlichen vor Überforderung und psychischer Dekompensation zu schützen. In bestimmten Konfliktsituationen übernimmt der Bezugsbetreuer deswegen gezielt die Rolle des „Übersetzers“ oder „Vermittlers“, indem er dem Jugendlichen hilft, seine Position auf adäquate Weise zu verdeutlichen bzw. stellt sich mit seinen Bewältigungsstrategien als „Rollenmodell“ zur Verfügung. Durch seine Parteilichkeit vermittelt er dem jungen Menschen, dass er ihn mit seinen Zielen und Wünschen ernst nimmt.

Andererseits wird von einem Bezugsbetreuer erwartet, dass er die vorhandenen Fähigkeiten seines Bezugsjugendlichen entdeckt und fördert, damit dieser seine Kompetenzen erweitern kann und an Selbstbewusstsein gewinnt. In solchen Momenten ist der Bezugsbetreuer klar der Vertreter der „Erwachsenenwelt“ und auch „Stellvertreter“ der Eltern. Er fordert den jungen Menschen zur Einhaltung von Vereinbarungen und Strukturen auf. Dieser „Kampf um die Regeln“ ist Reibungsfläche für Abgrenzung und Identitätssuche. Es bietet dem Jugendlichen aber auch die Möglichkeit, ein konstantes, konfliktüberdauerndes Beziehungsangebot zu erfahren, denn der Bezugsbetreuer sucht auch nach Regelübertretungen wieder den Kontakt mit dem Jugendlichen, um das Problem zu bearbeiten und abzuschließen.

Bezugsbetreuer müssen also einen Blick auf die Entwicklungsgeschichte eines Jugendlichen haben, um zu verstehen, in welchen Lebensphasen Störungen und unbewältigte Entwicklungsaufgaben die aktuelle Situation beeinflussen.

Am Beispiel von Bindung und Ablösung lässt sich das gut verdeutlichen: Ein Jugendlicher ohne befriedigende Bindungserfahrungen kann sich kaum ablösen, sondern ist eher auf der Suche nach der Befriedigung unbefriedigter Bindungswünsche. Für den Bezugsbetreuer kann das bedeuten, dass er gleichzeitig mit kleinkindhaften, extrem anmutenden Zuwendungsbedürfnissen und nicht weniger extremen jugendlichen Autonomieforderungen konfrontiert sein kann, was für den Betreuer wiederum extrem verstrickend und sehr anstrengend ist. Er muss feinfühlig die Beziehungsbedürfnisse des Jugendlichen verstehen, aber entscheiden, auf welcher Ebene er sie entwicklungsförderlich beantwortet. Auch die Anstrengung des Jugendlichen, der gleichzeitig mit den Entwicklungsaufgaben des Kleinkindalters und der Pubertät zu kämpfen hat, muss gesehen und gewürdigt werden.

Ein Verständnis für die in der frühen Entwicklungsgeschichte erworbenen Bindungsmuster ist für die Arbeit des Bezugsbetreuers von großer Bedeutung. Schleiffer (2001) fand in einer Studie bei 72 Jugendlichen in Heimerziehung nur

4 % sicher gebundene Jugendliche, dagegen 71 % mit einem vermeidenden Bindungsmuster. Das erlaubt noch keine pathologische Zuordnung, bedeutet aber, dass die Mehrzahl der Jugendlichen in Problemsituationen Beziehungen meiden oder sich zurückziehen und damit Hilfe durch Bezugspersonen genau dann nicht suchen, wenn sie sie am dringendsten brauchen könnten. Das entspricht sicher auch der Alltagserfahrung vieler Mitarbeiter und kann extrem frustrierend wirken. Ein Bezugsbetreuer muss damit umgehen, dass sein Beziehungsangebot vor dem Hintergrund der inneren Bindungsrepräsentanz des Jugendlichen nicht oder anders wahrgenommen und entsprechend anders als erwartet beantwortet wird. So kann gerade das Engagement des Betreuers auch zu emotionalen Verstrickungen – bezogen auf die Beziehung zu seinem Bezugsjünglichen – führen. Eine solche Dynamik muss im Gesamtteam geklärt und bearbeitet werden. Der Bezugsbetreuer braucht den Abstand und die Kompetenz der anderen Teammitglieder sowie das Fachwissen des Psychologen, um sich über die speziellen Verwicklungen klar zu werden und diese entlastend für sich selbst und entwicklungsförderlich für den Jugendlichen aufzulösen.

## Die psychopathologische Ebene

Von einer bindungs- und beziehungsorientierten Arbeit erhoffen wir, dass sie sowohl zur Bewältigung von Alltagsanforderungen und Entwicklungsaufgaben durch die Jugendlichen führt als auch einen Beitrag zu ihrer Heilung bzw. psychischen Stabilisierung und Verminderung psychopathologischer Symptome leistet.

Das bedeutet aber, wie wir bereits anfangs betont haben, gerade nicht grenzenlose Zuwendung sondern neben Wohlwollen und Akzeptanz auch professionelles Handeln.

Ein Bezugsbetreuer muss in der Zusammenarbeit mit den therapeutischen Mitarbeitern ein Modell von der jeweiligen individuellen Symptomatik und Psychodynamik seines Bezugsjünglichen entwickeln und übernimmt im Alltag auch therapiewirksame Funktionen:

- Er muss seinen Jugendlichen motivieren, die Therapietermine einzuhalten, seine Medikamente zu nehmen und Risiken für Rückfälle und Verschlechterungen zu meiden, was unter Umständen ein täglicher Kampf mit Jugendlichen sein kann, die „einfach nur normal leben“ wollen. Um diesen Kampf erfolgreich führen zu können, muss ein Betreuer die Bedeutung der jeweiligen Therapiestrategien verstehen und von ihrer langfristigen Wirksamkeit überzeugt sein. Das erfordert Fachwissen und längere Erfahrung.
- Ein Betreuer muss im Verlauf des Beziehungsaufbaus pathologische Kommunikationsmuster eines Jugendlichen verstehen und erkennen und

sich immer wieder neu davon abgrenzen, was oft wie das Gegenteil von guter Beziehungsarbeit aussehen kann.

- Ein Betreuer muss verstehen, dass er neben der Real-Beziehung zu seinem Jugendlichen auch Übertragungs-Objekt sein kann und unsichtbar hinter ihm vielleicht Mutter oder Vater stehen, auf die der Jugendliche reagiert. Auch wenn dieses Modell sehr anschaulich ist, ist eine solche Abgrenzung im Alltag schwer möglich, bedeutet aber auch hier wieder, dass ein Betreuer immer mit völlig unerwarteten, oft unverständlichen und auch kränkenden oder frustrierenden Reaktionen auf gut gemeinte Beziehungsangebote rechnen muss.  
– Ein Betreuer muss ein Konzept im Umgang mit den jeweiligen Krankheitssymptomen haben und darf diese nicht ungewollt durch Zuwendung verstärken. Auch das ist leichter gefordert als umgesetzt, da sich oft erst im Verlauf herausstellt, welche Verhaltensweisen als Verstärker wirksam sind und wie man Verstärkung überhaupt vermeiden kann, wenn zum Beispiel bei Selbstverletzungen Blut fließt, vermutlich psychosomatische Beschwerden so bedrohlich werden, dass ein Betreuer sich versichern muss, ob ein medizinischer Notfall vorliegt, ein Jugendlicher auf der Balkonbrüstung steht ... Es ist extrem schwer, sich mit einem Jugendlichen, der höchste Not ausdrückt, nicht in ein eingehendes Gespräch über die Ursachen verwickeln zu lassen, sondern sachlich-pragmatisch Notwendiges zu veranlassen, um dann dem Jugendlichen zu helfen, zum Alltag zurückzukehren.
- Junge Menschen erleben während ihres Aufenthalts in Therapeutischen Wohngruppen immer wieder krisenhafte Phasen. Die Strukturen und Regeln in den Einrichtungen sind so angelegt, dass sie dem Jugendlichen die Möglichkeiten geben, trotz der Krise mit Unterstützung der pädagogischen Mitarbeiter wieder in den normalen Tagesrhythmus einzusteigen. In den Therapiesitzungen können die jungen Menschen dann die Ereignisse im psychotherapeutischen Rahmen reflektieren und Bewältigungsstrategien entwerfen. Der Bezugsbetreuer soll nicht die Rolle des Psychotherapeuten ausfüllen. Ein Betreuer muss in etwa wissen, welche Strategien z.B. der Impulskontrolle oder Affektbewältigung ein Jugendlicher in der Therapie schon gelernt hat und diese im Alltag einfordern. Er kann Verständnis für die schwierige Situation des Jugendlichen zeigen, muss ihm aber zumuten, eigene bereits vorhandene Fähigkeiten zur Bewältigung einzusetzen.

Um Bezugsbetreuern zu ermöglichen, im wie eben beschriebenen Sinn der Verzahnung von Pädagogik und Therapie therapeutisch wirksam zu sein, ohne als Therapeuten zu handeln, nutzen multiprofessionelle Teams gezielt die regelmäßig stattfindenden Team- und Fallgespräche, gegebenenfalls auch externe Supervision. Pädagogen und Therapeuten sind (bei Wahrung der therapeutischen Schweigepflicht) im Dialog, die Therapeuten stellen ihr Fachwissen zur Verfügung. Gemeinsam werden das Krankheitsbild, die Lebensgeschichte, die

Erfahrungen des Jugendlichen sowie die Dynamik der Herkunftsfamilie analysiert. Die Einzelerfahrungen der beteiligten Mitarbeiter und verschiedene fachlichen Sichtweisen auf einen Jugendlichen werden zu einem ganzheitlichen Bild zusammengefügt, was dem Bezugsbetreuer im Alltagsgeschehen neue Handlungsspielräume eröffnet.

## Literatur

- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin und (Hrsg.) (2009). *KATA-TWG Abschlussbericht der Katamnesestudien therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Gerspach, M. (2002). Der Beitrag der Psychoanalyse zum Dialog. In: B. Warzecha, *Zur Relevanz des Dialogs in Erziehungswissenschaft, Behindertenpädagogik, Beratung und Therapie*. Hamburg: LIT Verlag.
- Körner, B. & Uschold-Meier, E. (2007). Pädagogische Präsenz in der Heimerziehung. In: A. v. Schlippe & M. Grabbe (Hrsg.), *Werkstattbuch Elterncoaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lüders, K. (1997). Bions Container-Contained-Modell. In: R. Kennel & G. Reerink, *Klein-Bion, Eine Einführung*. Tübingen: Edition Discord.
- Olbrich, E. & Todt, E. (1984). *Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen*. Berlin: Springer.
- Oerter, R. & Montada, L. (1995). *Entwicklungspsychologie*. (3. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Weinheim: Beltz Votum.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung*. Stuttgart: Schattauer.
- Unzner, L. (2001). BezugserzieherIn im Heim – eine Beziehung auf Zeit. In: G. J. Suess, H. Scheuerer-Engelisch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

*Per Wolfrum*

## Zauberhafte Gespräche? Wie PädagogInnen, TherapeutInnen und Familien über Wirkungen, Ziele und Wirksamkeit sprechen ...

„Worte waren ursprünglich Zauber, und das Wort hat noch heute viel von seiner alten Zauberkraft bewahrt. Durch Worte kann ein Mensch den anderen selig machen oder zur Verzweiflung treiben ... Worte rufen Affekte hervor und sind das allgemeine Mittel zur Beeinflussung der Menschen untereinander.“

(Freud, 2003, S. 43)

### **Vorüberlegung**

Aus der Sicht der MitarbeiterInnen von „Mobile“ und „Mäander“ bot die Fachtagung „Therapeutische Jugendwohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen“ einen guten Anlass, sich eines der Instrumente der Arbeit im therapeutischen Milieu genauer anzuschauen: das Gespräch. Zur Überschrift der Arbeitsgruppe führte der Buchtitel „Worte waren ursprünglich Zauber“ von Steve de Shazer (1998). Es ist ein Standardwerk des lösungsorientierten Ansatzes, dem sich die therapeutischen Einrichtungen von „Neues Wohnen im Kiez“ durchaus verpflichtet fühlen. Die Bezeichnung als „Standardwerk“ führt ja manchmal zu dem bemerkenswerten Effekt, dass das betreffende Buch zwar sehr oft in aller Munde ist, aber wesentlich seltener gelesen wird. Und so verwundert es vielleicht nicht, wenn auf zauberhafte Art und Weise der Satz „Worte waren ursprünglich Zauber“ mehr an de Shazers Namen gebunden scheint als an den Urheber des Zitates. Dabei hat de Shazer den Titel als Zitat gekennzeichnet und führt es auch mit Quellenangabe ausführlich an. Es ist diesem Text vorangestellt, weil damit auch verdeutlicht werden soll, dass es allgemein (und nicht schulenspezifisch) um die Rolle von Gesprächen im therapeutischen Milieu gehen soll.

## Vorbereitung

Es war uns bewusst, dass das Feld so groß und vielfältig ist, dass in einer zweistündigen Arbeitsgruppe weder ein mikroskopisch genauer Blick noch eine umfassende Darstellung erfolgen konnte. Wir wollten eher zu einem Diskurs einladen, der zu individuellen Erkenntnissen, Ideen und Impulsen führt.

Als BetreuerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen von „Mäander“ und „Mobile“ sich in Vorbereitung auf das Thema austauschten und über ihre Arbeit berichteten, entstand eine umfangreiche Beschreibung.

Die SozialarbeiterInnen unserer therapeutischen Einrichtungen benannten als eines ihrer Hauptinstrumente die Zielgespräche bzw. die Markierungsgespräche (vgl. Semken & Weber, 2010). Die Zielgespräche finden mindestens einmal monatlich gemeinsam mit den Jugendlichen und deren Eltern statt. Sie sollen dem Erleben von Eigenverantwortung und der Orientierung für alle am Gespräch Beteiligten dienen. Es geht um die Würdigung von Erreichtem und bietet Raum, um individuelle Stärken zu erfahren. Letztlich geht es um den Entwurf kleinschrittiger Ziele, die zu langfristigen Zielen führen. Fragen, die in den Markierungsgesprächen des Therapeutischen Einzelwohnens im Mittelpunkt stehen, verdeutlichen den spezifischen Charakter dieser Art von Gesprächen: Was ist wem gut gelungen? Was hat der junge Mensch geschafft? Woran merkt wer, dass etwas Neues beginnen kann? Welche kleine Veränderung hat die Eltern an ihrem Kind am meisten überrascht?

Die TherapeutInnen beschrieben ihre Gespräche in den unterschiedlichen Konstellationen. Sie führen bei uns therapeutische Gespräche zum einen mit den einzelnen Jugendlichen und zum anderen mit der Familie (Eltern, Geschwistern und anderen Personen, die etwas mit den vorhandenen Problemen und den möglichen Lösungen zu tun haben könnten). Sie sollen einen geschützten Raum geben, in dem die KlientInnen bestimmen, welche Themen ihnen wichtig sind. Der Rahmen soll Innehalten und Reflexion anregen. Jugendliche können auf ihr Alltagserleben blicken und dabei sich selbst anders erleben. Familienmitglieder können einen differenzierteren Blick auf ihre Beziehungen wagen und die Familiengeschichte(n) anders erleben.

Die BetreuerInnen erleben in ihrem kontinuierlichen Kontakt beständig Gespräche mit den Jugendlichen, die in der Therapeutischen WG leben. Sie nutzen sie, um Interesse am Gegenüber zu zeigen, Tagesverläufe zu reflektieren, Tagesstrukturen zu planen und Anregungen zu geben. Hinter diesen kurzen Sätzen in dürren Worten verbirgt sich ein facettenreiches Geschehen. Da sind Unterschiede im Setting (vom Gespräch unter vier Augen über Gespräche in einer Kaffeerunde bis hin zur Diskussion in der Gruppenversammlung). Da gibt es eine Vielfalt in den Themen (vom Teilen der Freude am schulischen Erfolg über die Auswertung des letzten Wochenendes bei den Eltern bis zum Trost bei Liebeskummer) und in den Haltungen der BetreuerInnen (von Ansagen

über Zuhören bis hin zur Vermittlung). Mal ergeben sich die Gespräche eben so, mal sind es feste Verabredungen, mal werden sie von Jugendlichen eingefordert, mal gehen BetreuerInnen auf BewohnerInnen zu, manchmal dauern sie nur Minuten, manchmal quatscht man sich richtig fest. Eine ähnliche Vielfalt von Gesprächen ergibt sich in den Kontakten der BetreuerInnen mit den Eltern der Jugendlichen.

Soweit also die kurze Übersicht von Gesprächen, in denen sich die MitarbeiterInnen der therapeutischen Einrichtungen mit den Jugendlichen und deren Eltern befinden. Ihre Beschreibung ist sowohl den Umfang der Gespräche als auch die Details und Unterschiede betreffend unvollständig. In der Arbeitsgruppe diente sie aber als Ausgangspunkt des Diskurses.

## Diskurs

Um ehrlich zu sein: Meine stärkste Erinnerung an diese Arbeitsgruppe ist, dass die Zahl der TeilnehmerInnen das Fassungsvermögen des Raumes überschritt. Wir hatten damit gerechnet auf Interesse zu stoßen, nicht jedoch damit, dass der Rahmen gesprengt wird. Die TeilnehmerInnen stellten eine heterogene Gruppe dar. Es waren ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen aus Ämtern, Kliniken und von Jugendhilfeträgern. Sie alle schätzten ein, dass Gespräche einen Großteil ihres Arbeitsalltages ausfüllten. Wir stellten die Beschreibung der Gespräche vor und luden dazu ein, sich zu positionieren, welche der beschriebenen Gesprächsformen denen aus dem jeweiligen Arbeitsalltag am nächsten kommen. Bei der Einschätzung ihrer Wirksamkeit schien es wichtig zu sein, ob die Einladung zum Gespräch von den „Profis“ oder den KlientInnen kam. Angeregte Diskussionen ergaben sich bei der Frage, ob die Gespräche eher eine Wirkung auf die KlientInnen oder auf die „Profis“ haben.

Diese Positionierungen, Diskurse und „Seitengespräche“ boten den Stoff für einen offenen Austausch der BetreuerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen unserer therapeutischen Einrichtungen im Beisein der ArbeitsgruppenteilnehmerInnen zu der Frage: „Wer erwartet von wem am ehesten, dass er/sie über zauberhafte Worte verfügt?“ Wir kamen dabei nicht zu eindeutigen Antworten, eher zu Gedanken über unsere Arbeitsweise. Einer der zentralen Gedanken war, dass die Motivation der Jugendlichen und deren Familien zu Veränderungen wesentliche Voraussetzung für die Entfaltung eines Zaubers ist. Darin eingeschlossen ist auch ihr Glaube an ihre eigene Wirksamkeit und an die Wirkung von Gesprächen. Um mit Steve de Shazer (1998, S. 11) zu sprechen: „Wie wir alle wissen bedeutet etwas zu glauben, es zu sehen.“

Der andere Leitgedanke war, dass die therapeutische Wirksamkeit voraussetzt, dass ein multiprofessionelles Team sich im kooperativen Austausch befin-

det. Wenn es gelingt, dass BetreuerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen ihre Gespräche mit den Jugendlichen und deren Familien miteinander reflektieren und ihre Beobachtungen miteinander vergleichen, dann sind sie in der Lage, Veränderungspotenziale zu sehen und zu nutzen. Keine der Professionen kommt dabei ohne die andere aus. Es macht einen Unterschied, ob TherapeutInnen sich als die einzigen sehen, die Interventionen setzen oder ob sie das Handeln der TeamkollegInnen im Alltag als mindestens ebenso wirksam betrachten. Es macht einen Unterschied, ob BetreuerInnen im Zweifel an der eigenen Wirksamkeit an TherapeutInnen verweisen oder gemeinsam mit allen Teammitgliedern neue Wege suchen, um wieder Wirkung entfalten zu können.

Diese Ideen lösten neben Zustimmung durchaus auch kontroverse Reaktionen aus. Zum einen gab es die Verwunderung darüber, dass der Zauber nicht allein und vorrangig von den TherapeutInnen ausgehen soll. Diese Zweifel gingen bis hin zur Frage, was dann den entscheidenden Unterschied zu Wohngruppen ohne TherapeutInnen ausmache. Zum anderen gab es auch Stimmen, welche fragten, ob man nicht von diesem „selbstreflexiven“ Gerede wieder zum Austausch über den unmittelbaren Kontakt mit den Jugendlichen zurückkehren solle.

## Individuelle Erkenntnisse, Ideen und Impulse

Ob das Vorhaben, mit dem Diskurs in der Arbeitsgruppe eine Gelegenheit für das Erfahren individueller Erkenntnisse, Ideen und Impulse zu geben, erfolgreich umgesetzt werden konnte, kann jede/r nur für sich selbst einschätzen. Ich für meinen Teil kann hier nur wiedergeben, welcher Gedanke mir in der Diskussion kam und mich auch noch im Nachhinein immer wieder beschäftigt. Zur Illustration



greife ich auf den Begriff „Droste-Effekt“ zu. Der Name bezeichnet rekursive Bilder. Zum Anfang des vorigen Jahrhunderts hatte die niederländische Firma Droste eine Kakao-Dose auf den Markt gebracht, auf der eine Krankenschwester mit eben dieser Kakao-Dose abgebildet ist, auf der dieselbe Krankenschwester mit wiederum dieser Kakao-Dose zu sehen ist, auf der eine Krankenschwester usw. usf. Mir ist dieses Bild oft hilfreich, wenn ich mit KollegInnen



über unsere BewohnerInnen und unsere Arbeit mit ihnen reflektiere. Ursula Lindauer (2005) hat auf einer der vorhergehenden Fachtagungen Folgendes beschrieben: „Die enge Betreuung von psychisch kranken Jugendlichen löst projektive Identifikationen aus, das heißt, die Helfer identifizieren sich zumindest teilweise mit der betreuten Person, übernehmen deren Weltsicht und agieren entsprechend. Dieser Prozess findet zwangsläufig statt!“ (Lindauer, 2005, S. 31). Auch dies ist eine rekursive Erklärung mit einem ähnlichen Zwangsmuster wie bei der Dame auf der Kakao-Dose. Was aber, wenn man die Beschreibung nur geringfügig verändert? Die enge Betreuung von psychisch kranken Jugendlichen löst projektive Identifikationen aus, das heißt, die Jugendlichen identifizieren sich zumindest teilweise mit den betreuenden Personen, übernehmen deren Weltsicht und agieren entsprechend. Dieser Prozess findet zwangsläufig statt!

Wenn man dem Gedanken der „zwangsläufigen“ rekursiven Wirkung folgt, dann macht es Sinn, über sich selbst zu reflektieren, über die Beziehungsgestaltung innerhalb eines Teams, über die Art und Weise, wie PädagogInnen und TherapeutInnen *miteinander* über Wirkungen, Ziele und Wirksamkeit sprechen.

In diesem Sinne erlebte ich die Diskussion in der Arbeitsgruppe als gelungenes Beispiel einer offenen und transparenten Auseinandersetzung um die Beziehungen, die SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen und TherapeutInnen miteinander eingehen, um wiederum wirksam und erfolgreich mit Jugendlichen in Beziehung zu sein und auf beiden Ebenen allen neue Handlungsräume zu eröffnen.

## Literatur

- de Shazer, S. (1998). „... Worte waren ursprünglich Zauber“ *Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis*. (2. Aufl.). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Freud, S. (2003). *Studienausgabe Bd. 1: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. II. Teil. Die Fehlleistungen*. Frankfurt/M.: S. Fischer-Verlag.
- Lindauer, U. (2005). Das Therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*, S. 16-33. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Semken, R. & Weber, B. (2010). Das Konstrukt „Hilfeverlauf“ im Therapeutischen Einzelwohnen Mobile. *Systema 1*, 5-17.

*Ute Meybohm*

## Brauchen wir neue entwicklungs- und behandlungsorientierte Versorgungsformen für die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit?

In den Tagungen 2009 und 2011 hat sich der Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngemeinschaften mit der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation in Berlin beschäftigt. Hierfür wurden Expertengespräche mit niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Vertretern einer Klinik, Jugendämtern, der Psychotherapeutenkammer und freien Trägern geführt, um Bedarfe und Versorgungslücken zu benennen und nach neuen Versorgungs- und Finanzierungsformen zu suchen. Hierbei wurden die verschiedenen Perspektiven, die rechtlichen Grundlagen beleuchtet und die Möglichkeit eruiert, ressortübergreifend zu gemeinsamen Standards zu gelangen.

Besondere Handlungsschwerpunkte bilden aus Sicht aller Beteiligten

- die unzureichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung insbesondere in den Außenbezirken;
- die Krisenintervention, insbesondere bei akuten Krisen, bei denen eine Aufnahme in die Klinik psychiatrisch nicht indiziert ist, aber ein Verbleib in der TWG auch nicht möglich ist;
- integrierte Ergo- oder Arbeitstherapie für diejenigen, die nicht in Schule oder Ausbildung zu integrieren sind zur Tagesstrukturierung und Aktivierung;
- Verselbstständigung der 21-22-Jährigen bzw. die Übergangsbegleitung in die gemeindepsychiatrische Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie der Schnittstelle SGBVIII, XII;
- die unzureichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung insbesondere in den Außenbezirken.

Um schwer gestörte junge Menschen mit komplexem ressortübergreifendem Hilfebedarf in unseren Einrichtungen, insbesondere in Krisen, halten zu können, bedarf es einer engen Zusammenarbeit sowohl mit der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in den 6 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Regionen, mit den bezirklichen Jugendämtern sowie mit ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatern und PsychotherapeutInnen, die im Sozialraum/Bezirk in der Behandlung wie in der Unterstützung der Therapeutischen Wohngemeinschaften tätig sind. Die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch Kinder- und JugendpsychiaterInnen und

Ute Meybohm: Brauchen wir neue Versorgungsformen?

Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen ist in den Berliner Bezirken durch das freie Niederlassungsrecht sehr unterschiedlich verteilt und stellt sich 2008 in den Randbezirken wie für Migranten ziemlich katastrophal dar. Insgesamt ist der Versorgungsbedarf trotz Änderung der Bedarfsrichtlinien vom Februar 2010 und 180 Neuzulassung von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in keiner Weise abgedeckt.

2009	KiJu Psych	Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten	TWG	Kinder-u-Jugendpsychiatrie	Einwohnerzahl
Charlottenburg-Wilmersdorf	12	34	8	DRK	320.835
Spandau	5	11	0		226.914
Steglitz-Zehlendorf	9	032	16	St Josephs Krankenhaus	295.950
Tempelhof-Schöneberg	11	32	18		336.527
Reinickendorf	3	15	18	Klinikum Buch	241.824
Pankow	5	10	24		372.295
Neukölln	1	12	6	Vivantes Tagesklinik	313.394
Treptow-Köpenick	0	007	0		242.957
Friedrichshain-Kreuzberg	7	11	24	Vivantes Friedrichshain	270.873
Mitte	4	009	10		334.465
Lichtenberg-Hohenschönhausen	4	006	8	Königin Elisabeth Herzberge	262.192
Marzahn-Hellersdorf	0	005	19		250.713
	61	187	151		

Durch die unzureichende ambulante Versorgung müssen schwerbelastete Eltern und Jugendlichen entweder lange Fahrzeiten in Kauf nehmen, für die sie z.T. keine finanziellen Mittel haben, oder die Behandlung wird durch nicht genügend fachlich ausgebildete Hausärzte übernommen, die dem komplexen Hilfebedarf nicht gerecht werden können, zumal die Behandlung bei unserer Zielgruppe immer die Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklungsaufgaben und die Lebensweltorientierung einbeziehen muss. Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken versuchen diesen Mangel durch Ausbau der tagesklinischen Plätze, Behandlung an ihren Psychiatrischen Ambulanzen und durch Kooperationen mit Jugendhilfeträgern im Rahmen von Tages- oder Schulbetreuung zu

kompensieren. Dennoch bleibt die langfristige ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Betreuung ein ungelöstes Problem.

Auf der Suche nach Lösungen haben sich die verschiedenen Experten der AG kostenträgerübergreifend mit Kooperations- bzw. Versorgungsformen beschäftigt, die Behandlung, das soziale Umfeld, Jugendhilfe/Kriseneinrichtungen, Schule, TWGs und andere Einrichtungen einer Gemeinde einschließen – wie sie beispielsweise im Trauma-Centrum (Boston/USA, 2004) durchgeführt werden. Hier werden klinische Diagnostik- und Interventionsangebote, psychoedukative Trainingsangebote und eine entwicklungsorientierte und persönlichkeitsfördernde Versorgung aus einer Hand angeboten, gemeinsame Interventionsziele und Strategien erarbeitet und ein Früherkennungssystem bei Re-traumatisierung und Wiedererkrankung implementiert.

Die Interventionsziele eines „Community Service Program“ (CSP) richten sich auf die Steigerung der Widerstandsfähigkeit innerhalb der Gemeinde und deren Befähigung, die Traumafolgen mit den traumatischen Stressreaktionen zu identifizieren und zu managen (Stichwort: Ressourcenaufbau und Sicherheit im sozialen Umfeld etablieren). Die Interventionsansätze greifen sowohl für die primären Bezugspersonen als auch für die gemeindenahen Einrichtungen in der Region: Familien, Adoptiv- und Pflegeeltern, Fürsorgestellen, pädiatrische Einrichtungen, Kindergarten, Schulen, Erziehungsberatungsstellen, usw.

Für ein gemeindeorientiertes System von Behandlung sowie entwicklungs- und krankheitsorientierter Begleitung aus einer Hand stellt sich die Frage nach Mischfinanzierungen insbesondere von Krankenkassen und Jugendhilfe und welche Möglichkeiten unsere gesetzlichen Grundlagen zulassen. Denn insbesondere die Jugendhilfeträger klagen, dass sie den größten Teil der ambulanten Betreuung, Krisenintervention und therapeutischen Beratung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen tragen, die seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind (§35a SGB VIII).

## **Mischfinanzierungen zwischen Krankenkassen und Jugendhilfe in den TWGs**

### *a) gesetzliche Grundlagen*

Zielgruppe unserer TWGs sind meist Kinder u. Jugendliche, die seelisch behindert oder davon bedroht sind. Nach §35a SGB VIII haben Kinder oder Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Rehabilitation und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen wird im SGB IX geregelt. Das SGB IX ist das übergreifende Gesetz für diese Zielgruppe und regelt im § 1 „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, dass Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen „Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen [erhalten], um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen“. Zur Teilhabe werden nach § 5 SGB IX Leistungen erbracht aus den Leistungsgruppen „medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Unterhaltssicherung und andere ergänzende Leistungen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.“ Das heißt also Komplexleistungen wie sie auch unsere Zielgruppe in den TWGs benötigen. Ihre Rehabilitationsträger und ihre Zusammenarbeit sind im § 6 geregelt. Die für unsere Zielgruppe relevanten Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können nach § 6 SGB IX sein „die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3, die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4, die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4. Absatz (2). Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr. Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger soll nach § 12 im Einzelfall zügig und nahtlos erfolgen.“ Damit wären die gesetzlichen Grundlagen für eine Komplexleistungsfinanzierung zwar gegeben, nicht aber ihre Formen der Zusammenarbeit bestimmt. Hier befinden wir uns dann im Dschungel der Vor- und Nachrangigkeit und der Systematik des einzelnen Leistungsträgers.

In diesem Rahmen möchten wir die Möglichkeiten von Komplexfinanzierungen vom SGB V (Krankenkassenleistungen) und SGB VIII (Jugendhilfe) klären. Da es bisher im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung keine Beispiele für eine gemeinsame oder gar Mischfinanzierung in Berlin gibt, wurden Modelle aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie näher beleuchtet und auf ihre Übertragbarkeit geprüft

***b) Modelle von ambulanten integrierten Angeboten aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie***

Das erste Programm einer Mischfinanzierung von BSHG und Krankenkassenleistung fand in Berlin in den Jahren 1984-2000 im Rahmen der Enthospitalisierung, dem Bettenabbau zugunsten des Aufbaus der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung statt. Die Krankenkassen beteiligten sich an den Tagessätzen für Therapeutische Wohngemeinschaften und Übergangswohnheime für seelisch behinderte Menschen mit einem Betrag von 37 DM bzw.

#### I Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven

---

45 DM pro Tag pro Platz für 65 Wochen. Das machte ca. 50 % der Summe aus. Die Eingliederungshilfe erstattete die Gesamtsumme pro Platz dem Leistungserbringer und erhielt entsprechend des Psychiatrieentwicklungsplans die Jahressumme des bezirklichen Platzkontingents von der Senatsverwaltung. So wurde das Enthospitalisierungsprogramm finanziert, das einher ging mit dem Bettenabbau. Ende der 90er Jahre, nachdem der Aufbau der ambulanten Versorgung erfolgt war, kündigten die Krankenkassen den Vertrag.

Gesetzliche Grundlage	§ 3 BSHG in Verb.§25 Gesundheitsdienstgesetz u. § 193 Nr. der Reichsversicherungsordnung
Vertragspartner	Der Senator für Gesundheit, Soziales u. Familie und die AOK , der Landesverband der Betriebskrankenkassen u. Innungskrankenkassen Berlin
Gegenstand	Nicht ärztliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation ohne Unterbringung u. Verpflegung u. Sachkosten der Krankenpflege Leistungen zur Unterstützung der Selbstversorgung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft/Arbeit, Krankheitsbewältigung, ggf. Integrierte Psychotherapie
Verordnung durch Psychiater im Einzelfall mit dem Ziel ...	... Krankenhausbehandlung zu vermeiden u. die Prognose langfristig den Aufenthalt in TWG entbehrlich zu machen

In den Jahren 2000 bis 2011 entstanden insbesondere mit den Veränderungen der gesetzlichen Krankenkassenleistungen neue Versorgungsformen auch für Patienten mit psychischen Störungen, zunächst die Soziotherapie, später Integrierte Versorgung nach § 140a bis § 140d Sozialgesetzbuch V (SGB V) mit ihren vielfältigen Modellen. Die Integrierte Versorgung ist die Idee einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) und lockert die strikte Trennung von ambulanten und stationären Angeboten durch integrierte Leistungen von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen. Ziel ist es, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrischen Versorgung werden Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen unter Einbeziehung des häuslichen Umfelds erbracht. Sie sollen dem Patienten helfen, psychosoziale Defizite abzubauen, die Krankheitswahrnehmung verbessern und Therapiefähigkeit herstellen und Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Ute Meybohm: Brauchen wir neue Versorgungsformen?

Gesetzliche Grundlage	§ 140a bis § 140d Sozialgesetzbuchs V (SGB V)
Vertragspartner	Krankenkassen u. Leistungserbringer u. Gemeinschaften von Leistungserbringern
Arten der Leistungserbringer	Träger zugelassener Krankenhäuser Träger von stationären Vorsorge- u. Rehabilitationseinrichtungen Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen o. deren Gemeinschaften, Träger von Medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2 ) Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des SGB XI, Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1, pharmazeutische Unternehmer u. Hersteller von Medizinprodukten
Ziel	Vermeidung von stationärer Pflege mit Bonussystem. Prävention
Beispiele für Leistungsart	Komplexleistung von ambulanter Behandlung, fachärztlicher Leistung, Ergotherapie, Sozialtherapie, Hometreatment, Psychotherapie, Psychiatrischer Ambulanz, Ergotherapie, Motivationsberatung bei Arbeitsunfähigkeit und psychiatrischer Pflege

Angesichts der Pressemeldungen der Krankenkassen oder des Rentenversicherungsträgers über eine um 70-80%ige Steigerung des Anteils der Krankheitstage durch psychische Erkrankungen in den letzten 15 Jahren und dass psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen mit fast 40% den Hauptgrund für Erwerbsunfähigkeit darstellen, entsteht für die Kassen ein enormer Kostendruck, der die Erprobung neuer Modelle möglich und nötig macht. Auch im Rundbrief der Berliner Psychotherapeutenkammer von 2009 wird diskutiert, wie die Versorgungsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) für die Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen erprobt werden könnte.

„Ein MVZ ist eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte/PsychotherapeutInnen tätig werden können. Das MVZ ist durch seine Zulassung gleichberechtigter zugelassener Leistungserbringer im Rahmen der GKV definiert und zeichnet sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus, in welcher dem Patienten „Versorgung aus einer Hand“ angeboten werden kann. Im Sinne des hier verfolgten Projektzweckes müsste der Psychotherapeut daher zur Gründung eines MVZ zumindest mit einem Vertragsarzt (Hausarzt, Kinderpsychiater, Pädiater) kooperieren und diesem die ärztliche Leitung überlassen bzw. mit ihm/ihr eine gemeinsame Leitung anstreben. Im Rahmen eines für die Gründung notwendigen Gesellschaftsvertrags kann aber eine „paritätische“ Beteiligung von Arzt/Psychotherapeut geregelt und eine entsprechende Gesamtkompetenz vereinbart werden.“ (Karameros, 2011, S. 78f.)

Einen interessanten Ansatz, der auch im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krisenintervention weiterverfolgt werden könnte, bildet das bundesweite Programm der Techniker Krankenkasse „NetzWerk psychische Ge-

I Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven

sundheit“, das die Möglichkeit bietet, auch akute psychische Erkrankungen im gewohnten Lebensumfeld zu behandeln. Der Ansatz, der aus Finnland kommt und für die Behandlung von Volljährigen angedacht ist, orientiert sich nicht allein am Krankheitsmodell, sondern bezieht systemisch in Krisen und im Alltag die Ressourcen der Familie und des nachbarschaftlichen Umfeldes ein, arbeitet dialogisch mit Betroffenen und Angehörigen. Zum Angebot gehören die niederschwellige, therapeutische Arbeit mit multiprofessionellen und mobilen Teams, die Behandlung und Begleitung zu Hause (hometreatment), die Krisenpension (non-hospital-setting) sowie zusätzliche Angebote wie Netzwerkgespräche und Gruppenangebote sowie psychosoziale Therapie und Beratung, Soziotherapie, Psychoedukation, häusliche psychiatrische Krankenpflege.

Die Behandlung ist bedürfnisorientiert, fördert den offenen Dialog in gemeinsamer Verantwortung. Sie fordert von den Helfern Flexibilität, psychologische Kontinuität, Aushalten von Unsicherheit und Integration unterschiedlichster Leistungen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern, beispielsweise nach dem SGB XII. Dieses Programm eignet sich für mit dem vorhandenen Versorgungssystem Unzufriedene und stellt durch die Krisenpension eine Brücke zwischen ambulant und stationär her.

Gesetzliche Grundlage	§140 a SGB V Integrierte Versorgung
Vertragspartner in Berlin	Techniker Krankenkasse u. die Krisenpension & Hometreatment GmbH (gegründet vom Psychiatrieträger Pinel)
Leistung	Behandlung im gewohnten Lebensumfeld unter Einbeziehung von Angehörigen, Ressourcenorientierter Ansatz bei Bedarf rund um die Uhr Kontakt mit dem Behandlungsteam. Im Krisenfall telefonische Beratung bis hin zu sofortigen Hausbesuchen. Als Alternative zu einer stationären Aufnahme existieren Rückzugsräume/Krisenpensionen, die in der Krise als geschützte Umgebung genutzt werden können. Soziotherapie oder häusliche psychiatrische Krankenpflege ist ohne bürokratische Hürden realisierbar. Die Behandlung beim vertrauten Haus- oder Facharzt kann bei einer Teilnahme am NetzWerk problemlos fortgeführt werden.
Ziel	Prävention, Vermeidung stationärer Aufenthalte mit Malusystem, langfristige Begleitung (3-5 Jahre) und Krisenintervention
Finanzierung	Budget

Was brauchen psychisch beeinträchtigte/behinderte junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf zum Erwachsenwerden und zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft?

Geht man wie Heiner Keupp in seinem 13. Kinder- und Jugendhilfebericht entsprechend der Ottawa Charta davon aus, „dass Gesundheit von Menschen in



ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird“ und durch Partizipation und „Kontrolle über die eigenen Lebensumstände ermöglicht und wiederkehrend hergestellt wird“ (Keupp, 2009, S. 35), benötigen wir Hilfeformen, die integrativ zur Überwindung von Behinderung/Krankheit oder abweichendem Verhalten beitragen und Persönlichkeitsentwicklung wie Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft lebenswelt, ressourcen- und entwicklungsorientiert fördern (SGB IX).

Ausgehend von den besonderen Handlungsschwerpunkten aus Sicht der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der TWG-Träger stellte sich in der AG heraus,

1. dass die vielfältigen Arten von Entwicklungs- und psychiatrischen Krisen in der Pubertät fließend sind und Krisenintervention, Krisenbegleitung, Krisenunterbringung, Krisenverarbeitung von den einzelnen TWG-Trägern, der Klinik und dem Jugendhilfeträger oft allein nicht gelöst werden kann, will man Beziehungsabbrüche vermeiden. Hierfür bedarf es integrativer neuer Versorgungsmodelle, gemeinsam finanziert durch Krankenkassen und Jugendhilfeträger. Hierzu bedarf es weiterhin wie beim hometreatment eines systemisch-ressourcenorientierten Ansatzes, der dadurch die Standards der Jugendhilfe aufgreift und gleichzeitig die Behandlungsnotwendigkeiten der möglichen Erkrankung berücksichtigt und ein präventives Frühwarnsystem implementiert.
2. dass integrierte Ergo- oder Arbeitstherapie nach Klinikaufenthalten zur Tagesstrukturierung und Aktivierung für diejenigen benötigt werden, die vorübergehend nicht in Schule oder Ausbildung zu integrieren sind. Hierfür werden fließende Modelle benötigt, entweder in Kooperation mit ergotherapeutischen Praxen im Rahmen der integrierten Versorgung/SGB V) oder, für diejenigen, die noch nicht in der Lage sind, das Praxissetting einzuhalten, über eine Co-Finanzierung von Jugendhilfe und Krankenkasse.
3. dass für die Verselbstständigung der 21-22-Jährigen bzw. die Übergangsbegleitung in den Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie der Schnittstelle SGB VIII, XII Übergangsfinanzierungen oder gemeinsame Konzepte von Jugendhilfe und Eingliederungshilfe benötigt werden. Kooperationsverträge gibt es hierfür in einigen Bezirken.

## Literatur

- Keupp, H. (2009): 13. Kinder- u Jugendhilfebericht, Bericht über die Lebenssituation und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfebericht*. Berlin. ([www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)).
- Karameros, A. (2011): Entwicklungstendenzen in der ambulanten Regelversorgung für niedergelassenen PP und KJP – daraus folgt ein Anpassungsbedarf für die Einzelpraxis? Ein Diskussionspapier. *Psychotherapeutenjournal* 1, 78-79.

Claus-Peter Rosemeier

## **Überlegungen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer, insbesondere gruppenpsychotherapeutischer Arbeit im Alltag der TWG**

### **Vorbemerkung**

Der vorliegende Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Vortrages, der bei der Tagung „Der psychotherapeutische Raum im Alltag der TWG/der Klinik“ der *Koralle – therapeutische wohngruppen* am 1.9.2010 gehalten wurde. Bei der Tagung haben neben MitarbeiterInnen der Koralle KollegInnen aus der Asklepios-Klinik Tiefenbrunn und aus dem Vivantes-Klinikum Friedrichshain<sup>1</sup> Vorträge gehalten, die aus der Sicht des klinisch-stationären Alltags die Kooperation zwischen ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegepersonal mit Blick auf die gemeinsame Herstellung und Aufrechterhaltung eines wirksamen therapeutischen Raumes analysiert und beschrieben haben.

Als Sie den Tagungstitel: „Der psychotherapeutische Raum im Alltag der TWG / der Klinik“ gelesen haben, haben Sie sich vermutlich gedacht, dass nicht der physische Ort und das reale Zimmer, sondern der Raum in einem weiteren Sinne gemeint sein wird.<sup>2</sup>

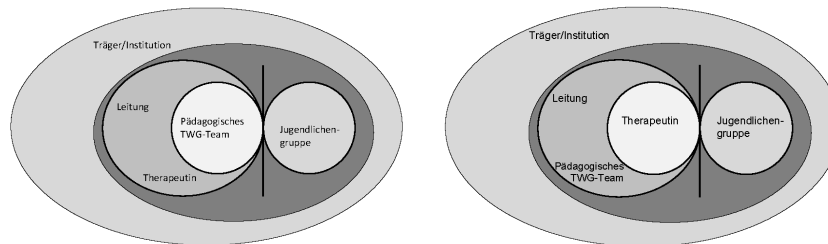
Systemisch gesehen geht es bei dem zu beschreibenden Raum um das Zusammenwirken unterschiedlicher Personen, Personengruppen, Funktionen, Rollen und Aufträgen, die in einem Netzwerk vielfältigster Transaktionen und Beziehungen verknüpft und häufig nicht unerheblich darin verstrickt sind.

---

1 Frau Landwehr, Frau Türkis, Herr Wagner aus Tiefenbrunn sowie Frau Lorbeer, Herr Dr. Willma aus Berlin.

2 Obwohl auch der Ort im physikalischen Sinn bei der Beschreibung des psychotherapeutischen Raumes eine Rolle spielt.

Abbildung 1: Das System „Koralle“



Außerhalb des internen Systems der Koralle wird das System, in dem die Jugendlichen und die Helfer sich bewegen, um vielfältige Personen und Institutionen mit unterschiedlichen Funktionen, Rollen und Aufträgen erweitert: Eltern/Familie, Jugendamt, Klinik, Psychiater, Psychotherapeuten, Schule, Freunde etc.

Analytisch betrachtet geht es im Sinne Winnicott's um das „Holding Environment“ (vgl. Hirsch, 2009, S. 11ff.; Stähle, 2009, S. 121), also um auch konkret zu verstehende Merkmale und Strukturen des Rahmens, den therapeutische Wohngruppen zur Verfügung stellen, und es geht um die „mütterliche Funktion“ des Haltens in der durch ihre physische und psychische Präsenz geprägten, Sicherheit gewährenden, haltenden Umgebung. In der TWG sind es die MitarbeiterInnen, die in diesem Sinne die „mütterliche Funktion“ und, so wird man sicher ergänzen, „väterliche Funktion“ ausfüllen.

Bei unserer Tagung vor 2 Jahren haben wir diese Rahmenkonstruktionen (Rosemeier, 2009) ausführlicher dargestellt. Im Folgenden sehen Sie eine der damals gezeigten Folien, auf die ich jetzt aber nicht näher eingehe.

**Strukturelemente der Arbeit mit der Gruppe**

- verbindliche Gruppenregeln/-verpflichtungen/-termine/-vereinbarungen
  - z.B. ein allen bekannter und identischer Betreuungsvertrag
  - u.a.: Ausgehzeiten, Wochenendübernachtungen, Besuche in der Gruppe, Verbote (z.B. Drogen, Alkohol, Gewalt)
- persönlicher Schutz- und Rückzugsraum (eigenes Zimmer) vs. öffentlicher Raum (Küche, Gruppenraum, Flur, Hausflur)
- zentral: fester Termin für mind. eine Mahlzeit (warmes Abendessen) am Tag
- Aufgaben der Einzelnen für die Gruppe
  - Alltagsorganisation / Reinigungsdienste / Einkaufsdienste
  - Kochen für die Gruppe
- gemeinsamer Regelungs- und Abstimmungsbedarf
  - z.B. Gruppenaktivitäten, Fernsehprogramm, Konflikte in der Gruppe
- verpflichtende (und freiwillige) Gruppenaktivitäten
  - z.B. Freizeitangebote, Sport, Kunstangebote, Gruppenreisen
- verpflichtende Teilnahme an der Gruppenbesprechung (1 x Woche)
  - Ort, Zeit, Leitung, Protokoll
- verpflichtende Teilnahme an der Gruppentherapie (14-tägig)
  - Ort, Zeit, Leitung durch Therapeutin

Über die Konstruktion des Rahmens hinausgehend, geht es im Sinne der Container-Funktion Bion's (Hirsch, 2009, S. 12) bei dem psychotherapeutischen Raum, modifiziert betrachtet, um einen psychischen, aktiven mentalen Vorgang, der in der Interaktion der beteiligten Personen (Jugendlichen, Therapeuten, Pädagogen) geschieht bzw. gemeinsam hervorgebracht wird.

Dieses Containment findet, davon gehen wir aus, in der therapeutischen Situation und im pädagogischen Alltag statt, in vielfältigen Interaktionssituationen zwischen Jugendlichen und TherapeutIn bzw. PädagogIn – Containment kann ebenso als eine Funktion der Gruppe in der Therapie und im Alltag der TWG betrachtet werden.

Es geht also um die Verbindung von Psychotherapie und pädagogischem Alltag, um das, was sich in der engen Zusammenarbeit zwischen Pädagogen, Pflegepersonal und Therapeuten sowohl in den strukturierten, erkennbaren, fassbaren Elementen der Kooperation als auch vor allem zwischen den Zeilen im „Therapeutischen Milieu“ ereignet.

## 1 Störungsbilder + Jugendphase

Aus einer Übersicht über Störungsbilder und Symptomatiken der in den letzten 2 ½ Jahren bei uns in der Koralle betreuten Jugendlichen (N = 34) lässt sich ersehen, dass ein erheblicher Teil – ich denke sicher mehr als die Hälfte – der betreuten Jugendlichen mit frühen Beziehungsstörungen und/oder Traumatisierungen, mit häufig stark unsicheren oder desorganisierten Bindungsmustern und z.T. erheblichen strukturellen Defiziten/Störungen in ihrer Ich-Entwicklung belastet sind.<sup>3</sup>

*Symptomatiken/Störungsbilder (nicht einheitlich nach ICD 10 diagnostiziert – beschreibend – Mehrfachnennungen!)*

• Depressive Störungen (mit Ängsten und/oder SVV und/oder Suizidalität und/oder Dissoziation und/oder Drogenkonsum)	9
• Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	9
• Emotional-instabile Persönlichkeitsentwicklung (Borderline-, narzistischer-, histrionischer Typ)	11
• Selbstverletzendes Verhalten (SVV)	20
• Suizidalität	18
• Störungen des Sozialverhaltens (mit oppositionellem und dissozialem Verhalten; häufig mit depressiver Störung)	11
• Schuldistanz/Schulverweigerung	18
• Drogenkonsum – Cannabis (meist als Begleitsymptomatik)	20
• Essstörungen (Anorexie; Adipositas)	4
• Angststörungen	4
• Schulängste	4
• Psychosen (meist schizophrene Psychosen)	3
• Psychosomatische Störungen (z.B. Schmerzen; psychogene Anfälle)	1

In einer empirischen Untersuchung der therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin 2007 fasst Prof. Henniscke die Ergebnisse wie folgt zusammen: „Die TWGs übernehmen einen gewichtigen Teil der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Nachsorge und Rehabilitation). Nach meiner Kenntnis wird dies in der Versorgungsdiskussion wie auch in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie wenig berücksichtigt.“ (Henniscke, 2007, S.19)

D.h. noch einmal zusammenfassend gesagt: In ihrem Denken und Fühlen, ihrem Handeln und ihren sozialen Interaktionen sind viele der Jugendlichen in unterschiedlicher Weise derart beeinträchtigt, dass sie auch altersspezifisch

<sup>3</sup> Mit Ausnahme von Drogen und Psychosen – diese Verteilung wird im Übrigen in der Tendenz in der quantitativen Auswertung von 237 Fällen in der Kata-TWG-Studie bestätigt (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009); vgl. außerdem Henniscke (2007).

übliche Anforderungen nicht oder nur unter Aufbietung erheblicher (eigener und fremder) Kräfte bewältigen und alterstypische Entwicklungsaufgaben nur zum Teil und häufig auf letztlich selbstschädigende Weise zu lösen versuchen. Zudem sind viele der Betroffenen in ihrer Interaktion mit anderen und ihrer Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt beeinträchtigt. Dies führt zu vielen Konflikten in Schule, Familie, Freundschaften, zu einer Orientierung an häufig destruktiv agierenden Cliquen/Szenen und/oder zu sehr starkem sozialem Rückzug.

Die wahrnehmbaren problematischen Verhaltensweisen und diagnostizierbaren Symptome sind Ergebnis dieser strukturellen Schwierigkeiten, Ausdruck zugrunde liegender Bindungs- und Beziehungsproblematiken und in gewisser Weise immer auch individuelle oder familiensystemisch zu verstehende Lösungsversuche – auch wenn diese längerfristig gesehen meist dysfunktional sind.

Man kann aber darüber hinaus sicher auch überlegen, dass ein Teil struktureller Defizite, oder vielleicht weniger streng: einer „strukturellen Unsicherheit“<sup>4</sup>, zumindest phasen- oder situationsweise eingeschränkter Ich-Funktionen ein Kennzeichen der Adoleszenz ist und insofern sowohl bei unseren, wie bei potenziell allen anderen Jugendlichen gelegentlich auftauchen.

Zwei Jugendliche, die uns über lange Zeit sehr beschäftigt haben, möchte ich exemplarisch kurz beschreiben:

### *Magda*

Magda ist eine 15 jährige Jugendliche, die mit Ihrer Mutter etwa 5 Jahre zuvor aus der Ukraine zu ihren Großeltern mütterlicherseits nach Berlin gekommen ist. Sie kommt aus der Klinik zu uns, nachdem sie aus einer Kinderheimgruppe, in der sie etwa 2 Jahre war, in die Klinik gebracht wurde. Magda ist ein schulisch sehr engagiertes und intelligentes Mädchen, die aber äußerst große Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen und mit Erwachsenen hat. Sie kann kaum angemessen kommunizieren und Beziehungen eingehen, verwickelt sich bei geringfügigen Versagungen, bei von ihr vermuteter Kritik oder von ihr befürchteter, geringfügiger eigener Unzulänglichkeit oder auch ohne erkennbaren Anlass in Streitereien, die von ihr aus dem Stand heraus verbal extrem aggressiv und beleidigend sind. Dabei fühlt man sich als „Beschimpfter“ im Grunde nicht gemeint und es kommt letztlich zu keiner Auseinandersetzung, auch wenn der Streit endlos eskalieren könnte, sondern nur zur Herstellung von Distanz. Wenn Magda außerhalb solcher Eskalationen erzählt oder spricht – und das liegt im Wesentlichen nicht an der Beherrschung der deutschen Sprache –, springt sie von einem Thema zum anderen, wechselt mitten im Satz den Gegenstand, überspringt notwendige logische Verknüpfungen und bringt den Zuhörer dazu, die fehlenden Inhaltsverbindungen erraten und ergänzen

---

4 Im Zusammenhang mit bisweilen heftigen Über-Ich- und Triebkonflikten bei gleichzeitig besonders hohen gesellschaftlichen Anforderungen an gut funktionierende Ich-Strukturen.

zu wollen. Dabei ist sie emotional sehr engagiert und ihr Wunsch, emotional begleitet und verstanden zu werden, ist sehr deutlich fühlbar.

Im Gruppensetting des WG-Alltags und in der Therapiegruppe wirkt sie immer wieder von der Vielzahl der Bezüge unter den Anwesenden überfordert, und beschreibt in Zweier-Gesprächssituationen ihre im wesentlichen projektiven ablehnenden und aggressiven Fantasien über die Gedanken der anderen Jugendlichen oder auch der Betreuer, die sich ihrer Vermutung nach ständig mit ihr beschäftigen.

Deutlich ist, dass es bei ihren Erzählungen und dargestellten Fantasien weniger um den verbal mitgeteilten Inhalt, der lange Zeit häufig weitgehend unverständlich blieb, als um das Sprechen als Handlung, als in Szene setzen innerer Affekte, Wünsche und Ängste geht, die sich durch die Worte und den Sprechakt hindurch als Gefühl, Ideen und Handlungsbereitschaft beim Gegenüber einstellen.

### *Joachim*

Joachim ist ein 16-jähriger Jugendlicher, der von seiner Mutter aus dem Ruhrgebiet nach Berlin „verbannt“ wird, weil sie die Beziehung des Jungen zu einem Mädchen als äußerst schädlich ansieht. Joachim nimmt sehr freundlich, sympathisch und gewinnend Kontakt auf, hält sich aber, ohne darin beeinflussbar zu sein, an keinerlei Regel der WG oder Absprachen. Nach einer unerlaubt außerhalb der WG verbrachten Nacht kommt er gut gelaunt zurück und erwartet ganz selbstverständlich, dass man sich freut, ihn zu sehen. Positiv formuliert wirkt Joachim so, als lebe er weitgehend zufrieden, ganz entspannt im Hier und Jetzt und unbelastet von anstrengenden, mühsamen Gedanken über gestern und morgen oder Ziele und Aufgaben.

So wie Regeln und Absprachen für ihn nur von kurzer Bedeutung sind – nur in der unmittelbaren Interaktionssituation des darüber Sprechens –, kann man vermuten, hat er die grundlegende Erfahrung gemacht, dass seine Gefühle und Wünsche keine Bedeutung bei der Gestaltung seiner inneren und äußeren Realität haben und dies in einem ganz basalen, alltäglichen und körperlichen Sinne.

Das Erleben von Beziehungsszenen zwischen seiner Mutter und ihm und die eigenen Erfahrungen im unmittelbaren Kontakt mit Joachim (und auf andere Weise auch mit seiner Mutter), zeigen zum einen eine bemerkenswerte Anpassungsbereitschaft Joachims. Er versucht, die Gefühle, Wünsche und Tendenzen seines Gegenübers zu erspüren und sich möglichst schon vorab diesen anzupassen, mit der als Gegenüber gefühlten Absicht, Übereinstimmung herzustellen. Gleichzeitig wird eine symbiotische Verstricktheit und nahezu ununterbrochene Grenzüberschreitung durch die Mutter fühlbar, die jede emotionale, gedankliche und körperliche Regung Joachims kommentiert, interpretiert, umdeutet und ihm sagt, wie er zu fühlen habe – und dies auf ganz freundliche Weise – etwa wie die Schlange Kaa aus dem Dschungelbuch, bevor sie ihr Opfer verschlingt.

Die Unterbringung wird durch die Entscheidung der Mutter, Joachim wieder nach Hause zu holen, beendet. Der begonnene Versuch, Joachims Gefühlen, Gedanken und Handlungen in den aktuellen, realen Beziehungen Bedeutung zu geben – man könnte auch sagen, mit dem Versuch der Triangulierung, zu beginnen – wird von der Mutter gerade an der Stelle unterbrochen, an der die TWG sozusagen als „Dritter“ in der Symbiose „Bedeutung“ zum reflexiven Thema zu machen beginnt.

Auch bei Joachim sind Sprache und Verhalten eher als Mitteilungen über innere Zustände und die wesentlichen Beziehungserfahrungen zu entschlüsseln als auf der Ebene der Wortbedeutungen oder der realen Handlungsfolgen. Auf der Beziehungsebene bleibt eine weitgehende Ratlosigkeit zurück, die bei Joachim – anders als bei Magda – zunächst weniger belastend ist, weil er zumeist freundlich, charmant und gewinnend gestaltet wird. Bedeutsame Interaktionserfahrungen entstehen im Zweier-Kontakt oder in der Gruppe jedoch kaum.

Ich gehe davon aus, dass aus Ihrer jeweiligen Arbeitspraxis heraus deutlich ist, mit welchen Jugendlichen wir es zu tun haben und welche Probleme im therapeutischen und pädagogischen Alltag entstehen.<sup>5</sup>

Wenn wir also davon ausgehen, dass die Frage, wie kann man sinnvoll und wirksam mit diesen Jugendlichen arbeiten, relevant ist, so stellt sich weiterführend die Frage, was auf welche Weise wirksam ist?

Mit dem Konzept des „Therapeutischen Milieus“ haben wir im Arbeitskreis der TWGs in den letzten Jahren auf unseren Fachtagungen auf unterschiedliche Art immer wieder dargestellt, was wir auf welche Weise und mit welchen Erfolgen (oder Misserfolgen) in den Therapeutischen WGs tun (vgl. AK TWG, 2005, 2008).

Im vergangenen Jahr haben mehrere der Träger der TWGs zusammen mit Prof. Silke Gahleitner und Bert Krause von der ASH die sogenannte Kata-TWG – Studie vorgelegt (AK TWG, Kata-TWG, 2009).

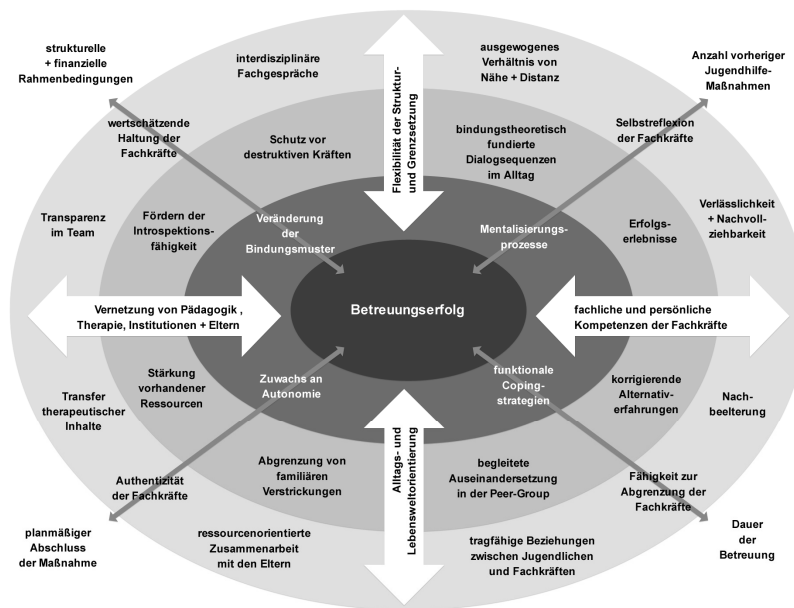
Ich möchte jetzt nicht weiter dort einsteigen, sondern Ihnen nur ein von Monika Fey, einer früheren Mitarbeiterin unserer TWG, erarbeitetes Modell präsentieren, das die Komplexität der Wirkfaktoren anschaulich macht, die im Rahmen der Studie entwickelt werden.

---

5 Notwendig ist es sicherlich, neben den offensichtlichen Gemeinsamkeiten zwischen stationärer Klinikbehandlung und TWG-Betreuung auch die wesentlichen Unterschiede zu berücksichtigen, die sich auf den institutionellen Auftrag, die Qualifikation der MitarbeiterInnen, die sachlichen, personellen und materiellen Ressourcen beziehen.



Abbildung 2: Therapie im Kontext von Beziehungsarbeit und Lebensweltorientierung



In der Katamnese-Studie haben wir einige Einflussfaktoren deutlich gemacht und bereits anhand der Interviews mit betreuten Jugendlichen und MitarbeiterInnen recht klar beschreiben können, was das Therapeutische Milieu ausmacht.

Meines Erachtens ist es trotzdem immer wieder erneut schwer nachzuvollziehen, was Therapeutisches Milieu bedeutet und wie dieses Milieu „wirksam“ sein soll.

Im Grunde erscheint das, was ich im Folgenden zusammenfassend erläutern möchte, relativ einfach und auf der Hand liegend. Es ist deswegen dennoch keineswegs trivial. Im Gegenteil resultieren daraus erhebliche fachliche und persönliche Anforderungen an alle beteiligten Fachkräfte in ihrem professionellen Handeln und insbesondere in ihrer Zusammenarbeit, wie ja bereits deutlich wurde.

## 2 Mentalisierungstheorie

Bei unserer Beschäftigung mit der Fragestellung sind wir gewissermaßen natürlich auf die Mentalisierungstheorie gestoßen, wie sie in den letzten Jahren intensiv diskutiert wird.

Ich versuche zu erläutern – richtiger vielleicht anzudeuten –, dass diese Theorie aus unserer Sicht ein guter übergeordneter Bezugsrahmen ist, der in hohem Maße ein stimmiges Zusammendenken von Psychotherapie/Gruppen-therapie und Gruppenalltag/pädagogischem Handeln ermöglicht – also, so meine ich, verstehbar macht, was Therapeutisches Milieu sozusagen im Inneren seiner Wirksamkeit bedeutet.

Ich kann allerdings nicht diese komplexe und differenzierte Theorie<sup>6</sup> darstellen, sondern nur ein Paar Bezugspunkte zeigen. Also sozusagen „Mentalisierung lighth in 8 Sätzen“:

1. Mit der Mentalisierungstheorie wird eine Verbindung hergestellt zwischen entwicklungspsychologischen Theorien, Bindungsforschung und der Psychoanalyse, die vor allem in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung strukturell gestörter Patienten nutzbar gemacht wird.
2. Im Rahmen der Theorie wird ein Konzept entwickelt, wie Kinder stufenweise bis zum 4.-5. Lebensjahr die Fähigkeit zur Mentalisierung erwerben und welche Bedeutung diese für die Entwicklung des Subjekts und seine Interaktionsfähigkeit hat, bzw. wie sich Störungen in der Entwicklung dieser Fähigkeit auswirken.
3. Mentalisierung wird verstanden als:
  - die Fähigkeit, sich selbst und Andere als Personen mit seelischen Zuständen zu verstehen,
  - eigene und fremde Handlungen und Äußerungen als mit mentalen Zuständen des Wünschens, Fühlens, Denkens und der Aufmerksamkeit verbunden zu betrachten
  - und somit als durch seelische Zustände „erklärbar“ zu erfassen.
4. Mehr noch als hinter dem eigenen und fremden Verhalten und Denken seelische Zustände zu vermuten, beinhaltet Mentalisierung die Fähigkeit, über diese Vermutungen selbst wiederum nachdenken zu können.
5. Das Besondere dieses Konzepts besteht darin, dass nicht ein sozusagen automatischer biologischer Reifungsprozess des Gehirns als wesentliche Ursache der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit angesehen wird, sondern diese (letztlich auch hirntreifungsmäßige) Entwicklung des Denkens und Fühlens als Geschichte von Interaktionserfahrungen nachvollziehbar wird.

---

6 Vgl. z.B. die zusammenfassende Darstellung der Theorie von Fonagy u.a. in Dornes (2004).

6. Die Entwicklung der Fähigkeit, eigene und fremde mentale Zustände wahrzunehmen und zu verstehen, wird als grundsätzlich abhängig von der affektiven Qualität der Interaktions- und Bindungserfahrungen betrachtet.<sup>7</sup>
7. Wenn durch die Entwicklung unsicherer oder desorganisierter Bindungsmuster bzw. vernachlässigende und/oder missbrauchende Erfahrungen in den frühen engen Beziehungen des Kindes die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt wird, ist die Wahrnehmung der Welt, der Anderen, des Selbst und ihrer Beziehungen zueinander sowie das Handeln davon grundlegend betroffen (vgl. Dornes, 2004, S. 180).
8. In der Auseinandersetzung mit der eigenen inneren Gefühlswelt und Bedürftigkeit sowie mit den Beziehungen zu nahen Personen und zur sozialen Lebenswelt spielen aufgrund der Störungen Mechanismen der projektiven Identifizierung, der Spaltung, der Verleugnung, des Rückzugs usw. eine erhebliche Rolle, um die wahrgenommenen Anforderungen und Konflikte bewältigen zu können.

Wenn wir uns die Jugendlichen wieder vor Augen führen und von den Annahmen der Mentalisierungstheorie ausgehen – die ja auch im Rahmen des psychoanalytisch-interaktionellen Verständnisses ganz ähnlich konzeptionalisiert werden –, kann als erste wesentliche Aufgabe in der Arbeit mit den Jugendlichen beschrieben werden, ihre Mentalisierungsfähigkeit zu verbessern, um ihre selbstregulativen Kompetenzen weiter zu entwickeln und die „Störungen des Sozialen“ (Streek & Leichsenring, 2009) anzugehen.

Da die Beeinträchtigungen der Jugendlichen sich gewissermaßen in allen alltäglichen Interaktionssituationen potenziell bemerkbar machen, sich in den aktuellen Beziehungen auswirken und dort zur Darstellung kommen, ist es möglich – und nötig – auch in diesen aktuellen Interaktionssituationen darauf einzugehen und in gewisser Weise darauf Einfluss zu nehmen.

Psychotherapie – auch mit Jugendlichen – endet sicher nicht an dieser Stelle. Bei vielen der gemeinten Jugendlichen erscheint dies aber ganz deutlich als notwendige Voraussetzung einer weiteren, vielleicht tiefer gehenden Behandlung ihrer innerpsychischen Konflikte.

Die besondere Chance und Möglichkeit eines integrierten, auf einem gemeinsamen Verständnis beruhenden, pädagogischen und therapeutischen Arbeitens besteht darin, dass nicht nur in einzelnen Therapiestunden, sei es nun Einzel- oder Gruppentherapie, und nur im Rahmen der therapeutischen Beziehungen an der Mentalisierungsfähigkeit „gearbeitet“ wird, sondern auch in vielfältigen Alltagssituationen in der pädagogischen Betreuungsarbeit mit den Einzelnen und mit der Gruppe der Jugendlichen.

---

<sup>7</sup> Die Fähigkeit zum reflektierenden Umgang mit äußerer und innerer Realität wird nach und nach entwickelt und ist erst im Erwachsenenalter mehr oder weniger ausgeprägt und mehr oder weniger stabil. In konflikthafter Situationen und in äußeren und inneren Krisen gerät sie in schwankendes Fahrwasser und wird nicht selten durch Regulationsversuche im Äquivalenzmodus zumindest phasenweise abgelöst.

Dies hat natürlich Voraussetzungen:

- ein gemeinsames theoriebezogenes Verständnis im gesamten Team – daran beginnen wir in mancher Hinsicht gerade auch mit dieser Tagung, jedenfalls immer wieder neu, zu arbeiten;
- die Entwicklung der dazugehörenden fachlichen Kompetenzen und die persönlichen Möglichkeiten der beteiligten Personen, diese Kenntnisse umzusetzen;
- Klarheit der Aufgaben und Rollen der Pädagogen und der Therapeuten in ihrer jeweiligen Besonderheit und Unterschiedlichkeit;
- fest installierte, kontinuierliche und kollegiale Zusammenarbeit auf der Grundlage wechselseitiger Anerkennung;
- Rahmen- und Strukturbedingungen, die von Seiten des Trägers und der Leitung sowie der Kostensätze eine in unserem Sinne sehr anspruchsvolle Arbeit ermöglichen und nach Möglichkeit auch unterstützen und fördern – gerade der letztgenannte Punkt ist, wie wir alle wissen, leider nicht immer erfüllt.

### 3 Therapeutisches Milieu

#### 3.1 *Holding und Containing*

Ich habe in der Einleitung auf das „Holding Environment“<sup>8</sup> als Voraussetzung wirkungsvollen Arbeitens hingewiesen.

Konkret ist eine Voraussetzung dieses „holding“ auch, dass ein Jugendlicher erst einmal den Kontext der TWG und die dort anwesenden Personen als genügend sicheren Rahmen wahrnehmen und annehmen muss. Er muss sich sozusagen zunächst eine „homebase“ schaffen, um sich dort und von dort aus darauf einzulassen, andere Erfahrungen machen zu können. Dazu sind der haltende Rahmen der TWG und erste Beziehungserlebnisse mit den Betreuern,

---

8 In der theoretischen Diskussion wird unterschieden zwischen dem Begriff Winnicotts vom „Holding environment“ und dem Container-Modell Bions (z.B. Stähle, 2008, S. 121). Da sich beides m.E. über den (Einzel-)therapeutischen Kontext hinaus zumindest in Analogie auch auf die Realität gelebter Interaktionen in einem realen, interpersonellen und intrapersonellen Raum beziehen lässt, ist die Unterscheidung zum theoretischen Verständnis, m.E. aber nicht in der pädagogisch-therapeutischen Praxis von entscheidender Bedeutung. Eine direkte Verknüpfung mit der „antwortenden Haltung“ in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie, bei der es um die „selektive Authentizität“ eines realen Gegenübers geht, ist möglicherweise theoretisch widersprüchlich. Bei Letzterer steht die Verbesserung/Klärung der Beziehungen im Hier und Jetzt im Mittelpunkt, bei ersterer (auch) das Aufnehmen und Halten regressiver Wünsche, Gefühle, Ängste etc. und das „Aushalten“ der Affekte ohne direkte Rückmeldung auf der interaktionellen Ebene des Hier und Jetzt.

Therapeuten und der Gruppe notwendig, die ein erstes Minimal-Vertrauen und eine „aushaltbare Ahnung“ einer evtl. möglichen Veränderung gestatten.

Übertrieben gesagt beginnt die eigentliche Arbeit aber erst dann, wenn die TWG als homebase in dem Sinne angenommen wird, dass sie mit den inneren Konflikten, den schwierigen Verhaltensweisen und Symptomatiken konfrontiert und belastet wird.<sup>9</sup> Wenn also, im Sinne des Container-/Contained-Modells, die unaushaltbaren Ängste, die Wut, und andere Gefühle und Wünsche/Bedürfnisse in den „Container“, d.h. den psychischen, emotionalen Raum der TWG und der Gruppentherapie fließen oder eingegeben werden und die schlechte Laune, die Wutausbrüche, die Traurigkeit, der Rückzug, die Selbstverletzungen, die grenzenlose Bedürftigkeit etc. im Alltag mit den anwesenden Personen in Szene gesetzt werden und auf eine „passende Antwort“ warten.

Das Containment geschieht, so versuche ich vereinfacht zusammenfassen, dadurch, dass diese ängstlichen, zerstörerischen, traurigen, scham- und schuldvollen Gefühle, Wünsche, Gedanken dort sozusagen im innerpsychischen Raum der Therapeuten/Pädagogen zunächst wahrgenommen und aufgenommen werden. Sie werden dort als vorhanden und „in Ordnung“ bestätigt und dann im mentalisierenden Prozess modifiziert, bearbeitet, „entgiftet und entschärft“, um anschließend in „metabolisierter“, verdauter, gereinigter Form an die Jugendlichen zurückgegeben zu werden. Bei der Re-Introjizierung durch den Jugendlichen wird nicht nur das modifizierte Gefühl wieder aufgenommen, sondern auch das Objekt (bzw. die interaktive Erfahrung), das in der Lage war, den Affekt zu modifizieren. Damit wird die potenzielle Möglichkeit erlebbar, unerträgliche oder überwältigende Affekte prinzipiell verarbeiten und „entschärfen“ zu können.

Letztlich ist dies das wesentliche Ziel: Pädagogen/Therapeuten sollen nicht auf Dauer als „Reinigungs- und Entgiftungsmaschine“ zur Verfügung stehen müssen, sondern nach und nach, über wiederholte Erfahrungen, soll der „reflektierende Modus“ so gestärkt werden, dass die eigenen, innerlichen Containment-Funktionen der Jugendlichen verbessert und damit die Selbstregulationsfähigkeit in kritischen Situationen gesteigert wird – das ist, wie gesagt, bei manchen Jugendlichen die Voraussetzung für eine fruchtbare weitergehende therapeutische Auseinandersetzung.<sup>10</sup>

---

9 Diese Überlegung konterkariert natürlich in gewisser Weise die an messbaren Veränderungen/Verbesserungen orientierte Perspektive der kostenbezogenen Jugendamts- und Krankenkassenvorstellungen.

10 Es geht bei der Mentalisierung – das müsste sicher weiter ausgeführt werden – nicht um das Einüben „neuer“ Sprachformen und die Anpassung der Jugendlichen an pädagogisch-therapeutischen Jargon – das kommt bisweilen auf dem Hintergrund der Jugendhilfekarrieren zunächst heraus und führt im Grunde zu einer erneuten Sprachverwirrung (vgl. Bolm, 2004, S. 180) –, sondern um die emotionale Verknüpfung von mentalen Prozessen mit dem Fühlen und Erleben in alltäglichen Interaktionssituationen. Dabei spielen die unbewussten Prozesse, ihre Transformation und die Introjektion der Objektbeziehungen die wesentliche Rolle, die dann, wenn sie gelingt, in anderem Sprechen, anderem Mentalisieren zum Ausdruck kommen.

„Containment“ ist also die Beschreibung einer Funktion der pädagogisch-therapeutischen Prozesse – und eine Funktion der Gruppe in der TWG und der Gruppentherapie. Containment findet in alltäglichen Situationen statt und sieht, von außen betrachtet, ganz einfach aus: Das Schlichten eines Konflikts, das Nachbesprechen einer schwierigen Situation, das Verbieten schädigender Verhaltensweisen, das Trösten in untröstlichen Situationen, gemeinsames Essen und Spaß haben.

Auf diese Art kann man auch den im pädagogischen und therapeutischen Feld benutzten Begriff der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ als Merkmal und Ziel der Arbeit im Therapeutischen Milieu inhaltlich genauer beschreiben.

Klar sind wir uns alle darüber, dass das „Halten“ und das Containment ein immer wieder emotional schwer zu ertragender Prozess ist, der gerade im Alltäglichen die psychischen und physischen Kräfte enorm in Anspruch nimmt und sicher oft auch keinen Spaß macht, sondern nervenaufreibend und ätzend sein kann.

### 3.2 Die Gruppe

Um es noch einmal zu betonen – die Kollegen haben in den Vorträgen darauf deutlich hingewiesen: Unserer Erfahrung und Ansicht nach bietet gerade die Gruppe den geeigneten Rahmen an, um an der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, am Erleben und Erlernen des „reflektierenden Modus“ die interaktiven Fähigkeiten und Möglichkeiten der einzelnen Jugendlichen zu stärken.

Sowohl in der Gruppentherapie als auch in der Alltagsgruppe der TWG ist es möglich zu sehen, zu erfahren und zu erleben, wie mit Gefühlen und Wünschen umgegangen wird, wie die „mütterliche Funktion“ des Haltens und Aufnehmens und die „väterliche Funktion“ des Beobachtens, Verbindens, Begrenzens zur Strukturierung und Stabilisierung beitragen. Die häufig fehlende Triangulierung, die einen Wechsel der Perspektive und damit ein Reflektieren der eigenen und der anderen Position ermöglicht, ist in der Gruppensituation im Grunde einfacher herzustellen als in der Zweiersituation des pädagogischen oder therapeutischen Kontakts.

Die Gruppe ist ein realer Übungsraum und ein realer Beobachtungsraum, in dem jeder mit sich selbst und beobachtend bei Anderen Erfahrungen machen kann. In der Gruppe geschehen diese containenden und mentalisierenden Prozesse im Rahmen der haltenden Struktur, die die Gruppentherapeuten aufrecht erhalten, weil es vielfältige Übertragungen geben kann, weil es unmittelbare und unterschiedliche Reaktionen/Interaktionen gibt, weil es ausgesprochene unterschiedliche Wahrnehmungen gibt, mit denen man sich identifizieren, die man differenzierend ablehnen oder von denen man sich verstanden fühlen kann. Man kann außerdem an dem, was andere „arbeiten“, zuschauend, mitfühlend lernen – Erfahrungen machen, ohne selbst schon im Mittelpunkt zu

stehen –, sozusagen im stillen Kämmerlein arbeiten und seine selbstreflexiven, selbstbeobachtenden Studien treiben und seine Fähigkeit der Mentalisierung und damit Selbstregulation ausbauen oder aber aktiv handelnd, redend erleben, wie die auf die anderen projizierten Gefühle und Gedanken zurückgegeben und relativiert werden.

Das Wichtigste an den Gruppensituationen in unserem Arbeitskontext ist die aktuelle Interaktion, das was gerade passiert. Dabei ist die Auseinandersetzung um die Frage, wer den Weichspüler einkauft, gleich wichtig, wie tiefgreifende Erkenntnisse über den früheren Kontakt zur Mutter.

### *3.3 Pädagogisch-therapeutische Arbeit*

Nun könnte man meinen – gerade weil der beschriebene Prozess dem der Pflege und Betreuung kleiner Kinder bzw. normalem Erziehen entspricht –, dieses Mentalisieren, Containieren und Metabolisieren sei eigentlich etwas, was „die genügend gute Mutter“, der „ausreichend gute Vater“ – entsprechend Pädagoge/Therapeut – einfach so, nebenbei, gewissermaßen selbstverständlich und natürlich tut – jedenfalls ausreichend gut und kontinuierlich und ausreichend häufig. Auch wenn man das mal so stehen lässt, bleibt doch Folgendes:

Ein Grund dafür, dass die Anforderungen an professionelle Arbeit über intuitives „Richtig-Handeln“ hinaus geht, ist, dass wir es in der Arbeit nicht mit sozusagen relativ „unbeschriebenen“ Säuglingen oder Kleinkindern zu tun haben, sondern mit Jugendlichen, die auf dem Hintergrund ihrer biografischen Erfahrungen relativ ausgeprägte, z.T. sehr starre und unflexible Persönlichkeiten entwickelt haben und uns mit ihrer in mancher Hinsicht beschädigten Subjektivität begegnen.

Die Jugendlichen erleben und bearbeiten für sie schwierige, belastete, belastende oder angespannte Situationen häufig im „Äquivalenzmodus“<sup>11</sup>, projizieren ihre Affekte und Gedanken auf Andere oder spalten ihr gefühlsmäßiges Erleben und/oder ihre Gedanken, Wünsche, Vorstellungen soweit von realen Situationen ab, dass keine Verbindung herzustellen ist.

Ihre spezifische Subjektivität ist in mancher Hinsicht aufgrund der schwierigen frühen Erfahrungen ein „fremdes Selbst“,<sup>12</sup> mit dem Pädagogen und Therapeuten konfrontiert werden. Dieses fremde Selbst wird immer wieder nach außen projiziert, um ein authentisches Selbsterleben zu ermöglichen und den Zusammenhalt des Selbst zu gewährleisten (Potthoff, 2009, S. 93).

Die Schwierigkeit der Arbeit, die Schwierigkeit des „markierten Spiegels“ (Fonagy) oder des „Antwortens“ im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen

---

11 „Der Äquivalenzmodus des Erlebens unterscheidet nicht zwischen dem, wie man den anderen empfindet, und seiner Wirklichkeit, und das macht es praktisch unmöglich, Übertragungen als solche zu erkennen.“ (Hirsch, 2009, S. 47)

12 Im Sinne Fonagys, siehe: Potthoff (2009, S. 93), zur Differenz zu „falschem Selbst“ bei Winnicott siehe ebd.

Therapie liegt darin, dass es einen aus der Erfahrung resultierenden inhärenten Druck gibt, in der aktuellen Interaktion entsprechend einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung die „bekannten, alten Erfahrungen“ zu wiederholen.

Die Jugendlichen handeln und stellen in ihrem Handeln und Reden ihr innerpsychisches Erleben im Äußeren dar und verwickeln *Jeden* in ihre Reinszenierungen. Das unbewusste Ziel dieser Wiederholung ist vermutlich ein Doppeltes: einerseits im Wiederholen die „Richtigkeit“ der bisherigen Wahrnehmung und Interpretation zu bestätigen, so schmerzhaft oder negativ sie auch ist, und zugleich vielleicht die Hoffnung, eine andere „Antwort“ zu bekommen, eine andere Erfahrung zu machen, vielleicht doch verstanden und angenommen zu werden.

Es ist im unmittelbaren Alltag, u.U. mehr noch als in der therapeutischen Situation, häufig sehr kompliziert, spontan und/oder überlegt dem „Prinzip Antwort“ zu entsprechen. Letztlich ermöglicht es nur die offene, kontinuierliche Fallanalyse, die affektiven Mitteilungen zu verstehen, die eigenen emotionalen Verstrickungen wahrzunehmen und so viel reflektierende Distanz herzustellen, dass eine metabolisierte Antwort gegeben werden kann. Ein „grundgereinigtes Gefühl“ soll zurückgegeben werden, das sich im Grunde dadurch unterscheidet, dass es schon einmal „beguckt“, hin- und her-gewendet und für „schwer oder leicht“, also schließlich für „handhabbar“ befunden wurde.

Daher ist es unbedingt notwendig, im Rahmen von intensiven Fallbesprechungen immer wieder zu reflektieren und zu verstehen, welche interaktionellen Szenen inszeniert werden, welche Gefühle bei wem im Spiel sind, um eine markierte Antwort geben, in Führungszeichen: „pädagogisch sinnvoll“ handeln zu können und nicht selbst im Äquivalenzmodus mit zu agieren.

Um dies zu gewährleisten, ist neben der Schulung des reflektierenden Modus die Triangulierung im kollegialen Fachdiskurs notwendig, die besonders dem emotional am meisten Involvierten ermöglicht, selbst durch die reflektierende Tätigkeit der Gruppe metabolisierte Affekte zurückzubekommen und aufnehmen zu können – auch hier findet der so beschriebene Reinigungsprozess<sup>13</sup> statt, der die Erlebens- und Handlungsfähigkeit erst wieder herstellt.

Dies ist, so scheint mir, der entscheidende Punkt, weshalb bei den Beschreibungen des Therapeutischen Milieus in den TWGs die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der intensiven Fallbesprechungen einen so außerordentlich großen Stellenwert hat. Manchmal erscheint es so, als sei dies, neben den – relativ gesehen einzelnen – Stunden der beschäftigten Psychologen mit den Jugendlichen, das einzig Besondere an TWGs im Vergleich zu Regelgruppen.

Ernsthaft betrachtet ist das auch so! – Ich schränke lieber ein: fast – es gibt sicher noch andere Unterscheidungsmerkmale!

---

13 In meiner Vorstellung ist dies kein esoterischer Reinheitsprozess, sondern eher eine Maschinenreinigung mit unterschiedlich harten und starken Bürsten – die feinstoffliche Ebene dürfte allerdings die Treffendere sein.



Allerdings „Ist das so!“ auf dem ausführlich dargestellten Hintergrund dessen, was sowohl in der Therapie, als auch in der alltäglichen Arbeit mit den Einzelnen und mit der Gruppe in den TWGs „getan“ wird. Nimmt man die Ausführungen zur Mentalisierung, zum Containment und Holding als theoretischen Hintergrund der praktischen fachlichen Arbeit ernst, so ist der Aufbau, die Aufrechterhaltung und Umsetzung des Therapeutischen Milieus tatsächlich etwas qualitativ anderes als die – ohne Frage – wichtige und häufig sehr gute pädagogische Arbeit in Regelgruppen der stationären Jugendhilfe (auch wenn dort z.T. natürlich ähnliche Mechanismen im Guten zur Wirkung kommen).

Einen wichtigen Punkt möchte ich noch einmal klarstellen: Bei allem, m.E. notwendigen, Bezug auf psychologische und psychoanalytische Theorie und Behandlung ist das Ziel nicht die Therapeutisierung des Alltags oder eine Aufladung der pädagogischen Tätigkeit mit vermutlich dann diffusen psychotherapeutischen Aufträgen. Im Gegenteil bleibt die Differenz der Aufgaben und Tätigkeiten von Pädagogen und Therapeuten für die stationäre Arbeit außerordentlich wichtig. Diese Differenz im konkreten Handeln und somit im Erleben für die Jugendlichen aufrechtzuerhalten, ist eine der wichtigen Aufgaben der gemeinsamen Reflexion vor dem Hintergrund eines von allen geteilten inhaltlich-konzeptionellen Verständnisses.

Ich komme zum Schluss: Das – wie ich finde – Elegante des Bezugsrahmens aus Mentalisierungstheorie und psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie ist, dass er praktisch so gut passt. Dass er sehr anregend ist für die Betrachtung und Analyse der konkreten Arbeit mit den einzelnen Jugendlichen, mit der Gruppe und mit dem Team. Dass er in diesem Sinne den „reflektierenden Modus“ des Teams sehr hilfreich mit Fantasie und gedanklicher Energie versorgt.

## Literatur

- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2005). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2008). *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin KATA-TWG*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Bolm, Th. (2004). Psychoanalytisch orientierte Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie – Praxis und Perspektiven des Göttinger Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 177-191.
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse* 2, Band 20, 175-199.

## I Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven

---

- Fey, M. (2009). *Therapie im Kontext von Beziehungsarbeit und Lebensweltorientierung*. Diplomarbeit. FU Berlin.
- Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (2005), Heft 41, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hennecke, K. (2007). *Zur Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka in Therapeutischen Einrichtungen der Jugendhilfe (TWGs) in Berlin*. Siehe: [http://www.therapeutische-jugendwohngruppen.de/dokumentationen/Pro\\_Hennecke\\_TWG-Untersuchung\\_2007.pdf](http://www.therapeutische-jugendwohngruppen.de/dokumentationen/Pro_Hennecke_TWG-Untersuchung_2007.pdf).
- Hirsch, M. (Hrsg.) (2009). *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Potthoff, P. (2009). Mentalisierung und gruppenanalytische Behandlungstechnik. In: P. Hirsch, *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 86-116.
- Rosemeier, C.-P. (2009). Pädagogisch-therapeutische Arbeit mit der Gruppe im stationären Jugendhilfe-Setting. *Kindesmisshandlung- und Vernachlässigung* 1, Hrsg. DGgKV, 65-81.
- Stähle, A. (2009). Sehen und Gesehen-Werden – Verstanden-Werden und lernen, sich selbst und andere zu verstehen. In: : M. Hirsch, *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 117-143.
- Streek, U. & Leichsenring, F. (2009). *Handbuch psychoanalytisch-interaktioneller Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

*Thomas Girnth*

## Sparen in der Jugendhilfe? Ein Kommentar

### **Warum „teure“ Jugendhilfemaßnahmen eigentlich preiswert sind**

Der öffentliche Diskurs über die scheinbar zu teuren Maßnahmen in der Jugendhilfe wird seit Jahren nach denselben Ritualen geführt. Die öffentliche Hand beklagt die hohen Kosten, die durch Jugendhilfemaßnahmen, vor allem im Bereich der Heimunterbringungen, entstehen. In jüngster Zeit wird die Fachdebatte auch noch ergänzt um Fragen nach der Wirksamkeit der Jugendhilfe. Dies oft verbunden mit einem leicht vorverurteilendem Tonfall und dezenten Hinweisen auf die Geschehnisse bei der Berliner „Treberhilfe“.

Die freien Träger antworten mit den Aufgaben des Sozialstaates und verweisen auf die Benachteiligungen ihrer Klientel. Gern wird hier moralisch-ethisch argumentiert und an das schlechte Gewissen der Protagonisten appelliert.

Als Antwort auf die Frage nach der Wirksamkeit ihrer pädagogisch-therapeutischen Arbeit unterziehen sich freie Träger langwierigen und komplizierten Evaluationsprozessen und Bewertungsverfahren, deren Aussagekraft und Stichhaltigkeit durchaus umstritten ist.

Sie entwickeln ein komplexes Qualitätsmanagement, um so, zumindest zum dem äußeren Anschein nach, mit der freien Wirtschaft auf Augenhöhe betrachtet werden zu können.

Dieser Diskurs hat sich über viele Jahre entwickelt, ist hoch ritualisiert und wenig ergiebig.

Wir möchten Sie daher an dieser Stelle einladen, die Fragestellung einmal aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.

Am Beispiel der Unterbringung von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen in einer therapeutischen Jugendwohngruppe möchten wir zeigen, dass diese Jugendhilfemaßnahmen weitaus billiger sind, als sie auf den ersten Blick erscheinen.

Unser Träger, DER STEG, betreibt in Berlin 30 Plätze für junge Menschen, die aufgrund psychischer Beeinträchtigungen und schwieriger familiärer Bedingungen nicht zu Hause leben können. Rund 80 % der Jugendlichen, die in unseren Einrichtungen leben, waren schon, häufig auch mehrfach, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht.

Der Kostensatz für unsere therapeutischen Jugendwohngruppen liegt bei 168,35 € pro Tag pro Kind (Stand März 2012). Somit entstanden dem Land Berlin 2011 jährliche Kosten von rund 1.733.000 €. Eine zunächst recht impo-

sante Summe, die so manchen Kämmerer dazu einladen mag, den Rotstift zu spitzen.

Betrachten wir jedoch diese Summe genauer. Von den 1.733.000 € sind im Jahr 2011 1.311.000 € für Personalkosten ausgegeben worden. 25 Erzieher-, 2,5 Sozialpädagogen-, 1,5 Psychologen- und eine Bereichsleitungsstelle wurden daraus finanziert. Diese Mitarbeiter arbeiten unmittelbar pädagogisch-therapeutisch mit den jungen Menschen.

Die restliche 422.000 € entfallen auf Mieten, Betriebskosten, Lebensmittel für die Jugendlichen, allgemeine Verwaltungskosten und weitere kleinere Ausgabenposten, wie z.B. Schülermonatsmarken für die öffentlichen Verkehrsmittel etc.

Von den 1.311.000 Mill. € Bruttopersonalkosten fließen rund 551.000 € unmittelbar ab, zum einen an den Staat in Form von Lohnsteuern (ca. 140.000 €) zum anderen an die Sozialversicherungssysteme in Form von Krankenkassenbeiträgen, Rentenversicherung, Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung (ca. 411.000 €). Das Geld, welches beim Träger ankommt, sinkt auf rund 1.182.000 €. Somit verbleibt ein Tagessatz von rund 108 € pro Tag pro Kind.

Die Eltern werden an den Kosten der Unterbringung beteiligt. Alle Eltern, auch Hartz IV-Empfänger, müssen beispielsweise ihr Kindergeld an die Jugendämter abführen. Der Tagessatz sinkt somit mindestens um weitere 5 € auf ca. 103 €. Eltern mit eigenen Einkünften aus Berufstätigkeit werden mit deutlich höheren Beiträgen an den Unterbringungskosten beteiligt.

Stellen wir uns nun vor, die Einrichtung würde abgewickelt und alle Mitarbeiter arbeitslos. Die Mitarbeiter wären somit angewiesen auf Transferleistungen. Da sie alle lange Jahre in die Sozialversicherung eingezahlt haben, bestehen Ansprüche, z.B. aus der Arbeitslosenversicherung.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes beträgt 60 % vom bereinigten Lohn. Dies bedeutet in unserem Fall eine Summe von rund 709.000 € im Jahr. Hierbei handelt es sich um eine etwas gröbere Schätzung, da diese Summe sehr von den Einzelfällen abhängt.

Bei einem schlichten Streichen des pädagogisch-therapeutischen Angebotes unserer Jugendwohngruppen würde unser Staat, wie oben beschrieben, auf Lohnsteuern und Abgaben an die Sozialversicherungssystem in Höhe von rund 551.000 € verzichten. Gleichzeitig müsste er Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit in Höhe von ca. 709.000 € zahlen.

Zieht man diese Summen von den Erlösen von 1.733.000 € ab, verbleiben Kosten in Höhe von 473.000 €. Teilt man diese Summe durch die Anzahl der Belegungstage (30 Plätze x 365 Tage = 10.950 Tage pro Jahr) ergibt sich ein Tagessatz von 43,20 €. Abzüglich der Eigenbeteiligung der Eltern in Höhe von mindestens 5 € pro Tag verbleibt ein Kostensatz von 38,20 €.

Schaut man sich diese Kosten genauer an, so erkennt man, dass auch sie volkswirtschaftlich positiv investiert werden. Anteilig werden hieraus Verwaltungsmitarbeiter bezahlt. Es werden Investitionen in den Erhalt der Mietobjekte

und in Reparaturen getätigt und tatsächlich müssen die Jugendlichen in unserer Einrichtung auch zu essen bekommen und eine Monatsmarke für die öffentlichen Verkehrsmittel, damit sie nicht schwarzfahren.

Auch für diese Investitionen fallen also zum großen Teil Steuern an und Arbeitsplätze werden gesichert.

Natürlich kann man einwenden, dass eine Reihe von Mitarbeitern schnell wieder in einem anderen Bereich eine Arbeitsstelle finden würde. Jedoch stehen diese Einrichtungen unter einem ähnlichen Kürzungsdruck, so dass dort die gleichen Argumentationslinien und Berechnungsgrundlagen wie in unserem Beispiel gelten.

Auch wenn nur wenige Mitarbeiter keinen neuen Job finden würden, ist zu bedenken, dass längere Arbeitslosigkeit oft zu erheblichen gesellschaftlichen Folgekosten führt. Es ist hinlänglich bekannt, dass Menschen, die von längerer Arbeitslosigkeit betroffen sind, häufig ungesünder leben und möglicherweise Depressionen oder Suchtverhalten entwickeln, welche wiederum behandlungsbedürftig sind, und die Sozialversicherungssysteme mit erheblichen Kosten belasten.

Wenn uns die „Aktion Mensch“ in ihrer groß angelegten Werbekampagne vor einiger Zeit fragte: „In welcher Gesellschaft wollen wir leben?“, so gehört hierzu auch die Frage, ob unsere Gesellschaft in Arbeit oder in Arbeitslosigkeit investieren will. Gesamtgesellschaftlich betrachtet ist es von nur geringer Bedeutung aus welchem „Topf“ etwas finanziert wird, entscheidend ist, worin und wofür investiert wird.

Wollen wir eine Gesellschaft nach anglo-amerikanischem Vorbild? Eine Gesellschaft wie die amerikanische, in der Präsident Obama nur unter großen Anstrengungen erst 2010 ein Krankenkassensystem installieren konnte? Eine Gesellschaft, in der die Reichen in selbst gewählten Ghettos leben und in hohe private Sicherheitsstandards investieren müssen? Eine Gesellschaft, in der die Menschen in täglicher Angst leben, Opfer eines Kapitalverbrechens zu werden? (In den USA wurden 2004 3,45 Tötungsdelikte mit Schusswaffen auf 100.000 Einwohner verübt; in Deutschland 0,19).

Oder wollen wir eine Gesellschaft nach skandinavischem Vorbild, in der unter dem Motto: „Alle müssen mit!“ viel in Bildung und soziale Sicherheit investiert wird, um hohe Folgekosten für die innere Sicherheit zu vermeiden und allen Bürgern eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an Arbeit zu ermöglichen?

Ach ja, wir betreuen in unserer Einrichtung junge Menschen, die schwer psychisch erkrankt sind, die unter Traumata leiden, als Kinder missbraucht wurden, Psychosen entwickelt haben, suizidgefährdet sind oder sich selbst verletzen. Würde man „Folgekosten“ für das Gesundheits- und Sozialsystem sowie die nicht erreichten Ausbildungsabschlüsse, Berufstätigkeiten und Arbeitsjahre „errechnen“, die entstehen (können) bzw. vermieden werden (könnten), wenn

jungen Menschen wirkungsvoll, angemessen und frühzeitig in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung geholfen wird, gesellschaftlich akzeptierte und gewünschte Wege zu finden, würde die „Rechnung“ der gesellschaftlichen Kosten noch eine ganz Andere ...

Auch wenn dies ein Rückgriff auf das eingangs erwähnte ritualisierte Argumentieren ist: Diese jungen Menschen brauchen die Unterstützung unserer Gesellschaft. Sie bedürfen einer fachlich ausgereiften, pädagogisch-therapeutischen Förderung, wie sie unsere therapeutischen Jugendwohngruppen bieten, damit sie Benachteiligungen, die sie in ihrem Leben in erheblichem Umfang erfahren haben, ausgleichen können.

## II PUBERTÄT UND WAHNSINN

---





## *Sinntek & Hurby*

### Der Weg vor mir

An alle, die uns kennen  
wir sind auf dem Weg nach oben!  
Die Zeit ist reif.  
Wir machen was draus, wir haben uns selbst belogen  
mal sehen, was die Zukunft zeigt.

Ich habe vor was zu erreichen im Leben  
und steh mir selber nicht im Weg,  
behalt die Realität im Auge und glaube daran,  
dass mein Ziel nicht weit entfernt ist,  
denn ich laufe die Strecke Stück für Stück und es nähert sich.  
Ich ärgere mich, wenn ich nicht den Moment lebe  
oder bei der Arbeit nicht 110 % gebe.  
In meinem Kopf entzündeten sich Ideen, die ich verwirklichen will,  
die jedoch nicht alle verstehen.  
Ich will zurückblicken können in ein, zwei Jahren und sagen,  
die Entscheidung war richtig,  
denn den Weg bin ich bewusst gegangen, bin nicht in Frust gefangen  
nur weil ich nicht tu, was mir Hunderte sagen.  
Mittlerweile prophezeie ich meine Zukunft positiv,  
überlasse nichts dem Zufall als würd ich Lose ziehen.  
Ich glaub, ich hab entdeckt, wozu ich in der Lage bin,  
ich lass noch mal revuepassieren wo sind all die Jahre hin?

An alle, die uns kennen...  
wir sind auf dem Weg nach oben!  
Die Zeit ist reif.  
Wir machen was draus, wir haben uns selbst belogen  
mal sehen, was die Zukunft zeigt.

Was meine Zukunft bringt, jede Menge Fitness, viel Liebe für die Family  
und endlich Business, ich hab solange gekämpft, so viel Scheiße gefressen,  
Ich will jetzt auch endlich Money für vernünftiges Essen,  
ich will ein drogenfreies Leben und mir selbst was wert sein.  
Ich denk mir jeden Tag, Mann, das kann nicht so schwer sein.

## II Pubertät und Wahnsinn

---

Ich will meine Selbstzweifel ablegen und  
um Gottes Willen auf dem Boden bleiben und nicht abheben.  
Ich will alles dafür tun, dass mein Sohn es besser hat.  
Ein Vater für ihn sein, „Papa hat Dich lieb, mein Schatz“.  
Ich geh jetzt raus und stehe zu meinem Wort,  
In Sachen Berufung wird es irgendwas mit Sport,  
ich hab so Vieles vor und bin hochmotiviert, ich danke meinen Freunden  
und vor allem danke ich Dir, Vanessa,  
ich liebe Dich von ganzem Herzen, mir fehlen die Worte, ich liebe Dich von  
ganzem Herzen.

An alle, die uns kennen  
wir sind auf dem Weg nach oben!  
Die Zeit ist reif.  
Wir machen was draus, wir haben uns selbst belogen  
mal sehen, was die Zukunft zeigt.

*Heiko Kleve*

## Der Sinn des Wahnsinns

### **Jugendliche „Verrücktheit“ aus sozial-systemischer Sicht**

„[W]enn man wissen will, was ‚pathologisch‘ ist, muß man den Beobachter beobachten, der diese Beschreibung verwendet, und nicht das, was so beschrieben wird.“

Niklas Luhmann (1990a, S. 226)

### **Zusammenfassung**

In diesem Beitrag wird eine Perspektive eingenommen und zugespitzt, die deutlich machen soll, dass soziale Kontexte das erschaffen, was zumeist einzelnen Personen, etwa Jugendlichen zugeschrieben wird: abweichendes, verrücktes Verhalten. Ein theoretischer, mithin abstrakt ausgerichteter Blick wird auf die Gesellschaft sowie auf sozialarbeiterische bzw. therapeutische Organisationen und Interaktionen geworfen, die vorgeben, eine Realität zu diagnostizieren und zu verändern, die als therapiebedürftig gilt. Dabei geraten aber systematisch die Anteile dieser sozialen Kontexte aus dem Visier, die diese Realität mit konstruieren. Das Einblenden dieser Kontexte erfolgt hier mit einer gewissen Übertreibung. Diese soll dazu beitragen, dass die Leserinnen und Leser aus professionellen Feldern ihre Aufmerksamkeit auch auf das richten, was zumeist in ihren blinden Flecken verschwindet: ihre eigenen Beiträge bei der Erschaffung und Aufrechterhaltung der Probleme ihrer Klientinnen und Klienten.

### **Einleitung**

Im November 2010 mailte mir Per Wolfrum und fragte mich, ob ich auf dem TWG-Fachtag „eine systemische [...] Dekonstruktion“ (Mail vom 11.11.2010) des Verständnisses von psychischer Krankheit bei Jugendlichen entwickeln könnte. Ich musste einige Zeit überlegen, sagte dann aber zu. Denn die Frage, wie so genannte psychische Krankheiten verstanden werden können, beschäf-

tigt mich schon seit über 20 Jahren; das hat nicht zuletzt private Gründe. Ein naher Verwandter von mir, ein Bruder meiner Mutter, geriet Anfang der 1990er Jahre in psychiatrische Behandlung, nachdem seine Verhaltensweisen für die Familie nicht mehr verständlich waren und er sich selbst zunehmend mit seinen Handlungen gefährdete. Ich erlebte dann im Weiteren, wie die Diagnose „bipolare affektive Störung“ sowohl meinen Onkel als auch die Familie veränderte.

Aber auch beruflich, als selbstständiger Sozialarbeiter, begab ich mich in das Feld der Psychiatrie. Von Mitte der 1990er Jahre bis 2001 arbeitete ich u.a. als sozialpsychiatrischer Einzelfallhelfer in unterschiedlichen Berliner Bezirken und hatte mit jüngeren und älteren Menschen zu tun, denen verschiedene psychiatrische Diagnosen anhafteten und die ihr Leben mehr oder weniger darauf einstellten. Trotz oder gerade wegen dieser privaten und beruflichen Betroffenheit hinsichtlich des psychiatrischen Kontextes fällt mir die Beschäftigung mit dem Thema meines Beitrags nicht leicht. Ich frage mich etwa, ob ich denn überhaupt etwas zum Thema beitragen kann, was in Fachkreisen nicht seit Jahren bekannt ist. Darüber hinaus überlege ich, ob eine so genannte systemische Dekonstruktion des Begriffes „psychische Krankheit“ heute überhaupt noch angemessen ist angesichts des vielfältigen medizinischen, psychologischen und soziologischen Wissens hinsichtlich der Genese und Dynamik psychiatrischer Störungen.

Dennoch werde ich hier ausschließlich eine sozialwissenschaftlich inspirierte systemische Perspektive einnehmen. Ich reduziere die Komplexität der möglichen Betrachtungsweisen also stark, enge den Fokus entsprechend ein. Dieser Fokus basiert letztlich auf den seit Mitte des 20. Jahrhunderts laufenden Versuchen, alternative Betrachtungsweisen zum weiten Feld der psychiatrischen Störungen zu erarbeiten. Klassiker wie Gregory Batesons Arbeiten (siehe etwa Bateson u.a., 1969), die beispielsweise von Paul Watzlawick (siehe etwa Watzlawick & Weakland, 1990) fortgeführt wurden, dessen Schriften ebenfalls bereits als klassisch zu bewerten sind, haben schließlich Eingang gefunden in neuere Reflexionen von Fritz B. Simon (etwa 1993; 1995), der eine konsequent konstruktivistisch und kommunikationstheoretisch fundierte Betrachtung der Genese von psychiatrischen Symptomatiken entwickelt hat (siehe zur Einführung in seine Arbeiten auch Kleve, 1999). Seine provozierende These lautet, dass psychische Krankheiten aus einer Verwechslung von Logik und Leben resultieren: „Psychische Störungen treten auf, wenn versucht wird, die Regeln des Lebens (d.h. des menschlichen Verhaltens, Denkens und Fühlens und der damit verbundenen biologischen Mechanismen) den Regeln der zweiwertigen Logik anzupassen“ (Simon 1993, S. 449).

Damit ist Simons Sichtweise verwandt mit jener von Michel Foucault (1973), für den Wahnsinn und Vernunft, Verrücktheit und Logik ebenfalls untrennbar miteinander verschweißt sind, wie zwei Seiten einer Medaille. Diese Verkoppelung von Rationalität und Irrationalität in den Arbeiten von Simon und Foucault kann bereits als Dekonstruktion bezeichnet werden; dekonstruiert wird

die vermeintliche Trennung der beiden Aspekte, die wir im Alltag gemeinhin vornehmen, um eben die „Verrückten“ von den „Normalen“ zu unterscheiden.

In etwas anderer Weise provoziert *Die unendliche und endliche Psychiatrie* von Jochen Schweitzer und Bernd Schumacher (1995), weil die Autoren zeigen, dass das, was auch heute psychische Krankheiten zumeist kennzeichnet, als eine Konstruktion der Psychiatrie selbst aufgefasst werden kann: deren chronischer Verlauf. Schweitzer und Schumacher beschreiten einen ähnlichen Weg wie jenen, den auch ich hier gehen möchte: Sie betrachten die gesellschaftlichen, organisatorischen und interaktionellen Kontexte, die als Konstruktionsrahmen von psychischen Störungen angesehen werden können.

Mein Versuch einer systemischen Dekonstruktion jugendlicher Verrücktheit folgt strikt dem eingangs zitierten Postulat von Niklas Luhmann. Demnach werden nicht mit welchen Diagnosen auch immer bewertete Jugendliche betrachtet; vielmehr schauen wir auf die Beobachter und auf deren Kontexte, die hier Pathologie und dort Normalität unterscheiden.

Dies soll in vier Schritten geschehen: In einem *ersten Schritt* werde ich ausführen, was ich überhaupt unter einer „systemischen Dekonstruktion“ verstehe. Alle weiteren Überlegungen werden dann in drei Kontexte eingebettet, die das Phänomen der jugendlichen Verrücktheit sinnhaft rahmen können. Ich werde somit in einem *zweiten Schritt* den Kontext der Gesellschaft ansteuern, also zunächst den größtmöglichen sozial-systemischen Bezugsrahmen ansetzen, den die Soziologie zu bieten hat. *Drittens* wird es um die Ebene der Organisationen und *viertens* schließlich um den Kontext der zwischenmenschlichen Beziehungen, um die Interaktionen gehen. Alle genannten Kontexte dienen als sozial-systemische bzw. soziologische Interpretationsrahmen, um die zentrale These meines Beitrags zu erhärten, *dass nämlich scheinbar verrücktes Verhalten, das einzelnen Personen (etwa Jugendlichen) zugeschrieben wird, als sinnvoll erscheinen kann, wenn wir uns anschauen, welche sozialen Kontexte dieses Verhalten allererst herausfordern und chronisch stabil halten.*

## Systemische Dekonstruktion

Unter Dekonstruktion können wir mit Jacques Derrida (1986) ein Verfahren verstehen, das es erlaubt, scheinbar gegebene Phänomene, offenbar klare und eindeutige Sichtweisen umzustürzen, um allzu Selbstverständliches seiner vordergründigen Selbstverständlichkeit zu berauben. Ein Beispiel dafür ist die bereits ausgeführte These von Fritz B. Simon, dass nur derjenige verrückt werden kann, der gemäß der klassischen Logik rational denkt. Damit wird Rationalität ihrer Eindeutigkeit beraubt und – in ambivalenter Weise – mit ihrem Gegensatz, der Irrationalität, der Verrücktheit untrennbar verknüpft.

Hier soll es darum gehen, Verhaltensweisen, die gemeinhin als verrückt, unpassend, abweichend oder deviant bewertet werden, als sinnvolle Reaktionen aufzufassen, die genau zu den Kontexten passen, in denen sie entstanden, beobachtet, benannt, diagnostiziert oder behandelt werden. Nach einer Dekonstruktion erscheint ein Phänomen mindestens in einem anderen Licht oder ist gar ein gänzlich anderes geworden.

Um solche Dekonstruktionen zu realisieren, wollen wir die systemische Perspektive in Anlehnung an Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer (vgl. Varga von Kibéd & Sparrer, 2009; Sparrer, 2006, S. 39f.) nutzen. Demnach soll „systemisch“ als Attribut verwendet werden für den Versuch, Beschreibungen und Erklärungen zu entwickeln, die von der Zuschreibung von Eigenschaften an Personen „zugunsten der Betrachtung von Relationen, Strukturen, Kontexten, Dynamiken und Choreografien“ abzusehen erlaubt (Varga von Kibéd, 2005, S. 229). Für Varga von Kibéd und Sparrer ist „systemisch“ keine Eigenschaft, die Beschreibungen oder Erklärungen anhaftet, sondern ein Konzept, das es erlaubt, zwischen Ansätzen zu unterscheiden, die als mehr oder weniger systemisch gelten können. „Mehr systemisch“, mithin systemischer sind also Ansätze, die in stärkerem Maße als andere Konzepte von der Zuschreibung von Eigenschaften an Personen absehen zugunsten der Betrachtung von Kontexten und Beziehungen.

Somit wird „Verrücktheit“ aus systemischer Sicht nicht verstanden als eine Eigenschaft, die etwa einem Jugendlichen attestiert werden kann, sondern als ein Phänomen, das sich durch bestimmte Beziehungsrelationen, -dynamiken oder -choreografien bzw. durch soziale Strukturen und Kontexte herausbildet und stabil hält sowie durch die Veränderung dieser Beziehungen und Sozialstrukturen auch wieder wandeln kann.

Paul Watzlawick (1992, S. 25ff.), der Altmeister des systemischen Blicks, gibt in seinem Büchlein *Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn* schöne Beispiele für eine solche systemische Betrachtung. Eines dieser Beispiele soll hier angeführt werden:

„Nach dem Zweiten Weltkrieg schickte man von amerikanischer Seite aus eine Forschergruppe nach England, um ein soziologisch sehr interessantes Phänomen zu studieren, das es in diesem Ausmaß bisher noch nie gegeben hatte. Es handelte sich um die Durchdringung einer ganzen Bevölkerung durch Hunderttausende von Angehörigen eines anderen Kulturkreises, nämlich durch die amerikanischen Soldaten, die während der Invasion in England stationiert waren. Die Wissenschaftler untersuchten unter anderem das Paarungsverhalten zwischen den amerikanischen Soldaten und den englischen Frauen. Dabei stieß man auf einen sehr seltsamen Widerspruch. Die englischen Frauen bezeichneten die amerikanischen Soldaten als sexuell sehr direkt. Das war von Soldaten ja zu erwarten. Merkwürdigerweise aber sagten die Amerikaner von den englischen Mädchen genau dasselbe.

Man versuchte diesen Widerspruch zu klären und stellte fest, daß in beiden Kulturkreisen das Paarungsverhalten vom ersten Blickkontakt der zukünftigen Sexualpart-

ner bis zum Vollzug des Geschlechtsverkehrs durch ungefähr 30 gut feststellbare Stufen läuft.

Allerdings ist in beiden Kulturkreisen die Abfolge dieser 30 Stufen verschieden. So kommt z.B. Küssen im amerikanischen Paarungsverhalten relativ früh und ist eine harmlose Sache, während es sich im englischen Paarungsverhalten eine sehr erotische Bedeutung hat und daher erst spät kommt. Sagen wir, daß für Amerikaner Küssen bei Stufe 5 kommt, während es sich in England bei Stufe 25 ergibt. Stellen Sie sich vor, was geschah, wenn der amerikanische Soldat annahm, daß der Moment gekommen sei, seine neue Freundin zu küssen. Diese war nun mit einem Benehmen konfrontiert, das nicht in das frühe Stadium der Beziehung paßte und nur als unverschämt zu bezeichnen war. Das Mädchen hatte daraufhin zwei Möglichkeiten: Entweder sie floh, oder aber – da zwischen 25 und 30 nicht mehr viele Stufen liegen – sie begann, sich auszuziehen. In diesem Fall fand sich nun der amerikanische Soldat vor einem Verhalten, das er nicht erwartet hatte und das auf ihn ebenfalls „schamlos“ wirkte. [...] Würde man einen klassischen Irrtum der Verhaltenswissenschaften begehen und das Mädchen allein beobachten, also ohne die Interaktion in Betracht zu ziehen, so könnte man die Betreffende, wenn sie fluchtartig wegläuft, als Hysterikerin, und wenn sie anfängt, sich auszuziehen, als Nymphomanin bezeichnen.“

Systemisches Denken versucht nun, diesen „klassischen Irrtum der Verhaltenswissenschaften“ (siehe oben) nicht zu begehen, sondern Verhaltensweisen in ihren sozialen Kontexten zu betrachten. Um die Bedeutung der sozialen Kontexte für das Verstehen von Verhalten nochmals herauszustellen, soll kurz ein weiteres Beispiel herangeführt werden, das jede/r selber für sich durchspielen kann: *Stellen Sie sich vor, Sie fokussieren bei einem Fußballspiel nur den Schiedsrichter, Sie blenden alles andere aus, vor allem die Spieler und die Spielregeln! Wie würden die Verhaltensweisen des Schiedsrichters Ihnen dann erscheinen? Wie würden Sie das bewerten, was er macht?*

Das Ausblenden des sozialen Kontextes lässt Verhalten verrückt, ungewöhnlich, ja unpassend erscheinen. Das Einblenden des Kontextes jedoch kann verständlich machen, warum so gehandelt wird, wie gehandelt wird. *Die Suche nach passenden Kontexten* und *das Einblenden derselben* sind zwei typische Grundoperationen des systemischen Konzeptes, die im Folgenden hinsichtlich psychiatrischer Auffälligkeiten, verrückter Verhaltensweisen realisiert werden sollen. Dazu betrachten wir zunächst den allumfassenden sozialen Kontext, nämlich die Gesellschaft und fragen uns, wie dieser Kontext das als sinnvolles Verhalten herausfordert, was als verrückt oder pathologisch erscheinen mag.

## Gesellschaft

Um zu erklären, in welcher Weise der übergeordnete gesellschaftliche Kontext jugendliche Verrücktheit beeinflusst oder gar sinnvoll werden lässt, könnten freilich zahlreiche Aspekte herangezogen werden. Hier werden lediglich zwei gesellschaftliche Phänomene, die aus meiner Sicht zentral sind, skizziert – *erstens*: die funktionale Gesellschaftsdifferenzierung und ihre Folgen sowie *zweitens*: die soziale Ungleichheit, insbesondere bezüglich der gesellschaftlichen Verteilung des materiellen Wohlstandes.

### *Funktionale Differenzierung*

Wir leben heute in einer funktional differenzierten Gesellschaft, einer Gesellschaft, die sich in so genannte Funktionssysteme aufteilt (vgl. Luhmann, 1997a). Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft, Erziehung/Bildung, Religion, Kunst, Massenmedien und Gesundheitssystem sind wichtige gesellschaftliche Subsysteme, die unser Leben prägen, aber auch aufspalten. Die Gesellschaft ist demnach nicht mehr als Ganzes erreichbar oder erkennbar, sondern lediglich in Form der unterschiedlichen Funktionssysteme, die nebeneinander existieren und unsere soziale Realität vervielfältigen (vgl. Fuchs, 1992). Wir sind daher gezwungen, als Wanderer zwischen diesen Systemen hin und her zu gehen, wechselnde Inklusionen, wie das soziologisch genannt wird, zu realisieren.

Aus der Perspektive der Menschen erscheint diese funktionale Differenzierung durchaus als anstrengend. Sie fühlt sich an, als ob immerfort unterschiedliche Erwartungen an uns zerren. Jedes System hat Ansprüche, bezieht sich auf die Individuen mit Forderungen, die zu individuellen Verpflichtungen werden. Die populäre Frage nach der *Work-Life-Balance* ist diesbezüglich nur *ein* Problem, das signalisiert, dass wir offenbar immer weniger in der Lage sind, das zusammenzuhalten, was zu zerspringen droht: *uns selbst*. Für Jugendliche erscheint dieser Balanceakt insbesondere zwischen vier sozialen Kontexten: der Familie, der Schule, den Peergroups und den sozialen Internetnetzwerken.

Besonders die Familien prägen die Jugendlichen freilich. Denn sie sind die einzigen Systeme, die in einer funktional differenzierten Gesellschaft ganzheitliche Einbindungen ermöglichen und erwarten (vgl. Luhmann, 1990b). So entsteht ein Nebeneinander gegenläufiger und widersprechender gesellschaftlicher Einbindungen, die auf die Individuen treffen und diese, wie wir mit Peter Fuchs (1992) sagen könnten, *dividieren*, aufspalten. Die *Persönlichkeitsspaltung*, einst eine psychiatrische Kategorie, wird in einer funktional differenzierten Gesellschaft zu einer normalen Alltagserwartung, zu einem überlebenswichtigen Prinzip. Für Wolfgang Welsch (1990) ist subjektive Identität in unserer heutigen Gesellschaft nur in permanenten Übergängen und das heißt dann: immer wieder neu zu konstruieren und zu dekonstituieren (vgl. dazu auch Gergen,



1996). Daher ist die Aufspaltung des Individuums in kontextabhängige Dividuen, ist die Persönlichkeitsspaltung kein ausschließlich psychiatrisches Phänomen mehr, sondern wird zur Kompetenz, zwischen unterschiedlichen Kontexten mit ihren differenten Erwartungen hin und her zu gehen. „Die Konsequenzen für die Psychiatrie könnten beträchtlich sein.

„Zwar ist der Kranke keineswegs umstandslos zur Modellfigur künftiger Gesundheit zu erklären, aber daß Strukturen, die bislang für krankheitscharakteristisch galten, künftig für lebensermöglichend anzusehen sind, muß auch die Einschätzung und Behandlung des Kranken verändern.“ (Welsch, 1990, S. 199)

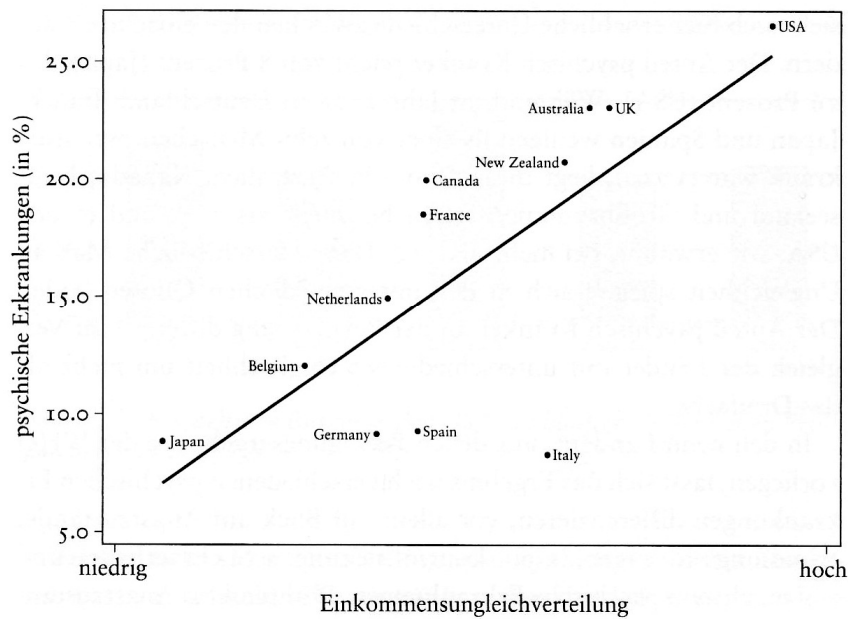
Wer sich mit jugendlicher Verrücktheit beschäftigt, sollte sich fragen, ob das Verhalten seiner Klienten etwas zu tun haben könnte mit den normalen Alltagsanforderungen des sozialen Lebens, um – wenn dem so ist – an der Frage zu arbeiten, wie das weniger dramatisch und leidvoll gestaltet werden kann, was unser heutiges Leben erfordert: das parallele Existieren in unterschiedlichen Welten, die jeweils andersartige subjektive Identitäten erwarten und konstituieren.

### *Soziale Ungleichheit*

Wenn wir auf die Gesellschaft blicken, dann sehen wir nicht nur die beschriebene funktionale Differenzierung, sondern auch soziale Ungleichheit zwischen den Menschen, insbesondere hinsichtlich ihrer Einkommen oder ihrer Bildung. Diesbezüglich können wir eine recht eindeutige Korrelation erkennen zwischen dem Grad der sozialen Ungleichheit in einer Gesellschaft und dem zahlenmäßigen Auftreten von psychischen Erkrankungen. Insbesondere Richard Wilkinson und Kate Pickett (2009, S. 81ff.) zeigen in ihrem Buch *Gleichheit ist Glück*, wie psychische Erkrankungen mit der sozialen Ungleichverteilung, insbesondere des materiellen Wohlstandes, vor allem des Einkommens zusammenhängen. Dazu haben sie Daten ausgewertet, die durch die WHO mit identischen Umfragen in Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Japan, den Niederlanden, Neuseeland, Spanien und den USA erhoben wurden. Dabei wird eine „Relation deutlich: In Ländern mit größerer Ungleichheit leidet ein viel höherer Anteil der Bevölkerung an psychischen Erkrankungen“ (ebd., S. 85).

Wie ist das nun erklärbar? Wilkinson und Pickett arbeiten dazu heraus, dass besonders Menschen in reichen Gesellschaften, also in Staaten mit einer hohen Arbeitsproduktivität und einem hohen Nationaleinkommen, die dennoch einen hohen Grad an sozialer, insbesondere materieller Ungleichheit aufweisen, an dieser Ungleichheit leiden. Dieses Leiden resultiert aus der sozialen Norm, sich an den Reichen zu orientieren und zu versuchen, es ihnen hinsichtlich des materiellen Besitzes von Luxusgegenständen gleich zu tun. Wenn dies jedoch – wie zumeist – nicht gelingt, dann entstehen Gefühle des Versagens und der Depression (vgl. ebd., S. 88).

Abbildung: „In den Ländern mit höherer Ungleichheit sind mehr Menschen psychisch krank.“ Aus: Wilkinson & Pickett (2009), S. 85.



Klar herausgestrichen werden kann, dass psychische Auffälligkeiten, ja Verrücktheiten von Jugendlichen mit dem Niveau sozialer Einkommensungleichheit in der Gesellschaft korrelieren. Diesbezüglich wäre die Soziale Arbeit politisch gefordert bzw. hätte dafür zu kämpfen, dass die Spaltung zwischen Armen und Reichen in der Gesellschaft nicht weiter eskaliert, sondern – im Gegenteil – dass durch sozialpolitische Maßnahmen, etwa hinsichtlich der Steuerpolitik oder der Einführung von Grundsicherungen, diese Schere abgebaut wird.

## Organisationen

Mit der jugendlichen Verrücktheit, mit entsprechenden psychischen Auffälligkeiten haben insbesondere Organisationen des Gesundheitswesens (etwa psychiatrische Einrichtungen) und des Sozialwesens (etwa öffentliche und freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe) zu tun. Daher sollen hier diese Organisationen im

Mittelpunkt stehen und organisationssoziologisch, mithin sozial-systemisch betrachtet werden. Die Frage ist, wie durch diese Organisationen jugendliche Verhaltensauffälligkeiten mit herausgefordert und stabilisiert werden, wie diese Verhaltensweisen also als Reaktionen auf organisatorische Dynamiken verstanden werden können. Um dies zu veranschaulichen, muss die Institution Organisation etwas näher bestimmt werden.

### *Organisationen als autopoietische Systeme*

Organisationen können als soziale Systeme ganz bestimmter Art aufgefasst werden, als Systeme, die in der modernen Gesellschaft die Inklusion und Exklusion hinsichtlich all jener Güter und Leistungen regeln, die Menschen für ihre bio-psycho-soziale Reproduktion benötigen. Von der Geburt an begegnen wir jederzeit und überall Organisationen, von denen wir abhängig sind: das Krankenhaus, die Kindertageseinrichtung, die Schule, das betriebliche Unternehmen, die Wohnungsverwaltung, der Energiekonzern, der öffentliche Nahverkehr, das Einkaufszentrum, der Träger Sozialer Arbeit etc.

Die Inklusion, also der personelle Einbezug in Organisationen, mithin das Recht, auf die Güter und Leistungen der Organisationen zuzugreifen, ist von bestimmten Bedingungen und Erwartungen abhängig. Die Inklusion in sozialarbeiterische Organisationen setzt die Markierung von individuellen Problemen voraus, nämlich die über Diagnosen laufende Zuschreibung von Schwierigkeiten, die die Menschen, denen diese attestiert werden bzw. die diese sich selbst zuschreiben, nicht eigenständig lösen oder bewältigen können. Organisationen generieren also allererst das, was Soziale Arbeit in ihrer Tätigkeit legitimiert: Klienten (vgl. Eugster, 2000), also etwa Jugendliche, denen Verrücktheit, also psychiatrische Auffälligkeit in Form von bestimmten Diagnosen attestiert wird. Das fachliche und ethische Ziel sozialarbeiterischer Organisationen ist jedoch die Hilfe zur Selbsthilfe, dass die Organisationen also ihre Tätigkeit einzelfallbezogen wieder einstellen können.

Wie wir jedoch nach der Ambivalenztheorie des Helfens (vgl. Kleve, 2007) sagen können, geht jede formal organisierte Hilfe, jede von Organisationen erbrachte Hilfeleistung mit der Gefahr von nicht intendierten, nicht gewollten Effekten einher.<sup>1</sup> Diese Gefahr besteht darin, dass jede Hilfe und Therapie dazu führen kann, dass gerade nicht geholfen, sondern Unselbstständigkeit und Inaktivität der Klienten herausgefordert wird, dass die Klienten von der Organisation abhängig werden. Denn jede formal organisierte helfende Interaktion führt zu einer Rollenasymmetrie, einer Rollenungleichheit, einem Rollengefälle von Helfern und Hilfsbedürftigen. Indem eine Person einer anderen, eben hilfsbedürftigen Person, hilft, wird quasi automatisch dieser hilfsbedürftigen Person

---

1 Im Folgenden greife ich die Argumentation wieder auf, die ich bereits an anderer Stelle ausgeführt habe, siehe Kleve (2003), S. 131ff.

ein Defizit unterstellt, das die andere, helfende Person zu beheben versucht. Diese Asymmetrie ist freilich vor allem dann sehr ausgeprägt, wenn es um die Behandlung von psychiatrischen Störungen geht, die Therapieexperten auf der einen und kranke Laien auf der anderen Seite differenziert.

Wenn eine solche Hilfe oder Therapie in einem professionellen Setting geschieht, in dem von vornherein reziprokes, also gegenseitiges Helfen eher ausgeschlossen ist, wie bei der professionellen (in Berufsarbeit geleisteten) Arbeit in Organisationen, und sich solche einseitig gerichteten helfenden Interaktionen über einen längeren Zeitraum wiederholen (wie in der klassischen Psychotherapie, etwa in der zeitlich sehr ausgedehnten und hochfrequenten psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Arbeit), dann wird die erwähnte Rollenasymmetrie tendenziell festgeschrieben. Es bilden sich Strukturlogiken, Muster aus, die dazu führen, dass die Beteiligten in ihren jeweiligen Rollen verharren und sich gegenseitig entweder die Hilflosigkeit und Krankheit bzw. die Möglichkeit zu helfen und zu therapieren unterstellen und bestätigen. Diese Form der Rollendifferenzierung und ihre spezifische Systemrationalität innerhalb professioneller Organisationen werden durch das Hinzuziehen der Theorie autopoietischer Systeme noch konkretisiert.

Nach dieser Theorie, die auf Niklas Luhmann (1984; 1997a) zurückgeht und von Dirk Baecker (1994; 1997) auf die Soziale Arbeit und deren Organisation angewandt wird, ist professionelles Helfen eine spezifische Kommunikation in der modernen Gesellschaft, die sich zu einem eigenen Funktionssystem der sozialen Hilfe sowie vor allem durch Organisationen, mithin durch Träger der Sozialen Arbeit ausdifferenziert hat. Genauso wie Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Kunst oder Religion und deren Organisationen bildet das professionelle Helfen einen speziellen gesellschaftlichen Funktionsbereich mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und Logiken aus. Genauso wie die anderen Funktionssysteme der Gesellschaft ist das System der sozialen Hilfe ein autopoietisches System, das sich durch seine eigenen Operationen, im Fall der sozialen Hilfe durch das Helfen und Therapieren, permanent selbst reproduzieren und erhalten muss. Denn Autopoiesis heißt, dass ein System seine Existenz (d.h. seine Differenz zur Umwelt) dadurch aufrechterhält, dass es Operationen (z.B. Helfen, helfende Kommunikationen) produziert, die weitere Operationen desselben Typs herausfordern und schaffen.

Das Hilfesystem der Sozialen Arbeit wird also dadurch angetrieben und erhält sich dadurch als System, dass es permanent Hilfe, helfende Kommunikationen produziert. Man kann daher dieses System als eine rückgekoppelte Maschine verstehen, die zugleich Hilfe und damit Hilfsbedürftigkeit produziert sowie Hilfsbedürftigkeit und Hilfe voraussetzt, damit sie laufen kann. Dazu muss es freilich Personen Probleme zuschreiben, und zwar Probleme, die so beschaffen sind, dass sie nur durch professionelle Hilfe als lösbar bzw. therapierbar erscheinen.

### *Drei Verdachtsmomente formaler Organisationen*

Nach der Systemtheorie ist diese Autopoiesis des Helfens dem Funktionssystem der sozialen Hilfe und deren Organisationen strukturell eingeschrieben und darf nicht verwechselt werden mit den psychischen, den subjektiven Intentionen, den persönlichen Absichten der professionellen Helfer oder Therapeuten. Die strukturelle Logik der Autopoiesis des Helfens oder der Therapie vollzieht sich sozusagen hinter dem Rücken der helfenden Akteure. Daher werden nicht die Helfer und Therapeuten als menschliche Akteure verdächtigt, wenn ich in Anlehnung an Baecker (1994, S. 93) drei Verdachtsmomente nenne, denen formal organisiertes Helfen oder Therapieren grundsätzlich unterliegt; vielmehr problematisiere ich die autopoietische, sich unabhängig von den Intentionen der Helfer und Therapeuten vollziehende Strukturlogik der Funktionssysteme und Organisationen, die zum Motivverdacht, zum Stigmatisierungsverdacht und zum Effizienzverdacht des Helfens führt.

Mit dem *Motivverdacht* geht die Skepsis einher, ob die Hilfe von Organisationen wirklich denjenigen hilft, denen sie Hilfsbedürftigkeit attestiert, oder ob sie nicht eher der Selbsterhaltung des Hilfesystems und dessen Organisationen dienlich ist, wie dies die Autopoiesis des Helfens nahe legt. Vor allem wenn die Bezahlung der Hilfeleistung am Faktor Zeit, wie z.B. bei der marktwirtschaftlich orientierten Finanzierung über Fachleistungsstundensätze gekoppelt ist und nicht am Erfolg, wird augenscheinlich, dass Organisationen der Sozialen Arbeit nicht unbedingt das Ziel haben, Hilfen oder Therapien zu beenden, sondern sie weiterzuführen – zumindest dann, wenn keine neuen Personen in Aussicht sind, denen neue Hilfen und Therapien angeboten werden können. Denn nur die Weiterführung der Hilfe und Therapie sichert den Geldfluss, der nötig ist, um die Organisation zu erhalten.

Das professionelle Helfen unterliegt dem *Stigmatisierungsverdacht*, weil solches Helfen und Therapieren zuallererst erfordert, dass Personen zu Klienten werden, denen bestimmte Probleme (etwa psychiatrische Pathologien) mittels Diagnose zugeschrieben, die mit Problemmarken versehen werden. Um diese markierten Defizite und Probleme generieren sich dann Systeme, die psychische Aufmerksamkeiten und soziale Kommunikationen stimulieren, um diese Probleme zu diagnostizieren, zu definieren, zu differenzieren, zu klassifizieren, zu systematisieren, kurz: festzuschreiben, um dann zu versuchen, sie zu lösen. Die Frage wäre, ob nicht die Problemmarkierung der Organisationen die Probleme erst zu dem macht, was sie dann für die therapierenden und helfenden Fachkräfte und die Hilfsbedürftigen sind und ob damit die Problemlösung schwieriger, ja aussichtsloser wird, als vor der Markierung.

Schließlich unterliegt formal organisiertes Helfen einem *Effizienzverdacht*, der zu der Frage führt, ob Hilfe uneffizient ist, weil sie die Potenziale der Selbsthilfe eher verdeckt als hervorholt. Der Effizienzverdacht verweist damit auf die bereits erläuterte Ambivalenztheorie des professionellen Helfens, dass es auch

zur Abhängigkeit von den Helfern, zur Unselbstständigkeit der Klienten führen kann, statt zur Selbsthilfe und Emanzipation.

Zusammenfassend gesagt, die Ausführungen zur Ambivalenz und Auto-poiesis des professionellen Helfens führt zur These, dass jugendliche Verrücktheit von den Organisationen, die diese Verrücktheiten diagnostizieren und therapieren, wenn nicht gänzlich hervorgerufen, dann jedoch mit konstruiert wird. Damit kann deutlich werden, dass der soziale Kontext Organisation auf dem beruht, was er zugleich zu beheben versucht und selbst permanent konstituiert: die psychiatrischen Zuschreibungen.

### Interaktionen

Mit dem Kontext der Interaktion sind die zwischenmenschlichen Beziehungen gemeint, also die unmittelbare Kommunikation unter Anwesenden. Diesbezüglich fällt freilich sofort die Familie in den Blick – als System, in dem psychiatrische Symptome von Jugendlichen als sinnvoll für den familiären Zusammenhalt erachtet werden können, für den Bestand einer konkreten Familie als System. Dies ist die klassische familientherapeutische Sichtweise, in der die Kinder und Jugendlichen als Symptomträger erscheinen für familiäre Dysfunktionen, die sich häufig auf der Ebene des Paares konstituieren, aber auch als transgenerationale Muster wirken. Neuere Arbeiten nehmen diesbezüglich vor allem die kommunikativen Strukturen in den Blick, die sich in Familien etablieren und psychiatrische oder psychosomatische Symptome hervorbringen (siehe etwa Simon, 1993).

Ich will die reichhaltige familientherapeutische Literatur zu diesem Thema hier jedoch nicht referieren, sondern einen anderen Fokus wählen, nämlich die zwischenmenschlichen Kommunikationen, die sich durch die professionellen Interaktionen zwischen Helfern bzw. Therapeuten und ihren Klienten etablieren. Auch hier fällt unser Blick also nicht direkt auf jene, welche als krank oder verrückt gelten, sondern auf den sozialen Kontext, in dem diese Zuschreibungen die zentrale Rolle spielen. Besonders die Arbeit von Michael Biene (2003) soll uns hier interessieren. Biene, der als Entwickler einer systemischen Interaktionstherapie gelten kann und im Weiterbildungskontext insbesondere an der professionellen Haltung der Fachkräfte hinsichtlich ihrer interaktiven Kommunikationsangebote mit den Klienten arbeitet, vertritt die These, dass „der Zustand in dem KlientInnen im Jugendamt, Sozialdienst oder bei anderen Hilfeinrichtungen erscheinen, nicht in erster Linie Ausdruck ihrer Persönlichkeit oder ihrer Familiendynamik, sondern Ausdruck der ihnen bekannten oder von ihnen erwarteten Rolle im Hilfeprozess ist“ (ebd., S. 4).

### *Professionelle Interaktionen und ihre problematischen Muster*

Biene sieht die Interaktion im professionellen Setting insbesondere durch zwei problematische Muster geprägt: durch Abgabe- und Kampfmuster. Ein drittes Muster, das er Kooperationsmuster nennt, wäre die Idealform der professionellen Kommunikation zwischen Professionellen und Klienten (vgl. auch Koller Stuber & Biene, 2009). Aber zunächst zu den problematischen bzw. problem-erzeugenden Mustern.

Mit *Abgabemuster* wird eine professionelle Interaktion bezeichnet, die typisch ist für den psychiatrischen Kontext: Klienten geben die Verantwortung für die Lösung ihrer Probleme an professionelle Experten ab. Die Experten sind die Personen, die die Probleme der Klienten nicht nur diagnostizieren, also mit Fachtermini bezeichnen, sie sind auch jene, welche vorgeben, über ihre therapeutischen Settings die Probleme lösen bzw. die Krankheiten heilen zu können. Die gesamte Verantwortung für diesen Prozess wird im Abgabemuster gänzlich den Professionellen übertragen. Zudem kommt eine weitere Abgabe hinzu: Klienten fühlen sich durch die professionelle Diagnose befreit von der Eigenverantwortung für ihr Verhalten. Denn dieses wird – zumindest in Phasen der krankhaften Symptomatik – als unbeeinflussbar durch eigenes Verhalten oder Denken gesehen, da es einen bio-medizinischen oder psychologischen Ursprung habe.

Mit *Kampfmuster* wird eine professionelle Interaktion bezeichnet, die ebenfalls im psychiatrischen Kontext nicht selten ist: Professionelle oder Institutionen schreiben in bestimmten Kontexten verhaltensauffälligen Personen bestimmte Probleme oder Diagnosen zu, die von diesen Personen jedoch abgelehnt werden. Oft sehen die potenziellen Klienten selbst überhaupt keine Probleme und wehren sich gegen die Zuschreibungen von außen. In solchen Interaktionskontexten wird dann nicht selten mit Zwang und Kontrolle gearbeitet. Menschen werden dann gegen ihren Willen der psychiatrischen Behandlung zugeführt – zugegeben, dies ist mitunter notwendig, wenn es darum geht, Selbst- und Fremdgefährdungen zu verhindern.

Die genannten problematischen Interaktionsmuster sind – zumal im psychiatrischen Kontext – häufig von einem weiteren Phänomen gekennzeichnet, nämlich von einer durch die Diagnose induzierten einseitigen Aufmerksamkeitsfokussierung auf Aspekte der Krankheit und Problematik. Biene nennt dieses Phänomen in Anlehnung an den Hypnotherapeuten Gunther Schmidt (vgl. Koller Stuber & Biene, 2009, S. 45) „Problemtrance“. Mit diesem Konzept wird eine „Unterscheidung getroffen zwischen real auftretenden beobachtbaren Problemen (z.B. ein Kind kommt öfter zu spät in die Schule und fertigt die Hausaufgaben unregelmäßig an) und den ‚Benennungen‘ dieser Probleme. Benennen die Eltern dieses Verhalten z.B. mit einem Begriff wie ‚Schulverweigerer‘ hat dies mitunter weit reichende Konsequenzen. Der Begriff ‚Schulverweigerer‘ kann bei ihnen eine Problemtrance auslösen“ (ebd., S. 45). Damit wird die Aufmerksam-

keit der Eltern und in letzter Konsequenz auch der Kinder einseitig auf die problematischen Aspekte gelenkt. Es kommt zu einer Generalisierung einer Problemzuschreibung. „Derartige negative generalisierte Zuschreibungen bewirken oft, dass Eltern ihr Kind als unveränderbar und sich selbst als nicht mehr handlungsfähig erleben“ (ebd.).

Es ist sicherlich schnell nachvollziehbar, welche verstärkende Wirkung solche einseitigen Aufmerksamkeitsfokussierungen durch diagnostische Benennungen haben. Die Benennung, wir könnten in Anlehnung an ein klassisches soziologisches Konzept auch sagen: das *Labeln* – im Sinne einer Devianz-Zuschreibung – generalisiert ein Verhalten, löst es vom sozialen Kontext ab und schreibt es einseitig einer Person als deren Eigenschaft zu. Damit wird durch die professionelle Interaktion, die sich, auch ohne zu diagnostizieren, auf konkrete Probleme beziehen könnte, eine verallgemeinernde Krankheitszuschreibung verteilt, die in letzter Konsequenz den ganzen Menschen (nicht nur sein Verhalten) adressiert und ihn damit als psychiatrisch behandlungsrelevant abstempelt.

### *Kooperationsmuster als Alternative*

Abschließend soll beispielhaft bezüglich des professionellen Interaktionskontextes gezeigt werden, welche Alternative zum Abgabe- und Kampfmuster realisierbar erscheint. Auch hier werden wir uns wieder an Biene halten, der mit dem *Kooperationsmuster* eine solche Möglichkeit eröffnet. Die professionelle Etablierung dieses Musters führt dazu, dass die Klientinnen und Klienten erfolgreich eingeladen und unterstützt werden, ihre Probleme in eigener Zuständigkeit und Verantwortung zu sehen, um letztlich selbstbestimmte Lösungsversuche zu realisieren. Genau das wäre die Voraussetzung dafür, „in einem Hilfeprozess selbst aktiv zu werden“ (Koller Stuber & Biene, 2009, S. 45).

Wenn Helfer oder Therapeuten jedoch von Klienten erwarten, dass diese aufgrund ihrer diagnostizierten Defizite und Verrücktheiten vor allem der Fremdhilfe bedürfen, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Klienten entsprechend zeigen. Die Hilfe oder Therapie lässt sich auch transformieren in ein Muster, das eher an Selbsthilfe und professioneller Selbstbegrenzung ausgerichtet ist. Dann geht es darum, „aus den Beziehungsmustern zwischen Helfenden und KlientInnen, die eine wirkliche Hilfe erschweren oder verunmöglichen, ‚auszusteigen‘“ (Biene, 2003, S. 4), so dass die Klienten aktiv werden und Verantwortung übernehmen können.

Auch diese Form des Helfens ist ein ambivalentes Unterfangen. Während die problematischen Muster der Abgabe und des Kampfes ambivalent sind, weil sie potenziell dazu tendieren, statt Hilfe Abhängigkeit und Unselbstständigkeit zu erzeugen, liegt dem alternativen Muster eine Hilfe-Logik zugrunde, der die Reflexion dieser Gefahr eingeschrieben ist. Denn sie markiert von den



ersten Momenten ihres Anlaufens eine andere Ambivalenz, und zwar die, dass professionelle Hilfe nur anläuft, um sobald wie möglich wieder beendet zu werden. Das Ziel professioneller helfender Beziehungen ist das Beenden dieser Beziehungen. Genau in diesem Sinne ist diese Hilfe-Logik *selbstdekonstruktiv*; ihr ist ein Dekonstruktionsprinzip inhärent.

Dieses Dekonstruktionsprinzip verhindert, dass die Hilfe oder Therapie die mit ihr einhergehende Rollenasymmetrie zementiert.

Die Voraussetzung, damit Klienten, etwa Jugendliche, die als abweichend, als verrückt bewertet werden, aktiv ihre Verantwortung tragen, hängt mit der Veränderung des Hilfesystems, seinen Organisationen und Interaktionen zusammen. Aus der Systemtheorie wissen wir (siehe zur Einführung für die Soziale Arbeit etwa Kleve, 2009), dass die Fremdveränderung von Klientinnen und Klienten durch Helfer und Therapeuten niemals direkt geschehen kann, sondern nur über den Umweg der Selbstveränderung des Hilfesystems, seinen Interaktionsangeboten und -mustern. Wenn die Klienten in Hilfeprozessen aktiv werden und Verantwortung übernehmen sollen, dann muss das Hilfesystem genau dies auch von ihnen erwarten, ja es ihnen mit allen Konsequenzen, die das dann hat, zutrauen und entsprechende Rollenangebote machen. Dies müsste sich von den Interaktionen bis hinein in die organisatorischen Verfahren und Aktennotizen einschreiben.

Denn mit welchen Eigenschaften, Verhaltensweisen, persönlichen Potenzialen, Personen in sozialen Systemen relevant werden können, bestimmen maßgeblich die sozialen Interaktionen und andere Kommunikationen, z.B. Aktennotizen, Hilfepläne etc. Wenn also mündliche Interaktionen und auch schriftliche Kommunikationen Klienten mit defizitorientierten Begriffen bezeichnen oder ausschließlich die hilfsbedürftigen Seiten der Klienten qua defizitorientierter Diagnostik fokussieren, werden sich die Personen, die Klienten ja zuallererst sind, möglicherweise nicht anders zeigen können als defizitär und problembelastet. Wenn allerdings andere kommunikative Angebote in der Interaktion und im Schriftverkehr gemacht werden, Klienten als aktive, mit Potenzialen ausgestattete Personen betrachtet werden, die sich selber am besten kennen und damit auch am besten helfen können, dann scheinen plötzlich andere Persönlichkeitsanteile der Klienten auf.

An diesem Punkt bestätigt sich die konstruktivistische Sichtweise, die die methodische Prämisse von Biene (2003, S. 4) teilt, „dass wesentliche zwischenmenschliche Probleme durch die Art bedingt sind, wie die Beteiligten über den anderen Menschen bzw. das Problem mit diesem Menschen denken“, wie sie über dieses Problem sprechen und schreiben. Selbstdekonstruktive Hilfen schaffen es, von der Problemsprache zu einer Lösungs-, einer Ressourcensprache zu wechseln (siehe dazu auch die lösungsorientierte Beratung und Therapie von de Shazer, 1994; 1995). Die Klienten können dann sozial anderes inkludieren – Anderes, und zwar für die Problemlösung Nützlicheres wird plötzlich nicht nur sichtbar, sondern auch nutzbar, realisierbar. Für sich selbst

und für andere oftmals überraschend, können Klienten dann aktiv und zu Personen werden, die sich selbst helfen, die selbstbewusst ihre eigenen Schwierigkeiten angehen. Schließlich scheint eine Voraussetzung für eine Haltung zu sein, die für alle Professionalisierungsfans provokativ klingen wird und die Niklas Luhmann (1997b, S. 72) in dem Postulat zusammenfasst, dass wir „ein weniger technisches, dafür [...] ein mehr menschliches Verständnis“ von unseren Klienten, gerade von Kindern und Jugendlichen anstreben sollten.

## Literatur

- Baecker, D. (1994). Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft *Zeitschrift für Soziologie* 2, 93-110.
- Baecker, D. (1997). Helfen im Kontext eines Funktionssystems. In: H.-C. Vogel, & J.Kaiser (Hrsg.), *Neue Anforderungsprofile in der Sozialen Arbeit. Probleme, Projekte, Perspektiven*. Aachen: Kersting, 41-54.
- Bateson, G. u.a. (1969). *Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Biene, M. (2003). *Einführungskurs Familienaktivierung. Ein system- und interaktionstheoretischer Arbeitsansatz in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Manuskript.
- Derrida, J. (1986). *Positionen*. (1. Aufl. 1972). Graz/Wien: Passagen.
- Eugster, R. (2000). *Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. (1. Aufl. 1961). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, P. (1992). *Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Zur Konstruktion und Imagination gesellschaftlicher Einheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Gergen, K. J. (1996). *Das übersättigte Selbst. Identitätsprobleme im heutigen Leben*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Kleve, H. (1999). Fritz B. Simons klinische Epistemologie – oder: Über die Verrücktheit, nach logischen Regeln zu leben. In: H. Kersting (Hrsg.), *Der Zirkel des Talos. Gespräche mit systemischen TherapeutInnen*, S. 145-160. Aachen: Kersting.
- Kleve, H. (2003). *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Kleve, H. (2007). *Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft*. Opladen: VS.
- Kleve, H. (2009). *Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis*. Wiesbaden: VS.
- Koller Stuber, E. & Biene, M. (2009). SIT – Systemische Interaktionstherapie und -beratung. Ein Modell für die Elternarbeit in der Heilpädagogischen Früherziehung? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 1, 40-47.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990a). Glück und Unglück der Kommunikation in Familien. In: N. Luhmann, *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, S. 218-227. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1990b). Sozialsystem Familie. In: N. Luhmann, *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, S. 196-217. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1997a). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Luhmann, N. (1997b). Wie konstruiert man in eine Welt, die so ist wie sie ist, Freiheiten hinein? In: Th. M. Bardmann (Hrsg.), *Zirkuläre Positionen. Konstruktivismus als praktische Theorie*, S. 67-83. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). *Die unendliche und endliche Psychiatrie. Zur (De-)Konstruktion von Chronizität*. Heidelberg: Carl Auer.
- Shazer, S. de (1994). *Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Shazer, S. de (1995). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F. B. (1993). *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie. Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Simon, F. B. (1995). *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sparrer, I. (2006). *Systemische Strukturaufstellungen. Theorie und Praxis*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Varga von Kibéd, M. (2005). Metakommentar. In: G. Weber u.a., *Aufstellungsarbeit revisted ... nach Hellinger?*, S. 200-250. Heidelberg: Carl Auer.
- Varga von Kibéd, M. & Sparrer, I. (2009). *Ganz im Gegenteil. Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen – für Querdenker und solche, die es werden wollen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Watzlawick, P. & Weakland, J. H. (Hrsg.) (1990). *Interaktion. Menschliche Probleme und Familientherapie*. (1. Aufl. 1977). München: Piper .
- Watzlawick, P. (1992). *Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn*. München: Piper.
- Welsch, W. (1990). Identität im Übergang. Philosophische Überlegungen zur aktuellen Affinität von Kunst, Psychiatrie und Gesellschaft. In: W. Welsch, *Ästhetisches Denken*, S. 168-200. Stuttgart: Reclam.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Berlin: Tolkmitt.

*Hermann Staats*

## Sich in Frage stellen lassen und antworten lernen. Pubertät für Mitbetroffene

Pubertät ist, „wenn die Eltern schwierig (auch: komisch, peinlich, anstrengend) werden“. Der zu einem Buchtitel (Arlt, 1992) gewordene Satz kehrt das scheinbar selbstverständliche Zusammengehören von „Pubertät und Wahnsinn“ und die damit verbundenen Zuschreibungen einfach um. Jugendlichen ermöglicht er in seiner zugespitzten Subjektivierung einen distanzierten Blick auf die eigene Perspektive, ein „ja, so bin ich manchmal“. Das entlastet. Und auch manche Eltern fühlen sich mit diesem Satz erkannt: Im Umgang mit ihren pubertierenden Kindern erleben sie sich tatsächlich als „schwierig“, peinlich berührt und – manchmal an die Grenzen ihrer Leidensfähigkeit – angestrengt. Wenn dies mit der vorübergehenden Zeit der Pubertät ihrer Kinder in Verbindung gebracht wird, sind auch sie ein wenig entlastet.

In den folgenden Überlegungen geht es kaum um einen in dem Zitat anklingenden und für die Adoleszenz als charakteristisch beschriebenen Mangel an Selbstkritik und Reflexionsfähigkeit. Stattdessen soll etwas von der radikal subjektiven Sicht von Jugendlichen deutlich werden.

Eltern – und auch Pädagogen und Therapeuten – werden oft schwierig in dieser Zeit. Sie werden hier – bei allen Unterschieden in den Aufgaben – oft gemeinsam genannt.

Untersucht werden soll, wie sie Adoleszenten ein hilfreiches Gegenüber sein können. Dazu werden die Schwierigkeiten „Erwachsener“ mit „adoleszenten Themen“ untersucht. Selbstreflexion im Leben mit Jugendlichen wird als eine Voraussetzung für sinnvolles Handeln angesehen – und zwar die eigene Selbstreflexion, nicht die Erwartung an die der Jugendlichen.

Wie stellen uns Jugendliche in Frage? Wie lassen wir uns in Frage stellen? Eine These dieser Arbeit liegt darin, dass die Herausforderung dabei darin besteht, nicht aus einer Position des Fachmanns, des erfahrenen Älteren oder als Eltern zu belehren, sondern individuell und persönlich „antworten“ zu lernen.

## Drei Modelle der Adoleszenz

Was macht die Pubertät unserer Klienten oder Kinder mit uns? Das ist keine einfache Frage. In der Literatur dazu finden sich drei Betrachtungsweisen der Pubertät:

1. Jugendliche als Bedrohung von gesellschaftlicher Harmonie und Sicherheit, als Ärgernis – und zugleich als Opfer unglücklicher familiärer und gesellschaftlicher Entwicklungen: Das Versagen der Familie oder der Gesellschaft ist „schuld“ am Unglück mit den Jugendlichen. Hier finden sich politische und philosophische Arbeiten. Entwicklungspsychologisches Wissen tritt als Instrument der Disziplinierung auf. Es ist das älteste und traditionellste Modell der Adoleszenz.
2. Jugendliche als eine „Pein“ für sich und andere – als Objekte einer natürlichen, quasi „physiologischen“ Entwicklung. Pubertierende sind in diesem Modell schuldlos an ihrer Entwicklung; sie werden aber mit ihrem Verhalten „schuldig“ an Eltern und Lehrern. Immerhin – in dieser Phase liegt ein Sinn. Sie ist eine Krise, ein notwendiges Übel auf dem Weg einer Entwicklung und wird damit zugleich als eine „zweite Chance“ betrachtet.
3. In einer dritten Phase der Literatur werden Jugendliche zunehmend als Initiatoren von Veränderungen in der Familie und in der Gesellschaft gesehen – herausfordernd, aber eben auch zu „genießen“. Betont wird die Interdependenz von Entwicklungen, die Bedeutung von wechselseitigen Beziehungen – hier, in den Beziehungen, ändert sich was: „wenn Erziehen nicht mehr geht!“ (Juil, 2010).

Diese drei Modelle von Adoleszenz und die mit ihnen verbundenen Haltungen lohnen einen genaueren Blick.

## Pubertät als Bedrohung und Ärgernis

Innerhalb des ersten Modells, der Pubertät als Bedrohung und Ärgernis, schreibt der amerikanische Psychiater Derek Miller (1983) auf gut 430 Seiten zur Adoleszenz und ihrer Behandlung eine Seite über „parental uncertainty and adolescent stress“ und drei über „Parental confusion“. Das ist wenig. Der Fokus des Buches liegt ganz überwiegend auf den Jugendlichen; ein wenig wird darauf eingegangen, wie deren Eltern sein sollten. Eine Abhängigkeit von gesellschaftlichen Entwicklungen wird gesehen, in dem Sinn einer Idealisierung vergangener Zeiten, „früher war die Gesellschaft besser“.

Mario Erdheim (1988) kommentiert kritisch aus ethnologischer und psychoanalytischer Sicht: „Ein großer Teil der Gesellschaft sehnt sich nach Stabili-

tät, Ruhe und Ordnung“ (Erheim, 1988, S. 191). Wenn gesellschaftliche Konflikte auftauchen, galt die „Unbotmäßigkeit der Jugend“ immer als eines der gefürchtetsten Übergangssymptome – weg von einer goldenen Vergangenheit in eine zerfallende Zukunft. Das Infragestellen der etablierten Werte und Lebensformen erscheint vor diesem Hintergrund als eine Krankheit der Jugend. Dieser Störung versuche die Gesellschaft dadurch beizukommen, „dass man die alten Strukturen und Werte festigt“ (ebd., S. 192). Von diesem Standpunkt aus betrachtet, sieht der Aufstand der Jugend nach Verwahrlosung aus, deren Ursprünge meist im Zerfall der Familie und der Autorität gesucht werden. Gestörte frühkindliche Bindungen werden als Ursache jugendlicher Aggressivität ausgemacht und beschrieben. Die Weltgeschichte ist damit nicht ein Klassen-, sondern ein Generationenkampf.

Eine Besonderheit dieses Kampfes liegt darin, dass die meisten Jugendlichen irgendwann die Fronten wechseln. Sie werden zu Erwachsenen. Der oft schmerzhafteste Übergang wird traditionell über ein Ritual, einen Initiationsritus erleichtert. Solche gesellschaftlichen Rituale existieren heute nicht mehr für alle Jugendlichen in gleicher oder ähnlicher Form: Bundeswehr und Zivildienst sind abgeschafft. Das Freiwillige Soziale Jahr und das Jahr im Ausland bieten vergleichbares für gesellschaftliche Subgruppen. Eine Sehnsucht nach solchen Ritualen und einer Initiation in das Erwachsenenleben wird darin deutlich.

Soziale Unterschiede haben einen großen Einfluss auf die Wahl und Nutzung dieser Rituale. In Cliquen und ihren Kulturen haben bestimmte Aufnahme-rituale vergleichbare Funktionen, z.B. ein Tattoo, ein Piercing, das Ausprobieren von Drogen, Schwule verhasen, etwas klauen ... Es geht darum, eine Aufnahmeprüfung als Mutprobe zu bestehen und damit Teil einer Gesellschaft zu werden. Mutproben sind heute oft dissoziale Taten; die Natur als Herausforderung fehlt, sie wird mangels Rollenvorbildern nicht genutzt oder sie wird pubertierenden Kindern von ihren Eltern als zu gefährlich verwehrt.

Es ist hilfreich, dieses Verhalten unter der Perspektive eines Gruppenprozesses zu betrachten. Damit geht es um die Initiation in eine oder mehrere Gesellschaften, nicht um ein störungsspezifisches Verhalten oder die Psychopathologie eines Individuums. Die Peergruppe der Adoleszenz steht für einen ersten Schritt heraus aus der Familie in die gesellschaftliche Kultur. In Märchen wird deutlich, wie wichtig eine solche Ablösephase ist. Erst die Initiation verleiht den kulturellen Status als erwachsener und damit vollständiger Mensch. Die Abfolge von Ablösephase, Zwischenphase „anderswo“ und einer Wiederannäherung mit nachfolgender Übernahme von Verpflichtungen wird immer wieder in den Märchen der Gebrüder Grimm beschrieben. Dort ist diese Zwischenphase eine andere Welt, meist die Natur, der Wald, das Meer, in der Hilfe gefunden wird und Entwicklung sich entfaltet.

Heute bieten Computerspiele eine solche andere, Erwachsenen nicht oder wenig zugängliche Welt. Gefahren dieser virtuellen Welten für die Entwicklung werden kontrovers und heftig diskutiert. Für die Überlegungen hier soll die Fas-

zination von Computerspielen auf die Notwendigkeit von „Anderwelten“ in der Pubertät hinweisen und zugleich auf die Bedeutung gesellschaftlicher Angebote zur Befriedigung dieser Bedürfnisse.

Zusammenfassend werden in dieser klassischen Betrachtung Jugendliche als ein Produkt familiärer oder gesellschaftlicher Prozesse dargestellt. Fast immer geschieht dies in kritischer Sicht aus der Position des besser wissenden, Herrschenden. Dies ist auch eine Sicht von um ihren Einfluss und ihre Macht fürchtenden Eltern. Das oben beschriebene Verständnis von Pubertät kann von Erwachsenen so als ein Mittel der emotionalen Distanzierung von ihren Kindern und den durch sie ausgelösten Konflikten eingesetzt werden.

Nicht nur Jugendliche distanzieren sich von Erwachsenen. Eltern (wie Pädagogen und Therapeuten) reagieren auf diese Bewegung. Sie treffen in der Beziehung zu Jugendlichen auf die Aktivierung eigener Erfahrungen der Adoleszenz, ihre Konflikte mit Eltern und anderen Autoritätspersonen. Die Aktivierung dieser Erfahrungen ist oft verunsichernd und unlustvoll. Es ist verführerisch, diese Konflikte der Adoleszenz aus der Position der eigenen Eltern zu betrachten, sich mit deren Position zu identifizieren. Manche Eltern erleben sich – oder ihren Partner, bei dem sie das beobachten – als verhärtet, „schwierig“ und angestrengt. Es gelingt dann schwer, das eigene Erleben der Adoleszenz und die damit verbundene Verunsicherungen wieder erfahrbar und nutzbar zu machen. Eltern stehen mit diesem Modell zwar für Auseinandersetzungen mit Autoritäten zur Verfügung; die damit verbundenen Kämpfe bringen aber die Gefahr von deutlichen wechselseitigen Verletzungen mit sich.

Allerdings finden sich in Artikeln und Untersuchungen mit dieser Haltung auch schon andere Ansätze. Hier, in diesem zweiten Modell, werden Pubertät und Adoleszenz als eine eigenständige, letztlich biologisch determinierte Entwicklung gesehen. Jugendliche „können da nichts für“. Eltern auch nicht. Mit dieser Sichtweise verbunden ist die Möglichkeit, Krisen der Adoleszenz auch als Chancen zu begreifen.

## **Jugendliche als Objekte einer natürlichen Entwicklung**

Die Psychoanalytiker Eissler (1966) und Blos (1962) sprechen von der zweiten Chance der Adoleszenz. Sie betrachten damit die Krisen der Adoleszenz als eine Gelegenheit, Schäden aus den störungsanfälligen, aber die Plastizität des Menschen ermöglichenden ersten Lebensjahren der Kindheit bis zu einem gewissen Grad wieder zu beheben, sie auszugleichen.

„Adoleszenz (bietet) nicht nur trotz, sondern wegen ihres emotionalen Aufruhrs oft eine Spontanheilung für schwächende Kindheitseinflüsse ...“, schreibt Blos (1962, S. 23, zit. nach Erdheim, 1988, S. 197). Diese Möglichkeit hängt mit der besonderen Entwicklung des Menschen zusammen. Zwei Phasen deut-

licher innerer und äußerer Veränderungen (etwa um das 4. Lebensjahr und vom 12. bis 16. Lebensjahr) sind durch eine Zeit relativ ruhigen Lernens voneinander getrennt. Die Anpassung an sehr unterschiedliche Umwelten wird erleichtert durch diese spezifisch menschliche, längere „Latenzzeit“. Die Pubertät bringt eine dort bereits erreichte Stabilität wieder durcheinander – und läutet so einen zweiten Entwicklungsschritt ein.

Dieses Konzept der „Zweizeitigkeit der menschlichen Entwicklung“ trägt dazu bei, dass Kinder und Jugendliche sich an zwei durchaus unterschiedliche Kulturen und Gesetzmäßigkeiten anpassen lernen. Die erste Phase, vom 4. bis zum 11. Lebensjahr, dient der Anpassung an das Leben in der Familie; die zweite Phase, die in der Pubertät anfängt und heute häufig bis in das vierte Lebensjahrzehnt dauert, dient der Anpassung an eine oder mehrere dynamische gesellschaftliche Kulturen. Beide Entwicklungsprozesse – die Anpassung an die Familie und die Anpassung an die gesellschaftliche Kultur – erfordern verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten und führen zu unterschiedlichen Kompetenzen. Freud beschreibt den Konflikt zwischen Familie, die wenig geneigt sei, das Individuum freizugeben, und Gesellschaft, die zu immer größeren Einheiten „zusammenballen“ möchte: „Die Ablösung von der Familie wird für jeden Jugendlichen zu einer Aufgabe, bei deren Lösung ihn die Gesellschaft oft durch Pubertäts- und Aufnahmearten unterstützt“ (Freud, 1930, S. 462f.).

Das zeigt sich auch in der Entwicklung unseres Gehirns. Die physiologische Unreife des menschlichen Gehirns, in dem unterschiedliche Areale unterschiedlich schnell reifen und bis zum Abschluss der Pubertät in das Spiel eingreifen, ermöglicht die Anpassung des Menschen an die vielen unterschiedlichen Bedingungen, die er in seiner Umwelt vorfindet.

Das Gehirn übernimmt hier die Funktionen eines sorgsamsten Lehrers: Aus der verwirrenden Vielfalt an Informationen nimmt das Gehirn zunächst einfache Muster wahr: Erfahrungen, „gehalten“ zu werden oder „fallen gelassen“, etwas „bewirken“ zu können im anderen oder nicht, sich einem Menschen „sicher und selbstverständlich verbunden“ zu fühlen, oder von Anbeginn an für eine solche sichernde Bindung kämpfen zu müssen.

Der Ulmer Psychiater und Gehirnforscher Manfred Spitzer (2003) beschreibt anschaulich die zeitverzögerte Reifung bestimmter Funktionen unseres Gehirns. Dieses aufeinander aufbauende Eintreten von Funktionen mutet uns spezifisch und zeitgerecht das an Informationen zu, was wir auf dem Boden bisher gemachter Erfahrungen neu lernen können.

Dies ist ein bemerkenswerter und faszinierender Aspekt der menschlichen Entwicklung. Er führt dazu, dass aus der Fülle der Informationen zunächst die basalen und dann die komplexeren Muster erlebt werden. Wenn das gut läuft, ist das für das Lernen eine optimale Grundlage. Allerdings bedeutet sie auch, dass bestimmte Erfahrungen – vor allem in den ersten Lebensjahren – zu späteren Zeitpunkten nur noch eingeschränkt nachgeholt werden können – am ehesten in den Affektstürmen der Pubertät. Ein Kind, das gelernt hat, sich „Si-



cherheit“ in Beziehungen nur durch aktive Anstrengung zu erarbeiten, kann das basale Gefühl eines selbstverständlichen „Urvertrauens“ nur noch eingeschränkt erwerben. Es kann einen basalen „Mangel“ daran mit komplexen Techniken umspielen und tut das auch meist. Therapeuten und Berater müssen sich in ihrem Vorgehen in der Adoleszenz bei vielen Störungen auf dieses „Umspielen von Mangelzuständen“ einstellen und dies reflektieren, wenn sie tiefergehende Veränderungen erreichen oder auch einfach nur „zurechtkommen“ möchten.

Neue Ordnungen alter Erfahrungen sind in der Pubertät besonders gut möglich, weil zu diesem Zeitpunkt erst das Frontalhirn, der entwicklungsge­schichtlich jüngste Teil unseres Gehirns, in das Geschehen eingreift. Hier sind Werte und Normen lokalisiert und zentrale Funktionen für die Steuerung des eigenen Verhaltens, der Hemmung von Impulsen. Die Übergabe der Steuerung von den Eltern – eine äußere und innere Wirklichkeit – an das Frontalhirn mit den dort zunehmend abstrakter werdenden motivationalen Strukturen ist ein heikles und störanfälliges Unternehmen – mit vielen Chancen.

Neuronale Verknüpfungen sind in dieser Zeit besonders flexibel. In dieser Zeit kommt es zu einer „Ent-Automatisierung“ bisher automatisch ablaufender Funktionen. Vieles wird bewusst. Mit dem Nachdenken darüber funktioniert es nicht mehr so leicht wie gewohnt. Bewegungen Pubertierender wirken dann un­gelenk und fahrig. Aus neurobiologischer Sicht ist das verständlich: Das, was bewusst wird, funktioniert nicht gut, wird mühsam und störanfällig. Der Umbau im Gehirn geht – wie Baumaßnahmen in aller Regel – mit Unruhe einher, mit Lärm und Unbequemlichkeiten. Vieles funktioniert nicht mehr richtig. Das komplexe Zusammenspiel von Bindungswünschen, selbstregulativen Prozessen, der Entwicklung von Autonomie und Erfahrungen in differenzierten Beziehungen wird durch biologische, soziale und interpersonelle Entwicklungen der Adoleszenz herausgefordert. Das Zusammenspiel dieser Faktoren beginnen wir zunehmend besser zu verstehen und für die Behandlung Adoleszenter nutzbar zu machen (Zusammenfassung z. B. bei Fonagy & Luyten 2011).

Mit der neuen „Verdrahtung“ des Gehirns gehen soziale Veränderungen einher. Kinder werden verantwortlich für das, was sie tun – Strafmündigkeit setzt ein. Zugleich ist die Einsicht in die Konsequenzen des eigenen Handelns noch stark schwankend. Zu viel Selbstreflexion wechselt mit deren vollständigem Fehlen. Die Fähigkeit, die Perspektive eines anderen Menschen einzunehmen, steigt in der Pubertät an, reicht aber auch im Alter von 17 Jahren noch nicht an die von Erwachsenen heran (Dummontheil et al., 2010, zit. nach Fonagy & Luyten, 2010). Pubertät wird daher manchmal als eine Art „physiologische Borderline Störung“ beschrieben.

Eine solche Darstellung Pubertierender birgt die Gefahr der Pathologisierung in sich. Sie verführt zumindest dazu, Anliegen von Jugendlichen nicht ganz ernst zu nehmen, statt sich als Eltern, Pädagogen und Therapeuten von ihnen in Frage stellen zu lassen. Ihre Kinder nicht ganz ernst zu nehmen, kann

Eltern davor schützen, das als unglücklich erlebte Verhalten der eigenen Eltern zu wiederholen. Der Wunsch ist oft, es anders als Autoritätspersonen zu machen, die in der eigenen Adoleszenz als verletzend erlebt wurden. Wenn „autoritäres“ Verhalten aufgrund der damit verbundenen eigenen Konflikte (zu) stark vermieden wird, sprechen Jugendliche manchmal von ihren „Gummiwandelttern“. Initiativen Jugendlicher werden so in einem – manchmal ungewollt herablassend wirkenden – Wohlwollen eingefangen und gebremst.

Das ist kein individuelles, sondern ein gesellschaftliches Problem. Jugendliche sind rar in unserer Gesellschaft. Droht so nicht stärker die Gefahr der Erstarrung als die des Wandels durch die Anliegen von Jugendlichen?

## **Jugendliche als Initiatoren von Veränderungen in Familie und Gesellschaft**

Die subjektive Gewissheit eines „Niemand hat je so gefühlt wie ich, niemand sieht die Welt so wie ich“ kann auch die Voraussetzung dafür sein, die Welt neu zu sehen, sie subjektiv zu sehen – und sie zu *verändern*.

Die Größenfantasien Adoleszenter angesichts der Einordnung in eine gesellschaftliche Kultur und ihre Zwänge haben also eine wichtige Funktion. Wie die ödipalen Größenfantasien der 4-Jährigen (gegenüber den Eltern) dienen sie Adoleszenten dazu, eigene Abhängigkeitserlebnisse gegenüber der Gesellschaft (heute oft repräsentiert durch die Schule) einigermaßen erträglich zu halten. Am ehesten scheinen sie tatsächlich aufgegeben zu werden, wenn Erfolge da sind und die Enttäuschungen langsam vor sich gehen. Sonst besteht die Gefahr, dass Abhängigkeit nur von der Familie auf neue Institutionen übertragen wird – früher auf das Militär, heute auf andere soziale Gruppen. Der Prozess der Ablösung wird dann psychisch nicht vollzogen (Erdheim, 1988, S. 202). Dieses Risiko besteht auch dann, wenn reale Kompetenzvorsprünge – z.B. beim Umgehen mit digitalen Medien – in der Pubertät zum Umgehen solcher Enttäuschungen eingesetzt werden, ein m.E. zentraler Reiz von Computerspielen. Die Abspaltung der Allmachtsfantasien auf die Freizeit (das „Spielen“ am PC) nimmt adoleszenten Größenvorstellungen ihre soziale Kraft. Wie das „Brot und Spiele“ der römischen Bürger trägt es zur Anpassung an die bestehenden Verhältnisse bei. Die Vernichtung anderer (im Computerspiel wie im römischen Zirkus) erfüllt dann verführerisch Omnipotenzvorstellungen, statt sie realitätsgerecht zu enttäuschen.

Neben der Übertragung der Abhängigkeit von der Familie auf neue Gruppierungen beschreibt Erdheim noch zwei weitere Möglichkeiten, aus den Konflikten der Adoleszenz auszusteigen: Das Aufrechterhalten der Größen- und Omnipotenzvorstellungen bei gleichzeitiger Aufgabe des – immer an die relative Unvollkommenheit erinnernden – Lernens und Arbeitens führt zur Entwick-

lung von Verwahrlosung oder schweren psychischen Erkrankungen. Eine Kopplung der Größen- und Allmachtsfantasien an die Arbeit ermöglicht dagegen eine Annäherung an die Realität und zugleich mit dem Erfahren der eigenen Wirksamkeit die Aufweichung der „versteinerten Realität“.

Es gibt mehrere Gelegenheiten, bei denen größere Umbauvorgänge im Gehirn stattfinden – eine große Liebe z.B. oder die Geburt eines Kindes. Aber die Loslösung von der Steuerung durch Eltern und Pädagogen und die Übernahme von unbewusst ablaufenden Steuerungsfunktionen durch das Frontalhirn ist ein besonderes Zeitfenster. Auch letztlich günstige Entwicklungen können hier dramatisch verlaufen und mit Affektstürmen, Größenideen, politischer Radikalität, mit Piercings, Drogen und Kriminalität verbunden sein. In dem Modell von Jugendlichen als Initiatoren von Veränderung rückt die wechselseitige Abhängigkeit in Beziehungen, die Interdependenz in den Vordergrund. Wieder können neurobiologische Befunde zu einem Verstehensversuch inspirieren.

Aus neurowissenschaftlicher Sicht wird angenommen, das Leben des Menschen beginne mit einem Zustand der harmonischen Verschränkung mit Anderen. Mit diesem Zustand ist ein „Wissen“ des Kindes darum gemeint, dass der eigene mentale Zustand dem Anderen, zunächst meist der Mutter, bekannt ist. Diese Fähigkeit, Gemeinsames zu erleben, ist angeboren. Sie befähigt das Kind, den eigenen Handlungen und den Handlungen der Mutter Sinn zu geben. Das Kind nimmt an, dass die eigenen seelischen Zustände von Mutter, Vater und anderen wichtigen Bezugspersonen geteilt werden. Es *gehört dazu*, gehört zu einem „wir“, einer Gruppe. Dieses bei der Geburt mitgebrachte „Vorwissen“ wird im Spiel, nicht immer, aber, wenn es gut läuft, immer mal wieder, bestätigt.

Der Nobelpreisträger und Neurobiologe Eric Kandel hat den Begriff vom Gehirn als eines „sozialen Organs“ geprägt. „Wenn ich zu jemanden spreche und er oder sie mir zuhört, haben wir nicht nur Sicht- und Stimmkontakt, sondern die Aktivität der neuronalen Maschinerie in meinem Gehirn hat eine direkte und, wie ich hoffe, lang anhaltende Wirkung auf die neuronale Maschinerie in seinem oder ihrem Gehirn, und umgekehrt. Tatsächlich würde ich behaupten, dass die psychotherapeutische Intervention nur insoweit Veränderungen im Geist der Patienten hervorruft, insofern unsere Worte Veränderungen in den Gehirnen der anderen erzeugen“ (Kandel, 1979). Die Entdeckung der Spiegelneuronen wird vermutlich für Beratungswissenschaften und Psychotherapie eine zentrale Bedeutung bekommen. Wir sind weit weniger autonom als wir uns vorstellen – nicht nur den eigenen Impulsen gegenüber, wie es Freud formulierte, sondern auch anderen Menschen gegenüber. Über die Aktivierung von Spiegelneuronen im Gehirn werden nicht nur Handlungen, sondern auch Emotionen mit anderen Menschen geteilt: „Nehmen wir bei anderen Schmerz oder Ekel wahr, so werden dieselben Bereiche der Großhirnrinde aktiviert, die beteiligt sind, wenn wir selbst Schmerz oder Ekel empfinden. Dies zeigt, wie tief verwurzelt und stark die Beziehung ist, die uns mit den anderen verbindet, oder wie bizarr es ist, sich ein Ich ohne ein Wir vorzustellen“ (Rizzolatti & Sinigaglia,

2008, S. 15, zit. nach Schultz-Venrath, 2011). Spiegelneuronen sind daran beteiligt, dass jemand das Gesicht verzieht, wenn er zusieht, wie sich jemand in den Finger schneidet. Schon wenn wir andere Menschen sehen und uns ihnen als Mitglieder unserer Gattung zugehörig fühlen, ist dieser Effekt stark. Wenn wir uns anderen liebevoll verbunden fühlen, wird der Effekt noch stärker. Wir fühlen Schmerz dann so, als würde er uns selbst zugefügt. Menschen verfügen über die erstaunliche Fähigkeit, andere Menschen anzusehen und zu dabei zu erkennen, was in ihnen vorgeht. Für Analytiker, die mit dem eigenen Erleben ihrer Affekte, der Gegenübertragung arbeiten, ist das nicht neu; aufregend ist allerdings die Überlegung, dass Spiegelneuronen die biologische Grundlage der Gegenübertragung sind und diese ermöglichen. Wir fühlen zunächst in uns selbst, was wir bei anderen dann beschreiben – wir „baden buchstäblich in einem Zustand ..., der dem inneren Befinden einer anderen Person gleicht“ (Schulz-Venrath, 2011).

Die ausführlichere Schilderung dieser Befunde zur Verbundenheit soll deutlich machen, wie wenig vermeidbar – und vielleicht auch notwendig – es ist, sich in die Beziehungsmuster der eigenen Kinder (und mitgedacht hier auch: Klienten) verwickeln zu lassen. Pubertät steckt an – sie muss und soll anstecken. Eltern pubertierender Kinder machen Unsinn. Sie brechen auf und brechen ab, oder sie überlegen das zumindest. Sie sind verunsichert und oft beunruhigt. Ein Scheidungsgipfel von Paaren liegt bei 20 Jahren nach Heirat. Die Entscheidung, ob Paare zusammen bleiben oder nicht, fällt damit häufig in die Adoleszenz ihrer Kinder. Auch Teams, die mit Adoleszenten arbeiten, haben häufig heftige Konflikte zu bestehen.

Wenn in diesem Modell Jugendliche als Initiatoren von Veränderungen in Familie und Gesellschaft geschätzt werden, erschwert dies den Eltern eine Distanzierung von den damit verbundenen Konflikten und Gefühlen (wie im Modell „Pubertät als Ärgernis“). Auch die Einnahme einer überlegenen Position (wie im Modell „Jugendliche als Objekte einer natürlichen Entwicklung“) ist dann weniger leicht möglich. Eigene Erfahrungen und Konflikte in der Ursprungsfamilie machen sich dagegen deutlicher bemerkbar. Damit sind Chancen verbunden. Die Pubertät der Kinder kann zu einer Reflexion eigener Erfahrungen bei den Eltern führen und einen Lernprozess anregen. Die Aktivierung eigener Erfahrungen als Jugendlicher ohne eine reflexive Distanzierung davon bringt Gefahren mit sich. Manche Eltern (auch: Therapeuten) fördern die Verbindung zu ihren pubertierenden Kindern, indem sie sich mit ihnen identifizieren – z. B. in einem Rebellieren gegen (andere) Autoritäten oder gegen den als autoritär erlebten Partner.

Wenn in einer Familie oder einem Team dann unterschiedliche Toleranzen für das Austragen von Konflikten bestehen, treten heftige Konflikte auf: Mütter „schützen“ zum Beispiel ihre Kinder vor den als „autoritär“ erlebten Vätern, Väter erleben sich als ausgeschlossen, weil ein – auch aggressiv getönter – Kontakt zu ihren Kindern in der Familie nicht toleriert wird. Die Klärung solcher Kon-

flikte in Familien und in Teams ist wegen der damit verbundenen Loyalitäten zur eigenen Ursprungsfamilie und deren Werten und Normen oft schwierig und zugleich lohnend.

## Ohne Konflikte keine Fortentwicklung

Zunächst sieht es so aus, als seien Pubertierende schwer beeinflussbar – jedenfalls von Eltern und Pädagogen. Die Entwicklungspsychologin Inge Seiffge-Krenke (2004) fasst empirische Befunde zur Situation in Familien mit pubertierenden Kindern zusammen. Sie beschreibt für diese Zeit

- eine zunehmende emotionale Distanz zwischen Eltern und Jugendlichen;
- gleichzeitig häufiger aggressive Auseinandersetzungen;
- Alltagsprobleme um Klamotten, Schulaufgaben und Abwasch;
- Vätern wird kaum noch Persönliches erzählt;
- Mütter erleben heftige und häufige Konflikte, nicht selten als eine psychosomatisch krank machende Dauerbelastung;
- ein Austesten von Grenzen kann beängstigende Formen annehmen;
- Jugendliche initiieren Veränderungen in der Beziehung und haben damit großen Einfluss auf die Familie.

Die geschilderten Konflikte um Allmachtsfantasien und Arbeit (auch bei Hausaufgaben und Abwasch) und um die Loslösung von der Familie stellen Pubertierende und ihre Eltern vor vielfältig belastende Herausforderungen. Stark zusammenfassend geht es darum, eine *wechselseitige Abhängigkeit* voneinander und die Verschränkung miteinander zu akzeptieren und Konflikte um Kontrolle und Autonomie zu bewältigen. Dabei wirkt es oft so, als seien Therapeuten oder Eltern nicht mehr wichtig. Angesichts der hohen, nicht bewussten affektiven Verknüpfung in einer Familie „soll“ aus Sicht von Jugendlichen aber die Bindung gering sein – oder zumindest so scheinen – um Unabhängigkeit erleben zu können. Immer wieder muss daher in der Familie das Gleichgewicht von Verbindung und Individuation neu austariert werden. Streits um die Verteilung von Aufgaben für die Familie, den Müll, die Wäsche und den Abwasch bieten dazu anstrengende und fruchtbare Lernerfahrungen.

Entwicklungen und Trennungen („Fortentwicklung“) werden in der Regel ambivalent erlebt und nicht nur willkommen geheißen. Was ist das für ein Gefühl, erwachsen zu sein? Nicht alle Erwachsene finden das attraktiv – und auch nicht alle Jugendlichen: „Erwachsene fragen mich oft, was willst Du werden? Ich sage nur: Wieso werden?“ (ein 12-jähriges Mädchen).

Auf die Frage nach der ersten Erfahrung damit, sich „erwachsen“ zu fühlen, werden oft existenzielle Erlebnisse genannt: Der Tod der Eltern und das Gefühl, jetzt allein zu sein, Trennungen von Partnern, die Geburt eines Kindes.

Manchmal wird die Erfahrung von Liebe und Sexualität genannt. Nicht so wenige Menschen kennen das Gefühl, „erwachsen“ zu sein, aber auch nicht oder können es nicht benennen. Sie betrachten sich auch mit 30 oder 40 Jahren nicht als „erwachsen“ und finden die Möglichkeit durchaus attraktiv, dies auch zukünftig nicht zu werden. Erfahrung mit Erwachsenen und dem „Erwachsen sein“ haben Einfluss darauf, was Jugendliche in uns auslösen. Tishby und Vered (2011) untersuchten nicht bewusste Reaktionen von Therapeuten in Behandlungen von Jugendlichen (Gegenübertragungsreaktionen). Sie fanden als Reaktionen:

- Identifikationen mit dem Patienten,
- die Wiederholung der Reaktionen der Eltern des Patienten,
- den Versuch einer Reparatur: Therapeuten erproben das Gegenteil der Reaktionen der Eltern
- und eine emotionale Distanzierung oder einen Rückzug.

Diese Reaktionen erfassen in einer empirischer Untersuchung von Therapien ähnliche Beziehungsmuster, wie sie oben in den Modellen zur Pubertät dargestellt werden. Ein einzelnes dieser Muster führt vermutlich nicht weit. Aber wie kann eine förderliche Kombination aus Abgrenzung und Verbindung aussehen und gelingen?

Erwachsen zu sein, kann heißen, Antworten auf die Fragen von Kindern zu finden. Fragen werden anspruchsvoller – die Antworten dann persönlicher. Bei solchen Fragen geht es oft nicht mehr um eine objektiv richtige Antwort, sondern um eine stimmige. Der Familientherapeut Jesper Juul (2010) berichtet von einem Vater, der sich von seiner adoleszenten Tochter vor die Frage gestellt sah, ob ihr Freund bei ihr übernachten dürfe.

Juul fragte, was er ihr denn sagen wolle. Der Vater tat sich nicht leicht damit, zu einer persönlichen Antwort zu kommen und sagte schließlich, am ehesten sei stimmig: „nur über meine Leiche!“ Genau das sollte er sagen, meint Juul. Er beschreibt die Aufgabe der Eltern in der Pubertät mit der eines Sparringspartners für Konflikte: Wichtig sei es, maximalen Widerstand bei minimalem Schaden zu leisten. Minimaler Schaden bedeutet dann auch, rechtzeitig nachgeben zu können. Aus therapeutischer Sicht ist diese Form des „Antwortens“ in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode konzeptualisiert worden. Klienten, die – dauerhaft oder vorübergehend – nicht gut mentalisieren oder triangulieren können, und Jugendliche profitieren von der Verbindung aus bezogener Abgrenzung und hoher Präsenz des Therapeuten.

Eltern und Pädagogen haben in den Veränderungen von Pubertät und Adoleszenz die Rolle eines konservativen Elements. Sie sind Sparringspartner für die Fragen: Was will ich wirklich? Kann ich dazu stehen? Kann ich sehen, dass nicht alles, was ich will, dann letztlich so geschieht? Kann ich mich durchsetzen? Das ist eine hohe Anforderung. Eltern und Pädagogen sind genötigt, Antworten auf die Fragen ihrer Kinder zu finden – persönliche Antworten auf

Fragen, die sie sich oft lange nicht mehr gestellt haben: Was will ich wirklich? Kann ich dazu stehen? Kann ich sehen, dass nicht alles, was ich will, dann letztlich so geschieht? Muss ich mich durchsetzen? Es kann auch den Eltern gut tun, wenn die Kinder ihnen ihre Fragen stellen.

Wenn es also oft nicht um die richtige, sondern um eine stimmige Antwort geht, dann heißt das auch: Zentral ist die Beziehung und deren Erleben. Entwicklungspsychologisch kann das auch als eine Regression, ein Zurückschreiten auf eigentlich schon verlassene Formen des Fühlens und Denkens beschrieben werden. Fähigkeiten zum Wechsel der Perspektive, zur Triangulation von Beziehungen und beim Mentalisieren gehen über längere Zeiträume verloren. Das bringt Schwierigkeiten mit sich, ermöglicht aber Flexibilität – Affektstürme und Größenideen lassen Auffassungen wieder flexibel werden, die sonst über Reflexion stabilisiert würden. Eltern fordern diese regressiven Entwicklungen viel ab – gerade solchen Eltern, die selbst sehr aktiv sind: Kinder bleiben zu Hause und tun nichts – die Beschleunigung von G8 wird locker ausgebremst. Pläne werden nicht beachtet oder zunichte gemacht. Nur eine Weile hilft Eltern die Erinnerung an den „Starken Wanja“ und dessen Jahre auf dem Ofen – dann müssen die Eltern auch hier eigene subjektive Antworten finden.

Solche Antworten betreffen zum Beispiel eigene Ängste vor dem Loslassen der Kinder. Reale Ängste und neurotische sind oft nicht klar abgrenzbar, wenn Kinder Motorradfahren, nachts spät nach Hause kommen, Alkohol und Drogen nehmen oder unglückliche Beziehungen eingehen. Hier tauchen bei Eltern dann auch eigene Erfahrungen damit auf, wegzugehen und verlassen zu werden, einsam wie in der eigenen Adoleszenz zu sein, sich trennen zu wollen oder Trennungen auf jeden Fall zu vermeiden. Auch Eltern reagieren dann nicht selten regressiv – und handeln eigene kindliche Ängste in der aktuellen Beziehung zu ihren pubertierenden Kindern ab.

Wenn Pädagogen und Eltern solche regressiven Entwicklungen in sich aufnehmen können, sie bei sich wahrnehmen mit einem „so ist das also!“, trägt das dazu bei, sich weniger „schwierig“ (oder komisch, peinlich, angestrengt) zu fühlen. Wenn Eltern, Pädagogen und Therapeuten ihre Erfahrungen reflektieren und Jugendlichen davon etwas mitteilen, machen sie etwas Wichtiges vor. Dabei ist es günstig, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche im Blick zu behalten und transparent zu machen – und auch darin Jugendlichen ein Vorbild zu sein. Eine stimmige persönliche „Antwort“ verbindet Abgrenzung und Beziehung. Im pädagogischen Bereich nimmt das Bild des Sparringspartners ein solches persönliches Antworten auf.

## Literatur

- Arlt, M. (1992). *Pubertät ist, wenn die Eltern schwierig werden*. Freiburg: Herder.
- Blos, P. (1962). *Adoleszenz: Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dummontheil, I., Apperly, I. A. & Blakemore, S. J. (2010). Online usage of theory of mind continues to develop in late adolescence. *Developmental Science* Jg. 13, 331-338.
- Eissler, K. R. (1966). Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion (ursprgl. 1958). *Psyche*, Jg. 20, 837-872.
- Erdheim, M. (1988). *Psychoanalyse und Unbewusstheit in der Kultur*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fonagy, P. & Luyten P. (2011). Die entwicklungspsychologischen Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz: Ein Forschungsbericht aus dem Blickwinkel der Mentalisierungstheorie. In: Wie wir wurden, was wir sind. *Psyche*, Jg. 65, 900- 952.
- Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. G.W. 14, 419-506.
- Juul, J. (2010). *Pubertät. Wenn Erziehen nicht mehr geht*. München: Kösel.
- Kandel, E.R. (1979). Psychotherapy and the single synapse. The impact of psychiatric thought on neurobiological research. *New England Journal of Medicine* 301, 1028-1037.
- Miller, D. (1983). *The age between. Adolescence and therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Seiffge-Krenke, I. (2004). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Schulz-Venrath, U. (2011). Das Gehirn in der Gruppe oder die Gruppe im Gehirn. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Jg. 47, 111-140.
- Spitzer, M. (2003). *Lernen. Gehirn-Forschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Tishby, O. & Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy Research*, Jg. 21, 621-630.



*Silke Springer & Renate Semken*

Wollen Jugendliche in der Pubertät sein?

**Wie sehen Jugendliche sich in dieser Zeit und wie werden sie von ihrem Umfeld wahrgenommen? – Ergebnisse eines Austauschs mit Jugendlichen und Eltern der Therapeutischen Wohngemeinschaft „Mäander“, Neues Wohnen im Kiez GmbH, zum Thema Pubertät**

„Bedeutungsgebung besteht in einem Prozeß ständiger Entfaltung, ist niemals festgelegt und immer abhängig von der Form unseres gemeinsamen Tanzes. Wir schaffen gemeinsam die Realität, aber es ist immer eine Realität ohne Anker, immer offen für eine Umwandlung – in der nächsten Konversation ...“

(Kenneth Gergen im Interview mit Deissler et al., 1994, S. 125f., nach Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 79).

## **1 Gedanken zum Thema und Vorbereitungen eines Workshops**

Angeregt durch die geplante Thematik des Fachtages „Pubertät und Wahnsinn“ wollten wir gemeinsam mit den Jugendlichen unserer Einrichtung dem Thema Pubertät eine größere Aufmerksamkeit schenken. Wir, das sind Mitglieder eines multidisziplinären Teams, welches bis zu 12 junge Leute im Alter von 14 bis 18 Jahren pädagogisch und therapeutisch betreut.

Im Rahmen der Vorbereitung des geplanten Workshops zum Fachtag zeigte sich, wie viele unterschiedliche Sichtweisen auf dieses Thema bereits in unserem Team vorhanden sind.

Wir fragten uns u.a., welche Assoziationen wir zur Pubertät haben und was uns als erstes zum Thema einfällt. Erinnern wir uns gerne an unserer Jugend? Wie haben wir das Alter zwischen 10 und 18 wahrgenommen? Nehmen wir in unserer täglichen Arbeit die Jugendlichen ausreichend in ihrem ganz persönlichen Veränderungsprozess wahr? Versuchen wir manche Verhaltensweisen zu schnell mit Phänomenen der Pubertät zu erklären? Kapitulieren wir Erwachsene manchmal vor den Jugendlichen? Meinen wir, nur hoffen zu können, dass es bald vorbei ist? Nutzen wir, gemeinsam mit den Jugendlichen und deren Eltern, die Ressourcen des Erwachsenwerdens ausreichend? Betrachten sie als

Chance für die Entwicklung der Kinder? Wie empfinden die jungen Leute diese Zeit? Als anstrengend und peinlich oder sind sie auch neugierig auf das, was da kommt?

Es wurde für uns im Laufe des Prozesses immer interessanter, wie die Mädchen und Jungen unserer Wohngemeinschaft ihre Pubertät sehen und wie ihre Eltern diese Zeit erleben. Mit den Eltern kamen wir dazu im Rahmen gemeinsamer Termine ins Gespräch. Die Jugendlichen jedoch zeigten sich nicht zu einem persönlichen Gespräch bereit. Um uns dennoch einen Austausch mit den jungen Leuten zu ermöglichen und sie zu einer Auseinandersetzung anzuregen, hängten wir ein großes leeres Plakat in den Wohnbereich der Jugendlichen, mit der Bitte, alles zu notieren, was ihnen zum Thema Pubertät einfällt. Weiterhin entwarfen wir ein Quiz mit Fragen zur Pubertät sowie einen Fragebogen, den alle unsere Bewohner\_innen anonym ausfüllen konnten.

Die Möglichkeit, sich auf dem Plakat auszudrücken, wurde rege genutzt. Hier äußerten sich die Jugendlichen in erster Linie zum Thema Sexualität (eine Vielzahl gezeichneter männlicher und weiblicher Geschlechtsmerkmale und Bemerkungen, die sich auf Sexualität beziehen, fanden ihren Platz.)

Die Quizauswertung ergab, dass fast alle Jugendlichen die allgemeinen Fragen zum Thema Pubertät richtig beantworten konnten. Die Auswertung des Fragebogens brachte für uns eine unerwartete und besondere Erkenntnis, die wir im Folgenden näher betrachten werden.

## 2 Ist es besser, nicht in der Pubertät zu sein?

### *Der Fragebogen*

Die erste Frage des Fragebogens lautete: Bist Du in der Pubertät?

Die meisten der Jungen und Mädchen beantworteten diese Frage mit „nein“. Die Frage allerdings, ob sie jemanden kennen, der gerade in der Pubertät ist, bejahten alle.

Da alle Jugendlichen der WG sich in dem Alter befinden, in dem Menschen gemeinhin als in der Pubertät angesehen werden, und da sie alle mit der Beantwortung der Fragen des Quiz' bewiesen hatten, dass sie wussten, dass sie gemäß ihres Alters in der Pubertät sind, erstaunte uns im ersten Moment, dass sie sich selbst nicht als Betroffene sahen.

Wollten sie nicht in der Pubertät sein?

Eine naheliegende Hypothese ist die, dass sie sich mit dem, wie über pubertierende Jugendliche gesprochen wird, nicht identifizieren können oder wollen.

### **3 Wie sehen und erleben Eltern die Zeit der Pubertät ihrer Kinder?**

Wann immer wir Eltern unsere Fragen stellten, was für sie Pubertät bedeutet und welche Erfahrungen sie mit ihren pubertierenden Kindern hatten oder haben, drückten sie mit Gesten und Worten Verzweiflung aus.

Die Kinder seien ihnen in dieser Zeit zunehmend fremder geworden, es habe verbale Verletzungen zwischen Eltern und Kindern gegeben, öfter sei es zu Auseinandersetzungen gekommen und das Leben, wie sie es gewohnt waren, habe so nicht mehr funktioniert. Oswald & Müllensiefen sagen dazu:

„In seinem Bemühen, eine eigene Position zu finden, ist der Jugendliche für Differenzen in der Familie und zwischen Familie und Umwelt sensibilisiert. Dies führt ihn in eine grundsätzlich kritische bis protestierende Haltung gegenüber familiären Umgangsregeln und inhaltlichen Anforderungen. Es kommt zu Spannungen in der Familie. Der Heranwachsende fordert mehr Gleichberechtigung. Elterliche Autorität lässt er weniger gelten.“ (Oswald & Müllensiefen, 1990, S. 38)

Die Rolle der Eltern und die der Jugendlichen scheinen in dieser Phase neu definiert werden zu müssen. Der Umgang miteinander erfordert neue Regeln und gegenseitige Akzeptanz trotz der sich stark verändernden Beziehung.

Eine alleinerziehende Mutter berichtete über eine Zeit mit ihren drei Söhnen, in der sie nichts richtig machen konnte. Sie habe einerseits ihren Einfluss schwinden sehen, aber auch das Gefühl gehabt, dass es wichtig war, für ihre Kinder da zu sein.

Das alltägliche Miteinander war aus der Sicht der befragten Eltern nicht nur geprägt von immer weniger Verständnis, sondern auch von Sorgen und Ängsten. An erster Stelle stand die Angst vor negativen Einflüssen durch andere Jugendliche, die die Eltern zunehmend weniger kannten, dicht gefolgt von Ängsten vor Drogen- und/oder Alkoholkonsum.

### **4 Darüber hinaus: Wie wird in den Medien über die Pubertät gesprochen?**

Gibt man bei Google das Stichwort Pubertät ein und klickt sich in die ersten Ergebnisse, findet man neben naturwissenschaftlich-biologischen Erläuterungen folgende Worte und Wendungen gehäuft:

Stimmungsschwankungen, Launenhaftigkeit, schwierige Jahre, schwierige Zeit.

Es finden sich Titelzeilen wie:

## II Pubertät und Wahnsinn

---

„Pubertät – Wenn Teenager ausrasten ... Teenager in der Pubertät sind eine Spezies für sich: Sie sind zickig, launisch oder aufmüpfig.“ (Eine Seite des WDR)

„Pubertät: Ratgeber für Eltern. Die Pubertät ist nicht nur für Jugendliche eine schwere Zeit. Auch die Eltern sind oft ratlos, wie sie mit ihren schwierig gewordenen Sprösslingen umgehen sollen.“ (www.geo.de)

Ausnahmezustand Pubertät

Spiegel 15/2010 titelt: Hilfe! Pubertät!

Spiegel 22/2001 titelt: Süßer Horror Pubertät: Die Entmachtung der Eltern

In der Regel wird über die Pubertät als eine schwierige Zeit gesprochen, in der Jugendliche und Eltern sich nicht mehr verstehen; es ist entweder die Zeit, in der Eltern schwierig werden, oder die Zeit, in der Kinder schwierig, launisch werden, nicht mehr zu bändigen sind.

## 5 Wenn „man“ es sich genau überlegt, will „man“ da in der Pubertät sein?

Wir fragten uns, wie es uns gehen würde, wenn man über uns, bzw. über die Lebensphase, in der wir uns befinden, so sprechen würde? Würden wir uns ohne Probleme damit identifizieren? Oder würden wir uns lieber verdrücken, wenn über uns gesprochen wird?

Die Antwort liegt wohl auf der Hand ...

Wie viel anders wären die Antworten auf die erste Frage unseres Fragebogens möglicherweise ausgefallen, wenn die Pubertät nicht in den Medien dämonisiert würde? Wie viel lieber würden junge Menschen sich als Pubertierende erkennen und bezeichnen, wenn ihre Ressourcen und Fähigkeiten allerorts benannt würden? Wenn Eltern stolz darauf wären, Kinder in der Pubertät zu haben. Wenn die Phase der sexuellen und geschlechtlichen Reifung als Zeit der Ablösung und Entwicklung zur Eigenständigkeit beschrieben würde, durch die die Betroffenen und auch die Angehörigen bereichert würden?

Wenn man dominant hören und lesen würde:

Stimmungsvielfalt in der Pubertät, interessante Jahre, Zeit der Entdeckungen, Vielfalt der Kommunikation, Entwicklung der Identität.

Wenn auch Titelzeilen anders ausfielen:

„Pubertät – Wenn Teenager erwachsen werden ... Teenager in der Pubertät erleben eine besondere Zeit: Sie sind äußerst kreativ, experimentierfreudig und versuchen sich durchzusetzen. Sie stehen mehr und mehr für ihre Bedürfnisse ein. Sie entdecken sich selbst als unabhängige Menschen und probieren sich aus.“

„Pubertät: Ratgeber für Eltern. Die Pubertät ist nicht nur für Jugendliche eine wichtige Zeit. Auch die Eltern sind oft begeistert, wie ihre Sprösslinge zwischen 10 und 18 sich durch viel Ausprobieren und widersprüchliche Kommunikation zu unabhängigen Menschen entwickeln.“

Entwicklungszeit Pubertät

Endlich! Pubertät!

Spannende Entdeckungen in der Pubertät: Die neue Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern

Welch ein Unterschied! Wie anders würden sich Jungen und Mädchen im Alter zwischen 10 und 18 vermutlich fühlen und verhalten? Würde sich möglicherweise die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern verändern? Vielleicht würden auch Eltern voller Spannung darauf warten, dass ihre Kinder in die Pubertät kommen.

Erwartung und Bewertung von Verhalten und von Geschehen durch andere haben deutlich mit dem persönlichen Empfinden zu tun und mit dem, was wir Identität nennen.

Gestützt finden wir unsere Hypothese in den Ausführungen von Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer, die ein weit beachtetes Lehrbuch zur systemischen Therapie und Beratung verfasst haben. Schlippe und Schweitzer zitieren Kenneth Gergen, der „ein Modell vom Menschen als soziale Konstruktion, dessen Handeln in einer komplizierten Weise mit den gesellschaftlichen Prozessen verwoben ist“ (Gergen, 1990, S. 191, nach Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 78), beschreibt. Gergen betont, dass der Mensch so ist, „wie die anderen – und er selbst – ihn sich vorstellen (Gergen, 1990, S. 195, nach ebd.) Weiter zitieren Schlippe und Schweitzer Hoffmann-Hennessy mit den Worten:

„Einzig durch eine fortwährende Konversation mit seinen nahestehenden Interaktionspartnern gewinnt das Individuum ein Gefühl für Identität oder eine innere Stimme.“ (Hoffmann-Hennessy, 1992, S. 17, nach Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 79)

## 6 Abschließende Gedanken

Wir gehen davon aus, dass die Bewertung der Pubertät eher positiv ausfiele und diese Phase als lebendig angesehen werden könnte, wenn Eltern und Heranwachsende diese Zeit vollständiger wahrnehmen könnten und würden. Das könnte sie erleichtern und dazu beitragen, diese anspruchsvolle Entwicklungsaufgabe gut zu meistern und dabei – bestenfalls mit Freude und Interesse – aneinander zu wachsen. Voraussetzung dafür wäre ein veränderter gesellschaftlicher Diskurs zum Thema Pubertät.

Für uns, als Teil der Gesellschaft und als Pädagog\_innen und Therapeut\_innen, die qua Beruf als Bedeutungsgeber\_innen fungieren, trugen die in-

tensive Vorbereitung des Workshops, die Gespräche mit den Eltern und vor allem die Informationen der Jugendlichen zu Denkanstößen für unsere tägliche Arbeit bei. Wir fragten uns, welchen Platz das Neue und Spannende, das die Pubertät mit sich bringt, in unserer TWG und in unseren Beratungsräumen hat, in denen sich Jugendliche, Eltern, Pädagog\_innen und Therapeut\_innen treffen. Wo bleibt bei uns die Neugier auf die vielen interessanten Erfahrungen, die in diesem Alter anstehen? Kann die Pubertät auch, trotz aller Anstrengungen, von den engsten Bezugspersonen als positiv gesehen werden? Wie würde eine konstruktive Betrachtung des Erwachsenwerdens die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern verändern? Was brauchen Kinder in dieser Zeit von ihren Eltern bzw. von den Erwachsenen? Was hätten die Eltern in ihrer Pubertät von ihren Eltern oder auch in der Vorbereitung darauf benötigt? Hätten sie es bekommen, wären sie eventuell heute weniger angestrengt von ihren eigenen Kindern? Was tragen wir als Professionelle nach außen und welchen Umgang mit der Pubertät vermitteln wir Eltern und Jugendlichen?

## Literatur

- Deissler, K. G., Grau, U., Keller, Th. & Schug, R. (1994). Sozialer Konstruktivismus? Ein Interview mit Ken Gergen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 12, 118-126.
- Gergen, K. J. (1990). Die Konstruktion des Selbst im Zeitalter der Postmoderne. *Psychologische Rundschau* 41, 191-199.
- Hoffmann-Hennessy, I. (1992). Für eine reflexive Kultur der Familientherapie. In: A. v. Schlippe & J. Schweitzer, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oswald, G. & Müllensiefen, D. (1990). *Psychosoziale Familienberatung*. Freiburg: Lambertus.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

*Anke Rabe & Claus-Peter Rosemeier*

„’tschuldigung, ich sag das jetzt mal auf jugendlich ...“

### **Mentalisierung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie mit Jugendlichen**

Inhaltlich eng am Workshop der Tagung 2011 orientiert, versuchen wir im Folgenden unsere Ideen und Hintergründe anschaulich zu machen, auf deren Grundlage wir in den Therapeutischen Wohngruppen der Koralle Gruppenpsychotherapie nutzbringend für die Jugendlichen durchführen. Dabei beziehen wir uns in vieler Hinsicht auf Theorie und Herangehensweise der Psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie in der Arbeit mit Patienten mit Ich-strukturellen Störungen. Wir erläutern, mit einem kurzen Verweis auf die Mentalisierungstheorie, in welchem Zusammenhang und auf welche Weise wir dieses psychotherapeutische Verständnis in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit mit den Jugendlichen der TWG für fruchtbar und durchführbar halten. Diese praktisch-theoretischen Überlegungen sind eingebettet in kurze Beschreibungen des Gruppenprozesses im Workshop – „Das Experiment“.

### **Das Experiment**

Das Herzstück unseres Workshops bei der Tagung bildete eine Gruppensitzung, zu der wir die Kolleginnen und Kollegen einluden. Wir wollen dies – vielleicht etwas despektierlich – „das Experiment“ nennen. Es erschien uns wichtig, die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie erlebbar zu machen, Haltung und Interventionstechniken nicht nur in Theorie, sondern eben auch in Praxis zu vermitteln. Wir möchten nicht versäumen, all denen herzlich zu danken, die sich von uns zu dieser Erfahrung verführen und diese letztlich mit Freude und Engagement gelingen ließen.

Der hier vorliegende Artikel versucht genau dies: Die Gruppe wird Sie durch den gesamten Text begleiten; einzelne, frei aus dem Gedächtnis wiedergegebene Sequenzen bilden Beispiele für unsere theoretischen Überlegungen.

Der Rahmen: An dem Workshop nahmen etwa 20 Kolleginnen und Kollegen teil. In der so entstandenen Gruppe trafen sehr erfahrene Kolleginnen und Kollegen auf solche, die noch ganz am Beginn standen, gerade Praktika absolvierten und/oder mitten in Studium und Ausbildung steckten – eine spannende

Mischung. Die Gruppensitzung begann unmittelbar nach einer kurzen Einleitung durch die Referenten. Gegenstand der Einleitung war die Information zu den Gruppenregeln.<sup>1</sup>

### Ex – 1

Die Kolleginnen und Kollegen kamen nach der Pause guter Dinge in den benannten Raum, freundlich und erwartungsvoll, ein wenig matt vielleicht nach einem kulinarischen Highlight, genossen eben da, wo man in der Kürze der Zeit Hin- und Rückweg plus die Mahlzeit unterbringen konnte, oder angeregt von den Gesprächen mit den Kolleginnen und Kollegen, die man täglich oder eben ausschließlich auf solchen Tagungen trifft ... das alles jedenfalls würde sich, so war aus Erfahrung zu vermuten, in der nun folgenden Zeit des Zuhörens sicher gut sortieren und/oder verdauen lassen. Zunächst schien auch alles nach Plan zu laufen: die Referenten waren schon da, puzzelten an Laptop und Beamer, wo „vorn“ ist, war klar ... nun ja, die Stühle standen etwas unpraktisch im Kreis, aber das ließ sich ja richten.

## Warum Gruppen?

Die therapeutische Arbeit in Gruppen ist – diese Erfahrung hat sicher jeder gemacht, der sich derselben verschrieben hat – ein hartes Brot. Obwohl Gruppenprozesse unser Leben, unsere Interaktionen bestimmen und prägen und permanent von uns gefordert und bewältigt werden, sind gruppentherapeutische Sitzungen für den Einzelnen oft eine zunächst scheinbar undurchschaubare, herausfordernde, mitunter sogar ängstigende und verunsichernde Situation. Warum also mutet man sich (als Therapeutin) und anderen (KlientInnen, PatientInnen, KollegInnen...) dies zu?

Will man verstehen, was einem das Leben schwer oder leicht macht, über welche Fallstricke man immer wieder stolpert, welche Klippen man umsegelt, auf welchen Sandbänken man immer wieder strandet, ist es hilfreich, sich selbst ins Verhältnis zu anderen zu setzen, sich vor der Leinwand eigenen Erlebens mit deren Erfahrungen und Strategien zu beschäftigen. Wir tun dies in alltäglichen Situationen im Wesentlichen auf zwei Ebenen: zu zweit oder zu mehreren, und bewegen uns so in den prägenden Interaktionsfeldern unseres Geworden-Seins. In der frühesten, der dyadischen Beziehung zur Mutter (bzw.

---

1 Die Regeln werden für alle therapeutischen Gruppen, also auch für die Jugendlichengruppen, in etwa ähnlich formuliert: 1. Was in der Gruppe besprochen wird, bleibt in der Gruppe. 2. Sich möglichst freimütig mit allem, was einem einfällt äußern, ohne (zu sehr) drauf zu achten, ob es zu passen scheint. 3. Auf die eigenen Grenzen und auf die der anderen achten. 4. Die anderen ausreden lassen. 5. In der Gruppe wird miteinander gesprochen, nicht gehandelt. (Keine körperlichen und verbalen Angriffe oder Drohungen, kein körperliches Agieren).



frühen Bezugsperson) machen wir erste Erfahrungen mit uns, erleben uns im Gegenüber, entwickeln idealerweise im Kontakt mit der ausreichend guten Mutter<sup>2</sup> basale Fähigkeiten. Schon durch den Dritten (so z.B. – oder vor allem – den Vater) erhält dieses Erleben eine weitere Dimension in Interaktion und Übertragung.

Im Gegensatz zur Intimität des Zweierkontaktes stellt die Gruppe auch stets ein Stück Öffentlichkeit dar. Während sich Ersterer eignet, um sich verstehend und reflektierend mit Wünschen, Bedürfnissen und Erlebtem in den frühen Beziehungen auseinanderzusetzen und diese innerhalb jeweils *einer* Übertragung zu bearbeiten, bietet das Mehrpersonensetting parallel eine Vielfalt von Übertragungsmöglichkeiten und -ebenen. So findet man sich beispielsweise nicht mehr allein in einer versagenden Situation mit der Mutter (Therapeutin), sondern gleichzeitig auch in Konkurrenz mit Geschwistern (andere Gruppenteilnehmer), steht gleichzeitig den anderen als potenzieller Übertragungsträger zur Verfügung (Triangulierung im psychoanalytischen Sinne). Stärker als im Zweierkontakt werden hier Normen und Regeln Thema sein, die die einzelnen Gruppenmitglieder immer wieder neu miteinander aushandeln, auf die sie sich als „gemeinsames Drittes“ verständigen müssen.

## Ex – 2

Nach einer kurzen Vorstellung dann die Irritation: Wir beginnen mit einer Gruppensitzung. Plötzlich schien die Platzwahl vielleicht doch nicht mehr so gelungen, und die Regeln, was sollte man damit anfangen? Ja klar, reden, ausreden lassen, Grenzen einhalten, ausschließlich mit Worten kommunizieren ... und jetzt? Jeder war plötzlich gefordert, wurde angesehen, konnte angesprochen werden. Was also tun? Na klar – man kennt das ja: Vorstellungsrunde. Geht immer. Also los. „Ich heiße ... Bin ... Arbeite bei ...“ Fertig. Der Nächste ... Das geht so etwa 5, 6 Mal, dann schleicht sich doch noch die ein oder andere ausführlichere Information ein. „Und jetzt? Das hätte ich ja auch gern gesagt, wusste ich ja nicht, dass das auch geht ...“

---

2 Der Begriff der „good enough mother“ geht auf Winnicott (1990) zurück.. Dabei geht Winnicott nicht von einer idealisierten Mutter aus, die durch Abweichungen vom Ideal psychoanalytischer Theorien ihr Kind schädigt, sondern führt den Begriff der ausreichend guten Mutter in die Terminologie der Psychoanalyse ein. Die „ausreichend gute Mutter“ („good enough mother“) ist in der Lage, auf die Bedürfnisse des Babys einzugehen, zumindest soweit, dass sich das Baby nie komplett verlassen fühlt. Mit der Zeit lösen sich Mutter und Baby aus dieser engen Verbindung, so dass das Kind lernen kann, dass die Mutter nicht Teil seiner selbst, sondern ein eigenständiges, abgegrenztes Wesen ist.

## Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie

### Ex – 3

Etwa 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, das zieht sich ... Die Gruppenleiterin interveniert: „Oje, ich weiß ja nicht, wie es Ihnen geht, aber ich kann mir das jetzt gar nicht alles merken ...“. Ein kurzes Stocken in der Gruppe, Blicke werden getauscht ... „Nein doch, das ist schon gut so, wir machen das zu Ende“, kommt dann die resolute Ansage. Die Runde läuft weiter. Dann klopft es, zögernd kommt ein verspäteter Kollege, entschuldigt sich, findet einen Platz ... die Gruppe schweigt. Die Gruppenleiterin: „Das ist ja jetzt eine blöde Situation für Sie... mag jemand helfen?“ Relativ prompt sagt eine Kollegin (ein wenig schnippisch): „Also ... wir spielen hier Gruppe, und Frau Jürgens-Lotze tut so, als wäre sie die Therapeutin...“ Gruppenleiterin (erstaunt, aber freundlich lächelnd in Richtung der Sprecherin): „Oh ... ich finde, wir SIND eine Gruppe, und ich BIN die Gruppenleiterin.“ Scheinbar vollkommen unbeeindruckt von diesem kurzen Schlagabtausch macht die Gruppe dann mit der Vorstellungsrunde weiter, der Neuankömmling holt dies nach, unmittelbar nachdem ihm klar wird, was hier jeder von sich sagt. Wieder drei, vier Kollegen ... und dann: „Ich heiße ... und hasse rechtsdrehende Vorstellungsrunden! Mehr will ich nicht sagen.“ Verkündet ein Kollege mit verschränkten Armen und keckem Blick in Richtung Gruppenleiterin. „Gut, dann mach ich weiter...“ sagt die nächste Kollegin und tut dies in bewährter Manier. Kurz darauf ist es geschafft. Jedenfalls beinahe: Ein, zwei Kollegen vom Beginn tragen noch Informationen nach. In das sich daran anschließende kurze Schweigen meldet sich der „Rebell“ aus der Vorstellungsrunde: „Ähm ja, ich würde jetzt doch gern noch sagen, wo ich arbeite ...“ ....

Egal welcher Art die Gruppe, das Zusammensein mehrerer Personen und der entsprechende Zusammenhang sind, es ist davon auszugehen, dass es Menschen gar nicht anders möglich ist, als die Situation miteinander zu klären und zu definieren. Je klarer diese Definition ist, desto geringer sind die dynamischen Spielräume, die gemeinsame Aktionen der Einzelnen im Sinne von Situationsdefinition und normativer Regulierung erfordern. Letztlich geht es in der Gruppe darum, wie die einzelnen Mitglieder bei der Bewältigung gemeinsamer Aufgaben, Probleme und Konflikte zusammenspielen. Dabei kann dieses gemeinsame Problem allein darin bestehen, gemeinsam die jeweilige Gruppensituation zu bewältigen. Sichtbar wird, wie Normen in der Gruppe entstehen und wie diese zu beeinflussen sind, wie und warum Einzelne dazu neigen, die anderen in unbewusste und vorbewusste innerseelische Konflikte hineinzuziehen und diese mit verteilten Rollen zur Darstellung zu bringen und wie eben diese Reinszenierungen via psychosozialer Kompromissbildung abgewehrt werden müssen oder zugelassen werden können und schließlich, wie eben diese Verhaltensweisen verstehbar gemacht werden können.

#### Ex – 4

Mit einer fremden, unvorhergesehenen Situation konfrontiert, versuchen die einzelnen Gruppenmitglieder, sich neu zu orientieren. Beinahe wortlos einigt man sich auf einen bewährten, aus ähnlichen Situationen bekannten Modus: die Vorstellungsrunde. Die Ausgestaltung der Norm übernimmt der erste Redner. Er gibt vor, was jeder von sich sagt, in welchem Umfang man sich vorstellt. Es ist zu beobachten, dass die nachfolgenden drei, vier Gruppenmitglieder – übrigens brav der Reihe nach – diese Norm einhalten. Das führt in der Gesamtgruppe zu einer wachsenden Sicherheit und eben Orientierung in der neuen Situation, so dass dann bereits erste Erweiterungen der Regel möglich wurden, ohne dass sofort eine neue Verunsicherung drohte. Die Gruppenleiterin schlug dann schließlich vor, die Regel wieder abzuschaffen, wurde jedoch mit dieser Idee rasch und bestimmt abgewiesen. Gemeinsam meisterte die Gruppe dann auch schon die erste Aufgabe: der Nachzügler. Eine für die Gruppe verführerische Situation, bekam man den „Sündenbock“ doch quasi auf dem Silbertablett serviert! Noch bevor sich diese Idee verdichten konnte, wird sie durch die Gruppenleiterin vereitelt. Die Situation wird definiert und die Regel aufgestellt: Kümmert euch! Der Ärger über die zugemutete fremde Situation trifft so nicht den „Neuen“, sondern die Gruppenleiterin.

Was nun aber, wenn innere Strukturen, seelische Fähigkeiten zur Bewältigung dieser Aufgabe nicht zur Verfügung stehen? Wenn es nicht entsprechende gedeihliche Erfahrungen gibt, die es möglich machen, davon auszugehen, dass sich keine Bedrohung, kein Chaos entwickelt? Wenn es unsicher ist, wie weit das Verhalten Anderer gegen einen selbst gerichtet ist und nicht die Fähigkeit besteht, in einen „als-ob-Modus“ (s. u. Anm. 7) zu schalten, es keinen seelischen Binnenraum gibt, Innen quasi gleich Außen ist? Dann, das ist leicht nachzufühlen, wird es sehr schnell schwierig, einen angemessenen Umgang mit sich und anderen zu finden.

Genau dies jedoch beschreibt ziemlich klar das Erleben von Menschen mit Ich-strukturellen Defiziten und es gilt, sich im therapeutischen Setting hierauf einzustellen.

## Jugendliche mit strukturellen Defiziten/Störungen

In ihrem Denken und Fühlen, ihrem Handeln und ihren sozialen Interaktionen sind viele der Jugendlichen, mit denen in therapeutischen Wohngruppen gearbeitet wird<sup>3</sup>, in unterschiedlicher Weise so beeinträchtigt, dass sie auch alters-

---

3 Nun haben sicher nicht alle Jugendlichen in einer TWG diagnostisch gesehen strukturelle Störungen – ihr Anteil ist aber erheblich. Auch dann, wenn Defizite in wesentlichen Ich-Funktionen zu verzeichnen sind, sind diese weder bei den Betroffenen immer als sehr schwer zu bezeichnen noch ständig vordergründig vorhanden. Andererseits haben auch Jugendliche, deren Problematik/Symptomatik auf anderem (höherem) strukturellen Entwicklungsniveau anzusiedeln ist,

spezifisch übliche Anforderungen nicht oder nur unter Aufbietung erheblicher (eigener und fremder) Kräfte bewältigen können.

Alterstypische Entwicklungsaufgaben werden nur zum Teil und häufig auf letztlich selbstschädigende Weise zu lösen versucht. Viele der Jugendlichen sind vor allem in ihrer Interaktion mit anderen und ihrer Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt beeinträchtigt. Dies führt zu vielen Konflikten in Schule, Familie, Freundschaften, zu einer Orientierung an destruktiv agierenden Cliquen/Szenen und/oder zu sehr starkem sozialem Rückzug.

Vor dem Hintergrund schwieriger früher Beziehungserfahrungen, traumatischer Erlebnisse etc. haben viele Jugendliche strukturelle Defizite in ihrer Entwicklung mitgebracht, die sich auf ihr Fühlen, Denken, Handeln und ihre Aufmerksamkeit erheblich einschränkend auswirken, mit der Folge, dass sie in nahezu allen Bereichen der Gestaltung von Beziehungen, d.h. in potenziell allen sozialen Situationen beeinträchtigt oder zumindest „besonders“ sind.

Ein Blick auf Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren im Allgemeinen zeigt, dass ein Teil struktureller Defizite oder vielleicht weniger streng: einer „strukturellen Unsicherheit“<sup>4</sup> zumindest phasen- oder situationsweise eingeschränkter Ich-Funktionen geradezu ein Kennzeichen der Adoleszenz<sup>5</sup> ist und insofern sowohl bei unseren, wie bei potenziell allen anderen Jugendlichen gelegentlich auftauchen. Viele der „Symptome“ können oder sollten daher sicher nicht bereits „an sich“ als Abweichung oder Krankheit betrachtet werden. Auf der Ebene der Beziehungen, der Selbstwahrnehmung, des Verhaltens und der Interaktion sind Jugendliche in einer TWG tatsächlich in vieler Hinsicht nichts anderes als besondere Jugendliche, die aus unterschiedlichen Gründen in diesem besonderen sozialen Kontext leben, gesehen und betreut bzw. behandelt werden.<sup>6</sup>

Betrachtet man die Ich-strukturellen Unsicherheiten, die sowohl im alltäglichen Verhalten beobachtbar als auch und vor allem in der Beziehung erlebbar sind, sind die Schwierigkeiten auf vielen Ebenen der Beziehungsgestaltung, der

---

in manchen Bereichen, z.B. der Selbstwahrnehmung, häufig in „sozialen Situationen“/in der Interaktion mit erhebliche Schwierigkeiten zu kämpfen (vgl. Streek-Fischer & Streek, 2010, S. 438f.)

- 4 Im Zusammenhang mit bisweilen heftigen Über-Ich- und Triebkonflikten bei gleichzeitig besonders hohen gesellschaftlichen Anforderungen an gut funktionierende Ich-Strukturen, einem physiologischen Umbau im Gehirn, einem jugendlichen Experimentieren und Rebellieren etc.; vgl. die Beiträge von Staats und Springer & Semken in diesem Band.
- 5 Jede/r, der eigene Kinder in diesem Alter hat bzw. hatte und mit diesen gemeinsam in der Pubertät war bzw. gerade ist, wird die Unterscheidung zwischen „normalen“ und „besonderen“ Jugendlichen gelegentlich kaum treffen können.
- 6 Sicherlich sind die Jugendlichen, die in einer TWG betreut werden, nicht zufällig dort. Sie haben einen Weg in und außerhalb ihrer Familie hinter sich, der sie häufig über Zwischenstationen in Kliniken oder anderen Jugendhilfeeinrichtungen dorthin geführt hat. Zumindest auf der sichtbaren und erlebbaren Ebene des Verhaltens und Denkens haben sie Konflikte, die in anderen Kontexten nicht auf gesundheitlich und entwicklungsmäßig zuträgliche Weise bewältigt werden konnten. Dennoch ist das, was Heiko Kleve in seinem Beitrag in diesem Band aus systemischer Sicht ausführt, unbedingt mit zu denken.

Selbstwahrnehmung, der Identifikation und des Erlebens von Gefühlen/Affekten, der Selbstregulation und der Interaktion/Kommunikation anzusiedeln (vgl. ausführlich Streek & Leichsenring, 2009, S. 21ff.; Rudolph, 2004):

- Beziehungen zu anderen sind brüchig, wechseln zwischen Idealisierung und Verteufelung des anderen oder werden weitgehend gemieden (und z.B. in die virtuelle Welt verlagert);
- die Selbstwahrnehmung schwankt zwischen Größenvorstellungen und Vernichtungsängsten und ist extrem störungsanfällig;
- eigene und fremde Gefühle werden „falsch“ interpretiert, erscheinen undifferenziert und verändern sich u.U. blitzschnell in einem Entweder-oder-Modus;
- mit dem Genannten verbundene und daraus z.T. resultierende, unaushaltbare innere Spannungszustände werden z.B. in selbstverletzendem Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, gewalttätigen Auseinandersetzungen etc. entladen;
- im Kontakt zu anderen und in der Auseinandersetzung mit als schwierig erlebten Situationen herrscht häufig „wildes Agieren“ – Kommunikations- und Verständigungsversuche (vor allem auch Mitteilungsversuche über emotionales Befinden und innere Affekte) finden häufig weniger sprachlich als szenisch handelnd statt.

In der Therapie dieser zumeist interpersonellen Störungen braucht es also ein Gegenüber, das diese mitunter quälenden Zustände ebenso anerkennt und akzeptiert wie die bisher entwickelten Bewältigungsstrategien (die sich eben als konflikthafte, symptomatisches Handeln darstellen) und durch das Zur-Verfügung-Stellen des eigenen Erlebens, der eigenen Strukturen erleb- und korrigierbar macht.

Eben dies ist Gegenstand der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie, einer der drei Methoden des Göttinger Modells.

## **Das Göttinger Modell**

Bereits 1959 gab es die ersten gruppentherapeutischen Angebote im Klinikum Tiefenbrunn bei Göttingen, die in den folgenden Jahren und Jahrzehnten u.a. von Anneliese Heigl-Evers und Franz Heigl in Theorie und Praxis weiterentwickelt wurden.

Unter dem Einfluss verschiedener internationaler Gruppenkonzepte entstand mit dem Göttinger Modell ein Konzept, das die Verbindung zweier Wahrnehmungseinstellungen herzustellen versucht, der psychoanalytischen und der sozialpsychologischen. Die psychoanalytische Wahrnehmungseinstellung soll dabei erfassen, wie sich unbewusste und vorbewusste intrapsychische Konflikte

te und strukturelle Störungen in Form von Mängeln in der Ich-, Beziehungs- und Über-Ich-Entwicklung wieder in Szene setzen. Mit Hilfe der sozialpsychologischen Wahrnehmungseinstellung wird sichtbar, wie diese Wiederinszenierungen in Mehr-Personen-Beziehungen, also auch in der Gruppe, durch Rollenzuweisungen, Rollenübernahmen, den interaktionellen Anteilen an Übertragungen, zustimmende, kritische, konkurrierende, rivalisierende und widersprechende Aktionen und Antworten der Anderen entstehen und sich im Gruppenprozess ausformen.

Es geht also um drei wesentliche Manifestationen des Zusammenspiels in Gruppen:

- Situationsdefinition und normative Regulierung,
- Psychosoziale Kompromissbildung und
- Darstellung unbewusster Fantasien über Trieb-, Beziehungs- und Über-Ich-Konflikte.

Sehr vereinfacht dargestellt, lassen sich diese drei Manifestationsebenen als eine Art Zwiebel verstehen: Wir sehen die äußere Schale – zumeist nonverbale Signale und vorsprachliche Kommunikation –, den Versuch, die Gruppe zu definieren, die Interaktionen über Normen zu regulieren. Die darunter liegenden und die Interaktion bedingenden unbewussten und vorbewussten Konflikte des Einzelnen, die psychosozialen Konfliktmuster aus diesen Konflikten und die dazugehörigen psychosozialen Kompromissbildungen, bilden die nächste Schale. Die letzte, quasi den Kern unserer Zwiebel, bilden die unbewussten Fantasien und deren Darstellung.

Die drei Methoden des Göttinger Modells nun orientieren sich an eben diesen Manifestationsebenen der inneren seelischen Strukturen und den damit verbundenen Möglichkeiten der Interaktion und der Selbstreflexion.

Die psychoanalytische Gruppentherapie arbeitet wie die klassische Psychoanalyse mit der Fähigkeit zur Regression und bietet so die Möglichkeit, infantile Anteile der konflikthafter Beziehungen zugänglich und bearbeitbar zu machen. Die Therapeuten nutzen Übertragungsphänomene und Widerstände und deren Deutung, nur eben im Mehr-Personen-Setting.

Die zweite Methode ist die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie, die auf einem mittleren Regressionsniveau arbeitet und sich eher dem Aufdecken und Verstehen der interaktionellen Anteile von Übertragung und Abwehr widmet. Grundlage für die therapeutischen Interventionen sind hier weniger unbewusste Fantasien und deren Manifestierung in der Gruppe als vielmehr die abgeleiteten Konflikte und psychosozialen Kompromissbildungen, die sich abbilden.

Ebenso wie die psychoanalytisch orientierte ist die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren und wurde in erster Linie zur Behandlung strukturell gestörter Patienten entwickelt. Aufgrund der so bedingten Ich-Schwäche gilt es, Regression, also eine

weitere, wenn auch nur passagere Schwächung des Ich zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, die sich in der Interaktion manifestierenden strukturellen Defizite in der Begegnung mit den Anderen und dem Therapeuten oder der Therapeutin empathisch erlebbar, ihnen diese antwortend verstehbar zu machen. Zwar wurde diese interaktionelle, sich stets im Hier und Jetzt bewegende Methode für Patienten mit deutlicher Strukturpathologie entwickelt. Die besonderen Bedingungen der Adoleszenz jedoch, die Umstrukturierung der Persönlichkeit in dieser Entwicklungsphase und die weit reichenden affektiven und kognitiven Veränderungen bedürfen eines ebensolchen entwicklungsfördernden, auf ein reales Gegenüber ausgerichteten Therapiesettings (vgl. Streek-Fischer & Streek, 2010).

In unserem kurzen Diskurs wurde bis hierher deutlich, dass es möglich ist, die Interaktionen des Einzelnen und der Gruppe auf ganz verschiedenen Ebenen zu betrachten. Diese Möglichkeit ist von vielen Faktoren abhängig, die sowohl im Außen als auch im Innen liegen. Das Außen ist in erster Linie von der Situation und deren Definition bestimmt: Es ist sicher ein erheblicher Unterschied, ob sie sich in ihrer Familie, auf einer Tagung, auf einem Fußballspiel oder in einer Gruppentherapie befinden. Jede dieser Situationen folgt anderen Normen, hat andere Regeln.

Im Innen ist die seelische Gesundheit, die Stabilität und Reife der Ich-Struktur entscheidend für unsere Fähigkeit, uns auf das Außen einzustellen, mit Anderen in Interaktion zu treten.

Die unseren Umgang miteinander regulierenden Ich-Funktionen stehen den Patienten bzw. hier den Jugendlichen (s.o.) zumeist nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung, genannt seien hier noch einmal die Frustrationstoleranz und Affektkontrolle, der Reizschutz sowie die Fähigkeit, die Folgen des eigenen Handelns vorausszusehen (Antizipationsfähigkeit). Diese wichtigen regulierenden Funktionen müssen so durch den Gruppentherapeuten übernommen werden (Hilfs-Ich-Funktion).

## **Haltung der TherapeutIn in der Psychoanalytisch-interaktionellen Therapie**

### *Das Prinzip Antwort*

Ziel ist es, in der Gruppe, im Miteinander eigene Gefühle und Reaktionen in adäquater Art und Weise erleb- und nachvollziehbar zu machen, darüber hinaus wichtige Normen und Regeln im Umgang miteinander zu setzen und aufzuzeigen.

Von den Therapeuten in der Gruppe ist hierfür eine Haltung erforderlich, die als selektive Authentizität (vgl. hierzu Heigl-Evers & Heigl, 1973; Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 2005) bezeichnet wird. Dies meint eine Position, in der der Therapeut die in ihm durch die Gruppe ausgelösten Gefühle und Gedanken wahrnimmt und – orientiert an den eigenen Grenzen und denen der Patienten – in der Gruppe mitteilt. Dies ist eine bewusste Abweichung von einer Haltung der Neutralität, stellt man doch eigenes Erleben, Fühlen und Denken zur Verfügung, ohne freilich die gebotene Abstinenz außer Acht zu lassen. Der Therapeut ist so erleb- und berührbar, bietet Sichtweisen und Lösungen an, ohne diese vorzuschreiben.

Wir haben bereits über defizitäre Ich-Strukturen – andauernd oder passager – und deren Auswirkungen auf das eigene Erleben und Beziehungen zu anderen gesprochen, die damit verbundene Schwierigkeit, eine verlässliche Grenze zwischen Innen und Außen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten. Äußere Bedingungen wirken sich also ganz unmittelbar auf den inneren Zustand aus, können nicht adäquat gewertet und „verdaut“ werden. Es droht also bei kleinsten Widrigkeiten eine weitere Destabilisierung der ohnehin fragilen Ich-Strukturen (Regression). Während diese in der Psychotherapie neurotischer Störungen durchaus erwünscht ist, ja die therapeutische Arbeit zumeist bei der Vielfältigkeit der zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen erst ermöglicht, ist sie bei der Behandlung strukturell gestörter Klienten/Patienten unbedingt zu vermeiden. Zu groß ist die Gefahr einer weiteren Aufweichung bis hin zur drohenden seelischen Dekompensation.

Der Therapeut/die Therapeutin hat also unbedingt eine haltende, Regression vermeidende Funktion, sowohl gegenüber der Gruppe als auch gegenüber dem Einzelnen. In Bezug auf die Gesamtgruppe gelingt dies durch das Aufrechterhalten des äußeren Rahmens und das Setzen von sinnvollen, Orientierung gebenden Regeln und Normen, über die der Therapeut gleichzeitig auch wacht.

Für den Einzelnen wird der Therapeut für den Moment eine Hilfs-Ich-Funktion übernehmen, eine nicht zur Verfügung stehende seelische Fähigkeit quasi „anstatt“ übernehmen.

### Ex – 5

Während sich die Gruppe mit dem Thema beschäftigt, ob ihr aktuelles Tun jetzt irgendwie sinnvoll oder einfach nur eine Zumutung ist – schließlich habe man sich optimalen Wissenszuwachs erhofft –, wird eine Kollegin zusehends unruhig, sucht immer wieder Blickkontakt mit Einzelnen, immer häufiger auch mit der Gruppenleiterin. Die schaut sie schließlich aufmunternd an, zieht fragend die Augenbrauen hoch. Die Kollegin: „Ich würde mich am liebsten bewegen ... das kann ich nicht, hier so still sitzen; (zur Gruppe) lasst uns die Plätze wechseln, einfach tauschen ... (wieder zur Gruppenleiterin gewandt) Was wollen sie dagegen tun?“ Die Gruppenleiterin: „Das würde ja gegen die Regeln verstoßen, also würde ich mich wohl dazwischen werfen.“ Einige



Aufregung im Kreis und Fantasien, wie das wohl aussehen könnte, ein ungläubiges „Echt ...?“. Gruppenleiterin: „Naja, wohl eher symbolisch: Ich würde versuchen, mit Ihnen über die gewünschte Regeländerung ins Gespräch zu kommen. Vielleicht wäre es ja hilfreich herauszufinden, welchen Sinn diese Regel macht ...“

Eine junge Kollegin, die sich zu Beginn der Gruppe als eine Praktikantin in einer Einrichtung der Jugendhilfe vorstellte, scheint sich zunehmend unwohl zu fühlen. Den ersten Blickkontakt mit der Gruppenleiterin nutzt sie: „Ich würde jetzt am liebsten 'raus laufen ... einfach weg“. Gruppenleiterin: „Aha, geht es Ihnen wie Ihrer Vordnerin ... oder ist es etwas anderes?“ Die junge Kollegin wirkt beinahe gequält: „Nee, das ist anders ... ich halte das hier grad kaum aus ...“ Eine ihr gegenüber sitzende Gruppenteilnehmerin, die sich in der Vorstellung und dem bisher Gesagten als insbesondere in der Gruppentherapie sehr erfahren zeigte, reagiert sofort: „Hmmm ... kannst Du sagen, was Du jetzt so schlecht aushältst?“ Es ist deutlich sichtbar, wie unbehaglich sich die Angesprochene fühlt, sie scheint den Tränen nah. Die Gruppenleiterin interveniert: (an die Fragende gerichtet) „Ja, das wäre bestimmt erleichternd – vermutlich ist das ihre Idee, wenn sie so nachfragen, dass es ihr besser geht und sie bleiben kann (die Angesprochenen nickt). Ich bin mir jedoch nicht sicher (jetzt der Befragten zugewandt), ob ich das in dieser Situation so wollen würde ... vermutlich würde es mir schwer fallen, zumal ich ja gar nicht so recht wüsste, wie das hier eigentlich ist ... Nein, ich glaube, ich würde lieber nicht weiter darauf eingehen. Außerdem (nun in Richtung der gesamten Gruppe) kennt das bestimmt jeder hier: Es gehört schon ein bisschen Mut dazu zu sagen, wie es einem hier in der Gruppe gerade geht ...“ Die Gruppe greift das Thema auf ... die junge Kollegin sitzt nun deutlich entspannter auf ihrem Stuhl, dem Geschehen folgend. Von Flucht keine Spur ...

Beide wichtigen therapeutischen Funktionen, die Übernahme der Hilfs-Ich-Funktion und das Setzen von Normen, werden durch das „Prinzip Antwort“ erfüllt. Bei dieser Technik interveniert der Therapeut durch Ich-Botschaften und ausschließlich im Hier und Jetzt, auf der Grundlage der szenischen und inhaltlichen Gestaltung der Gruppe. Auf das Deuten biografischer Inhalte wird dabei vollständig verzichtet. Den Gruppenmitgliedern wird so ein Gefühl oder auch die mögliche Einschätzung einer Situation angeboten, ohne ihnen diese zuzuweisen. Es kann ihnen so gelingen, dieses Angebot für sich anzunehmen, zu verwerfen oder durch eigenes Erleben zu ergänzen oder auch zu relativieren.

## **Mentalisierung in der Gruppentherapie mit Jugendlichen**

Die bisherigen Ausführungen lassen sich in vieler Hinsicht auch im Kontext des Mentalisierungskonzeptes zusammenführen und einordnen (vgl. etwas ausführlicher im inhaltlichen Zusammenhang des „Therapeutischen Milieus“ formuliert Rosemeier in diesem Band, S. 89ff.).

Mentalisieren wird vereinfacht zusammengefasst als die – sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung bis zum 4./5. Lebensjahr in den Interaktionsbeziehungen nach und nach herausbildende<sup>7</sup> – Fähigkeit, sich selbst und andere als Personen mit seelischen Zuständen zu verstehen, eigene und fremde Handlungen und Äußerungen als mit mentalen Zuständen des Wünschens, Fühlens, Denkens und der Aufmerksamkeit verbunden zu betrachten und somit als durch seelische Zustände „erklärbar“ zu erfassen. Dies ermöglicht es zu allererst, sich in gewisser Weise mit eigenen Gefühlen, Bedürfnissen, Handlungsimpulsen etc. in Gedanken/im Überlegen zu beschäftigen und die vermuteten, zugeschriebenen Gedanken, Gefühle und Äußerungen anderer als von einem selbst getrennte Wahrnehmungen der Situation in Betracht zu ziehen. Die möglicherweise vorhandene Differenz (oder auch die Ähnlichkeit) der eigenen und der fremden Wahrnehmung bzw. des Empfindens kann so zum Gegenstand des Nachdenkens (und Mitteilens) werden („reflektierender Modus“) und damit potenziell eine veränderte Selbst- und Situationswahrnehmung ermöglichen. Daraus erwachsen im günstigen Fall andere Möglichkeiten der Impulskontrolle und der Selbstregulation, d.h. auch u.U. andere Möglichkeiten der Bewältigung von inneren, emotionalen Krisenzuständen und äußerlichen kritischen Situationen.

In der Auseinandersetzung mit der eigenen inneren Gefühlswelt und Bedürftigkeit sowie mit den Beziehungen zu nahen Personen und zur sozialen Lebenswelt spielen aufgrund der Störungen oder Beeinträchtigungen der Ich-Funktionen etc. Mechanismen der projektiven Identifizierung, der Spaltung, der Verleugnung, des Rückzugs usw. eine erhebliche Rolle, um die wahrgenommenen Anforderungen und Konflikte bewältigen zu können. Die daraus und aus der (vermutlich) allgemeinen Verfasstheit jugendlichen Erlebens resultierende Tendenz (im Alltag und immer wieder auch in der Gruppentherapie), weniger über innere Vorgänge und Beziehungserleben zu sprechen als zu handeln und

---

7 Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beim kleinen Kind (Fonagy u.a.) verläuft in Stufen: Im kindlichen Erleben steht zunächst offenbar der „Äquivalenz-Modus“ im Vordergrund: Im Erleben und in Gedanken werden ... „Innen und Außen gleichgesetzt. Was gedacht wird, ist auch real so vorhanden“ (Pothoff, 2008, S. 91). Das vom Kind gefürchtete (fantasierte) Krokodil unter dem Bett ist für das Kind real; oder: die Vermutung, der andere schaue einen böse an, weil er wütend auf einen selbst ist, löst unmittelbar ebenfalls Wut oder Angst aus, weil der vermutete Zustand des Anderen als unmittelbare Wirklichkeit erlebt wird. Gefolgt wird diese Art der Wahrnehmung der Realität von der Möglichkeit des „Als-ob-Modus“: in diesem Modus „kann sich das Kind in Gedanken etwas vorstellen, das in der Realität nicht unmittelbar gegeben ist („Der Stock ist mein Schwert und ich bin ein Ritter“, d. Verf.), es kann mit seinen Gedanken spielen, muss sie aber von der Realität getrennt halten“ (ebd., S. 92).

Eine Integration beider Modi, die Möglichkeit eines situationsangemessenen Wechsels der Modi sowie darüber hinaus ein reflexiver Bezug darauf beginnt sich erst mit dem 4. Lebensjahr nach und nach zu entwickeln und im Erwachsenenalter zu stabilisieren. In Krisensituationen und bei strukturellen Störungen dieses Entwicklungsprozesses kann es zumindest situationsbezogen zu einem mehr oder weniger dauerhaften Verbleiben in einem der beiden Modi kommen, mit der Folge z.T. massiver Einschränkungen der Realitätswahrnehmung, der Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten und der Selbststeuerung (vgl. ausführlich z.B. Dornes, 2004).

Gefühle, Wünsche etc. als körperliche Aktionen in Szene zu setzen, bedarf der therapeutischen Arbeit in der Gruppe, um aus dem handelnden Agieren (nach und nach und immer wieder aufs Neue) in ein sprachliches Reflektieren zu wechseln.

Gerade die Gruppentherapie der Jugendlichen bietet einen hilfreichen Rahmen an, um an der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, am Erleben und Erlernen des „reflektierenden Modus“ die interaktiven Fähigkeiten und Möglichkeiten der einzelnen Jugendlichen zu stärken. In der Gruppentherapie gibt es den Raum, zu erfahren und zu erleben, wie mit Gedanken, Gefühlen und Wünschen umgegangen wird.

Die „mütterliche Funktion“ des Haltens und Aufnehmens und die „väterliche Funktion“ des Beobachtens, Verbindens, Begrenzens – die in Analogie wesentliche Aspekte der therapeutischen Haltung bilden – tragen durch das unmittelbare Gegenüber des Therapeuten bzw. durch die Einbeziehung anderer Gruppenmitglieder als realer Interaktionspartner zur Strukturierung und Stabilisierung bei.

Die häufig fehlende (oder wenig entwickelte) Fähigkeit zur Triangulierung, die einen Wechsel der Perspektive und damit ein Reflektieren der eigenen und der anderen Position ermöglicht, ist in der Gruppensituation im Grunde einfacher herzustellen als in der Zweiersituation des therapeutischen Einzelkontakts. Viele Jugendliche sind von ihren innerpsychischen Möglichkeiten her (wenn überhaupt) kaum in der Lage, über dyadisches Beziehungserleben hinaus trianguläre Beziehungen einzugehen, zu ertragen und zu gestalten. In den oben beschriebenen Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung, des Selbstwahrnehmens, der Kommunikation und Interaktion zeigt sich auch der fehlende, oder zumindest sehr wacklige Bezug auf ein „Drittes“ oder eine/n Dritten. Die Möglichkeit des Sich-Beziehens auf einen/ein Dritten/s kann sowohl einen hilfreichen Bezugspunkt/Orientierungspunkt außerhalb des unmittelbaren (Beziehungs-)Geschehens als auch ein notwendiger Rückzugspunkt aus bedrängender Nähe in der Dyade sein – ohne dass die Angst vor dem völligen Verlassen-Sein zu groß wird.

Diese Möglichkeit der Triangulierung bezieht sich sowohl auf „Dritte“, als aktuell reale oder als internalisierte Personen, auf gesellschaftliche Institutionen (z.B. Schule) und Gruppen, in denen der Alltag erlebt wird, als auch (davon abgeleitet) auf „symbolische Dritte“ wie Normen, Regeln, Gesetze bzw. deren institutionalisierte Formen. Damit steht das „Dritte“ auch der erlebten und immer wieder neu in Szene gesetzten Brüchigkeit aller dyadischen Beziehungen schützend und potenziell hilfreich gegenüber. Zugleich steht der Bezug auf „Drittes“ der „Unfähigkeit/Unmöglichkeit/Unlust“, sich in geregelten Kontexten

einigermaßen sicher, angemessen und angstfrei zu bewegen,<sup>8</sup> herausfordernd und so gesehen entwicklungsfördernd-hilfreich entgegen.

Die therapeutische Gruppe ist dafür ein realer Übungs- und ein realer Beobachtungsraum, in dem jeder mit sich selbst und beobachtend bei anderen Erfahrungen machen kann. In der Gruppe geschehen diese mentalisierenden und triangulierenden Prozesse im Rahmen der „haltenden Struktur“, die die Gruppentherapeutin aufrecht erhält, weil es vielfältige Übertragungen geben kann, weil es unmittelbare und unterschiedliche Reaktionen/Interaktionen gibt, weil es ausgesprochene unterschiedliche Wahrnehmungen gibt, mit denen man sich identifizieren, die man differenzierend ablehnen oder von denen man sich verstanden fühlen kann. Man kann außerdem an dem, wie andere sich einbringen, in Szene setzen, Themen zur Sprache bringen zuschauend und mitfühlend lernen – Erfahrungen machen, ohne selbst schon im Mittelpunkt zu stehen – sozusagen im stillen Kämmerlein „arbeiten“. Man kann in der Gruppe seine selbstbeobachtenden Studien treiben (in einen stillen „als-ob-Modus“ gehen) und seine Fähigkeit der Mentalisierung und damit Selbstregulation ausbauen oder aber aktiv handelnd, redend erleben, wie die auf die anderen projizierten Gefühle und Gedanken aufgenommen, zurückgegeben, kommentiert und relativiert werden.

Das Wichtigste an den Gruppensituationen in unserem Arbeitskontext ist die aktuelle Interaktion, das was gerade passiert. Dabei ist im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie, thematisch die Auseinandersetzung um die Frage, wer den Weichspüler einkauft, mindestens gleich wichtig wie tiefgreifende Erkenntnisse über den früheren Kontakt zur Mutter. Im Gegenteil sei noch einmal betont: Es geht beim Antworten in der interaktionellen Gruppentherapie nicht um Einladungen zur (therapeutisch in anderen Zusammenhängen gewünschten) Regression, sondern um die Beziehungen im Hier und Jetzt und deren szenische und sprachliche Gestaltung bzw. die Reflexion dieser Interaktionen – anders ausgedrückt, um den absichtsvoll in der Gruppe wiederholten Wechsel zwischen „Äquivalenz-Modus“ und „Als-ob-Modus“ und damit die Förderung von Mentalisierung und Triangulierung.

### *Aisha – eine Annäherung*

Als ich im September 2009 die gruppentherapeutische Arbeit in der Koralle übernahm, stand diese noch ganz unter dem Eindruck des Abschieds von meiner Vorgängerin Frau K. Diese hatte die Gruppentherapie – sicher nicht ohne Mühe und unter Umschiffung der einen oder anderen Widrigkeit – zu einem festen Bestandteil der Arbeit mit den Jugendlichen gemacht. Aus Berichten

---

8 ... und nicht die soziale und physische Auflösung zu fürchten, weil man Angst hat, nicht als existent wahrgenommen zu werden mit der Folge des Rückzugs in dyadisch-symbiotische oder gar monadische Beziehung (in die virtuelle Welt ...).

wusste ich, dass dies in Bezug auf die einzelnen Jugendlichen ein regelrechtes Erobern war, bis es schließlich gelang, die damals 14-tägigen Gruppensitzungen zu einer Selbstverständlichkeit zu machen. Wie sehr diese an die Person der Gruppentherapeutin gebunden war, wurde nun klar: Die Jugendlichen kamen, jedoch voller Zurückhaltung, ja Ablehnung – auch wenn ich jeden Einzelnen bereits in einem Vorgespräch kennen gelernt hatte.

Für die erste Sitzung bereitete ich den Raum vor, stellte die richtige Anzahl Stühle im Kreis auf und den Tisch zur Seite. Das gehe ja schon mal gar nicht, eröffnet Aisha die Gruppe, ein damals knapp 17-jähriges arabisches Mädchen, unmissverständlich. Ihre Jacke behielt sie an, die imposante Tasche auf dem Schoß. Was, wenn sie nun durstig würde – wo bitteschön solle sie dann ihr Glas abstellen? Na ja, sage ich, es gehöre ja sowieso auch zu den Gruppenregeln, dass während der Sitzung nicht getrunken werde ... Blankes Entsetzen ist die Reaktion, tumultartige Zustände, Blicke, Worte, Gesten fliegen durch den Raum. Aisha ist es schließlich, die sich wieder direkt an mich wendet. Mit lebhafter Mimik und überdeutlicher Artikulation beklagt sie die absolute Unmöglichkeit dieser Regel, immer wieder sich selbst mit muttersprachlichen Flüchen unterbrechend.

In den folgenden Wochen bleibt dies recht unverändert: Aisha sitzt auf ihrem Stuhl, beim Betreten des Raumes munter und sehr engagiert im Kontakt mit den anderen Jugendlichen, mit Beginn der Gruppe verstummend, die Tasche auf dem Schoß, die Hände in den Jackentaschen vergraben. In keiner Gruppe versäumt sie es, das Fehlen des Tisches zu beklagen. Ob ich denn auch noch das auf's Klo gehen verbieten würde? Natürlich nicht ... sie nutzt diese Möglichkeit immer, manchmal auch noch schnell vor Schluss.

Nach etwa einem halben Jahr verändere ich den Rahmen der Gruppe: Sie findet jetzt wöchentlich statt und dauert 60 Min. statt zuvor 90. Dorthin war es ein langer Weg: Gruppe für Gruppe diskutierten wir Vor- und Nachteile dieser Änderung, allerdings schon mit der Sicherheit, dass die Änderung kommen wird. Trotz noch nicht ganz verstummten Murrens gelang der Wechsel zum wöchentlichen Treffen ganz gut, Aisha jedoch kam weiterhin 14-tägig. So sei das besprochen, stehe so im Betreuungsvertrag. Die anderen betrachteten dies mit einer Mischung aus Bedauern (Aisha war ohne Frage wichtig für die Gruppe, man hätte ihr gewünscht, dass ein Einlenken gelingt) und Bewunderung – sie zog das durch, trotz des damit immer wieder eingehandelten Ärgers mit Betreuern und mir.

In den Sitzungen fiel auf, dass Aisha zwar mit den anderen stets in einem lebhaften Kontakt war, mich jedoch mied: Es gab kaum einen Blickkontakt, rasch verlor sie die Geduld mit mir, meine direkte Ansprache ließ sie verstummen. Nicht selten wandte sie sich in ihrer Hilflosigkeit im Umgang mit mir an ihre Mitstreiter, suchte Bestätigung dafür, dass mit mir einfach nicht zu reden sei.

Es kostete mich einige Anstrengung, nicht auch meinerseits aus dem Kontakt zu gehen; schließlich wusste ich, dass ich mir, wenn ich mich an Aisha

wandte, eine Abfuhr einhandelte. Ich entschied mich, dies nicht einfach hinzunehmen und mich von anderen „trösten“ zu lassen, sondern Aisha und der Gruppe immer wieder mitzuteilen, wie ich mich in dem Moment der Zurückweisung fühlte. Zunehmend fasste ich dabei auch in Worte, was ich als Grund des abweisenden Verhaltens vermutete, kam drüber mit der Gruppe ins Gespräch, mitunter beteiligte sich daran auch Aisha.

Wir gewöhnten uns so ganz allmählich aneinander, sie bezog mich in ihr Gruppenanfangsgeplänkel ein, hielt auch Kontakt mit mir aus, verließ diesen erst, wenn es ernsthafter zur Sache ging. Insgesamt ging es wesentlich friedlicher zwischen uns zu, es blieb jedoch bei der 14-tägigen Teilnahme bzw. eben Abwesenheit. Durch Neuzugänge in der Gruppe führte dies schließlich zu Turbulenzen: Warum sollte man selbst wöchentlich kommen, wenn doch offenbar 14-tägig auch okay (weil nicht sanktioniert) war?

Schließlich schlug ich vor, den Einrichtungsleiter zu einem Termin dazu zu bitten. Ich war, ehrlich gesagt, mittlerweile auch etwas ratlos, wie diesem mittlerweile alles bestimmendem Thema sonst beizukommen wäre.

Wir legten diese besondere Gruppe auf einen Termin „dazwischen“ – Aisha kam. Sie wirkte freundlich, ein wenig schüchtern. Es ging ein wenig hin und her, schließlich wandte sich Aisha mir direkt zu: „Sie sind nicht Frau K.“ Sie sagte dies mit einer Mischung aus Wut und Traurigkeit, trotz der Heftigkeit jedoch ganz ohne Feindseligkeit. Es war wie ein Dammbbruch: Nach einem kurzen Schreck in der Gruppe breitete sich eine fast fröhliche Erleichterung aus, in der Aisha charmant plaudernd mitschwamm.

Aisha kam dann zu allen Gruppen, bedauerte es eher, wenn sie wegen anderer Termine absagen musste. Sie war dabei fast unverändert, zu Beginn der Sitzungen aufgekratzt, mitunter schwer zu bändigen. Sie stellte die anderen zur Rede, duldete keine Ausweichmanöver, sprach Konflikte, die es in der WG gab, offen an ... manchmal ohne Rücksicht auf Verluste. So ging es in einer Gruppe zum wiederholten Mal um das übermäßig Spielen am PC: Aisha wünschte sich mehr Ruhe, wenn sie von der Schule nach Hause in die WG kam, fand zwei Mitbewohner furchtbar nervig, wenn die ständig lautstark irgendwelche Spiele spielten. Sie traf damit auf wenig Verständnis. Mitten in dieser recht aussichtslosen Diskussion holte sie tief Luft und wandte sich mit funkelndem Blick an ihren Widersacher: „Du bist so... (sich selbst unterbrechend und mit beschwichtigendem Lächeln zu mir) ... *tschuldigung, ich sag das jetzt mal auf jugendlich...* (zurück) du bist so was von bescheuert!“. Ich erwiderte ihr etwas verschmitztes Lächeln in einem Moment, in dem Beziehung greifbar schien – zwischen uns und vor allem: Aishas Beziehung zu sich selbst.

## Literatur

- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse* 2, Band 20, 175-199.
- Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (2005). Heft 41, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1973). Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2. Göttingen, 132-157.
- Hirsch, M. (Hrsg.) (2008). *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Potthoff, P. (2008). Mentalisierung und gruppenanalytische Behandlungstechnik. In: M. Hirsch, *Die Gruppe als Container*, S. 86-116, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Stähle, A. (2009). Sehen und Gesehen-Werden – Verstanden-Werden und lernen, sich selbst und andere zu verstehen. In: M. Hirsch, *Die Gruppe als Container*, S. 117-143, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streek, U. & Leichsenring, F. (2009). *Handbuch psychoanalytisch-interaktioneller Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streek-Fischer, A. & Streek, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 59, 435-452.
- Winnicott, D. (1990). *Babys und ihre Mütter*. Stuttgart: Klett-Cotta.

*Ulrike Brendel & Gerlinde Huber*

## Pubertät und Suizidalität

### **Entwicklungspsychologische Aspekte und praktischer Umgang mit Suizidalität bei Jugendlichen in der TWG**

Im folgenden Artikel werden wir die beiden Schwerpunkte des Workshops „Suizidalität im Jugendalter“ und „Umgang mit Suizidalität und suizidalen Krisen in den TWGs Gemini“, der im Rahmen der Tagung des Arbeitskreises der TWG 2011 stattfand, darstellen.

#### **1 Suizidalität**

Suizidgedanken treten in der Adoleszenz bedingt durch die speziellen Entwicklungsanforderungen der Jugendlichen nicht selten auf.

Suizidversuche sind bei jungen Menschen immer noch am häufigsten. Obwohl die Tendenz der Suizide in Deutschland rückläufig ist, gibt es für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 20 Jahren diesbezüglich keine positive Entwicklung. Täglich sterben zwei junge Menschen in Deutschland an Suizid.

Suizidversuche können statistisch nicht zuverlässig erfasst werden. Nur ein Teil davon wird in Krankenhäusern erfasst und behandelt. Viele werden in Beratungsstellen oder von Hausärzten behandelt und nicht erfasst, viele bleiben gänzlich unbehandelt. Wie viele Menschen in suizidaler Absicht bei Unfällen sterben, bleibt offen.

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen muss als Entwicklungskrise verstanden werden. Sie kann Ausdruck einer früh geschädigten Persönlichkeitsstruktur sein, bei der eine gesunde Anpassungsleistung für den Jugendlichen nicht mehr möglich ist. In der Entwicklung zur Suizidalität kann sich möglicherweise auch eine verborgene pathologische Familiendynamik abzeichnen. Im Jugendalter ist diese destruktive Zuspitzung immer als Krise der Adoleszenz zu begreifen, die sich als ein Prozess der Selbstwerdung und Selbstfindung darstellt. Krise bedeutet auch immer Veränderung. Der Jugendliche muss sich von seiner Kindheit verabschieden und vor ihm steht die Aufgabe, ein Erwachsener zu werden. Die Loslösung von den Eltern, die Entwicklung der sexuellen Identität, einhergehend mit verwirrenden körperlichen Empfindungen, das eigene sich wandelnde Selbstbild fordern die Jugendlichen heraus. Ambivalente Bedürfnisse nach Geborgenheit und Unabhängigkeit, Schutz und Selbstbestimmung sind der adoleszenten Phase besonders eigen. Abhängig davon, auf wie



viele Ressourcen ein Jugendlicher zurückgreifen kann und welch unterstützendes Umfeld er hat, gelingt ihm der Schritt ins Erwachsenenleben mehr oder weniger unbeschadet.

Obwohl viele Jugendliche sich mit einer möglichst coolen Aura umgeben, sind sie in diesem Alter doch sehr viel schneller aus ihrem emotionalen Gleichgewicht zu bringen als man manchmal meinen könnte. Trennungen, Liebeskummer, familiär erlebte Einengung, schulisches Versagen können Auslöser für suizidale Handlungen sein. Auch die Zugehörigkeit zu einer Randgruppe und das damit verbundene Mobbing sowie Umzüge, überhaupt Verlust von Gewohntem bringen die Jugendlichen oft an den Rand der Verzweiflung. Traumatische Erlebnisse (Todesfälle, Unfälle, Gewalterfahrung), psychiatrische Erkrankungen, Suizidversuche oder vollzogene Suizide im Umfeld der Jugendlichen sowie Mediendarstellungen (Werther-Effekt) gehören ebenfalls zu den Risikofaktoren.

Adoleszenz bedeutet auch immer eine narzisstische Krise (Henseler 1974). Die Aufmerksamkeit ist in hohem Maß auf sich selbst gerichtet, das Selbstgefühl wechselt von Größenfantasien zu Minderwertigkeitsgefühlen und Angst. Selbstwerdung, Selbstwertschätzung und Selbstwahrnehmung sind zentrale Themen (Bürgin, 1988; Blos, 1962). Daraus ergeben sich m.E. auch die Motive, die Jugendliche zu einem Suizidversuch veranlassen. Sie möchten Aufmerksamkeit und Zuwendung auf sich ziehen, quälenden Gedanken entgehen, sich aus Konflikten heraus halten, Rat- und Hilflosigkeit können momentan nicht adäquat ausgedrückt werden, Scham- und Schuldgefühle sollen vermieden werden.

Das Selbstbild dieser Jugendlichen ist diffus unklar und inakzeptabel, die Beziehung zu anderen Menschen wird als belastend, störend und unzulänglich erlebt.

Eine konstruktive Bewältigung der Adoleszenzkrise ist dann nicht mehr möglich. Die Jugendlichen sind nicht mehr in der Lage, sich in Beziehung zu begeben und sich Hilfe zu holen. Demzufolge kann der Suizidversuch auch als missglückter Versuch der Kontaktaufnahme gewertet werden. Wie schon erwähnt, spielt die Familiendynamik bei jugendlicher Suizidalität eine große Rolle. Die Botschaft des Suizidversuches richtet sich in erster Linie immer an die Eltern, in stationären Einrichtungen möglicherweise auch an die Betreuer. Bei der Aufarbeitung des Suizidversuches mit dem Jugendlichen ist es daher wichtig, die Botschaft, die er senden wollte mit ihm zu entschlüsseln.

### *Suizidalität und Helfer*

Auch erfahrene Helfer bringt der Umgang mit Suizidalen immer wieder an ihre Grenzen; ist es doch das Thema um Leben und Tod, welches jedem Menschen ganz eigen ist. Ratschläge, Ermahnungen, schnelle Lösungen dienen meist nur

der eigenen Angstabwehr und helfen dem Jugendlichen nicht. Bagatellisieren und Analysieren dienen Ähnlichem.

Wünschenswert ist eine bereits getätigte Auseinandersetzung des Helfers mit dem Thema Tod, welche u.a. auch zur Enttabuisierung beiträgt und die eigene Befangenheit bzgl. dieses Themas reduziert, ein gesundes Maß der Nähe-Distanzregulierung im Gespräch, auf die Eigenverantwortung des Jugendlichen der Situation entsprechend zu bestehen und den Jugendlichen nicht retten wollen.

Ein offenes konkretes Ansprechen auf die Suizidgedanken – wie, wann? – bringt dem Jugendlichen Entlastung und gibt dem Helfer eine Orientierung, wie durchdacht das Suizidvorhaben bereits ist. Wichtig ist nicht nur das Gesagte, sondern vielmehr das, was der Jugendliche ausdrücken möchte, wie es um seine Gefühle steht. Abzuklären gilt auch, ob und welche aktuellen persönlichen Bezugspersonen der Jugendliche hat und ob diese zur Verfügung stehen. Wichtig ist es, Absprachen zu treffen über Notrufmöglichkeiten und Festlegung der nächsten Zeitstrecke mit Kontaktvereinbarung.

Voraussetzung für solche Gespräche sind Empathie und Akzeptanz. Unterstützend für den Jugendlichen ist die Haltung der stellvertretenden Hoffnung, die den Jugendlichen aus der Isolation bringen kann. Aufkommende Gefühle beim Helfer (die sogenannte Gegenübertragung) sollen ernst genommen werden und können im Gespräch konstruktiv genutzt werden. Jugendliche mit Suizidgedanken neigen oft dazu, in Rätseln zu sprechen oder Andeutungen über einen Suizid zu machen. Hier sollte sich der Helfer nicht scheuen, den Jugendlichen direkt anzusprechen und gezielt nach zu fragen. Der Jugendliche fühlt sich oftmals entlastet, wenn er offen sprechen kann (Scham- und Schuldreduktion). Das hier Angesprochene kann m.E. durchaus in den Therapeutischen WG-Alltag aufgenommen werden.

Da es in diesem kurzen Beitrag zu weit führen würde, das Thema Krisenintervention aufzugreifen und dies andere sicher besser können, sei auf folgenden Satz verwiesen:

Krisenintervention ist der erlernte Umgang eines neutralen (nicht an der Krise beteiligten oder gar darin verwickelten) Helfers mit dem Krisengeschehen unter der Zielsetzung, in unmittelbarer Kommunikation mit dem Betroffenen diesem bei der Bewältigung der Krisensituation beizustehen und in der Krise lauernde Gefahren abzuwenden. (Giernalczyk, 2003)

### *Suizidalität in TWGen*

Gerade in den therapeutischen Wohngemeinschaften gibt es immer wieder Jugendliche mit Suizidgedanken und Suiziddrohungen. Kann der Jugendliche sich trotz intensivem Gespräch und Unterstützungsversuche (z.B. Antisuizidvertrag) von seinen Suizidgedanken nicht distanzieren, so ist eine Krisenunterbringung auf einer psychiatrischen Station unumgänglich. Je besser die betei-

ligten Helfer vernetzt sind und zusammen arbeiten, um ein tragfähiges Netz für den Jugendlichen zu knüpfen, desto größer ist die Chance, dass der Jugendliche wieder in Kontakt geht mit seinen Unterstützern und von seinen Suizidgedanken ablassen kann. D.h. gefordert sind die Eltern des Jugendlichen, die Mitarbeiter der therapeutischen WG, die Mitarbeiter der Klinik, des Jugendamtes und evtl. auch Lehrer/Ausbilder des Jugendlichen.

Die Eltern suizidaler Jugendlicher sind immer in besonderem Maße ge- und betroffen. Sie schwanken hin und her zwischen Schuldgefühlen, Ängsten, Verzweiflung und manchmal auch Wut auf ihr Kind. Sie brauchen in dieser Situation besondere Ansprache, um sich einerseits zu entlasten, andererseits um den weiteren Umgang mit ihrem Kind zu besprechen. Viele Eltern haben Angst, etwas falsch zu machen aus Sorge, ihr Sohn oder ihre Tochter könnte „sich wirklich etwas antun“ oder erneut etwas antun. Soweit die Jugendlichen in einer betreuten WG leben, sind verbindlich abgesprochene Besuchsvereinbarungen zwischen Eltern und Jugendlichen in dieser Zeit besonders sinnvoll.

Wichtig bei der Planung des weiteren Vorgehens sind u.a. klare Absprachen und Transparenz für alle Beteiligten, besonders natürlich für den Jugendlichen selber.

Suizidale Gedanken und Handlungen werden mit Recht als gegen sich selbst gerichtete Aggressionen gesehen. Ein in sich selbst Kreisen ohne einen Weg nach draußen ist ein weiteres Bild. Gelingt es im Gespräch mit einem suizidalen Jugendlichen, ein wenn auch minimales „Senden und Empfangen“ herzustellen, ist das in sich selbst Kreisen erst einmal unterbrochen. Wir müssen damit rechnen, dass es ein langer Weg sein wird, bis die Unterbrechungen und Störungen beim „Senden und Empfangen“ grundsätzlich gemeistert sein werden.

Nur manchmal, während wir so schmerzhaft reifen, dass wir an diesem beinahe sterben, dann:

Formt sich aus allem, was wir nicht begreifen, ein Angesicht und sieht uns strahlend an. (Rainer Maria Rilke)

## **2 Umgang mit suizidalen Krisen bei Gemini**

In den therapeutischen Wohngruppen von Gemini leben Jugendliche mit unterschiedlichen psychischen Problemen, die häufig mit Suizidgedanken oder Suizidversuchen in der Vorgeschichte einhergehen. Im Rahmen der TWG ist die Bewältigung von suizidalen Krisen ein Teil des Betreuungsalltages, so dass neben langfristigen therapeutischen Interventionen auch der ganz konkrete Umgang mit Suizidalität mit den Jugendlichen thematisiert wird.

Vor der Aufnahme in die TWGs von Gemini findet ein Aufnahmeverfahren, bestehend aus drei Vorstellungsgesprächen statt. Die Gespräche dienen dem

gegenseitigen Kennenlernen. In diesen Gesprächen werden die allgemeine Motivation zur Mitarbeit sowie eine grundsätzliche Bereitschaft, in Krisen zu kooperieren, thematisiert und eingeschätzt. Suizidversuche aus der Vorgeschichte werden angesprochen und mit den Jugendlichen, soweit möglich, reflektiert. Voraussetzung für die Aufnahmen in eine therapeutische WG ist die Bereitschaft der Jugendlichen, in (suizidalen) Krisen mit den BetreuerInnen zusammen zu arbeiten.

### *Krisenplan*

Die Jugendlichen äußern häufig die Befürchtung, dass sie bei Andeutung von Suizidgedanken sofort und gegen ihren Willen „eingewiesen“ oder „weggesperrt“ werden. Damit die Jugendlichen einschätzen können, wie in der TWG auf Krisen reagiert wird, wird mit ihnen gemeinsam kurz nach der Aufnahme ein Krisenplan erarbeitet. Im Krisenplan beschreiben die Jugendlichen selbst, wie bei ihnen persönlich Krisen aussehen und woran sie und andere merken können, dass es ihnen schlecht geht. Im zweiten Schritt der Vereinbarung werden von den Jugendlichen die Strategien zusammengestellt, die ihnen in vorangegangenen Krisen geholfen haben. Im dritten Schritt wird aus Sicht der TWG geschildert, welche Angebote es in Krisen geben wird und welche Verbindlichkeiten die Betreuer in der TWG erwarten. Als letzter Punkt wird der Umgang mit akuter Gefährdung oder Verweigerung eingeführt. Mit dieser Krisenvereinbarung wird im Alltag gearbeitet. Die Jugendlichen erhalten ein Exemplar und ein Exemplar bleibt im Büro, meist gut sichtbar und schnell erreichbar. In der Praxis ist diese Vereinbarung für die Jugendlichen ein guter Leitfaden, der sie mit Hilfe der BetreuerInnen unterstützt, Strategien zur Bewältigung von Verzweiflung und Suizidalität anzuwenden. Die Vereinbarung unterstützt außerdem die betreuenden Personen, die Krise der Jugendlichen transparent und verbindlich zu begleiten und ggfs. durch Einbezug externer Hilfe zu sichern.

Hier ein Beispiel für einen Krisenplan

*Krisenvereinbarung zwischen Anna und Gemini vom 10.04.2010*

Wenn es mir nicht gut geht:

- dann lächele ich ganz viel, sage ich, dass es mir gut geht, obwohl es mir schlecht geht;
- bin ich sehr angespannt und unruhig;
- ziehe ich mich zurück, höre ich traurige Musik;
- bin ich im Gespräch kurz angebunden und gereizt;
- ritze ich mich an Bauch, Beinen und Armen;
- habe ich Suizidgedanken, mache ich auch Pläne mich umzubringen.

1. Wenn es mir so geht, dann hilft mir:

- mich abzulenken: fernsehen, lesen, zeichnen;
- wenn ich Vertrauen zu den BetreuerInnen aufgebaut habe, mit den BetreuerInnen sprechen, spazieren gehen;
- Skills: Treppenlaufen, Eiswürfel auf den Arm, kalt duschen, Zitronensaft trinken;
- meine Wut herauszulassen durch Bewegung, Joggen, Treppenlaufen.

2. Wenn ich dies nicht annehmen kann, die BetreuerInnen sich Sorgen machen und die Situation gefährlich werden könnte dann:

- werden die BetreuerInnen einen Gesprächstermin mit mir bestimmen und mit mir Absprachen über die nächsten Stunden treffen
- werden die BetreuerInnen einen Termin bei der Fachleitung oder meiner Therapeutin vereinbaren;
- werden die Betreuer ggf. am selben Tag einen Termin beim Berliner Krisendienst mit mir wahrnehmen.

3. Wenn ich diese Angebote verweigere, die BetreuerInnen aber Anzeichen für eine Gefährdung wahrnehmen, werden die BetreuerInnen:

- den Berliner Krisendienst ggf. auch durch einen Hausbesuch in der TWG einbeziehen;
- die Feuerwehr und Polizei einbeziehen, die mich per Notaufnahme ins zuständige Krankenhaus fährt

Berlin, den \_\_\_\_\_ (Jugendliche)

Berlin, den \_\_\_\_\_ (BetreuerIn Gemini)

### *Grundsätze im Umgang mit akuter Suizidalität in der TWG*

Bei Befürchtungen der BetreuerInnen oder direkten Äußerungen von Jugendlichen wird das Thema Suizidalität direkt angesprochen, Gedanken, Absichten und konkrete Pläne werden erfragt. Die BetreuerInnen versuchen im Kontakt mit den Jugendlichen, Absprachen (oder schriftliche Vereinbarungen) für die nächsten Stunden bzw. nächste Nacht zu treffen. Die Jugendlichen müssen eine Zusicherung geben, dass sie sich melden, wenn es ihnen schlechter geht oder sie sich von Suizidgedanken nicht mehr abgrenzen können. Es werden ganz konkrete Aktivitäten (z.B. Spaziergang, Skills anwenden) mit den Jugendlichen besprochen. Wichtig ist, dass die BetreuerInnen den Jugendlichen als verständnisvolle Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ihnen Halt geben, unter anderem auch, indem sie heftige Destruktivität klar begrenzen. Transparenz im Handeln („ich werde jetzt Folgendes tun“) sehen wir als Grundlage für weiteres Vertrauen. Wenn es zur Entlastung der Jugendlichen beiträgt, werden die Eltern oder andere Bezugspersonen einbezogen. Die Kooperation mit den niedergelassenen TherapeutInnen und Kinder- und Jugendpsychiatern, z.B. zur Absprache von kurzfristigen Terminen, wird mit den Jugendlichen besprochen.

Für die BetreuerInnen der TWG sind die Anforderungen, die in diesen Krisensituationen entstehen, sehr belastend. Um sich auszutauschen und zu entlasten, setzen sich die Mitarbeiter der TWG mit der Fachleitung in Verbindung. Sollte diese nicht kurzfristig zu erreichen sein, dann wird ggfs. Kontakt mit dem Berliner Krisendienst aufgenommen, damit dort die Einschätzung über die Gefährdung fachlich besprochen werden kann. Wichtig bei der Entscheidung, ob die Jugendlichen in die Notaufnahme gebracht werden sollten, ist die Einschätzung der Betreuer, ob es gelingt, mit den Jugendlichen trotz Krise in Kontakt zu kommen und Absprachen möglich sind, oder ob die Jugendlichen im Widerstand sind und dadurch die Uneinschätzbarkeit und die Gefährdung steigt. Wenn ein Jugendlicher im Widerstand bleibt und nicht mehr in Kontakt geht, wird von den Betreuern auf jeden Fall die Fachleitung oder der Krisendienst einbezogen. Bei hoher Gefährdung oder bei ganz schwieriger Situation wenden sich die Betreuer an Feuerwehr und Polizei.

In der Praxis haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Jugendlichen sich, da ihnen das Prozedere bekannt ist, oft gut auf die Unterstützung durch die Betreuer einlassen können, auch wenn diese entscheiden in die Notaufnahme zu fahren.

### *Grundhaltung nach einem Suizidversuch in der TWG*

Die Gefährdung wird in den Mittelpunkt gestellt! Es ist nicht Alltag! Es gibt Jugendliche, die Suizidalität oder Suizidversuche nebenbei erzählen, verharmlosen oder bagatellisieren. Für die müssen wir stellvertretend, da sie es selbst nicht

können, das Erschrecken, die Gefahr für ihr Leben und ihre Not und Verzweiflung ernst nehmen. Wenn wir dies nicht tun, besteht die Gefahr, dass sie in ihrem Insuffizienzgefühlen noch bestätigt werden („mein Leben ist nichts wert“).

### *Stationäre Krisenintervention in der KJPP*

Es wird immer, auch wenn die medizinische Gefährdung nicht (mehr) gegeben ist, eine stationäre Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angestrebt. Wenn Jugendliche heimlich Handlungen mit der Absicht eines Suizidversuchs vollziehen, ist es unabhängig von der medizinischen Gefährdung ein Ruf nach Hilfe und Schutz, der meist über den von der TWG angebotenen Schutz hinausgeht. Jugendliche und Betreuer sind gleichermaßen verunsichert und können/sollen nicht einfach zum Alltag übergehen, vielleicht „weil ja alles wieder gut ist“. Das Vertrauen der Jugendlichen in die TWG ist (vielleicht schon früher) erschüttert, das Vertrauen der Betreuer ebenso. Deswegen brauchen beide Seiten Abstand und die Möglichkeit, in Ruhe über die Situation nachzudenken. Hierzu brauchen wir als TWG die Kooperation mit den zuständigen Kliniken, die die Erschütterung der TWG und der Klienten ernst nehmen und ein Aufnahmeangebot machen.

Im Rahmen einer stationären Krisenintervention können die MitarbeiterInnen der TWG mit den Jugendlichen wieder in Kontakt gehen und Verständnis für die Situation und deren Auslöser entwickeln. Hier ist es wichtig zu reflektieren, warum die Klienten keine Hilfe durch die Mitarbeiter der TWG gesucht haben. Ziel der stationären Krisenintervention ist, eine neue Grundlage für die Zusammenarbeit zu entwickeln, um bei der nächsten Krise besser im Kontakt zu bleiben und weitere heimliche Suizidversuche zu verhindern. Vor erneuter Aufnahme in die TWG müssen die Klienten eine klare Idee haben, was sie bei der nächsten Krise anders machen würden, damit sie vorher Hilfe erhalten können. Wenn es nicht gelingt, eine Vertrauensbasis wiederherzustellen, kann keine erneute Aufnahme bei Gemini erfolgen.

Der Workshop war von unterschiedlichsten Berufsgruppen (u.a. Mitarbeiter KJPD) und Schulen, niedergelassene Therapeuten, Betreuer aus der Jugendhilfe) gut besucht:

Diskussionspunkte waren

- Vernetzungsmöglichkeiten und Schwierigkeiten im ambulanten Bereich;
- Umgang mit suizidalen Jugendlichen macht Sorgen und Angst – besonders, wenn man die Jugendlichen nicht gut oder gar nicht kennt;
- positive und negative Erfahrungen in der Kooperation mit den Kinder- und Jugendpsychiatrien;
- Haltung zu Suizid bei Jugendlichen, Schutz auch durch Zwang oder Akzeptanz der eigenen Entscheidung.

## Literatur

- Blos, P. (1962). *Adoleszenz: Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie u. d. Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dt. Gesellschaft f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bürgin, D. (1988). Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfallkind. In: G. Klosinski (Hrsg.), *Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen*, S. 21-50. Bern: Huber.
- Döring, G., Gregorie, S., Joos-Körtje, A. & Meurer, S. (2000). *Zwischen Selbsterstörung und Lebensfreude* (DGS e.V.). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention.
- Eggers, Ch., Fegert, J. M. & Resch, F. (Hrsg.) (2004). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindesalters*. Berlin: Springer.
- Giernalczyk, T. (2003). *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe*. (2. überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Henseler, H. (1974). *Die Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzissmustherorie*. Marburg: Tectum Verlag
- Mattejat, F. (Hrsg.) (2006): *Lehrbuch der Psychotherapie Band 4*, Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, München: CIP Medien.
- Rilke, R.M. (2011): *An die Prinzessin*. In: R. M. Rilke: *Das große Lesebuch*. Frankfurt, Fischer.



*Saskia Läger & Boris Stolle*

## Jugendliche auf der Grenze: DBT-A als Möglichkeit der Stabilisierung für emotional instabile Jugendliche

Ein Erfahrungsbericht

### **Einleitung**

Zu Beginn sei erwähnt, dass der Workshop „Pubertät und Wahnsinn: Jugendliche im Spannungsfeld von Entwicklung und Ausgrenzung“ anlässlich der 6. TWG-Tagung am 26. Oktober 2011 in Berlin explizit kein theoretischer Vortrag über die Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) war, sondern stattdessen ein Erfahrungsbericht über die konkrete Umsetzung der DBT-A in der TJWG des Steg, ihre Modifizierung auf den speziellen Kontext der Jugendhilfe und die sich daraus ergebenden spezifischen Herausforderungen. Die Form des Workshops war gekennzeichnet durch eine kurze Einführung in den Kontext der DBT-A beim Steg, praktisches Üben einiger beispielhafter Skills (Fertigkeiten) und viel Raum für Fragen der Teilnehmer.

### **Der Kontext des „Steg“ im Allgemeinen**

Der Steg hat mittlerweile in Berlin fünf TJWGS und bietet pro WG sechs Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren einen Platz. Von diesen sechs Plätzen sind maximal zwei Plätze für Jugendliche mit der Diagnose Borderline oder Verdacht auf Borderline vorgesehen. Auch Jugendliche ohne Diagnose, aber mit Borderline-Tendenzen und selbstverletzendem Verhalten können einen dieser Plätze einnehmen.

Die meisten Jugendlichen kommen im Anschluss an einen Klinikaufenthalt zu uns, wenn der Rückzug in den elterlichen Haushalt nicht sinnvoll erscheint. Unser Ziel ist es, Jugendlichen durch die Verzahnung von Therapie, Pädagogik und Erziehung ein Therapeutisches Milieu zu bieten, in dem sie die notwendigen Entwicklungsschritte leisten, sich mit ihrer Symptomatik auseinandersetzen sowie den Umgang damit erlernen können.

Dies wird unter anderem durch den Einbezug der Familien in regelmäßige familientherapeutische Gespräche sowie durch enge Betreuung der Bezugsbe-

treuer unterstützt. Fünf Erzieher pro TJWG arbeiten im 24 h-Dienst, ein Psychologe in Teilzeit mit 15 h pro WG für Einzelgespräche, Familientherapie und die Begleitung und Unterstützung des Teams und ein Sozialarbeiter in Teilzeit mit einem Anteil von 20 h pro WG für die Unterstützung bei der Entwicklung einer Schul- bzw. Berufsperspektive und Aufnahmegespräche.

In den Jahren vor der Einführung der DBT-A beim Steg (2006) bekamen wir immer mehr Anfragen von Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Da unser Angebot für dieses Klientel zwar häufig entlastend war, aber die destruktiven Verhaltensweisen häufig blieben, haben wir uns auf die Suche nach einem ergänzenden Angebot begeben und dies schließlich in der DBT-A gefunden.

## **Die Umsetzung der DBT-A beim Steg**

### *Das Bewerbungsverfahren*

Einen gewichtigen Unterschied stellen bereits die Bewerbungsphase und deren Eingangskriterien dar. Jugendliche im üblichen Bewerbungsverfahren klären im Gespräch mit dem jeweiligen Sozialarbeiter der TJWG und einer Erzieherin, ob das Angebot des Steg für diesen Jugendlichen passend ist. Eine eventuelle Aufnahme wird dann selbstverständlich mit dem Jugendamt thematisiert und entschieden.

Bei Jugendlichen mit einer BPS/dem Verdacht auf BPS und/oder selbstverletzendem Verhalten findet das Gespräch anstatt mit dem Sozialarbeiter mit der jeweiligen Psychologin statt. Dieses Gespräch dient der Klärung, ob die Jugendlichen von der DBT-A profitieren würden und zum oben genannten Klientel gehören. Die Psychologin informiert die Jugendlichen über die DBT-A und die Verpflichtungen, die diese beinhaltet. Ein bedeutendes Kriterium in diesem Gespräch ist die Transparenz gegenüber den Jugendlichen, dass die Psychologin diese Entscheidung trifft. Die Jugendlichen haben die Wahl, den Platz inklusive der Verpflichtung zur DBT-A zu nehmen oder abzulehnen.

Sollte der Jugendliche dieses Angebot annehmen wollen, so findet ein zweites Gespräch mit dem Jugendlichen und der Psychologin statt, indem ein Non-Suizid-Vertrag, ein Skillsgruppenvertrag und der Vertrag für die Einzeltherapie zur DBT-A erläutert und von beiden Seiten unterschrieben werden. Zusätzlich wird der Jugendliche informiert, welche Konsequenzen ein Verletzen der Verträge nach sich ziehen würde und dass ein Verweigern der DBT-A letztendlich zu einem Platzverlust führen kann.

In der Arbeit mit Jugendlichen mit einer BPS ist es unerlässlich, gleich zu Beginn transparent die Regeln und Grenzen zu definieren. Die Jugendlichen

schätzen dies oft und empfinden es als authentisch, ehrlich und förderlich, um eine Entscheidung für sich zu finden. Natürlich entscheiden sich auch manche Jugendliche für den einfacheren Weg einer therapeutischen Wohngruppe ohne spezifisches Angebot und somit ohne ein solches Maß an Herausforderung und Verpflichtung.

Auch und gerade weil die meisten Jugendlichen mit einer BPS nach einiger Zeit ihre „unangepasste Seite“ zeigen und gegen die Regeln rebellieren und verstoßen, ist ein solch transparenter Beginn mit schriftlichen Verträgen notwendig.

### *Der Ablauf*

Wir bieten einmal wöchentlich ein zweistündiges Skillstraining an, in der neue Fertigkeiten erlernt und geut und in der Hausaufgaben aufgegeben und besprochen werden. Die Gruppe wird von jeweils zwei unserer Psychologen im Rotationsprinzip geleitet und findet für alle Jugendlichen im Steg in der Zentralsstelle des Steg statt. An einem Durchlauf von 16 Wochen wird die Jugendliche von einer Betreuerin begleitet, da es für ein Gelingen des „Gesamtkonzepts DBT-A“ unerlässlich ist, dass alle Erzieherinnen in der DBT-A fortgebildet sind und im Alltag vor Ort den Jugendlichen sowohl Fertigkeiten vermitteln können als auch die Haltung der DBT-A verinnerlicht haben. An einem weiteren Durchlauf der Skillsgruppe nimmt die Jugendliche ohne Erzieherin teil.

In der ebenfalls wöchentlichen DBT-Einzeltherapie werden die Fertigkeiten dann individuell im Therapieraum der WG vertieft.

Die Skillsgruppe und eventuell auch die Einzeltherapien werden auf Video aufgezeichnet und gegebenenfalls in der DBT-A Supervision für die Psychologen des Steg genutzt. Für die Erzieherinnen gibt es zusätzlich zu der Fortbildung mithilfe der Skillsgruppe noch das Angebot der Nachbesprechung der Skillsgruppe, einer Informationsveranstaltung bei Neueinstellung und der Konkretisierung am jeweiligen Einzelfall in der wöchentlichen gemeinsamen Teamsitzung. Sobald alle Erzieher einer WG an einem gesamten Durchgang der Skillsgruppe teilgenommen haben, nehmen Erzieher bei Neueinzugen von Jugendlichen für nochmals vier Termine an der Skillsgruppe teil, um das Gelernte zu bewahren.

## Herausforderungen

### *Die permanente Gratwanderung*

Die größte Herausforderung ist, dass ein hochschwelliges Therapeutisches Konzept auf die eher niedrigschwellig konzipierte Jugendhilfe trifft. Die DBT stellt viele hohe Anforderungen an die Jugendlichen bzgl. der Motivation und der Verpflichtungen zur Skillsgruppe, zur Einzeltherapie, zu Wochenprotokollen, Hausaufgaben und Verhaltensanalysen. Diese Anforderungen sind bei der DBT-A Bedingung für den Therapieplatz, während in der Jugendhilfe für gewöhnlich nach dem Motto ‚Komm erst mal und dann sehen wir gemeinsam, was möglich ist‘ gehandelt wird. Es sei ausdrücklich erwähnt, dass diese Haltung für andere Jugendliche sehr sinnvoll sein kann, jedoch nicht dem Ansatz für die Jugendlichen in der DBT-A mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entspricht. Es sind also zwei völlig unterschiedliche Ansätze und es ist schwer, beide Haltungen in einer WG zu verwirklichen und zu leben.

Ein hohes Maß an Netzwerkarbeit ist notwendig für die Vermittlung und Zustimmung des Konzepts gegenüber dem zuständigen Sozialarbeiter des Jugendamtes, den Eltern und den behandelnden Ärzten.

Kommt ein Jugendlicher aus einer Klinik zu uns in die TJWG, so ist zu Beginn oft aufgrund eines erhöhten Leidensdrucks die Motivation ausreichend. Erst der Alltag in der TJWG jedoch mit Kochdiensten, Schule, Peer-group-Auseinandersetzungen wird letztendlich prüfen und zeigen, ob die Motivation der Jugendlichen und die Einsicht für dieses hochschwellige Therapieprogramm ausreichend gegeben ist.

Bezüglich der Regeln und Konsequenzen bei Regelverletzungen gilt es immer wieder im Einzelfall abzuwägen, wie oft und lange wir motivierende Maßnahmen und Konsequenzen zur Wiederherstellung der Compliance des Jugendlichen zur DBT-A einsetzen und ab wann wir tatsächlich den Platz als gefährdet dem Jugendamt melden und diesbezüglich eine Hilfefunktion einberufen.

Eine weitere Herausforderung ist, dass DBT-A manche Jugendlichen kognitiv überfordert. Wir versuchen bei gegebener Motivation eines Jugendlichen und gleichzeitig mangelnder kognitiver Fähigkeiten, den Jugendlichen zunächst in der Einzeltherapie vorzubereiten, um ihn dann zu einem späteren Zeitpunkt an der Skillsgruppe teilhaben zu lassen.

## **Gewinn durch die DBT-A in der Jugendhilfe**

Wir können endlich ein spezifisches Angebot für junge Menschen mit der Diagnose Borderline oder Verdacht auf einer BPS anbieten.

Wir können eine Nachsorge bzw. Weiterführung für Jugendliche bieten, die in der Klinik erste Erfahrungen mit der DBT-A gesammelt haben.

Die Jugendlichen, die sich auf das Programm einlassen, reduzieren größtenteils schnell ihr destruktives Verhalten.

Wir haben letztendlich eine Therapiemethode gefunden, die zwar große Herausforderungen und zeitliche und qualitative Kapazitäten fordert, aber zugleich äußerst effektiv wirkt. Jugendliche begleiten zu können und Zeuge zu werden von Entwicklungsschritten, welche ohne diese besondere Konstellation mit der DBT-A wohl nicht möglich wären, ist die grundlegende Motivation für uns, die DBT-A seit 2006 beim Steg anzubieten.

## **Fragen der TeilnehmerInnen des Workshops**

*Gibt es mehr Geld vom Jugendamt für den erhöhten Personal- und Arbeitsaufwand?*

Nein.

*Inwiefern werden die Eltern eingebunden? Nehmen die Eltern auch an der Skillsgruppe teil?*

Es gibt Skillsgruppen, an denen die Eltern teilnehmen. Wir haben es 2006 beim Start der DBT-A beim Steg probiert und waren von den theoretischen Vorteilen des Konzepts sehr überzeugt. In der Praxis hat sich die Teilnahme der Eltern aus folgenden Gründen für uns als völlig unbrauchbar dargestellt:

Nicht alle Eltern sind bereit, an der Skillsgruppe teilzunehmen. Dies führt zu Traurigkeit und Frustration der Jugendlichen, deren Eltern nicht teilnehmen, während andere Eltern diese Verpflichtung für ihre Jugendlichen auf sich nehmen.

Von den Eltern, die teilnahmen, wirkten viele – vor allem durch invalidierende Aussagen – eher therapieschädigend als konstruktiv.

Wir haben uns aus oben genannten Gründen schon recht bald gegen eine Teilnahme der Eltern an der Skillsgruppe entschieden und stattdessen für eine

Teilnahme der Erzieherinnen. Dies hat den Vorteil, dass alle Erzieher in der DBT-A fortgebildet werden.

### *Wie gehen wir mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden um?*

Der Nonsuizid-Vertrag ist der wichtigste unter den vier Verträgen, die die Jugendlichen zu Beginn unterschreiben. Dieser wird ausführlich mit Ihnen thematisiert. Sollten sie sich von Suizidhandlungen nicht distanzieren, erhalten sie keinen Platz beim Steg. In den täglich auszufüllenden Wochenprotokollen skalieren die Jugendlichen die Stärke der Suizidgedanken. Wir arbeiten eng mit den Kliniken zusammen und falls die Suizidgedanken an Stärke zunehmen und eine Distanzierung von Suizidhandlungen nicht mehr gegeben ist, wird ein Klinikaufenthalt angeordnet.

Hat ein Jugendlicher in diesem Prozess transparent in der Therapie mitgearbeitet und die erhöhte Stärke an Suizidgedanken protokolliert, so kann er nach einer Stabilisierung in der Klinik zurück in die TJWG. Sollte der Jugendliche entgegen den Vereinbarungen versucht haben, die aktuelle Gefahr herunterzuspielen, indem er in den Wochenprotokollen die Suizidgedanken nicht angegeben hat und einen Suizidversuch unternimmt, so wird eine Hilfskonferenz einberufen und es kann zum Verlust des Platzes beim Steg führen.

### *Wie stehen die Sozialarbeiterinnen der Jugendämter zur DBT-A beim Steg?*

Der Bedarf und die Nachfrage sind groß. Es besteht oft eine Warteliste. Da dieses „Mehrangebot“ keine zusätzlichen Kosten bedeutet und Jugendliche mit einer BPS oft in relativ kurzer Zeit mehrere Jugendhilfemaßnahmen zum Scheitern bringen, wird das Angebot der DBT-A beim Steg zumeist gerne angefragt von den Sozialarbeiterinnen des Jugendamtes.

Es kann zu Schwierigkeiten kommen, wenn Jugendämter Jugendliche mit einer geringen Motivation unterbringen möchten und nach einer abgeschwächten Version der DBT-A anfragen, die Regeln jedoch intern für die Jugendlichen nicht allzu unterschiedlich ausgelegt werden können.

### *Wie oft kommt es vor, dass Jugendliche aufgrund der Verweigerung zur DBT-A ihren Platz verlieren?*

Platzverluste sind selten. Jedoch das Austesten der Grenzen durch Regelverstöße und die darauf folgenden Konsequenzen sind bei fast allen Jugendlichen verständlicherweise gegeben. Die Thematisierung einer Hilfskonferenz aufgrund von Regelverletzungen im Gespräch mit dem Projektleiter als letzte Konsequenz vor dem Einberufen einer Hilfskonferenz und der drohende Platzverlust reichen für die meisten der Jugendlichen aus, um sich auf die DBT-A wieder einzulassen.

*Sind ambulante Therapien anderer Art gleichzeitig möglich?*

Nein, nur nach Durchlaufen und Abschließen der DBT-A beim Steg. Der Zeitaufwand für die Jugendlichen ist zu hoch. Eine weitere Schwierigkeit haben wir erfahren müssen, als wir die Weiterführung einer zuvor begonnenen Therapie erlaubten: Die Jugendliche spaltet in eine gute Therapeutin und einen schlechten Therapeuten, wobei der schlechte Therapeut zumeist der DBT-A-Therapeut ist, da die Verpflichtungen und Regeln strenger sind. Ein Einlassen der Jugendlichen auf die DBT-A und das notwendige Bündnis zwischen Therapeut und Jugendlichen sind bei einer gleichzeitigen zweiten Therapie nicht möglich.

*Sehen die Jugendlichen eher die Wertschätzung durch den erhöhten therapeutischen Aufwand und die dadurch resultierende erhöhte Aufmerksamkeit, die Ihnen durch die DBT-A zuteilwird, oder sehen sie sich eher benachteiligt durch die erhöhten Verpflichtungen?*

Sowohl als auch und je nachdem, ob gerade ihre rebellierende oder ihre angepasste Seite vorherrschend ist.

*Martin Hanke & Susann Prehl*

## Der Systemische Ansatz in Therapeutischen Jugendwohngruppen

Der systemische Ansatz ist heute in aller Munde. Systemische Beratungs- und Therapieangebote, Systemisches Coaching für Unternehmen keine Seltenheit mehr.

Heiko Kleve wies beim Fachtag 2011 des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen auf systemische Sichtweisen von seelischen Erkrankungen hin. Wo früher noch vermehrt Krankheitskonzepte zur Erklärung von Verhaltensauffälligkeiten herangezogen wurden, gehört es heute beinahe zum Allgemeinwissen, dass psychische Probleme nicht als „Störung“ lediglich innerhalb eines Individuums liegen, das dadurch in Konflikt mit seiner Umwelt gerät, sondern in der Interaktion mit anderen Menschen entstehen und im Zusammenhang mit dieser betrachtet werden müssen. So gehört die Elternarbeit nicht nur standardmäßig zur Arbeit in Therapeutischen Jugendwohngruppen, sondern zu vielen Bereichen der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dazu.

Dieser Artikel befasst sich mit der Frage, in welchen Bereichen der täglichen pädagogischen Arbeit in TJWGs der Systemische Ansatz außerdem zum Tragen kommt und welchen Einfluss diese Herangehensweise auf das Erleben von Jugendlichen und Mitarbeitern in diesem Setting hat. Um diesen Fragen nachzugehen, wurden eine schriftliche Umfrage und mehrere Interviews durchgeführt, die in diesem Artikel auszugsweise erscheinen.

### **Der Systemische Ansatz in den Sozialwissenschaften**

Bei dem Systemischen Ansatz handelt es sich um ein ganzheitliches Denkmodell der Sozialwissenschaften, welches das Individuum stets in Beziehung zu anderen Individuen und der Umwelt, also als Teil eines Systems betrachtet.

Dabei ist zu beachten, dass Systeme keine Einheiten „an sich“ sind, die nur erkannt werden müssten.

„Der Begriff System ist wie jeder Begriff nur eine Konstruktion. Die Welt durch eine Brille zu betrachten, durch die man Systeme sieht, ist eine Entscheidung von uns. Es ist eine Interpretation der Welt, die uns hilfreich erscheint, um sie besser zu verstehen und Ideen zu entwickeln, wie wir erfolgreich in ihr handeln können.“ (Schwing & Fryser, 2010, S. 22)



Ausgehend von dem Gedanken, dass der Beobachter eines Systems im Moment der Beobachtung das System um seine Person erweitert und somit verändert, ist für diesen Objektivität unmöglich (Kybernetik II. Ordnung, von Foerster). Deshalb wird die Klientin als „kundig“ angesehen und weiß selbst, welche Problemlösungen für sie sinnvoll sind (vgl. Kandziora, 2011, S. 894). Dieser Ansatz bewirkt eine Erweiterung des bisher möglichen Handlungsspielraums und der Sichtweisen in der Sozialen Arbeit. Er bewirkt eine bestimmte Herangehensweise, welche sich in der täglichen Praxis niederschlägt. Diese ist gekennzeichnet von:

- Respekt und Bescheidenheit
- Zirkularität und Vernetztheit
- Leitgedanke sozialer Teilhabe
- Ressourcen- und Lösungsorientierung
- Kontextsensibilität
- Reflexibilität

(Schlippe & Schweizer, 1996; Hosemann & Geiling, 2005, S. 25)

### **Systemische Methoden Haltungen bei den Mitgliedern des Arbeitskreises**

Eine E-Mail-Befragung unter den Mitgliedern des Arbeitskreises Berliner TJWG hat ergeben, dass alle an der Umfrage Teilnehmenden (Rücklaufquote 44 %, Untersuchungszeitraum November/Dezember 2011) die Grundhaltungen und Methoden des Systemischen Ansatzes in der Sozialen Arbeit kennen und in der täglichen Praxis umsetzen (Hanke, 2012).

## II Pubertät und Wahnsinn

**Abbildung 1:** Auswertung des Fragebogens von Hanke (2012); i. d. Sozialen Arbeit

Methoden	Ist Ihnen diese Methode bekannt?	Arbeiten oder haben Sie probiert, mit dieser Methode zu arbeiten?	Empfinden Sie diese Methode als hilfreich?
Genogramarbeit	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	3,x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Soziogramarbeit	4 x ja, 0 x nein	3,x ja, 1 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Skulpturarbeit	3 x ja, 1 x nein	1 x ja, 3 x nein	1 x ja, 2 x teils/teils, 0 x nein
Familienkonferenz	4 x ja, 0 x nein	0 x ja, 4 x nein	0 x ja, 3 x teils/teils, 1 x nein
Familienanamese	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Netzwerkarbeit	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Organigramm	4 x ja, 0 x nein	3 x ja, 1 x nein	3 x ja, 0 x teils/teils, 1 x,nein
Systemisch-kommunikative Intervention	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Ressourcenarbeit	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Rituale	4 x ja, 0 x nein	3 x ja, 1 x nein	3 x ja, 0 x teils/teils, 1 x nein
Umdeuten und Neudefinieren (Reframing)	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein
Positive Konnotation (positive und wertschätzende Haltung)	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x nein	4 x ja, 0 x teils/teils, 0 x nein

Die Bereiche, in denen die Methoden Anwendung finden, sind neben der Alltagsgestaltung das Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Hilfeplanentwicklung und Erziehungsplanung, Elternarbeit, Krisenintervention und Fallteams. Die Grundhaltungen der systemischen Arbeit (nach von Schlippe & Schweizer, 1996; Hosemann & Geiling, 2005) finden nach Angaben der Befragten in den TJWGs fast durchgehend Beachtung:

Respekt und Bescheidenheit gegenüber den Jugendlichen	75 % ja; 25 % teils/teils
Beachtung von Zirkularität und Vernetztheit bei Jugendlichen	100%
Soziale Teilhabe als Leitgedanken	100%
Ressourcen- und Lösungsorientierung	100%
Beachtung von Zirkularität und Vernetztheit bei Mitarbeitern	100%
Beachtung in welchem Kontext sich ein Jugendlicher/Mitarbeiter befindet	100%

Alle Teilnehmer der Umfrage gaben an, dass der Systemische Ansatz in ihren Einrichtungen auch konzeptuell verankert ist.

## **Arbeitsweisen mit systemischen Grundhaltungen und deren Auswirkungen**

Im Folgenden werden das Aufnahmeverfahren, das Fallteam und die Alltagsgestaltung mit dem Schwerpunkt Regelwerk in der TJWG des CJD Berlin unter dem Gesichtspunkt Systemischer Ansätze eingehender betrachtet. Es wird dargestellt, inwiefern systemische Grundhaltungen und Methoden in diesen drei Schlüsselprozessen zum Tragen kommen. Darüber hinaus finden sich Beispiele aus halbstrukturierten Interviews, die in der Einrichtung zu der Frage geführt wurden, wie Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen diese Prozesse Erleben und bewerten.

### *Aufnahmeverfahren*

Im Laufe der letzten zehn Jahre änderte sich das Aufnahmeverfahren der TJWG „Zwischenbahnhof“ grundlegend. In den Anfangsjahren, begründet aus der Entstehungsgeschichte der Einrichtung, hatte es noch einen eher klinischen Charakter und führte meist von einer Anfrage des Jugendamts über ein einzelnes Informationsgespräch mit den Bewerbern zur Entscheidung des Einzugs. Ausgangspunkt für eine Veränderung dieser Vorgehensweise war, dass bei vielen Bewohnern im Verlauf eine ablehnende Haltung gegenüber der Hilfe bemerkbar war, da die Bewohner oft das Gefühl hatten, nicht freiwillig in die Wohngruppe gezogen zu sein. Eine 16-jährige Bewohnerin sagt dazu: „Ich hatte ja keine andere Wahl. Ich musste ja hierher.“ Mit der Zeit entwickelte das Team ein vierstufiges Aufnahmeverfahren, das das Ziel hat, den Bewerbern Entscheidungsfreiheit und -kompetenz zu vermitteln und damit zu einer besseren Annahme der Hilfe beizutragen.

Das Aufnahmeverfahren sieht im Fließschema wie folgt aus:

Aufnahmeanfrage vom Jugendamt → Infogespräch → Rückmeldung der Jugendlichen → Teilnahme am Gruppenabend → Rückmeldung der Jugendlichen → Motivationsgespräch + Elterngespräch → Rückmeldung der Bewerberin und der Einrichtung → HK im Jugendamt → Einzug

Das Informationsgespräch dient der ersten unverbindlichen und niedrigschweligen Kontaktaufnahme sowie dem gegenseitigen Informationsaustausch. Eine Begleitung der Bewerber ist erwünscht um diesen Sicherheit zu vermitteln. Wichtig während des Gespräches ist es, Alternativen zur Einrichtung zu hinterfragen oder zu entwickeln. Dies vermittelt dem Bewerber Entscheidungsfreiheit und versetzt ihn/sie nicht in eine passive ohnmächtige Lage, damit er/sie offen an eine Hilfe herangehen kann. Ein Beispiel:

Ein 17-jähriger Bewerber mit delinquenten Verhaltensmustern war zu einem Informationsgespräch eingeladen. Er war im Vorfeld in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht, eine Rückkehr zur Familie war nicht mehr geboten, und er befand sich derzeit im Jugendnotdienst. Mit einer halben Stunde Verspätung kam er, nahm mit verschränkten Armen in zurückgelehnter Haltung auf seinem Stuhl Platz und signalisierte so Desinteresse, obwohl er verbal starkes Interesse bekundete. Nach den allgemeinen Informationen zur Einrichtung wurden seine Handlungsoptionen hinterfragt. Heraus kam: „Ich sollte mich hier melden“. Nach weiterem Hinterfragen berieten wir ihn in die Richtung, sich übers Jugendamt noch andere Einrichtungen anzuschauen. Seine Körpersprache wurde offener und er interessierte sich mehr für unser Angebot sowie für andere Möglichkeiten.

Nach einer positiven Rückmeldung des Jugendlichen erfolgt die Teilnahme am Gruppenabend. Hier kann der Bewerber Eindrücke von der Einrichtung und der Gruppe gewinnen, die über die bloße Weitergabe von Informationen hinaus gehen. Dadurch werden die Entscheidungskompetenzen auf Seiten des Bewerbers erweitert. Die WG-Bewohner können bei dieser Gelegenheit ebenfalls einen Eindruck von dem Bewerber erhalten und ggf. mitentscheiden.

Der nächste Schritt im Aufnahmeprozess, das Motivationsgespräch, erfolgt wieder nach einer Eigenbemühung (Rückmeldung und Terminvereinbarung) des Bewerbenden. Bei diesem Gespräch, welches mit der Psychologin und dem geplanten Bezugsbetreuer stattfindet, geht es um die Festlegung der Ziele und eine Abstimmung des Hilfebedarfs, wobei der Jugendliche als Experte für das eigene Leben angesprochen wird. Außerdem dient dieses Gespräch dazu, den Bewerber hinsichtlich Erwartungen, Gewohnheiten und Ressourcen besser kennenzulernen.

Eine wichtige Komponente zwischen den Terminen ist die möglichst eigenständige Rückmeldung der Bewerberin. Hiermit soll eine selbstbestimmende Haltung und Eigenmotivation erarbeitet werden.

Um eine gute Zusammenarbeit und eine Akzeptanz der Hilfe anzubahnen, ist noch vor dem Einzug das Elterngespräch notwendig, in dem die Eltern als Referenzsystem frühzeitig auf ihre Mitarbeit vorbereitet und dementsprechende Absprachen getroffen werden.

Im Aufnahmeprozess spiegeln sich die systemischen Haltungen nach Schlippe & Schweizer und Hosemann & Geiling wider.

Die Interviews zum Aufnahmeprozess zeigten, dass die Bewohner das Gefühl von *Entscheidungsfreiheit* vermittelt bekamen und dies ein Kriterium für die Annahme der Hilfe ist: „...die haben mir mehrere WGs vorgeschlagen und dies war eigentlich ziemlich gut und so. Da hab ich auch mal'n Vergleich, wo und dis. Was da besser ist. Ansonsten hätte es mir nicht gut gefallen“ (Pascal).

Durch das Aufnahmeverfahren fühlten sich die Jugendlichen gut *informiert* und damit auch *akzeptiert*. Dazu waren das Informationsgespräch und mehr noch die Teilnahme am WG-Abend wichtige Entscheidungskriterien: „Ja, weil

auch nach dem Infogespräch wusste ich noch nicht so genau, wie das dann laufen wird oder ob das dann so für mich ganz gut ist. Aber als ich dann beim WG-Abend war, war für mich persönlich dies dann klar, weil ich dann auch die Gruppe kannte. Die WG an sich“ (Laura).

Es erwies sich jedoch, dass *äußere Faktoren* auch einen starken Einfluss auf die Entscheidung der Jugendlichen haben: „Im Endeffekt hab ich mich aus eigenen Interesse für die WG entschieden, weil die sehr zentral gelegen ist, gute Anbindungen an BVG beziehungsweise an öffentliche Verkehrsmittel. Das war für mich eigentlich hauptausschlaggebend“ (Stephan).

Auffällig war, dass die Jugendlichen sich kaum oder gar nicht an ihr Motivationsgespräch mit der Zielerarbeitung der Hilfe erinnern konnten. Dies fand aber laut Aktenlage bei allen statt. Dagegen stellte sich das Motivationsgespräch als wichtige Komponente für die Mitarbeiter heraus. Diese stellten hier die Abstimmung zu einer *passgenauen Hilfe* und die *Aufgabenklärung* für sich in den Vordergrund: „...dass man tiefer in die Materie eingeht. Was für Probleme der Jugendliche hat? Was für Hilfsangebote muss man dem Jugendlichen als Einrichtung machen? So dass die Einrichtung, der Zwischenbahnhof, weiß, was der Jugendliche von uns erwartet und gucken kann, ob die Erwartung erfüllt werden kann. Und umgekehrt genauso“ (Sarah).

Die Mitarbeiter stellten den *Freiwilligkeitsaspekt*, den Aufbau erster Kontakte und den *Vertrauensaufbau* als wesentliche Prämissen des Verfahrens dar. „Uns als Einrichtung ist es ja sehr wichtig, dass das auf einer freiwilligen Basis passiert. [...] weil da auch schon ein kleines Vertrauen irgendwie aufgebaut ist“ (Fabian).

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Verfahren war die *Einbindung der Eltern in die Hilfe*. „Na, es ist sehr notwendig, um gemeinsam eine Linie zu fahren. [...] Um zu gucken, dass die Eltern damit an einem Strang ziehen“ (Katrin).

Nachteile im Aufnahmeverfahren wurden von den Bewohnern nicht gesehen, jedoch beschrieben die Mitarbeiter die Dauer des Aufnahmeverfahrens als kritisch, besonders wenn äußere Bedingungen diesen Prozess beschleunigen sollten.

### *Fallteam*

Ein wesentliches Element in der Hilfe ist das Fallteam, das der Entwicklung von personenbezogenen Hilfestrategien dient.

In der ersten Phase geht es um Informationsaustausch. Dabei fallen einzelnen Teammitgliedern verschiedene Funktionen zu. Die Bezugsbetreuerin trägt Sichtweisen und Haltungen „ihrer“ Jugendlichen als Information ins Team. Der Psychologe der Einrichtung hat meist die Familie im Blickpunkt und bringt diese Informationen, beispielsweise mittels Genogramm oder Zeitschiene, in das Team ein. So tragen alle Teammitglieder ihre Eindrücke zu einem Informa-

tionspool zusammen. Dabei ist es wichtig, möglichst viele Bezugssysteme, in denen sich die Bewohnerin befand und befindet, wie Schule, Freunde und Interessen mit einzubeziehen, um einen möglichst umfassenden Zugang zu dem Fall zu erlangen und den Kontext von Verhaltensweisen zu beachten. Wertungen sind in dieser Phase des Zusammentragens meist irreführend und blockierend.

Die nächste Phase dient der Entwicklung von Ideen, Bildern und Meinungen zu der Bewohnerin, den Systemen, in denen sie sich bewegt und was und wem die auftretenden Problemlagen dienen könnten. Dabei sind die Reflexionen über Gefühle, die der Jugendliche bei den Einzelnen erzeugt, genauso wichtig wie psychiatrische Diagnosen und sozialpädagogische Theoriemodelle. Hierarchien im Team sollten hier keine wesentliche Rolle spielen, um ein umfassendes Bild zu erschaffen. Ein wichtiges Instrument ist die Thematisierung der Befindlichkeiten der Mitarbeiter dem Bewohner gegenüber, um Wahrnehmungen bewusst machen und gegebenenfalls umdeuten zu können (Reframing). Die Menschen erzeugen in uns Gefühle, an denen sich ihre eigenen Befindlichkeiten zeigen (Übertragung). Damit wird nicht nur die Bewohnerin mit ihrem Bezugssystem, sondern auch der Helfer als systemzugehörig betrachtet. So ist es möglich, die Erlebniswelt des Jugendlichen besser abzubilden und passgenauere Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Ein Beispiel: Während der Besprechung über ein 16-jähriges Mädchen äußerte eine Kollegin „...die macht mich so ratlos und wütend, weil sie auf nichts reagiert.“. Das Team konstruierte daraus, dass das Mädchen wütend und ratlos gegenüber ihren Eltern ist, da sie auf ihr Verhalten nicht reagierten, sie das Gefühl von Geringwertigkeit haben müsste und deshalb immer stärkere Verhaltensauffälligkeiten zeigte.

Die letzte Phase dient der Hypothesenbildung und der Entwicklung von Handlungsstrategien. Um eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln, ist es notwendig, sich auf eine Hypothese zu einigen, denn sonst können die Haltungen von den Mitarbeitern nur schwer authentisch getragen oder umgesetzt werden.

Das Fallteam zeigt neben Lebensweltorientierung starke Aspekte systemischer Haltungen und beinhaltet viele systemische Techniken.

Bei den Interviews der Mitarbeitern zeigte sich, dass das Fallteam wichtig ist, um *neue Sichtweisen* zu bekommen und darüber seine *Handlungsperspektiven* zu erweitern: „Dass ich durch die Anregungen des Teams auch noch mal eine ganz, ganz andere Sichtweise auf den Jugendlichen oder gewisse Bereiche des Jugendlichen bekomme“ (Fabian). Dies vermittelt *Sicherheit* und *erleichtert den Umgang* mit den Bewohnern: „Ja, es gibt unter anderem mehr Sicherheit in der Arbeit ...“ (Katrin).

Ein effektives Fallteam *benötigt Struktur* „...die einzelnen Schritte müssen halt strukturiert sein“ (Sarah), ansonsten läuft man Gefahr, unproduktiv zu werden: „Dass man was zu Tode quatscht“ (Katrin).

Die Tatsache, dass im „Zwischenbahnhof“ alle Mitarbeiter fallbezogene Experten sind, wird positiv aufgefasst, zeigt jedoch auch seine Grenzen in der Arbeit. Als Lösung wird die Nutzung der Supervision vorgeschlagen: „Also um noch mal so'n Außenblick drauf werfen zu lassen. Ob man mit dem, was man erarbeitet, richtig liegt“ (Katrin).

### *Regeln als Teil der Alltagsgestaltung*

Wesentliche Teile unseres Alltags werden durch gesellschaftliche Regeln und Normen bestimmt. So regeln diese das Zusammenleben auch in einer TJWG und bieten, nach Ursula Lindauer (2005), Schutz und Orientierung. Regeln bilden aber auch festgelegte Grenzen, deren Übertretung meist mit Konsequenzen verbunden ist. Nach einer Reihe von Regelverletzungen in einer TJWG erfolgt dementsprechend entweder die Beendigung der Maßnahme oder ein Aufweichen der Regeln, um die Hilfe weiter zu gewähren. Nicht anders gestaltete sich dies in der TJWG „Zwischenbahnhof“, wo man immer wieder auf Grenzen von pädagogischem Handeln traf, woraufhin man das Regelwerk weiterentwickelte. Ziel war die Abkehr von einer linearen oder kausalen Sicht (Ursache – Wirkung) hin zu einem geöffneten Regelsystem, welches geprägt von systemischen Haltungen ist. Dieses sollte den Jugendlichen und Mitarbeitern gleichermaßen mehr Handlungsspielraum und Flexibilität ermöglichen.

Eine der ersten Umgestaltungen des Regelsystems betraf die Ausgangsregelung. Die Ausgangsregeln, die im „Zwischenbahnhof“ an den gesetzlichen Vorgaben orientiert sind, wurden regelmäßig von den Bewohnern übertreten, was zu Regelverstößen, Abmahnungen und zu einer Bedrohung durch Beendigung der Hilfe führte. Generell gilt, dass fünf Regelübertritte zu einer Abmahnung und drei Abmahnungen zum Infragestellen oder zu einer Beendigung der Hilfe führen.

Hierzu entwickelte das Team Ausgleichsmöglichkeiten für die Bewohner. Die Zeitübertritte wurden in zwei Stufen geteilt und mit Ausgleichsmöglichkeiten versehen. Die erste Stufe beinhaltet Zeitübertritte bis 0.00 Uhr. Diese können von den Bewohnern am folgenden Tag ausgeglichen werden, indem sie die übertretene Zeit von ihrer eigentlichen Ausgangszeit abziehen und entsprechend früher in der WG sind. Sollte der Bewohner länger als 0.00 Uhr der WG fern bleiben (2. Stufe), ist dies nicht möglich. Der Ausgleich beinhaltet hier die Einhaltung der Ausgangszeiten für den Zeitraum von einer Woche sowie den Verzicht auf eine aushäusige Übernachtung am Wochenende.

Sollte es durch fünf unausgeglichene Regelübertritte bereits zu einer Abmahnung gekommen sein, kann diese durch eine sechswöchige Regeleinhaltung gelöscht werden. Regelübertritte werden mit den Bezugsbetreuern besprochen und eventuelle Hilfsangebote zur Regeleinhaltung mit dem Bewohner erarbeitet.

Mit den Jahren baute das Team auch weitere Regeln nach dem Prinzip des Ausgleichs und des Hilfeangebots um. So auch die Drogenregel. Hier gilt, dass drei Verstöße in Form von Alkoholgenuss oder Konsum von illegalen Drogen zu einer Abmahnung und die dritte Abmahnung zum Infragestellen der Hilfe führen. Diese Verstöße können ebenfalls durch Einhaltung der Regeln über einen bestimmten Zeitraum ausgeglichen werden. Zusätzlich werden hier neben den Bezugsbetreuergesprächen noch speziellere Hilfsangebote gemacht. Das sind nach der ersten Abmahnung themenspezifische Gesprächsangebote bei der Psychologin, nach der zweiten Abmahnung eine Anbindung bei einer Drogenberatung und kurz vor der dritten Abmahnung gegebenenfalls die Vermittlung einer Entzugseinrichtung und einer Therapie. Die Annahme dieser Hilfen gilt ebenfalls als Ausgleich der Abmahnungen.

In den Interviews zeigte sich, dass durch die Einführung von Ausgleichsmöglichkeiten das Regelwerk besser von den Bewohnern *angenommen* und sogar als notwendig erachtet wird: „dis mit den Drogenregeln und so, dis kann ich ganz gut verstehen, mit den Beleidigungen und alles ...“ (Pascal, 634-638).

In der Sichtweise eines Mitarbeiters fördern die Ausgleichsmöglichkeiten von Regelverletzungen die Übernahme von *Eigenverantwortung* der Bewohner. „Um den Jugendlichen eigenverantwortlich Zeitübertretungen wieder gut zu machen, ja und noch mal beweisen zu können, dass es auch anders geht und son bisschen eigenverantwortlich, selbstständig zu handeln“ (Fabian). Diese *Eigenverantwortung* und *Selbstständigkeit* spiegelt sich auch in den Äußerungen der Bewohner wider: „Zum einen kann man sich dadurch, das man 'nen Regelverstoß begangen hat, quasi wachrütteln. Man merkt, man geht in ne komplett fasche Richtung, denn kann man aktiv gegensteuern“ (Stephan).

Für die Mitarbeiter bringt dies eine *Erleichterung ihrer Arbeit*, *weniger Konflikte* und darüber auch *Zeitreserven* und einen *größeren Handlungsrahmen*: „Man muss sich nicht so aufregen über die Jugendlichen, wenn sie Regelverstöße begangen haben, sondern kann denen halt sagen, dass es halt immer wieder die Möglichkeit gibt, was gerade zu biegen und des is ne Erleichterung“ (Katrin).

## Resümee

In den zuvor beschriebenen Arbeitsprozessen zeigte sich neben den lebensweltorientierten Ansätzen der Systemische Ansatz durch Grundhaltungen, Techniken und Methoden. Diese Arbeitsprozesse entwickelten sich meist aus einer pädagogischen Schiefelage oder dem Mangel an Handlungsmöglichkeiten heraus. Durch die Interviews mit den Mitarbeitern und Bewohnern zeigten sich folgende Aspekte durch die systemisch geprägten Arbeitsweisen:



- Gefühl von Entscheidungsfreiheit und Freiwilligkeit bei den Bewohnern;
- gute Akzeptanz bzw. Annahme der Hilfe durch die Bewohner;
- Förderung der Eigenverantwortung und Selbstständigkeit bei den Bewohnern;
- Möglichkeit passgenauer Hilfsangebote;
- Hilfe bei der Aufgabenklärung für Mitarbeiter;
- Vermittlung neuer Sichtweisen und Handlungskompetenzen;
- Handlungssicherheit im pädagogischen Alltag.

Denkt man diese Ergebnisse weiter, müsste die Arbeit nach dem Systemischen Ansatz zu einer Effizienzerhöhung der Hilfe führen. Leider ist dies noch von anderen Faktoren abhängig und schwer nachweisbar.

Es stellte sich in den Interviews auch heraus, dass Arbeitsweisen permanent verfolgt, hinterfragt und überprüft werden müssen, um die Qualität der Arbeit aufrechtzuerhalten. Dazu bedarf es zeitlicher und personeller Ressourcen sowie einer anhaltend sicheren Struktur in der pädagogischen Arbeit. Diesem steht jedoch die Ökonomie und der mangelnden Effizienznachweis dieser Arbeitsweisen gegenüber.

## Literatur

- Hanke, M. (2012). *Übernahme des Systemischen Ansatzes*. Saarbrücken: AV Akademiker-Verlag.
- Hosemann, W. & Geiling, W. (2005). *Einführung in die systemische Soziale Arbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Kandziora, E. (2011). Systemischer Ansatz; In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit (Hrsg.), *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.* (7. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lambers, H. (2010). *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Lindauer, U. (2005). Das Therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen; In: Arbeitskreis Therapeutische Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Berlin: Verlag allgemeine Jugendberatung.
- Schlippe, A. v. & Schweizer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwing R. & Fryser, A. (2010). *Systemisches Handwerk – Werkzeug für die Praxis* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

*Constance Hornbogen & Lars Grimme*

„Mit dem Regenschirm unter die Dusche.“<sup>1</sup>

## **Die traumapädagogische Arbeit einer Therapeutischen Mädchenwohngruppe – Konzeptionelle Schwerpunkte und Falldarstellung**

### **Zusammenfassung**

Die Therapeutische Mädchenwohngruppe *Myrrha* bietet ein Konglomerat aus dem Konzept der Therapeutischen Jugendwohngruppen, traumapädagogischen und -therapeutischen Ansätzen sowie Grundlagen der geschlechterreflektierenden Pädagogik. In diesem (trauma-)therapeutischen Milieu finden Mädchen mit Traumafolgestörungen bzw. einer Vielzahl psychiatrischer Symptomatiken Hilfe und Unterstützung. In der Darstellung der konzeptionellen Schwerpunkte sowie der Falldarstellung wird deutlich, dass es in der Arbeit um ein traumasensibles Verständnis geht, welches im Alltag häufig ein Aushalten von verhaltensoriginellen Bewältigungsstrategien beinhaltet.

### **1 Angebot und Zielgruppe**

Das Angebot der Therapeutische Mädchenwohngruppe *Myrrha* richtet sich im Rahmen der stationären Jugendhilfe mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung und acht Plätzen an Mädchen und junge Frauen im Alter etwa 14 bis 21 Jahren, bei denen eine außerfamiliäre Unterbringung erforderlich ist. Hintergrund für eine Aufnahme sind meist körperliche, psychische und/oder sexualisierte Gewalterfahrungen, die zu einer komplexen Traumatisierung geführt haben. Die Mädchen haben verhaltensoriginelle Bewältigungsstrategien entwickelt, die sich im Laufe der Zeit jedoch oft in einer Vielzahl von verschiedenen psychiatrischen Symptomatiken manifestieren.

---

1 Der Beitrag ist zuerst erschienen in: „Soziale Arbeit“, Jahrgang 61, Heft 4, S. 131-137. Wir danken der Redaktion für die freundliche Abdruckgenehmigung.

## 2 Konzeptionelle Schwerpunkte

Der besonderen Situation der Mädchen begegnen wir mit einer Kombination aus dem Konzept der Therapeutischen Jugendwohngruppen (z.B. AK TWG, 2009; Gahleitner, 2011), Traumapädagogischen (z. B. Bausum et al., 2009; Weiß, 2009) und traumatherapeutischen Konzepten (z. B. Huber, 2006, 2009; Reddemann, 2007) sowie Ansätzen der geschlechterreflektierenden Pädagogik (z. B. Rauw et al., 2001; Bronner & Behnisch, 2007).

### 2.1 *Das Konzept der Therapeutischen Jugendwohngruppen*

Therapeutische Jugendwohngruppen sind spezialisierte Einrichtungen, die ein besonders intensives pädagogisch-therapeutisches Angebot auf milieutheoretischer, bindungstheoretischer und konstruktivistisch-systemischer Grundlage zur Verfügung stellen. Wesentliches Kennzeichen ist die enge Verzahnung des pädagogischen und therapeutischen Bereichs, in dem pädagogisches Handeln und therapeutisches Verstehen im Alltag in Einklang gebracht werden. Dieses wird durch interdisziplinäre Teams realisiert, deren Mitarbeiter\_innen über relevante Zusatzausbildungen verfügen.

### 2.2 *Das Traumatherapeutische Konzept*

Die Wohngruppe *Myrrha* beschäftigt zwei Therapeut\_innen, die an vier Tagen in der Woche die pädagogische Arbeit mit einer Gesprächstherapie und einer analytisch orientierten Kunsttherapie flankierend begleiten. Die Therapien finden wöchentlich im Einzelsetting statt und sind für die Mädchen verbindlich. Wie die Mädchen ihre Therapiestunden nutzen, wird in einem Prozess zwischen ihnen und den Therapeut\_innen ausgehandelt. Beide Therapierichtungen haben in der *Myrrha* den gleichen Stellenwert und ergänzen sich. In Übergabegesprächen zwischen den Therapeut\_innen werden Absprachen zu Therapieplanung und -verlauf getroffen.

### 2.3 *Das Traumapädagogische Konzept*

Wir verstehen auffälliges Verhalten als Traumafolge, arbeiten ressourcenorientiert, transparent und vorhersehbar, um die Emotionswahrnehmung und Selbstregulation zu schulen und einen *sicheren Ort* explizit für Mädchen zu schaffen, der Schutz vor Retraumatisierung bzw. Traumareaktivierung bietet. Dabei sind Wertschätzung und Partizipation sowie Spaß und Freude die Grundbausteine der alltäglichen Betreuung. So ermöglichen wir ihnen, sich psychisch zu stabili-

sieren, (Selbst-)Vertrauen zu gewinnen, realistische Lebensperspektiven für sich zu entwerfen und umzusetzen, ein konstruktives Krisenmanagement zu erlernen sowie ein Netz förderlicher sozialer Kontakte aufzubauen.

Realisiert wird das traumapädagogische und -therapeutische Milieu durch eine gemeinsame Fallführung, durch Einbeziehung der Therapeut\_innen in Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung und im Besonderen durch die innere Haltung der betreuenden Bezugspersonen, sich innerhalb eines Systems zu bewegen, in dem erzieherische und therapeutische Arbeit nicht konkurrierend nebeneinanderstehen, sondern miteinander verzahnt und solidarisch sind. Im engen Austausch der Professionen bildet sich eine gemeinsame Haltung aus, in der therapeutisches Verstehen und realitäts- und alltagsbezogenes traumapädagogisches Handeln miteinander in Einklang gebracht werden.

#### *2.4 Das Geschlechterreflektierende Konzept*

Die Arbeit in einem geschlechtsheterogenen Team basiert auf der Bereitstellung eines angstfreien Identifikations- und Experimentierraums mit männlichen Rollenvorbildern in einem geschützten Rahmen. Neben den weiblichen Vorbildern der Betreuerinnen wollen wir den Mädchen auch den Kontakt mit Männern und mit nicht-traditionellen Geschlechter- und Lebenskonzepten im engsten Lebensraum ermöglichen. Das Team ist sich der verschiedenen Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen sowie Geschlechterrollenzuschreibungen bewusst, reflektiert diese im pädagogischen Alltag und ist so in der Lage, die Grenzen der Mädchen zu wahren und angemessen auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Zudem hat der gleichberechtigte Umgang im geschlechtsheterogenen Team einen Vorbildcharakter. Inhaltlich kann die Arbeit mit einem explizit männlichen Bezugsbetreuer hilfreich sein, wenn die erfahrene (sexualisierte) Gewalt der Mädchen von erwachsenen und/oder jugendlichen Frauen ausgeübt wurde und wenn die bisherigen Beziehungserfahrungen der Mädchen zu Problemen im Kontakt mit gleichgeschlechtlichen Menschen geführt haben.

Mit dem Bereitstellen einer geschlechtshomogenen Bewohnerinnengruppe wollen wir den Mädchen Räume eröffnen, in denen sie sich frei von einschränkenden Zuschreibungen und Zwängen bewegen sowie neue Erfahrungen und Möglichkeiten jenseits von traditionellen Geschlechterrollen machen können. Das lenkt den Blick auf zahlreiche gemeinsame Themen der Mädchen, fördert den Austausch untereinander und stärkt die Vertrauensbasis innerhalb der Gruppe. Das daraus erwachsende Wir-Gefühl der Mädchen stärkt ihr Selbstwertgefühl, steigert ihre Empowerment-Fähigkeiten und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Dieser Prozess trägt entscheidend dazu bei, dass sie ihre eigenen Interessen selbstbestimmt vertreten können und lernen, ihr Leben eigenverantwortlich zu gestalten.

### 3 Zielsetzungen und Arbeitsweise

Entscheidend für eine Aufnahme ist, ob ein Mädchen von unserem Konzept profitieren kann. Kriterien für unsere Entscheidung sind die Passung zur Gruppe, eine gewisse Veränderungsmotivation auf Seiten des Mädchens und eine Einschätzung unsererseits, mit der Symptomatik professionell arbeiten zu können. Um das herauszufinden, durchläuft das Mädchen ein semistrukturiertes Aufnahmeverfahren. Wichtig ist uns, dass (sexualisierte) Gewalt und Traumata von Anfang an kein Tabu sind. Wir fragen im Aufnahmeverfahren offen nach Erlebnissen, die aber an dieser Stelle nicht vertiefend besprochen werden. Wir versuchen, für das Erlebte einen potenziellen Raum zu öffnen, in dem es eine Sprache dafür geben darf, sofern das Mädchen dies möchte. Wir drängen jedoch keinesfalls zu Antworten.

Die Bindungs- und Beziehungsarbeit kann als Kernkompetenz zur Gestaltung unseres Traumapädagogischen und -therapeutischen Milieus ausgemacht werden. In Form einer Bezugsbetreuung wird den Jugendlichen ein kontinuierliches und stabiles Beziehungsangebot auf der Alltagsebene gemacht, in dessen Rahmen sie Unterstützung und Begleitung finden. Es finden wöchentliche Bezugsbetreuungsgespräche statt. Die Bezugsbetreuer\_innen sind vielfältig Zusatzqualifiziert und begeben sich mit den Mädchen in eine fortlaufende psychosoziale Diagnostik, die flankierend die Hilfeplanung begleitet und strukturiert.

Gemeinsam mit den Mädchen wird eine verbindliche Alltagsstruktur erarbeitet, die sich haltgebend und stabilisierend auswirkt und ihrer individuellen Situation sowie ihren Möglichkeiten entspricht. Wir tragen dafür Sorge, dass diese verbindlich umgesetzt und gemäß den erworbenen Fähigkeiten weiter ausgebaut wird. Dies scheitert oftmals an passenden traumasensiblen (schulischen) Angeboten. Neben der Rund-um-die-Uhr Betreuung und der Begleitung im Alltag mit ihren Einzel- und Gruppengesprächen sowie einer festen Alltagsstruktur liegt ein weiterer Schwerpunkt auf dem gemeinsamen Gruppenerleben. Wir versuchen, die Mädchen sowohl kulturell als auch politisch und im sportlichen Bereich herauszufordern und zu bilden. Es werden gemeinsame Freizeitaktivitäten und Gruppenreisen angeboten. Ein Baustein ist die Erlebnispädagogik mit einem Reiseangebot pro Jahr. Sportliche Angebote können zu einem positiven Körperbewusstsein verhelfen, das die Selbstwahrnehmung beeinflusst (z.B. Markner, 2010). Hierzu gehört eine ausgewogene Ernährung. Auf das gemeinsame Abendessen wird besonders viel Wert gelegt, das von unserer Hauswirtschafterin gekocht wird. Sie unterstützt das Team mit ihren ernährungsberaterischen Kompetenzen und sorgt für ein ansprechendes, sauberes und gemütliches Ambiente in einem *zu Hause auf Zeit*. Diese Häuslichkeit und Versorgung vermittelt den Mädchen Halt und Sicherheit. Die Mädchen verfügen, um sich auch von der Gruppe abgrenzen und zurückziehen zu können,

über ein eigenes abschließbares Zimmer. Sie dürfen Besuch von Freund\_innen und Partner\_innen, auch mit Übernachtung, empfangen. Um die anderen Mädchen einzubeziehen, müssen diese bei einer Übernachtung zunächst auf dem Gruppenabend vorgestellt werden, welcher wöchentlich stattfindet und außerdem dazu dient, die Themen der Mädchen und Wünsche des Teams zu besprechen und im Wechsel mit unserem sexualpädagogischen Projekt stattfindet. Da die selbstbestimmte Sexualität eine zentrale Entwicklungsaufgabe in der Altersgruppe und vor allem bei Mädchen mit Erfahrungen in Form von (sexualisierten) Grenzüberschreitungen darstellt, begegnen wir diesem Thema explizit mit einem emanzipatorischen sexualpädagogischen Konzept (z.B. Timmermanns et al., 2004; Timmermanns & Tuider, 2008) und der damit verbundenen Haltung, Wissen zu vermitteln, um die Sicherheit im Umgang mit sich selbst und anderen zu stärken und dadurch Schutz vor (erneuter) sexualisierter Gewalt zu bieten. Dazu gehört, den Mädchen eine positive Haltung zu ihrer eigenen Sexualität und ihrem Körper zu vermitteln. Wir verstehen Identität und die Vielfalt sexueller Lebensformen als einen offenen und flexiblen Prozess, bei dem wir den Mädchen zur Seite stehen und versuchen, auf strukturelle Ungleichheits- und Machtstrukturen aufmerksam zu machen.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht darin, ein tragfähiges Hilfenetz für die Mädchen aufzubauen, das darauf ausgerichtet ist, den Gesundheits- und Verselbstständigungsprozess voranzutreiben. In Zusammenarbeit mit den jeweils beteiligten Institutionen (Jugendämter, Kinder- und Jugendpsychiatrien, ambulante Therapeut\_innen, Schul- und Ausbildungsprojekte etc.) arbeiten wir an einem gemeinsamen Konzept der individuellen Hilfe- und Behandlungsplanung. Wir versuchen Kompetenzen zu vermitteln, die es den Mädchen ermöglichen sollen, ein eigenständiges Leben außerhalb von psychiatrischen und sozialpädagogischen Institutionen zu führen. Hierbei beziehen wir die Familien und das soziale Umfeld klientenorientiert mit ein. Dazu gehört eine machtsensible, familientherapeutisch orientierte Familienarbeit als ein integraler Bestandteil unseres Angebots. Wir gehen davon aus, dass die individuelle Entwicklung ebenso wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen innerhalb sozialer Interaktionsprozesse und gegenüber relevanten Bezugspersonen stattfinden. Trotz unserer Grundhaltung, die Familie als System zu sehen, steht der Schutz der Mädchen vor weiteren Schädigungen im Vordergrund. Einschränkungen bzw. Kontaktverbote sind nötig, wenn nahe Bezugspersonen oder Eltern zum Täter\_innenkreis gehören bzw. selbst Täter\_innen geworden sind. An diesen Schnittstellen entstehen oft Widersprüche zwischen einer systemisch allparteilichen Haltung und der Parteilichkeit den Mädchen gegenüber.

Um unsere Arbeit kontinuierlich zu validieren, finden in 14-tägigem Rhythmus Fallbesprechungen nach einem strukturierten Ablauf mit einer Aufmerksamkeitsrichtung statt. Die Mädchen füllen dazu vorher einen Selbsteinschätzungsbogen aus, auf dem sie Rückmeldungen geben, wie es ihnen (in der *Myrrha*) geht und was sie sich für die kommenden zwei Monate (mit unserer

Unterstützung) vornehmen. Gern laden wir die Mädchen zu Reflecting Teams ein, wofür sie eine Fragestellung an das Team vorbereiten, die wir in ihrem Beisein diskutieren. Dabei erleben sie unsere Aushandlungsprozesse mit, hören sich ergänzende sowie gegenteilige Hypothesen und beteiligen sich wirkmächtig an der Umsetzung von Interventionen.

## 4 Falldarstellung

Als *Lena* sieben Jahre alt war, wurden sie und ihre drei Geschwister vom Jugendamt aus Kinderschutzgründen in Obhut genommen. Das Familiengericht entzog den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht. Seitdem leben *Lena* und ihre Geschwister in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Mit dreizehn Jahren berichtete *Lena* während eines Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass sie sexualisierte Gewalt durch ihren Onkel erlebt hat. Die Klinik, die ehemalige Wohngruppe und auch das Jugendamt nahmen dies nicht ernst und stellten sie als ein „zu fantasievolles“ Mädchen dar. Die Aufklärung der Missbrauchsvorwürfe versandete.

Im Alter von 15 Jahren zog *Lena* bei uns ein. Der Umzug fiel ihr schwer. Nach einiger Zeit knüpfte sie Beziehungen zu den Betreuer\_innen, lernte diese kennen und baute Vertrauen auf. Sie brachte ihre Gewalterfahrungen in der Anfangszeit oft in einer – von außen betrachtet – unangemessen Art und Weise ein. Sie erzählte beispielsweise bei gemeinsamen Mahlzeiten über die Vergewaltigungen durch den Vater. Die Schwierigkeit bestand darin, *Lena* zu vermitteln, dass ihr geglaubt wird, sie gleichzeitig zu begrenzen und ihr stattdessen Räume für das Sprechen über ihre Gewalterfahrungen in den Bezugsbetreuungsgesprächen und Therapien bereitzustellen. Zunächst konnte sie mit ihrem Bezugsbetreuer nur in Form eines Tagebuchs über ihre Erlebnisse kommunizieren. Nachdem sie die Erfahrung von Unterstützung gemacht hatte, begann sie ausführlicher von ihren Gewalterfahrungen zu erzählen. Sie beschrieb die Zeit davor als eine Zeit, „... in der ich Euch testen musste, ob ich Euch vertrauen kann und ob ihr mir glaubt.“

Im Alter von fünf Jahren wurde *Lena* von ihrem Onkel missbraucht. Zudem missbrauchte ihr Vater sie und ihre jüngere Schwester über mehrere Jahre hinweg. Im Laufe der Zeit erzählte sie, dass sie zusätzlich mehrfacher sexualisierter Gewalt von einem weiteren Onkel ausgesetzt war. Die Gewalt, die *Lena* erleben musste, endete nicht mit der Herausnahme aus der Familie. Während ihrer Besuche am Wochenende bei ihrer Familie wurde sie weiterhin über Jahre von ihrem Vater missbraucht. *Lena* konnte nicht auf den Schutz und Sicherheit der Kinder- und Jugendhilfe vertrauen. Zudem war *Lena* in einer Wohngruppe massiver verbaler und auch körperlicher Gewalt vonseiten der Betreuer\_innen ausgesetzt.

In Folge der jahrelangen sexualisierten Gewalt und emotionalen Vernachlässigung musste *Lena* eine Vielzahl von Strategien entwickeln, um mit diesen Erlebnissen umgehen zu können. Diese zunächst sehr nützlichen Überlebensstrategien verfestigten sich im Laufe der Zeit in zum Teil psychiatrischen Symptomatiken. *Lena* entwickelte eine bipolare Störung und ihre Persönlichkeit spaltete sich in verschiedene, voneinander mehr oder weniger abgetrennte Persönlichkeitsanteile auf, die wir als dissoziative Identitätsstruktur bezeichnen würden. Die Arbeit mit den *Lenas* gestaltete sich vor allem in der Zeit der Erstverschlimmerung schwierig. Sie wechselte häufig zwischen ihren Persönlichkeitszuständen hin und her. Es war nur schwer möglich, sie stabil in ihrer Alltagspersönlichkeit anzutreffen und zu halten. Sätze wie „*Stopp! Komm mal bitte wieder in die Realität zurück.*“ oder „*Ich möchte jetzt bitte mit der 15-jährigen Lena sprechen.*“, waren an der Tagesordnung. Zudem hatte sie mehrere imaginäre Schutzfiguren konstruiert, die ihr Halt gaben und Unterstützung boten. Sie flüchtete sich in Fantasiewelten, was dazu führte, dass sie zeitweise mehrmals am Tag dissoziierte und nicht wusste, was sie in dieser Zeit erlebt hatte. Diese Erinnerungslücken füllte sie mit Fantasiegeschichten. Sie konnte diese auf ein beliebiges Stichwort hin und mit vollster Überzeugung erzählen. Sprachten wir sie darauf an, dass die Geschichte so nicht stimmen könne, dachte sie sich schnell eine weitere aus oder beendete das Gespräch mit den Worten „*Okay, Du hast recht und ich habe meine Ruhe!*“, und ließ uns stehen. Zudem enthielten diese Geschichten meist einen wahren Kern, sodass es kompliziert war, angemessen zu reagieren. Wir wollten sie, vor allem vor den anderen Mädchen, nicht als Lügnerin dastehen lassen und sie trotzdem gleichzeitig aus ihren Fantasiegeschichten in die Realität holen. In der Anfangszeit verwendeten wir viel Zeit darauf, ihre Geschichten zu verifizieren. Wir telefonierten uns durch das gesamte Helfer- und Familiensystem und googelten sogar manche ihrer Geschichten. Ihre Mitbewohnerinnen konnten *Lena* und ihre Verhaltensweisen anfangs nur schwer einordnen und ihre Fantasiegeschichten verunsicherten sie. In psychoedukativen Gesprächen warben wir um Verständnis für *Lena* und ihre Verhaltensweisen. So konnte sich *Lena* stellenweise mit ihren Fantasiegeschichten in das alltägliche Gruppengeschehen und die Gruppengespräche einbringen, obwohl den anderen Mädchen klar war, dass sie „... gerade nicht ganz die Wahrheit erzählt.“

*Lena* hatte viele verschiedene Möglichkeiten entwickelt, um ihren Alltag bewältigen zu können und sich vor der Realität zu schützen. Sie tauchte in Fantasiewelten ab, guckte viel Fernsehen und zog sich oft in ihr Zimmer zurück. Sie räumte dieses nicht selbstständig auf, da sie die Unordnung in ihrem Zimmer und das Durcheinander als schützende Höhle und Abgrenzung gegen die Realität brauchte. Vor zu vielen Reizen verbarg sie sich unter einem Regenschirm, den sie oft mit sich herumtrug und in allen – von außen betrachtet – möglichen und unmöglichen Situationen aufspannte. Beispielsweise aß sie unter dem ‚Schutz‘ des Regenschirms mit uns zu Abend, nahm mit ihm am Gruppengeschehen teil oder ging mit ihm unter die Dusche.



Aufgrund ihrer negativen Bindungserfahrungen fiel es *Lena* insgesamt schwer, Beziehungen in angemessener Art und Weise einzugehen und zu regulieren. Sie hatte Probleme, einen kontinuierlichen und regelmäßigen Kontakt zu halten. Das Angebot, neue positive Beziehungs- und Bindungserfahrungen zu machen, nutzte sie im Laufe der Zeit besser für sich und konnte wertvolle, positive und *nachnährende* Bindungserfahrungen machen. Vor allem zu ihrem männlichen Bezugsbetreuer baute sie eine gute und stabile Beziehung auf. Die tiefsitzende Enttäuschung über ihre Mutter überlagerte dabei möglicherweise ihre Gewalterfahrungen durch Männer. Die emotionale Bindung zu ihrem Bezugsbetreuer ermöglichte es auf der einen Seite, Situationen mit ihr zu reflektieren sowie verbindliche Absprachen zu treffen und Vorgehensweisen zu entwickeln, ohne dass sie aus dem Kontakt ging. Beispielsweise teilte sie sich, wenn sie wütend, enttäuscht oder aggressiv war, dadurch mit, dass sie Gegenstände durch ihr Zimmer schmiss oder gegen Möbelstücke trat. Sie sendete durch dieses Verhalten das Signal „*Hilfe, bitte kümmere Dich um mich!*“ und nicht etwa das Signal „*Lass mich in Ruhe. Ich brauche Zeit, um mich abzureagieren.*“ Auf der anderen Seite baute sie auch eine starke emotionale Abhängigkeit auf. Wenn ihr Bezugsbetreuer – in ihren Augen – nicht auf die richtige Weise reagierte und sie von ihm enttäuscht war, führte das zu einer großen Verzweiflung.

Wir verstehen *Lenas* psychiatrische Störungen, ihre kreativen Strategien und ihr Bindungsverhalten als Folge ihrer schweren Traumatisierung. Dies gestaltete sich beim Thema ‚Schule‘ besonders schwierig. *Lena* schwänzte oft die Schule, täuschte Krankheiten vor, hatte psychosomatische Beschwerden und zeigte keinerlei Eigenmotivation, sodass das morgendliche Wecken oft in einen stundenlangen ‚Kampf‘ ausartete. Im Hinblick auf *Lenas* schwere Traumatisierungen diente die Schule vor allem als Alltagsstrukturierung, weniger für einen Schulabschluss. Den schmalen Grat zwischen einem traumasensiblen Vorgehen und einer angemessenen Alltagsanforderung zu finden, war nicht immer leicht. Haben wir *Lena* zu viel Druck gemacht, beispielsweise mit dem Wahrnehmen von Arztterminen, dem Aufräumen ihres Zimmers oder der Erledigung ihrer Dienste in der Wohngruppe, ging sie aus dem Kontakt oder flüchtete aus der Wohngruppe. In der Arbeit ging es deshalb häufig darum, ihre Verhaltensweisen auszuhalten und an verschiedensten Stellen – in der Schule, bei den anderen Mädchen und auch bei uns im Team – für Verständnis für ihr Verhalten zu werben, um *Lena* genug Raum und Zeit zur Verfügung zu stellen, damit sie an ihren Themen arbeiten und weitere Entwicklungsschritte gehen konnte.

*Lena* hatte durch ihre Geschichte die Erfahrung verinnerlicht, dass über sie bestimmt und ihre Grenzen nicht respektiert wurden. Dem versuchten wir an jedem möglichen Punkt in unserer Arbeit durch eine partizipative, transparente und wertschätzende Haltung etwas entgegenzusetzen. Wesentliche Schritte im Hilfeprozess wurden mit ihr besprochen und wenn möglich mit ihr zusammen entwickelt. Alle Termine, wie Hilfeforenzen, Familiengespräche, Arzttermine

usw. wurden mit ihr vor- und nachbesprochen, um ihr eine Mitsprache zu ermöglichen. In regelmäßig stattfindenden Bezugsbetreuungsaktionen und -gesprächen, den Therapien und im Alltag konnte *Lena* lernen, ihre Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung zu verbessern.

*Lena* lernte die *Myrrha* als einen Ort kennen, an dem sie sich sicher fühlen konnte, auch wenn ihr bisheriges Leben anders geprägt war. Sie traf auf einschätzbare Betreuer\_innen und deren Reaktionsweisen, die kommentiert für sie nachvollziehbar waren. Sie erlebte bei uns keinerlei Gewalt, weder durch Mitbewohnerinnen, noch durch Betreuer\_innen, obwohl sie nach den Erfahrungen aus der vorherigen Wohngruppe auch darin nicht sicher sein konnte. Nachdem wir zunächst Familiengespräche mit dem Vater in der Einrichtung durchführten, weil wir keine Kenntnis von dessen Täterschaft hatten, verwehrten wir ihm und weiteren Tätern jeglichen Zugang zur Gruppe. Trotzdem mussten wir und natürlich *Lena* den Widerspruch aushalten, dass sie immer wieder in die Wohnung der Mutter fuhr, um die dort lebenden Geschwister zu beschützen und den Kontakt zur Mutter zu suchen. Dort traf sie einen der Täter – den Onkel. Sie konnte jedoch in den Schutzraum der *Myrrha* zurückkehren, ohne Vorwürfen ausgesetzt zu sein. Ihr Handeln und ihre dahinter stehenden Bedürfnisse wurden mit ihr erkundet und hinterfragt. Es dauerte einige Zeit, bis wir dieses selbstgefährdende, von starken Ambivalenzen und Loyalitätskonflikten behaftete Verhalten überhaupt verstehen konnten. Sie wurde beharrlich darin bestärkt, dass diese Kontakte ihr schaden, sie verletzen und wir uns um sie sorgen. Wir versuchten, gemeinsam mit ihr und der Mutter andere Wege des Kontaktes zu etablieren und mit dem Jugendamt Schutzkonzepte für die Geschwister zu entwerfen, um *Lena* zu entlasten.

Die Arbeit mit *Lena* war nur möglich, indem wir immer wieder neue kreative Methoden entwickelten, die genauso ungewöhnlich waren wie ihre eigenen Überlebens- und Bewältigungsstrategien. Es sind diese kleinen gemeinsamen Erfolge, die zu einem positiven Hilfeverlauf beitragen. Nicht zuletzt muss sich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen immer wieder in Erinnerung gerufen werden, dass deren Leben nicht ausschließlich aus Vernachlässigung und Gewalt besteht, sondern sie gleichzeitig Kinder und Jugendliche sind, die sich nach Alltag und Normalität sowie Spaß und Freude sehnen.

## Literatur

- AK TWG Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Bausum, J. Besser, L. U., Kühn, M. & Weiß, W. u. a. (Hrsg.). *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.

---

Constance Hornbogen & Lars Grimme: „Mit dem Regenschirm unter die Dusche“

- Bronner, K. & Behnisch, M. (2007). *Mädchen- und Jungenarbeit in den Erziehungshilfen. Einführung in die Praxis einer geschlechterreflektierenden Pädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fegert, J. M. & Schmid, M. (Hrsg.) (2008). Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. *Themenheft Traumapädagogik I 4*.
- Fegert, J. M. & Schmid, M. (Hrsg.) (2009). Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. *Themenheft Traumapädagogik II 2*.
- Gahleitner, S. B. (2011): *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Huber, M. (2006). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2*. (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Markner, J. (2010). Erlernte Hilflosigkeit überwinden und Bewältigungsverhalten stärken. Zur Wirksamkeit des therapeutischen Milieus in der sozialtherapeutischen Mädchenwohngruppe Myrrha. Unveröffentlichte Master-Arbeit an der Alice-Salomon Hochschule Berlin.
- Rauw, R., Jantz, O., Reinert, I. & Ottemeier-Glücks, F. G. (Hrsg.) (2001). *Perspektiven Geschlechtsbezogener Pädagogik. Impulse und Reflexionen zwischen Gender, Politik und Bildungsarbeit*. Reihe Quersichten Band 1. Opladen: Leske + Budrich.
- Reddemann, L. (2007). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. (13. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Timmermanns, St., Tuidler, E. & Sielert, U. (Hrsg.) (2004). *Sexualpädagogik weiter denken. Postmoderne Entgrenzungen und pädagogische Orientierungsversuche* Weinheim: Beltz Juventa.
- Timmermanns, St. & Tuidler, E. (2008). *Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2009) *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. (5. akt. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

## *Julia Reusch*

*Die Fotos wurden uns von einer Bewohnerin der TWG Myrrha – Julia Reusch – zur Verfügung gestellt. In ihren Werken setzt sich das Mädchen mit den Mitteln der Fotografie und digitalen Bildbearbeitung mit sich selbst und ihrer Umwelt auseinander.*







Anhang

---





## Biografien

*Antje Heinemann*, Bildende Künstlerin, MA Kunstpädagogin und Dipl. Kunsttherapeutin, Kunsttherapeutische Fachberaterin für Psychotraumatologie, HP Psychotherapie, Lehrbeauftragte Kunsttherapie an der UdK Berlin, arbeitet seit 4 Jahren in der Therapeutischen Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘ der EJF gAG.

*Constance Hornbogen* Dipl. Psychologin und Familientherapeutin (SG), Magisterabschluss in Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik, in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, leitet seit 4 Jahren die Therapeutische Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘ der EJF gAG.

*Andrée Egel*, Dipl. Psychologin, Dr. rer. nat., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (BDP), seit 1999 psychologische Fachleiterin der TWG Respect Yourself, seit 2010 auch der TWG A für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen im Jugendhilfeverbund Dr. Janusz Korczak – Haus am Tierpark der EJF gAG.

*Heiner Keupp*, Studium der Psychologie und Soziologie in Frankfurt am Main, Erlangen und München. Diplom, Promotion und Habilitation in Psychologie, war von 1978 bis 2008 Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München. Aktuell Gastprofessuren an den Universitäten in Klagenfurt und Bozen. Arbeitsinteressen beziehen sich auf soziale Netzwerke, gemeinde-nahe Versorgung, Gesundheitsförderung, Jugendforschung, individuelle und kollektive Identitäten in der Reflexiven Moderne und Bürgerschaftliches Engagement. Erster Preisträger der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2000). Vorsitzender der Kommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.

*Silke Brigitta Gahleitner*, Prof. Dr. phil., studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG Myrrha sowie in eigener Praxis. Seit 2005 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten psychosoziale Diagnostik, Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden und Psychotraumatologie zunächst an der EFH Ludwigshafen, danach an der ASH Berlin tätig, seit 2012 außerdem als Univ.-Prof. für Inte-

grative Therapie und Psychosoziale Interventionen am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.

*Bert Krause-Lanius*, studierte Psychologie und Sozialarbeit/Sozialpädagogik (FH) und ist staatlich anerkannter Erzieher. Er arbeitete in verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern, v. a. im Rahmen der Schul- und Familienhilfen, der Erziehungsberatung sowie der sozialpädagogischen Betreuung und Beratung von obdachlosen jungen Erwachsenen. Seit 2001 arbeitet er als Dozent für Forschungsmethoden und Statistik an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Forschungsmethoden der Sozialen Arbeit, Empirische Pflegeforschung, Forschungsmethoden und Informatik.

*Annett Strutzke*, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin, 2002-2008 Betreuerin in der TWG „Respect Yourself“, seit 2009 Projektleiterin Therapeutisches Jugendwohnen im Jugendhilfeverbund Dr. Janusz Korczak – Haus am Tierpark (TWG Respect Yourself und TWG A für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen) der EJV gAG.

*Per Wolfrum*, Diplom-Psychologe, Systemischer Berater und Therapeut (SG), Supervisor (SG, DGSv), tätig in der Familientherapeutischen Wohngruppe „Mäander“ von Neues Wohnen im Kiez.

*Ute Meybohm*, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit 1978 mit psychisch kranken jungen Menschen in der Erziehungsberatung und in der Psychiatrie, seit 1983 in der Therapeutischen Wohngruppe des ajb; seit 2001 Geschäftsführerin der ajb gmbh, einem gemeinnützigen Träger für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation.

*Claus-Peter Rosemeier*, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Sozialwirt; Psychologischer Psychotherapeut; Leiter der TWG „Koralle – therapeutische wohngruppen“ im Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin; Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Supervision, Organisationsentwicklung.

*Thomas Girnth*, Diplom Sozialarbeiter, Diplom Politologe, Supervisor (DGSv), Fachsozialarbeiter für klinische Sozialarbeit. Leiter der therapeutischen Jugendwohngruppen des STEG.

*Heiko Kleve*, Prof. Dr.; Professur für soziologische und sozialpsychologische Grundlagen sowie Fachwissenschaft Sozialer Arbeit an der Fachhochschule Potsdam; Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (Dipl. ASFH 1996) und Soziologe (Dr. phil. FU Berlin 1998) sowie Konflikt-Mediator (FH), Systemischer Berater (DGSF), Supervisor (DGSv)/Systemischer Supervisor (SG) und Case Manager/Case Management-Ausbilder (DGCC).

*Sinntek & Hurby*, alias Christoph Hermann & Normann Kaisig

*Hermann Staats*, Prof. Dr.; Sigmund-Freud Professur für psychoanalytisch orientierte Entwicklungspsychologie an der FH Potsdam, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker, Paar- und Familientherapeut, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen, Mitherausgeber der Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Arbeitsschwerpunkte sind Beziehungen in Gruppen, Paaren und Familien und Untersuchungen zum Prozess und Ergebnis von Therapien und Beratungen.

*Renate Semken*, Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Systemische Therapeutin und Beraterin (SG), Heilpraktikerin für Psychotherapie, tätig im Therapeutischen Einzelwohnen „Mobile“ der Neues Wohnen im Kiez GmbH.

*Silke Springer*, Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Systemische Therapeutin und Beraterin (SG), Hypno-systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (M.E.G.), Heilpraktikerin für Psychotherapie, tätig in der Therapeutischen Wohngruppe „Mäander“ der Neues Wohnen im Kiez GmbH.

*Anke Rabe (Jürgens-Lotze)*, Sozialpädagogin (Dipl.), Gruppenpsychotherapeutin; Gruppentherapeutin in der „Koralle – therapeutische wohngruppen“; Sozialarbeiterin und Therapeutin in der Abteilung für Forensische Psychiatrie im Asklepios Fachklinikum Teupitz.

*Ulrike Brendel*, Diplom Psychologin, Systemische- Familientherapeutin, Fachleitung TWG Gemini.

*Gerlinde Huber*, Diplom-Psychologin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin, stellvertretende Fachleitung Gemini, niedergelassene Psychotherapeutin.

*Saskia Lägél*, Dipl.-Psychologin, psychologisch therapeutische Leitung von zwei Wohngruppen für Jugendliche bei der Steg gGmbH, Systemische Therapie, Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A), Traumatherapie.

*Boris Stolle*, Dipl.-Psychologe, psychologisch-therapeutische Leitung einer therapeutischen Wohngruppe für Jugendliche bei der Steg gGmbH, Systemische Therapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A), Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness Based Cognitive Therapie (MBCT).

*Martin Hanke*, Erzieher und Bachelor Soziale Arbeit, Gruppenleiter derTJWG „Zwischenbahnhof“ im CJD Berlin.

*Susanne Prehl*, Dipl.-Psychologin; Therapeutin in der TJWG „Zwischenbahnhof“ im CJD Berlin.

## Anhang

---

*Lars Grimme*, Sozialarbeiter (B.A.) und Sozialwissenschaftler(Dipl.) mit dem Schwerpunkt Soziologie der Geschlechterverhältnisse, Fachberater für Psycho-traumatologie (DIPT e. V.), arbeitet seit 2 Jahren in der Bezugsbetreuung der Therapeutischen Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘ der EJF gAG.

*Julia Reusch*, Jahrgang 1995, geboren in Berlin, Bewohnerin der TWG Myrrha von Juli 2010 bis März 2012, wohnt und lebt weiterhin in Berlin und bereitet sich aktuell auf ihre bevorstehenden Abiturprüfungen vor.

## Mitglieder des Arbeitskreises der Therapeutischen Jugendwohngruppen

Träger	Projekt	Bezirk	Plätze	Alter	Ansprechpartner	Adresse	Tel.	Fax	E-Mail/ Website	
ajb gmbh	Moritz 55 (dt.-kurd-türk. Team)	Kreuzberg	12	14–21	Jochen Kern Jutta Bartl	Oranienstr. 57 10969 Berlin	61609290/1	61609292	moritz55@ajb-berlin.de www.ajb-berlin.de	
CJD Berlin	Zwischenbahnhof	Mitte	10	ab 14	Susann Prehl Martin Hanke	Utrechterstr. 37 13347 Berlin	2946355	2946355	zwischenbahnhof@cjd-berlin.de www.cjd-berlin.de	
EJF gAG	Korczak-Haus	Respect Yourself	Lichtenberg	8	ab 14	Annett Strutzke	Erich-Kurz-Str. 4a 10319 Berlin	51591496 (-28,-590) 51591414	51591430	strutzke.annett@ejf.de www.ejf.de/kinder-und- jugendhilfe/therapie/dr-janusz- korczak-haus-am-tierpark.html
	Korczak-Haus	TWG A (Autismus-Spektrum)	Lichtenberg	2 x 8	ab 13	Annett Strutzke	Erich-Kurz-Str. 4a 10319 Berlin	51591496 (-28,-590) 51591414	51591430	strutzke.annett@ejf.de egel.andree@ejf.de www.ejf.de/kinder-und- jugendhilfe/therapie/dr-janusz- korczak-haus-am-tierpark.html
	KJHV Süd	a) Myrrha (therapeutische Mädchenwohngruppe)	Steglitz	8	ab 14	Constance Hornbogen	Schmidt-Ott-Str.4 12165 Berlin	790980-32/ -33	7934528	hornbogen.constance@ejf.de
	KJHV Süd	b) MALE I (sex. grenzverletzende Jungen)	Lankwitz	8	ab 12	Karsten Köster	Alt Lankwitz 9 12247 Berlin	773271-93/ -94	773271-95	koester.karsten@ejf.de
	KJHV Süd	c) MALE II (sex. grenzverletzende Jungen mit intellektuellen Einschränkungen)	Wilmersdorf	8	ab 12	Karsten Köster	Meinekestr. 12 10719 Berlin	88628777	88629369	koester.karsten@ejf.de
	KJHV im Diakoniezentrum	TWG auf der Familienfarm Lübars	Reinickendorf	8	ab 13	Ulrich Ehlert TWG Team	Am Bärensprung 28, 13503 Berlin Fasanerie 10, 13469 Berlin	4306-282 41 474950	4306-299	ehlert.ulrich@ejf.de
Jugendwohnen im Kiez e. V.	Gemini therapeutische Wohn- und Betreuungsangebote	Kreuzberg	6	14–21	Florian Landes Ulrike Brendel Gerlinde Huber	Kottbusser Damm 79a 10967 Berlin Richard-Sorge-Str. 73 10249 Berlin	74773966 417283880 0176- 64160992	74773964 417283819	geminijugendwohnen-berlin.de www.jugendwohnen-berlin.de geminijugendwohnen.net www.neuhland.de	
neuhland e.V.		Friedrichshain Weißensee	6 6 6							

Träger	Projekt	Bezirk	Plätze	Alter	Ansprechpartner	Adresse	Tel.	Fax	E-Mail/ Website
Neues Wohnen im Kiez GmbH	Familientherapeutische Wohngruppe Mäander	Weißensee	6 6	ab 12	Thomas Henner Wolfgang Over	Pistoriusstr. 16/16a 13086 Berlin	554891-75	554891-77	maeander@nwik.de
Pestalozzi-Fröbel-Haus	Koralle – therapeutische Wohngruppen	Tempelhof/ Schöneberg, Mitte	2 x 6	ab 14	Claus-Peter Rosemeier	Wartburgstr. 39 10823 Berlin	78711360	78001191	twg.koralle@pfh-berlin.de www.pfh-berlin.de
Prowo e.V.	Sojus – Doppeldiagnose: Psychosoziale Störungen und Suchtproblematik	Pankow	8 m/w	ab 14	Eckhard Flöring	Geschäftsstelle: Prowo e.V. Kottbusser Damm 79 10967 Berlin	497609- 31/33	497609-32	jugend@prowo-berlin.de
	Burgwall – Doppeldiagnose / Integrative TWG mit bis zu drei jugendlichen Müttern mit Kind	Zehdenick OT Burgwall	8 m/w	ab 14	Sabine Sturm	Geschäftsstelle: Prowo e.V. Kottbusser Damm 79 10967 Berlin	033080- 40562	030-40591	jugend@prowo-berlin.de
Wuhletal Psychosoziales Zentrum gGmbH	TWG Innewohnende Betreuung	Marzahn- Hellersdorf	14 5	ab 14 ab 16	Antje Willem Marina Degener	Dorfstr. 45 12621 Berlin	56599880 56599886	59599888	twgkj@wuhletal.de www.wuhletal.de
Der Steg	Therapeutische Wohngruppen	Platzanfragen		ab 14	Thomas Girnth	Geschäftsstelle Alt Reinickendorf 28/29 13407 Berlin	498576940	498576949	thomas.girnth@dersteg.de www.dersteg.de
		Pankow	6	ab 14	Nancy Diethold	Wiesenwinkel 20 13158 Berlin	9164543	91745997	nancy.diethold@dersteg.de
		Pankow	6	ab 14	Holger Städter	Wurstmacherweg 21 13158 Berlin	9164542	91745998	holger.staedter@dersteg.de
		Reinickendorf	6	ab 14	Margret Czajka	Sigismundkorso 6 13465 Berlin	498576941	498576942	margret.czajka@dersteg.de
		Neukölln	6	ab 14	Edith Riewer	Efeuweg 13a 12357 Berlin	60530481	60490514	edith.riewer@dersteg.de
		Mariendorf	6	ab 14	Holger Städter	Fritz Werner Str. 50f 12107 Berlin	74106078	74106079	holger.staedter@dersteg.de