

Der vorliegende Band versammelt die wichtigsten Beiträge der beiden ersten Fachtagungen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin in den Jahren 2002 und 2004. Jugendliche und junge Erwachsene, die in ihrer Entwicklung schwer beeinträchtigt wurden, brauchen und haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe. Als Antwort auf diesen besonderen Betreuungsbedarf hat sich als professionelle Betreuungsqualität das 'Therapeutische Milieu' entwickelt, in dem pädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen im Lebensalltag der Jugendlichen miteinander in Einklang gebracht werden.

Dieser interdisziplinäre Ansatz, der einen hohen Anteil von Selbstreflexion und fachliche Qualität erfordert, wird sowohl auf der Ebene der Methodik als auch anhand der Arbeit mit spezifischen Zielgruppen verdeutlicht

Herausgeber: **AK**
Arbeitskreis
der therapeutischen
Jugendwohngruppen
Berlin

ISBN 3-980208



Arbeitskreis der therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin **Das Therapeutische Milieu**



Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe



GEMINI



Inhalt

Einführung _____ 7

I Therapeutische Wohngemeinschaften: Einführung in Arbeitsweise und Klientel

Ursula Lindauer
Das therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen _____ 16

Regina Rätz-Heinisch
Befriedigende Gegenwart – Unsichere Zukunft _____ 34

Günter Häfele
Psychisch beeinträchtigte Jugendliche, ihre besonderen
Problemstellungen, ihre besonderen Entwicklungsaufgaben _____ 49

Annette Streeck-Fischer
Zur Behandlung multipler und komplexer Entwicklungsstörungen _____ 63

Ute Meybohm
Die Situation der Berliner Jugendhilfe für psychisch beeinträchtigte
Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen
Jugendwohngemeinschaften _____ 83

Anke Brönstrup, Ute Meybohm, Werner Schilling
18 Jahre und erwachsen?! Übergang KJHG-BSHG _____ 89

II Zielgruppen Therapeutischer Wohngemeinschaften

Silke Birgitta Gahleitner, Elena Ossola, Antje Mudersbach
Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten
Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext _____ 94

Ute Meybohm
Interkulturelle Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen
und jungen Erwachsenen _____ 108

Barbara Hestermeyer, Saskia Läger
Entwicklungsaufgaben und Regression bei psychotisch erkrankten
Jugendlichen _____ 121

Gerd Pillen
Zur Arbeit in den Sozial- und psychotherapeutischen Wohngruppen
für Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtproblemen und
psychischer Erkrankung (SoJuS) _____ 127

III Methodik in Therapeutischen Wohngemeinschaften

Claus-Peter Rosemeier, Ana Lopes, Josef Gerstenberger, Victor Scheel
Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag – Mögliches und Unmögliches _ 140

Silke Birgitta Gahleitner, Michael Schmude
Jugendliche zwischen Regression und Selbständigkeit –
Betreuung zwischen Versorgung und Anforderung _____ 147

Ursula Düll-Esse, Mike Seckinger
Partizipation als fachliche Herausforderung _____ 162

Claus-Peter Rosemeier, Barbara Hestermeyer
Nicht mit, aber auch nicht ohne! – Familientherapeutische Arbeit in
therapeutischen Jugendwohngruppen _____ 171

Agnes Reuter, Michael Schmude
Übergaben, Übergänge – Kooperationsprobleme zwischen Kinder- und
Jugendpsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Jugendhilfe _____ 181

Charlotte Köttgen
Traumata, psychische Auffälligkeiten – Drogen... verletzte Biographien _____ 186

Anhang

Abkürzungsverzeichnis _____ 208

Biographische Angaben zu den AutorInnen _____ 210

Einführung

Der vorliegende Band versammelt die zentralen Beiträge der beiden ersten Fachtagungen Therapeutischer Wohngruppen in Berlin. Die erste Tagung mit dem Titel „Besondere Jugendliche – Besondere Angebote“ fand am 20. November 2002 im Haus der Kirche statt. Der Erfolg mit über 200 TeilnehmerInnen und positive Rückmeldungen ermutigten zu der zweiten Tagung: „Wege in die Selbständigkeit“ am selben Ort am 24. März 2004.

Jugendliche, die eine Therapeutische Jugendwohngemeinschaft als Lebensort benötigen, leiden unter manifesten, in der Regel lebensgeschichtlich bedingten Störungen. Dazu gehören schwere Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Psychosen, Essstörungen, Selbstverletzung, Sucht, soziale Störungen usw. Etwa 70% der aufgenommenen Jugendlichen waren zuvor mehrfach in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Diese Jugendlichen brauchen – und haben – einen gesetzlichen Anspruch (nach §§27 in Verbindung mit 34 oder 35a SGB VIII) auf eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe. Der Unterschied zwischen regulären Jugendwohngemeinschaften und Therapeutischen Wohngruppen besteht dabei nicht in einer längeren Betreuungsdauer, sondern in einer grundsätzlich anderen Betreuungsqualität. Diese Betreuungsqualität wird in der Formulierung ‚Therapeutisches Milieu‘ zusammengefasst.

Das Therapeutische Milieu hat sich als professionelle Antwort auf die Problematiken schwer in ihrer Entwicklung oder Persönlichkeit beeinträchtigter Jugendlicher entwickelt, um den Anforderungen des Jugendhilfegesetzes nach angemessener und qualifizierter Hilfe für diese Klientel zu entsprechen. Therapeutisches Milieu bedeutet nicht etwa eine Therapeutisierung des Alltags, sondern die Einbeziehung eines professionellen Verständnisses von Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken, jedoch auch Ressourcen in die Wahrnehmung der Jugendlichen durch das Betreuungsteam. Dies drückt sich in einer grundlegenden Haltung ihnen gegenüber sowie in der Art und der operativen Umsetzung von Interventionen aus. Es handelt sich dabei um einen Prozess mit einem hohen Anteil von Selbstreflexion und fachlicher Qualität. An der Gestaltung dieses Therapeutischen Milieus sind alle Berufsgruppen beteiligt.

Diese Betreuungsqualität anschaulich zu vermitteln, ist nicht einfach. Sie ist kaum quantifizierbar und nur schwer beschreibbar, am ehesten noch aus dem Verständnis einzelner Falldarstellungen heraus. Deshalb schlossen sich zunächst einige Projekte und später der gesamte Arbeitskreis Therapeutischer Wohngruppen in Berlin (der sich ursprünglich zur Vernetzung und Qualitätssicherung Therapie-

tischer Jugendwohneinrichtungen zusammengeschlossen hatte) zusammen, um mit einem Fachtag zur Arbeit der Therapeutischen Wohngruppen an die Fachöffentlichkeit zu gehen. Der Einblick in die Arbeit in Therapeutischen Wohngruppen sollte ermöglichen, gemeinsam bestehende Konzepte und Herangehensweisen zu diskutieren und neue Ideen zu entwickeln.

Der vorliegende, aus den Tagungsbeiträgen beider Tagungen zusammengestellte, Band gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil wird zunächst in die Arbeitsweise Therapeutischer Wohngruppen und ihre Klientel eingeführt. Im zweiten Teil werden spezifische Zielgruppen beschrieben, auf die sich einzelne Einrichtungen schwerpunktmäßig spezifiziert haben. Im dritten Teil des Bandes wird nochmals intensiver auf bestimmte Methodiken eingegangen, die sich neben der integrativen Arbeitsweise in Therapeutischen Wohngruppen als besonders bedeutsam für die Arbeit vor Ort erwiesen haben oder sogar eigens dafür entwickelt wurden.

In ihrem einführenden Artikel zum ersten Teil unternimmt Ursula Lindauer den Versuch, einen einführenden Einblick in den *Lebensalltag Therapeutischer Wohngruppen* zu geben. Mit viel Sorgfalt und Mühe hat sie zahlreiche Einrichtungen besucht, Jugendliche befragt und ‚Momentaufnahmen‘ gemacht. Diese hat sie zu einem anschaulichen Bild zusammengefügt, um einen ersten Eindruck des Therapeutischen Milieus zu vermitteln, der anhand der späteren Ausführungen zu einzelnen Zielgruppen erneut aufgegriffen und ausdifferenziert wird.

Regina Rätz-Heinisch bettet die ‚Streiflichter aus den Therapeutischen Wohngruppen‘ in die *aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen des Aufwachsens für Jugendliche* heute ein. In ihrer These: ‚Befriedigende Gegenwart – unsichere Zukunft‘ schildert sie die Zwickmühle, in der sich Jugendliche heute befinden. Materiell versorgt, jedoch unselbständig und auf der Schwelle zu einer ungewissen, überfordernden Zukunft, in der sich soziale Sicherungen mehr und mehr außer Reichweite bewegen, sind Jugendliche immer häufiger auf die Unterstützung aus dem unmittelbaren familiären Umfeld angewiesen.

Was jedoch bedeutet dies für Jugendliche, deren sozialer Nahraum sich nicht unterstützend, sondern vielmehr defizitär oder gar destruktiv gestaltet?

Diese Frage beantwortet Günter Häfele mit seinem Beitrag: ‚*Psychisch beeinträchtigte Jugendliche, ihre Problemstellungen und Entwicklungsaufgaben*‘. Er schildert die Besonderheiten des Reifeprozesses bei beeinträchtigten Jugendlichen und zeichnet ein Bild von Überforderungen, denen Jugendliche ohne die Unterstützung tragfähiger Eltern- und Verwandtschaftsbeziehungen ausgesetzt sind: Entwicklungsaufgaben können nicht angemessen bewältigt werden, Bewältigungsstrategien gestalten sich destruktiv, und schwerwiegende Störungsbilder sind die Folge. Mit einem Blick auf bestehende Hilfsangebote aus der Perspektive

des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und einem besonderen Hinweis auf die Situation junger Volljähriger, denen die wenigsten Hilfen bereitstehen, schließt er den umfassenden Beitrag.

Aus der Perspektive früher traumatischer Verletzungen ergänzt Annette Streeck-Fischer Günter Häfeles Ausführungen. Bereits bei Kindern und Jugendlichen finden sich oftmals schwere Verhaltensauffälligkeiten, die als Folge von frühen Traumata zu begreifen sind. Annette Streeck-Fischer spricht hier von *multiplen und komplexen Entwicklungsstörungen*, die später zu jenen schweren Störungsbildern führen können, die in Therapeutischen Wohngruppen so häufig auftreten. Die Behandlung solcher Störungen erfordert nach Annette Streeck-Fischer besondere Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen auf Seiten des Hilfesystems.

Dieses Hilfesystem der Therapeutischen Wohngruppen, welches sich spezifisch zur Behandlung solcher Frühstörungen ausgebildet hat, wird von Ute Meybohm zunächst aus struktureller Perspektive vorgestellt. In Zeiten finanzieller Kürzungen und ungewisser Zukunft für die Jugendhilfelandchaft gibt die öffentliche Hand der Arbeit in den Einrichtungen Grenzen vor, entlang derer sich die Gestaltung der Hilfeprozesse nur vollziehen kann. In einer Untersuchung zur Situation in Therapeutischen Wohngruppen im Jahr 2002 bis 2003 wurden zehn Träger auf ihre Rahmenbedingungen hin befragt. Die Ergebnisse geben Auskunft darüber, wie sich unter den *verschärften Bedingungen in der Berliner Jugendhilfe* die Arbeit mit den Jugendlichen gestaltet und welche Forderungen daraus abgeleitet werden können.

Ergebnis der Studie ist auch, dass insbesondere junge Erwachsene sich in einer desolaten Situation befinden, wenn sie aufgrund schwerer Ausgangsbedingungen den Sprung in die Selbständigkeit noch nicht ausreichen vollziehen konnten. Der Beitrag von Anke Brönstrup, Ute Meybohm und Werner Schilling, der unmittelbar an die Ausführungen von Ute Meybohm anschließt, widmet sich daher vertieft der *Situation der jungen Erwachsenen*. In einem kurzen Überblick gibt er die Diskussion aus dem zugehörigen Workshop wieder und fasst sie in einigen abschließenden Forderungen zusammen.

Nach dieser Einführung in die Situation der Jugendlichen in Therapeutischen Wohngruppen, deren Grundkonzeption und Rahmenbedingungen widmet sich der zweite Abschnitt des Buches den spezifischen Zielgruppen Therapeutischer Wohneinrichtungen, um einen differenzierteren Einblick in das jeweilige Therapeutische Milieu zu ermöglichen. Anhand der *Zielgruppe traumatisierter Jugendlicher* erläutern Silke Birgitta Gahleitner, Elena Ossola und Antje Mudersbach in ihrem Beitrag mit dem Titel: ‚Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext‘ eingehender die erfor-

derlichen Fachkompetenzen für die Herstellung eines Therapeutischen Milieus anhand eines darauf spezifizierten Einrichtungskonzeptes und eines Fallbeispiels einer sexuell traumatisierten Jugendlichen.

Über die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Arbeit in interkulturellen Therapeutischen Wohngruppen berichtet Ute Meybohm in ihrem Beitrag: *„Interkulturelle Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen“*. Sie geht dabei auf die verschiedenen Migrantengenerationen und ihre jeweiligen Besonderheiten für die psychosoziale Begleitung Jugendlicher in schwierigen Lebenssituationen ebenso ein wie auf Chancen und Fallstricke der Zusammenarbeit in kulturell gemischten Teams.

Über die besonderen Entwicklungsaufgaben auf dem Weg in die Selbständigkeit *bei psychotisch erkrankten Jugendlichen* und die Bedeutung der Regression in diesem Kontext berichten Barbara Hestermeyer und Saskia Lägell. Als zentrales Thema in der Betreuung dieser Jugendlichen beschreiben sie das stetige Austarieren zwischen Regression und progressiver Entwicklung. Fragen nach verständlichen Bedürfnissen auf der einen und angemessenen Anforderungen auf der anderen Seite begleiten den Alltag. Stabilität ist dabei eine wichtige Grundlage, sollte aber nicht zur Absenkung adäquater Herausforderungen führen, ohne die eine positive Entwicklung nicht stattfinden kann.

Helmut Elle, Bernd Gundacker und Gerd Pillen erläutern anschließend die Schwierigkeiten und Herausforderungen der Arbeit mit Jugendlichen, die *zusätzlich zu einer psychotischen Erkrankung eine Suchtproblematik* aufweisen.

Bereits in den Beiträgen zu den einzelnen Zielgruppen wird deutlich, welche Methodenvielfalt in Therapeutischen Wohngruppen zum Einsatz kommt. Im dritten Abschnitt des Buches werden einzelne Methoden, mit denen besonders häufig gearbeitet wird, eingehender fokussiert. Der Abschnitt wird eingeleitet durch die zentrale Basisqualifikation für jede psychosoziale und therapeutische Intervention: *Beziehungsarbeit als die Variable* der Entwicklungsförderung für schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche. Claus-Peter Rosemeier, Ana Lopes, Josef Gerstenberger sowie Victor Scheel reflektieren in ihrem Beitrag *„Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag“* die Möglichkeiten und Grenzen der Bindungs- und Beziehungsarbeit mit schwer beeinträchtigten Jugendlichen.

Jedoch ist auch Beziehungsarbeit abhängig von der *diagnostischen Einschätzung* der vorliegenden Problematik. Die Adoleszenzphase ist für alle Jugendlichen eine Zeit großer Herausforderung, aber auch großer Chancen. Ambivalenzen zwischen individuellen Strebungen und sozialen Anforderungen sowie ausgedehnte Berg- und Talfahrten, begleitet von heftigen Gefühlen, erreichen hier einen Höhepunkt. Jugendliche in Therapeutischen Wohngruppen treten in der Regel bereits

mit massiven Beeinträchtigungen in diese Phase ein. Für die Arbeit in Therapeutischen Wohngruppen bedeutet dies, ein besonderes Augenmerk auf eine umfassende, prozessuale Diagnostik zu legen, die ein indikationsspezifisches und situationsadäquates Vorgehen in der Behandlung ermöglicht und die Entwicklung der/des Jugendlichen möglichst optimal unterstützt. Dieser Prozess wird Schritt für Schritt praxisnah von Silke Birgitta Gahleitner und Michael Schmude an einem Fallbeispiel erläutert.

Partizipation als Methode und wichtige Herausforderung der modernen Jugendarbeit thematisieren Ursula Düll-Esse und Mike Seckinger. Nach einigen grundsätzlichen Ausführungen zum Thema Partizipation erläutern sie die Notwendigkeit ihrer Umsetzung nicht nur mit rechtlichen Bedingungen und gesellschaftlichen Anforderungen der Postmoderne, sondern insbesondere durch einen Rückgriff auf pädagogische und psychologische Modelle der Entwicklung und Gesundheitsförderung. Kinder und Jugendliche, die angemessen ‚mit wachsen und entscheiden‘ können, verfügen über bessere Chancen zu einer gesunden ‚Selbst-Bildung‘. Mit einem Hinweis auf Möglichkeiten der Umsetzung von Partizipation im Zuge der Hilfeplanung schließt der spannende Beitrag.

In den Therapeutischen Wohngruppen wird regulär mit den Familien der Jugendlichen zusammen gearbeitet. Wie es möglich ist, trotz der schwierigen Ausgangsbedingungen auf der Ebene der Jugendlichen und der Ebene der Eltern therapeutische Hilfsangebote zu installieren und deren Zusammenspiel vor dem Hintergrund und in enger Verflechtung mit der sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Tätigkeit in den Wohnbereichen zu integrieren, führen Barbara Hestermeyer und Claus-Peter Rosemeier in ihrem Beitrag über die *familientherapeutische Arbeit* in Therapeutischen Wohngemeinschaften aus. Das Beziehungsangebot auf der Suche nach Alternativerfahren gilt also nicht nur für die Jugendlichen selbst, sondern auch für ihr jeweiliges engeres Umfeld und darin stattfindende Ablösungsprozesse. Gemeinsames pädagogisches und psychotherapeutisches Verstehen der Konflikte der Jugendlichen und ihrer Familien und ein darauf reflektierender Umgang im Alltag sowie in der Gestaltung der Beziehungen bildet die Grundlage des Therapeutischen Milieus, welches sich bis in einen systemischen Arbeitskontext hinein erstreckt. So können nicht nur innerpsychische Prozesse der Jugendlichen, sondern auch das gesamte Familiensystem zu neuen Entwicklungen angeregt werden.

Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen ist ein weiterer zentraler Bestandteil für das Gelingen der Arbeit mit schwer beeinträchtigten Jugendlichen. Viele der in den Wohngruppen aufgenommenen Jugendlichen werden schon seit langem nicht nur vom Jugendamt betreut, sondern sie waren bereits in anderen Einrichtungen untergebracht, häufig in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen

Klinik. In der Regel bedürfen sie auch nach dem Aufenthalt in der TWG einer ambulanten Betreuung oder Psychotherapie. Dieses Hin- und Herpendeln zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie bzw. Komplementärbereich erfordert eine gut abgestimmte Zusammenarbeit an den Schnittstellen der jeweiligen Einrichtungen.

Der Beitrag von Agnes Reuter und Michael Schmude greift dieses Thema der *Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie* von der kritischen Seite auf und sucht nach Erklärungen für Hindernisse der Kooperation. In einem ersten Schritt bot dieser Workshop Möglichkeiten, die Hintergründe besser zu verstehen und andere Handlungsoptionen zu entwerfen. Die lebendige Auseinandersetzung führte auch zu dem Entschluss, den Gedanken der Kooperation bei weiteren Tagungen erneut aufzugreifen und gemeinsam weiter zu entwickeln.

Einen ersten Beitrag dazu liefert Charlotte Köttgen in ihrem Artikel: ‚*Traumata, psychische Auffälligkeiten – Drogen ... verletzte Biographien*‘. Eingebettet in eine der am schwierigsten zu behandelnden Störungen, die Borderline-Störung – schildert sie die Notwendigkeit kooperativer Zusammenarbeit innerhalb des Teams und zwischen verschiedenen Einrichtungen. Anhand verschiedener sozialpolitischer Bedingungen in Hamburg im Verlauf der letzten 30 Jahre, die jeweils unterschiedliche Auswirkungen auf den Umgang mit schwer beeinträchtigten Jugendlichen hatten, vermittelt sie einen Eindruck von Gewinn und Verlust kooperativer Zusammenarbeit bzw. dem Zulassen von Spaltungen Professioneller für die konkrete inhaltliche Arbeit mit schwer beeinträchtigten Jugendlichen. Hilfenetze, die imstande sein wollen, schwer gestörte Jugendliche aufzufangen, setzen angemessene Rahmenbedingungen und den Willen zur konstruktiven Zusammenarbeit voraus, fordert sie nach langjähriger Erfahrung im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie.

An dieser Stelle sei eine formale Anmerkung zu den Texten dieses Bandes ergänzt: den AutorInnen blieb der Umgang mit männlicher und weiblicher Schreibweise selbst überlassen. Wofür auch immer die persönliche Entscheidung fiel – es ist stets das andere Geschlecht mitgemeint, sofern der Kontext dies nicht ausschließt.

Beide Fachtagungen standen bereits im Dienste der Vernetzung – sowohl innerhalb der Therapeutischen Wohngemeinschaften als auch im Kontext mit anderen Versorgungsträgern. Wir hoffen, den beteiligten Kolleginnen und Kollegen und Institutionen viel Gelegenheit zur Informationsvermittlung und zum Erfahrungsaustausch gegeben und weitere Vernetzungsideen angeregt zu haben. Ohne großzügige Hilfestellung von vielen Seiten und den aufwändigen Einsatz der einzelnen Projekte sowie zahlreicher Professioneller wären diese beiden erfolgreichen Fachtagungen nicht möglich gewesen. Wir danken daher allen beteiligten

Projekten und MitarbeiterInnen für ihr Engagement und allen anderen helfenden Händen für ihre freundliche Unterstützung.

Berlin, den 17.10.2004

Silke Birgitta Gahleitner und Michael Schmude

I Therapeutische Wohngemeinschaften: Einführung in Arbeitsweise und Klientel

Ursula Lindauer

Das therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen

Therapie und Pädagogik im Zusammenspiel für ein ressourcen-orientiertes Betreuungskonzept

Streiflichter aus neun Einrichtungen in Berlin

Die folgende Darstellung basiert auf fünf Jahren eigener Arbeit als Psychologin und Therapeutische Leiterin einer Therapeutischen Jugendwohngemeinschaft, auf vielen fruchtbaren Gesprächen im Arbeitskreis der Therapeutinnen und Therapeuten der Therapeutischen Jugendwohngemeinschaften Berlins und auf zusätzlichen Recherchen.

Im Laufe des Sommers 2002 besuchte ich neun Therapeutische Jugendwohngemeinschaften in Berlin, sprach ausführlich mit Mitarbeitern und Jugendlichen und machte Hunderte von Fotos. An dieser Stelle bedanke ich mich für die engagierte Mitarbeit der Kollegen und Kolleginnen und der Jugendlichen von folgenden Einrichtungen:

- Aktion 70 – dieses Projekt gibt es zu unserem großen Bedauern inzwischen nicht mehr
- Der Steg
- Gemini
- Myrrha
- PFH
- Prowo
- Wuhletal
- Zwischenbahnhof
- und natürlich auch bei Moritz 55 der ajb gmbh

Die ursprüngliche Präsentation dieses Vortrags auf der TWG-Tagung am 20. November 2002 in Berlin beinhaltete 800 Bilder, die die Atmosphäre, die Angebote und den Alltag der Jugendlichen in den 9 TWG's illustrierten. Hier müssen wir uns auf die Textform beschränken.

Jede therapeutische Jugendwohngemeinschaft in Berlin hat ein eigenes Profil und unterscheidet sich von allen anderen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung des therapeutischen Milieus sieht bei allen anders aus. Das hat den Vorteil, dass wir den „besonderen Jugendlichen“ eine Wahlmöglichkeit unter echten Alternativen anbieten können.

Doch eines haben wir bei aller Vielfalt und Verschiedenheit gemeinsam: Wir alle arbeiten kontinuierlich daran, ein therapeutisches Milieu herzustellen und aufrechtzuerhalten, um den besonderen Bedürfnissen der Jugendlichen gerecht zu werden.

Das „Therapeutische Milieu“: Was ist das – wozu nützt es?

Bei der Frage, was denn das „Therapeutische Milieu“ sei, geht es vielen von uns wie dem Prüfling, der in der Physikprüfung gebeten wird, den Begriff „Vakuum“ zu erklären. Er überlegt hin und her und antwortet schließlich: „Ich hab es in meinem Kopf, aber ich krieg es nicht raus.“

Weil eine kurze Definition diesem komplexen Sachverhalt nicht gerecht werden kann, halte ich es für sinnvoll, mich der Antwort auf die Frage zu nähern, indem ich die konkreten Bestandteile unserer Arbeit vorstelle.

Hoher Bedarf an Behandlung bei Jugendlichen und Eltern

Es ist bekannt, dass sich psychisch erkrankte Jugendliche und ihre Eltern durch einen großen Behandlungsbedarf auszeichnen. Gleichzeitig haben die Jugendlichen aufgrund ihrer Entwicklungsstufe und ihrer Vorerfahrungen eine ausgeprägte Abneigung, sich dabei von Erwachsenen helfen zu lassen.

Was können wir also tun?

TWG bietet „Therapeutisches Milieu“

Die Therapeutischen Jugendwohngemeinschaften in Berlin arbeiten mit einem komplexen, ressourcenorientierten Behandlungsansatz, dem Therapeutischen Milieu.

Das heißt: Therapie plus Pädagogik

Das Therapeutische Milieu entsteht aus einer Kombination von Erziehung, Pädagogik und Therapie.

Therapie und Pädagogik sinnvoll verzahnt – ergibt mehr als die Summe der Teile

Im Folgenden möchte ich Ihnen zeigen, wie diese enge Verzahnung in der Praxis aussieht, was dabei entsteht und warum dieser Ansatz die speziellen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Jugendlicher in besonderem Masse erfüllt.

Das eigene Reich

Psychisch kranke Jugendliche verfügen in der Regel nicht über die Gewissheit einer klaren Grenze zwischen sich und dem Rest der Welt. Ihnen fehlt die Sicherheit einer klar abgegrenzten Intimsphäre, Privatheit oder auch einer klaren Ich-Grenze. Viele haben massive Grenzverletzungen erlitten, z.B. durch Missbrauch

oder andere traumatische Erlebnisse. Andere haben ihre Grenzen durch Drogengebrauch zu durchlässig gemacht. Wieder andere haben durch eine psychotische Erfahrung den völligen Zusammenbruch ihrer Ich-Grenzen erlebt.

Raum für Intimität und Rückzug

Aus diesem Grund bieten alle therapeutischen Wohngemeinschaften den Jugendlichen ein eigenes Reich für Intimität und Rückzug. Das kann ein Einzelzimmer sein – oder aber ein Zimmer, das sich maximal zwei Bewohner teilen. Das Entscheidende ist: Die Jugendlichen bekommen einen Raum, der klar „ihr eigener“ ist.

Das eigene Zimmer kann selbst gestaltet werden

Der Jugendliche erlebt den zur Verfügung gestellten Raum dann als seinen eigenen, wenn er ihn selbst gestalten darf. Und genau das kann er in einer TWG tun – im Unterschied zu einer Klinik.

TWG's bieten den Jugendlichen die Möglichkeit, sich im eigenen Zimmer einen Platz für Rückzug und Alleinsein zu schaffen und sich selbst zu verwirklichen. Hier ist auch der Ort, wo man andere als Gäste empfangen kann.

Fast alle Bewohner dokumentieren schon an der Tür, dass nun ihr Reich beginnt, und äußern die verschiedensten Wünsche oder Anordnungen, die der Besucher nun zu beachten hat. Im eigenen Zimmer herrschen die eigenen Regeln.

Das Zimmer als Spiegel der Seele

Wir betrachten das eigene Zimmer als Spiegel der Seele.

Manche Jugendliche sind erst einmal überhaupt nicht in der Lage, den Raum persönlich zu gestalten – ihre innere Leere wird äußerlich sichtbar. Andere gestalten ihren Raum wie einen Zwischenbahnhof auf der Reise zu einem anderen Ort. Bei wieder anderen versinkt das Zimmer im Chaos, und auch hierin drückt sich häufig eine innerlich empfundene Zerrissenheit und Unordnung aus.

Raum für Chaos

Wer in einer TWG arbeitet, muss aushalten können, dass die Gestaltung mancher Zimmer durch die Jugendlichen unseren Vorstellungen überhaupt nicht entspricht. Natürlich gibt es auch hier Grenzen (z.B. hygienischer Art), wir halten es jedoch für wichtig, in diesem Rahmen die Autonomiegrenzen so weit wie möglich zu respektieren.

Erfahren, wie man Chaos ordnen kann

Häufig leiden die Jugendlichen aber auch selbst unter ihrem Durcheinander. Hier ergeben sich sehr wirksame Interventionsmöglichkeiten: Mit einer einfühlsamen und respektvollen Begleitung können die Jugendlichen erleben, wie man aus die-

sem Chaos herauskommen kann. Sie lernen, dass sie eine gewisse Ordnung brauchen, um sich in ihrem Zimmer wohl zu fühlen.

Lernen, sich ein Zuhause zu schaffen

In der gemeinsamen Arbeit an der Gestaltung des eigenen Zimmers können die Jugendlichen herausfinden, was sie brauchen, um sich wohl zu fühlen. Sie lernen, sich ein Zuhause zu schaffen.

Zusammenleben mit Gleichaltrigen

Im Jugendalter wird die Gruppe der Gleichaltrigen zur wichtigsten Bezugsgruppe. Jugendliche versuchen, ihre Probleme und Konflikte eher in ihrer Peergruppe zu lösen als mit Erwachsenen. Das therapeutische Milieu muss sich dieses Potenzial zunutze machen.

Wie geht das?

TWG's bieten den Jugendlichen eine geeignete Peergruppe

Die meisten Jugendlichen, die zu uns kommen, haben das Gefühl, viele oder alle ihrer Freunde verloren zu haben. Durch ihre Probleme sind sie aus ihrem bisherigen Bezugssystem herausgefallen und finden oft nicht mehr zurück.

Einige wurden abgelehnt, weil sie sich auffällig oder fremdartig verhalten haben. Andere Jugendliche isolierten sich selbst, weil sie nicht erzählen wollten, was sie erlebt hatten, dass sie zum Beispiel in der Psychiatrie waren. Wieder andere mussten sich aus ihrer bisherigen Clique zurückziehen, weil sie nicht weiter kiffen wollen.

Die TWG's bieten diesen Jugendlichen die Möglichkeit, wieder mit Gleichaltrigen Beziehungen aufzubauen.

Gruppendynamische Prozesse der Bewohnergruppe werden kompetent begleitet

Kommen mehrere psychisch kranke Jugendliche in einer Gruppe zusammen, bildet sich sofort eine eigene Dynamik heraus. Wie in allen anderen Bereichen entstehen auch hier Spaltung, Misstrauen, heftige Projektionen oder Ähnliches – also sehr destruktive Prozesse. Wenn die Gruppe aber kompetent begleitet wird, lassen sich destruktive Prozesse immer wieder entschärfen und auflösen – mehr noch: das konstruktive Potenzial der Peergruppe kann sich entfalten, z.B. in Form eines Gesamt-Plenums mit Leitung oder durch Gruppentherapie, Rollenspiele etc.

Es zählt zu den wichtigsten Aufgaben und Leistungen des Therapeutischen Milieus, ein gutes konstruktives Gruppenklima immer wieder herzustellen und zu pflegen.

Selbstorganisation und Eigenverantwortung entwickelt sich im Gruppenprozess

Wenn ein konstruktives Gruppenklima herrscht, sind sich die Jugendlichen gegenseitig eine wichtige Stütze beim Gesund-Werden. Ein Mädchen drückte das so aus: „Wir Jugendlichen haben hier viel Verständnis füreinander und halten viel zusammen und helfen uns gegenseitig“.

Konstruktive Konfliktbewältigung wird erlernt

Im Zusammenleben entstehen zwangsläufig Konflikte miteinander. Durch fachkundige Unterstützung werden die Jugendlichen ermutigt, diese Situationen auszuhalten und aufzulösen.

Sich einer Gemeinschaft zugehörig fühlen

In der Therapeutischen Gemeinschaft begegnen die Jugendlichen Gleichaltrigen mit ähnlichen Brüchen in ihrem Leben. Dadurch fühlen sie sich nicht mehr vereinzelt und allein, sondern können sich eine neue Bezugsgruppe schaffen. Wir wissen, dass viele Kontakte und Freundschaften, die in TWG's entstehen, auch nach Auszug oft über viele Jahre hinweg weiter gepflegt werden.

(Wieder-)Erlangung sozialer Kompetenz

Diese neu entstehenden Kontakte müssen intensiv pädagogisch-therapeutisch begleitet werden, damit sich in ihnen die pathologischen Muster nicht wiederholen, unter denen die Jugendlichen leiden. Ohne diese Betreuung besteht z.B. die Gefahr, dass sich Jugendliche in ihren Vermeidungsstrategien gegenseitig bestärken, zusammen den Suizid durchzuziehen, grenzenlos für den anderen da sein möchten oder sich von der Realität abkapseln („Wir beide zusammen kämpfen gegen den Rest der Welt!“).

Im Verlauf dieses Prozesses, der oft mühsam und langwierig ist, lernen die Jugendlichen wichtige soziale Kompetenzen.

In der Gruppe eigene Ressourcen entdecken

Jugendliche zeigen eine große Bereitschaft, sich untereinander zu helfen und zu unterstützen. Häufig mobilisieren sie verloren geglaubte eigene Ressourcen erst einmal für die anderen und entdecken sie durch diesen Prozess dann auch für sich selbst.

Gebraucht werden und helfen können steigert das Selbstwertgefühl

Jugendliche erleben in der TWG, dass sie tatsächlich helfen können und dass ihre Mitbewohner ihre Unterstützung annehmen und brauchen. Dieser Prozess erhöht ihr Selbstwertgefühl deutlich.

Bedürfnisgerechte Ausstattung der Gemeinschaftsräume

Bei der Herstellung eines Therapeutischen Milieus spielt die gezielte Gestaltung der Gemeinschaftsräume durch die Mitarbeiter eine wichtige Rolle. Hier findet das pädagogisch-therapeutische Konzept seine räumliche Umsetzung.

Eine gemütliche und wohnliche Atmosphäre dient den Jugendlichen als Muster und Anregung für die eigene Raumgestaltung.

Wenn sie sich langweilen oder alleine nicht weiterwissen, suchen sie die Gemeinschaftsräume auf. Dies bietet Betreuern und Therapeuten die Möglichkeit, Impulse zu liefern und die Gruppenbildung sowie die Gruppendynamik konstruktiv zu beeinflussen.

Konstruktiver Rahmen für die Begegnung mit anderen

Die Jugendlichen benötigen genug Platz, um sich als Gruppe zu treffen. Räume mit unterschiedlichen Funktionen (z.B. Fernsehraum, Kuschelecke, Gemeinschaftsküche etc.) erleichtern den Jugendlichen die Begegnung mit anderen.

Kontaktgehemmte Jugendliche brauchen häufig eine gemeinsamen Tätigkeit (und einen dazu passenden Raum), um auf die anderen zugehen zu können.

Attraktive und nützliche Freizeitangebote: z.B. Sport, Kunst, Garten

Fast alle Jugendlichen haben verlernt, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten. Ihnen fehlen häufig die Ideen und der innere Antrieb, um externe Möglichkeiten zu nutzen.

Alle therapeutischen Wohngemeinschaften bieten daher interne Angebote, die Freizeit sinnvoll zu gestalten – z.B. Sportgeräte, diverse Mal- oder Bastel-Utensilien, kleine Beete im Garten, eine Fahrradwerkstatt und vieles mehr.

Platz für besondere Gefühle: Snusel-Raum, Krisenraum, Sandsack für Aggressionen

Psychisch kranke Jugendliche werden häufig von ihren Gefühlen überschwemmt. Entsprechende räumliche Angebote helfen ihnen herauszufinden, was gerade mit ihnen los ist und was sie jetzt brauchen: den Sandsack für die aggressiven Momente, für Ruhe und Rückzug zum Beispiel einen „Snusel“-Raum mit vielen Kissen und gedämpftem Licht.

Lernen, die eigenen Gefühle zu kanalisieren und eigene Interessen und Leidenschaften entdecken

Mit dieser Unterstützung können die Jugendlichen lernen, die eigenen Gefühle zu kanalisieren, anstatt sie einfach auszuagieren.

Durch die Angebote vor Ort werden die Jugendlichen angeregt, eigene Interessen und Leidenschaften (wieder) zu entdecken und den eigenen Tag sinnvoll zu gestalten.

Regeln bieten Orientierung und Schutz

Therapeutische Wohngemeinschaften für Jugendliche haben eine besondere Haltung zu Regeln und Strukturen entwickelt. Jugendliche, die die Orientierung verloren haben, brauchen Regeln als Halt und Schutz.

Konstruktive Auseinandersetzung mit Regeln als Arbeitsfeld

Jugendlichen Regeln setzen heißt nicht, dass nun die problematischen Situationen ein für alle Mal geklärt sind. Setzt man Jugendlichen Regeln, definiert man das Arbeitsfeld der nächsten Zeit.

Regeln als Reibungsfläche und Konfrontation mit der Realität

Die Jugendlichen wollen Regeln haben, um sich an ihnen zu reiben. Sie wollen versuchen, die Grenzen zu verlegen oder einzureißen.

Sie brauchen ein Umfeld, das bereit ist, sich immer wieder auf die Diskussionen und den Kampf um die Regeln einzulassen. Sie müssen ständig neu verhandelt werden. Manchmal werden sie modifiziert, manchmal verteidigt – und zwar immer mit Argumenten, die für die Jugendlichen einsichtig und nachvollziehbar sind.

Im Ringen um die Regeln entstehen wichtige Gruppenprozesse. Die Entwicklung eigener Moralvorstellungen wird angeregt. Demokratische Prozesse werden praktisch erlebt.

Gemeinsam mit den Jugendlichen entwickelte Regeln erleichtern der gesamten Gemeinschaft das Zusammenleben. Die Jugendlichen können als sinnvoll und unterstützend in das eigene Verhaltensrepertoire integrieren.

Halt und Struktur erleben und in sich wiederfinden

Psychisch sehr instabile Jugendliche brauchen die Gewissheit, dass die Betreuer die Regeln auch dann durchsetzen, wenn der Jugendliche einen extremen Regelbruch begeht oder androht. Es hat verheerende Folgen z.B. für ein Mädchen, das seine Gefühle heftig in Form von Selbstverletzung („Ritzen“) ausagiert, wenn es erleben muss, dass die Erwachsenen ihrem Tun nicht Einhalt gebieten können!

Eigene Grenzen spüren

Eine Jugendliche drückte das so aus: „Regeln sind zum Beispiel wichtig, wenn man die eigenen Grenzen nicht spürt.“

Frustrationstoleranz entwickeln, Realität aushalten lernen

Kein Mensch kann grenzenlos frei tun und lassen, was er will. Die eigenen Wünsche kollidieren manchmal mit denen der Mitbewohner. Die Außenwelt fordert Anpassungsleistungen vielfältiger Art. Dieses Zurückstecken ist immer mit Frustrationen verbunden, die man aushalten muss.

Die notwendige Frustrationstoleranz zu lernen, fällt vielen unserer Jugendlichen besonders schwer. Hier gilt es, falsche Schonung zu vermeiden und die Jugendlichen dennoch einfühlsam dabei zu begleiten, an diesen Grenzen zu wachsen und sie nicht als persönliche Kränkung oder Strafe zu verstehen.

Umfassende Vermittlung von Alltagsfertigkeiten

Beim Einzug in eine TWG sind die meisten Jugendlichen nicht in der Lage, ihren Alltag altersgemäß zu bewältigen und für sich zu sorgen. Häufig wird unterschätzt, in welchem Ausmaß viele Jugendliche selbst an den „einfachsten“ und „normalsten“ Kleinigkeiten scheitern.

Eine Tagesstruktur entwickeln

Nach längeren Krankheits- oder Krisenzeiten müssen die Jugendlichen erst wieder lernen, einen geregelten Tagesablauf eigenverantwortlich zu gestalten. Das beginnt bei den meisten schon damit, morgens überhaupt aus dem Bett zu kommen und dann den Tag erst einmal irgendwie zu füllen.

In dieser Phase sind die schon beschriebenen internen Angebote sehr nötig, weil die Jugendlichen über sehr wenig inneren Antrieb verfügen und oft ihre Konzentration noch nicht sehr lange aufrechterhalten können.

(Wieder)Einstieg in Schulbesuch, Ausbildung, Reha

Die meisten unserer Jugendlichen müssen intensiv dabei unterstützt werden, einen Neueinstieg in die Schule, in eine Ausbildung oder Reha-Maßnahme zu schaffen. Dazu findet in der Regel eine umfassende Analyse der bisherigen Schwierigkeiten statt. Dann wird individuell nach der am besten passenden Einstiegsmöglichkeit gesucht.

In der nächsten Phase sorgt die TWG für einen intensiven Austausch mit der Schule, der Ausbildungsstelle oder dem Reha-Platz. Dies ist notwendig, weil die Jugendlichen zu Beginn häufig noch nicht in der Lage sind, die geforderten Anpassungsleistungen reibungslos zu erbringen.

Für sich sorgen lernen – Fertigkeiten und Disziplin

In der Vergangenheit der Jugendlichen kam die Vermittlung von Alltagsfertigkeiten häufig zu kurz. Oft konzentrierte sich die gesamte Umgebung mehr und mehr auf den Umgang mit der „Störung“.

Selbst wenn die Jugendlichen längerfristig unter psychischer Erkrankung leiden, sollen sie in die Lage versetzt werden, möglichst umfassend und eigenverantwortlich für sich selbst sorgen zu können.

Entsprechend ihrem Entwicklungsstand werden die Jugendlichen individuell angeleitet, den eigenen Körper angemessen zu pflegen, ihre Räume in Ordnung zu halten, für sich planvoll einzukaufen, sich gesund zu ernähren, Waschen und Kochen zu lernen, Bank- und Ämterangelegenheiten selbst zu erledigen etc.

Individuelle ganzheitliche Förderung

Auch bei diesen auf den ersten Blick rein erzieherischen Inhalten müssen die psychischen Befindlichkeiten entsprechend berücksichtigt werden: leidet z.B. ein Jugendlicher unter zwanghaften Störungen, muss er einfühlsam dazu gebracht werden, seine Angelegenheiten nicht unendlich gründlich zu erledigen; ein Mädchen mit Essstörungen muss z.B. dabei unterstützt werden, nicht jeden Tag für die gesamte Gruppe zu kochen.

Lernen durch Vorbild und Praxis

Die Erzieherinnen und Erzieher einer TWG nutzen dazu die unterschiedlichsten Methoden: vom Anleiten und Lehren bis hin zum modellhaften Vormachen oder Mitmachen. Einer unserer Jugendlichen lernte erst dann die entsprechende eigene Körperpflege, als sein Bezugsbetreuer sich eine Weile lang jeden Morgen mit ihm zusammen rasierte.

Aufgaben in der Gruppe übernehmen

Die Gruppe dient auch bei der Durchführung von Alltagsfertigkeiten als wichtiges Bezugssystem: In angeleiteten Treffen legt die Wohngruppe fest, wer welche Aufgaben für die Gemeinschaft erledigen soll. Sie gibt in der Regel ein klares Feedback, ob die Aufgabe zur Zufriedenheit aller erfüllt wurde. Die Rückmeldung durch die Peers wird häufig eher akzeptiert als Kritik von den Erwachsenen.

Bezugsbetreuung als verlässliches persönliches Beziehungsangebot

Alle therapeutischen Wohngemeinschaften arbeiten mit dem Bezugsbetreuersystem: jedem und jeder Jugendlichen steht mindestens ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiterpaar als besondere/r persönliche/r Betreuer zur Seite. So entsteht ein kontinuierliches und stabiles Beziehungsangebot, auf das sich der Jugendliche verlassen kann und das ihn bei der Bewältigung der vielen Aufgaben unterstützt.

Betreuer erzeugen empathische Parteilichkeit

Durch diese große Nähe erzeugt das Bezugsbetreuer-System eine Art empathischer Parteilichkeit. Hierbei entstehen zwangsläufig kontinuierlich Verstrickungen, die im Gesamtteam immer wieder geklärt und aufgelöst werden müssen. Dazu später mehr.

Bezugsbetreuer sind keine Therapeuten. Sie sind als mitfühlende Begleiter Vermittler zwischen den Jugendlichen und den Anforderungen des Alltags. Gleichzeitig dienen sie den Jugendlichen als Modell, wie die Aufgaben der „realen Welt“ bewältigt werden könnten.

Manche Jugendliche nutzen bei ihrer Bezugsperson deren mütterliche oder väterliche Qualitäten, andere vergleichen sie mit einem Onkel, der großen Schwester etc.

In der Regel weben sich die Jugendlichen ein komplexes Beziehungsgeflecht, in das sie jede Betreuungsperson auf die eine oder andere Weise einarbeiten. Jeder Mitarbeiter bekommt eine eigene Rolle zugeschrieben. Je nach psychischer Befindlichkeit des Jugendlichen können diese Rollen relativ stabil etabliert sein oder auch sprunghaft wechseln. Die Muster, die dabei entstehen, verdeutlichen frühere Beziehungserfahrungen oder Konflikte und weisen den Weg für therapeutische Interventionen.

Betreuer als Hilfs-Ich, Vermittler und Modell

Der Bezugsbetreuer selbst fungiert als „Hilfs-Ich“, indem er seine eigenen Ideen und Bewältigungsstrategien dem Jugendlichen in adäquater Form zur Verfügung stellt.

In Konfliktsituationen kann sich der Bezugsbetreuer gezielt auf die Seite des Jugendlichen stellen, wenn nötig auch „für ihn sprechen“, um ihm dadurch zu helfen, die eigene Position deutlich zu machen. Auch kann er die Forderungen oder Standpunkte der anderen Seite in einer Art „übersetzen“, dass sie bei „seinem“ Jugendlichen klar ankommen.

Bei Jugendlichen, die sehr stark zwischen „böse“ und „gut“ spalten, wird der Bezugsbetreuer versuchen, als „Guter“ wahrgenommen zu werden, und den Jugendlichen dann dabei unterstützen, sich mit der Gegenseite auseinander zu setzen.

Jugendliche fühlen sich verstanden

Durch diese Parteinahme der Bezugsbetreuer fühlen sich die Jugendlichen verstanden und ernst genommen.

Mit Unterstützung eigene Lösungen und Wege finden

Das Bezugsbetreuer-System bietet den Jugendlichen ein Gerüst – eine Art Rank-Hilfe. An diesem Halt entlang können die Jugendlichen allmählich eigene Lösungen und Wege finden, mit sich und der Welt klar zu kommen. Je mehr eigene Ressourcen der Jugendliche entwickelt, desto mehr wird der Bezugsbetreuer diese Art der Unterstützung zurücknehmen. Zunehmend wird er dann ein wichtiger Zeuge für die eigene Weiterentwicklung des Jugendlichen.

Individuell abgestimmte Elternarbeit

Bewirbt sich ein Jugendlicher um einen TWG-Platz, befindet sich die Gesamtfamilie häufig schon seit längerer Zeit in einem Zustand der Hilflosigkeit und Überforderung. Systemisch betrachtet, ist das gesamte Familiensystem krank. Die Eltern erleben sich als ungenügend, voller Fehler, sie meinen versagt zu haben oder sind gekränkt und verletzt, dass das Kind die angebotene Unterstützung anscheinend nicht zu würdigen weiß. Manche Eltern sind selbst psychisch sehr instabil, können nicht adäquat für ihre Kinder sorgen und sind sich dessen manchmal nicht bewusst.

Die Jugendlichen ihrerseits fühlen sich oftmals von den Eltern nicht verstanden, sie erleben ihre Probleme häufig als Konsequenz elterlichen Verhaltens, das sie als übergriffig, über- oder unterfordernd, jedenfalls inadäquat erleben. Falls sie von ihren Eltern massive Grenzverletzungen erleben mussten, stecken sie häufig in scheinbar unlösbaren Loyalitätskonflikten.

In jedem Fall spielt die Familiensituation im Gefühlsleben der Jugendlichen eine bedeutsame Rolle. Selbst wenn Jugendliche für eine kürzere oder längere Zeit jeglichen Kontakt mit den Eltern verweigern, achten sie häufig genau darauf, ob und wie über die Mitarbeiter der TWG der Kontakt zu den Eltern weiterbesteht und ziehen daraus Schlüsse, wie wichtig sie ihren Eltern sind.

Das Familiensystem wird einbezogen

In individuell abgestimmten Angeboten wird das Familiensystem in die Betreuung integriert:

Zum Verständnis der aktuellen Situation des Jugendlichen gehört eine umfassende Kenntnis der familiären Vorgeschichte und der aktuellen Dynamik. Die Ziele der Hilfe werden in der Regel in Abstimmung mit den Jugendlichen und ihren Eltern entwickelt. Eltern brauchen häufig fachliche Unterstützung und umfassende Informationen, um einen neuen Umgang mit ihrem Kind entwickeln zu können.

Je nach Indikation, Motivation der Familie und fachlicher Möglichkeiten werden regelmäßige Elterngespräche, Beratungen oder familientherapeutische Sitzungen

durchgeführt. Die Sitzungen finden je nach Absprache mit oder ohne den Jugendlichen statt.

In besonderen Fällen (z.B. Missbrauch) können Begegnungen unter geschützten Bedingungen außerhalb der Wohnräume stattfinden, um die notwendigen Beziehungsklärungen zu ermöglichen.

Familiendynamik spiegelt sich in der aktuellen Arbeit

Häufig findet sich die erlebte Familiendynamik in der Gruppendynamik der Jugendlichen untereinander oder in den Beziehungsmustern zwischen Jugendlichen und Betreuern wieder. Es kommt auch vor, dass sich destruktive Muster in plötzlich entstehenden Konflikten zwischen TWG und Ämtern oder Eltern und Betreuern entwickeln. Eine kontinuierliche fachliche Reflexion unter Berücksichtigung der familiären Situation ist daher für einen konstruktiven Hilfeverlauf sehr wichtig.

Distanz als Chance

In zum Teil über Jahre schwer belastetem Miteinander ist ein unvoreingenommener Blick aufeinander häufig nicht mehr möglich. In den Familiensystemen, die sehr eng zusammenhalten, fällt es den Jugendlichen zusätzlich schwer, Eigenständigkeit und Autonomie zu entwickeln.

Die räumliche Distanz im Alltag entlastet beide Seiten: die Jugendlichen erleben mehr eigenen Spielraum, der teils willkommen ist, teils Angst macht. Ohne die Eltern nah an der Seite sind sie mehr für sich selbst verantwortlich und erleben an der Realität ihre Fähigkeiten, aber auch ihre Grenzen.

Den Eltern ermöglicht der Blick aus größerer Distanz in der Regel eine neue Sicht auf ihr Kind. Positive Entwicklungen können deutlicher wahrgenommen, problematische Beziehungsmuster leichter entdeckt und bearbeitet werden. Manchen Eltern wird erst jetzt klar, dass auch sie loslassen müssen, damit ihr Kind sich weiterentwickeln kann.

Sich neu begegnen

In moderierten gemeinsamen Sitzungen und in den unbegleiteten Begegnungen können neue Verhaltensweisen erprobt werden. Die vielfältigen Reflexionsmöglichkeiten unterstützen den Übergang von kindlichen zu reiferen Beziehungsmustern zwischen den Eltern und ihren erwachsen werdenden Kindern. Mit begleitender Unterstützung lernen die Jugendlichen und ihre Eltern sich auf konstruktivere Weise auseinander zu setzen. Durch den größeren Abstand entdecken die Beteiligten häufig auch wieder liebevollere Gefühle und Wertschätzung füreinander.

Rückkehr in die Familie oder reiferer Umgang

Nach erfolgreicher Hilfe wird für manche Jugendliche und ihre Eltern die Fortsetzung eines gemeinsamen Zusammenlebens wieder möglich. In einem größeren

Teil der Fälle kehren die Jugendlichen nicht mehr in den Haushalt der Familie zurück, haben aber mit den Eltern eine neue Ebene gefunden, um die Beziehung in erwachseneren Formen zu gestalten.

Modifizierte Psychotherapie vor Ort

Zum festen Mitarbeiterteam aller therapeutischen WGs gehört immer mindestens ein Psychotherapeut. Dieser bietet keine isoliert stattfindende Therapie an, sondern erfüllt bei der Gestaltung des Therapeutischen Milieus eine Fülle von Aufgaben:

Kompetente Diagnostik

Die Diagnostik findet nicht nur im Aufnahmeprozess statt, sondern erstreckt sich über den gesamten Behandlungszeitraum. Der Therapeut stellt sein fundiertes Wissen über Krankheitsbilder und die entsprechende Psychodynamik dem gesamten Team zur Verfügung. Gemeinsam werden passende Interventionen festgelegt.

Regelmäßige Fallbesprechung

In den regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen fließen die Wahrnehmungen der Therapeuten und die Wahrnehmungen der übrigen Kollegen zu einem umfassenden Gesamtbild des Jugendlichen zusammen. Hier wird der „rote Faden“ für die Behandlung der einzelnen Jugendlichen erarbeitet und aufrechterhalten, der sonst im Chaos des Alltags unterzugehen droht.

Krisenintervention

In Krisen sind Erzieher und Pädagogen häufig überfordert. Hier besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, den Ernst der Lage adäquat einzuschätzen und für jeden Einzelfall ein fachlich fundiertes Krisenmanagement zu erarbeiten.

Individuell gestaltete Einzel- und Gruppenangebote

Die meisten Jugendlichen müssen langsam an Psychotherapie herangeführt werden. Viele der von uns betreuten Jungen und Mädchen haben schon mehrere Klinikaufenthalte hinter sich, die sie teilweise als Eingriff gegen ihren Willen erlebt haben. Entsprechend ablehnend und misstrauisch sind sie gegenüber „all dem Psychokram“. Andere sind aufgrund fehlender innerer Struktur nicht in der Lage, regelmäßig einen externen Therapeuten aufzusuchen.

Andererseits bedürfen die vorliegenden psychischen Störungen häufig dringend psychotherapeutischer Behandlung. In den TWG's wird versucht, den Zugang zu Therapie und therapieanbahnenden Prozessen möglichst niedrigschwellig zu gestalten. Unterschiedliche Angebote vor Ort ermöglichen das Ausprobieren und Hineinschnuppern oft auch über einen längeren Zeitraum. Gruppentherapie, stüt-

zende Einzelsitzungen in modifizierten Settings, offene kunsttherapeutische Angebote sind Beispiele einer solchen Arbeit.

Kontinuierliches Coaching der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter brauchen neben einer kompetenten Supervision den Therapeuten als leicht erreichbaren Ansprechpartner, um in den alltäglichen Verstrickungen nicht die Orientierung zu verlieren. Die Mitarbeiter können das aktuelle Geschehen mit einer fachlich versierten und zugleich neutralen Person reflektieren. Gemeinsam bringen sie Beobachtungen und Erlebnisse des Betreuers in einen objektiven Gesamtzusammenhang und erarbeiten Lösungsstrategien.

Der Austausch mit dem Psychotherapeuten dient auch der Entlastung der Betreuer und dem kontinuierlichem Feedback zur eigenen Arbeit.

Verantwortung des Psychotherapeuten für den Gesamtprozess des Therapeutischen Milieus

Der Psychotherapeut trägt die Verantwortung für die Gestaltung des Therapeutischen Milieus als Gesamtprozess. Er stellt die einzelnen Geschehnisse immer wieder in einen Gesamtzusammenhang und sorgt für den allgemeinen Überblick. Bei der Umsetzung von geeigneten Interventionen hat er die Aufgabe, die Ressourcen des gesamten Umfelds mit einzubeziehen.

Umgang mit psychischer Erkrankung und Krise

Durch ein tragfähiges Therapeutisches Milieu sollen die Jugendlichen in die Lage versetzt werden, mit ihrer psychischen Erkrankung und mit ihren Krisen verantwortungsvoll umzugehen und persönliche, effektive Copingstrategien zu entwickeln.

Fester Bestandteil – statt Ausschlusskriterium

Psychisch labile Jugendliche erleben häufig äußerst belastende Krisen und neigen dazu, diese teilweise in sehr heftiger Form auszuagieren – oft als Rettungsversuch, um aus der abgrundtiefen Verzweiflung herauszukommen.

So ritzen sie sich oder fügen sich in anderer Form Schmerzen oder Verletzungen zu, um sich wieder zu spüren oder Spannung abzulassen, oder konsumieren (erneut) Drogen als Selbstheilungsversuch. Das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen, wird in impulsiven Suizidversuchen umgesetzt. Oft setzt nach kurzer Zeit ein Stimmungswandel ein und dann tun sie wieder alles, um nicht sterben zu müssen.

Eine TWG versucht, so weit wie möglich mit diesen Krisen umzugehen, sie entsprechend abzufangen oder nicht ausufern zu lassen. Der Umgang mit Erkrankung und Krise ist ein fester Bestandteil der Arbeit in TWG's – in anderen Institu-

tionen gelten die gleichen psychischen Probleme als Ausschlusskriterium bei der Aufnahme von Jugendlichen.

Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Die Nacht ist für viele psychisch erkrankte Jugendliche eine schwer zu ertragende Zeit – sie brauchen jemanden, der auch dann für sie da ist. Alle therapeutischen Jugendwohngemeinschaften werden rund um die Uhr betreut.

Krisenintervention vor Ort

Zunächst wird versucht, die Krise vor Ort zu bewältigen. Auch zu diesem Anlass wird mit dem Jugendlichen verhandelt: z.B. „Was brauchst du, um weiterhin die Verantwortung für dein Leben tragen zu können?“ Mögliche Strategien werden mit dem Jugendlichen erarbeitet und diskutiert. Wir versuchen, den Jugendlichen dabei zu unterstützen, die eigene Verantwortung für sich nicht aufzugeben.

Enge Kooperation mit Arzt und Klinik

Das Therapeutische Milieu setzt klare Grenzen: Sobald das Leben eines Bewohners akut bedroht ist oder ein psychotischer Schub nicht mehr aufgefangen werden kann, wird in Abstimmung mit der zuständigen Klinik eine Aufnahme in die Wege geleitet.

Nach Bewältigung dieses akuten Notstands kann der Jugendliche in der Regel wieder in die TWG zurückkehren. Während der Zeit des Klinikaufenthalts wird der Kontakt aufrechterhalten, oft besuchen auch Mitbewohner ihre „Leidensgenossen“.

Effekt: Entdramatisierung der Krankheitsprozesse

Durch diesen klaren Rahmen wird das Krankheits- bzw. Krisengeschehen entdramatisiert. Eine Klinikeinweisung verstehen wir nicht als Versagen unseres Systems, sondern als zusätzliche Ressource in Notzeiten.

Jugendliche lernen, ihre Erkrankung zu verstehen und Hilfsangebote zu nutzen

Durch die einfühlsame Begleitung in Krisenzeiten und intensive Nachbesprechungen lernen die Jugendlichen, die individuellen Auslöser für ihre Spannungszustände zu erkennen und eigene Bedürfnisse zu spüren.

Lernen, eigene Ressourcen in Krisenzeiten einzusetzen

Weil wir schnell auf aktuelle Krisen reagieren, wird den Jugendlichen ein neuer Umgang mit ihren Problemen gezeigt: Sie lernen, dass man sich Unterstützung und Hilfe holen kann, wenn man allein nicht mehr weiter weiß. Diese Einsicht ist für psychisch kranke Jugendliche keineswegs „selbstverständlich“.

Umfassende und kompetente Fallführung im multiprofessionellen Team

Abgestimmte Rollenverteilungen

Wie schon gesagt, arbeitet das Therapeutische Milieu gezielt mit Beziehungsangeboten und Rollenverteilungen. Das Therapeutische Milieu entsteht durch und lebt von einem engen und fachlich moderierten Austausch zwischen allen beteiligten Parteien.

Zusammenführung der unterschiedlichen Wahrnehmungen – strukturiert und kontinuierlich

Das Innenleben psychisch erkrankter Jugendlicher spiegelt sich in unterschiedlichen, oft bruchstückhaften Facetten im Außen wieder. Aus den zusammengetragenen Wahrnehmungen und Erfahrungen aller Mitarbeiter lässt sich wieder ein Gesamtbild der Befindlichkeit des einzelnen Jugendlichen zusammensetzen.

Mit Hilfe der unterschiedlichsten Techniken werden psychodynamische Muster deutlich gemacht. Zusammenhänge mit der Biografie der Jugendlichen und der Dynamik der Herkunftsfamilie werden sichtbar.

Gemeinsame Reflexion und Supervision

Die Bezugsbetreuer und Bezugsbetreuerinnen brauchen den Abstand der anderen Teammitglieder und die Kompetenz der Therapeuten, um sich aus ihren Verstrickungen in die Welt der – häufig sehr manipulativ agierenden – Jugendlichen immer wieder befreien zu können.

Das Gesamtteam benötigt den Blick des Supervisors, um Übertragungsmuster erkennen und konstruktiv bearbeiten zu können.

Nur so kann ein therapeutisches Team handlungsfähig bleiben.

„Stellvertretende Integration“

In der Dynamik des Betreuerteams spiegeln sich die Störungen der Jugendlichen wider. Ohne es zu wollen oder zu bemerken, beginnen Mitarbeiter, sich entsprechend zu verhalten, Konflikte sozusagen stellvertretend für den einzelnen Jugendlichen zu inszenieren und auszutragen.

Kein Wunder: 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!

Ein Beispiel: Ein Bewohner greift wieder regelmäßig zu Drogen, um seine Depressionen zu lindern. Sein Bezugsbetreuer beginnt, ihn der Leitung gegenüber

zu verteidigen, und hat das Gefühl, ihn vor allen vorgeschlagenen Konsequenzen „schützen“ zu müssen.

Häufig entstehen heftige Dissonanzen zwischen den Bezugsbetreuern von zwei Jugendlichen, die gerade miteinander Konflikte haben. Die Spaltungsprozesse der Jugendlichen finden ihre Resonanz im Team.

Dieses Phänomen ist übrigens häufig der Grund, weswegen psychisch kranke Jugendliche in ihrem bisherigen Umfeld nicht mehr betreut werden konnten.

Aus diesen Verstrickungen können sich die Betreuer nur mit Hilfe Dritter lösen. Das multiprofessionelle Team arbeitet gezielt mit unterschiedlicher Nähe und Distanz der einzelnen Mitglieder und erhält sich dadurch den unverstellten Blick auf die Geschehnisse.

Im Team findet eine erste, stellvertretende Integration statt. Aus einem erkannten Muster können Interventionen abgeleitet werden, die in gemeinsamer Absprache alltagstauglich wieder umgesetzt werden können.

Dem Psychologen kommt hierbei die Aufgabe zu, immer wieder die Verbindung zwischen Teamdynamik auf der einen und Psychodynamik der Jugendlichen auf der anderen Seite herzustellen. Der Psychologe sorgt dafür, dass diese erste „stellvertretende“ Integration gelingt.

Tragfähiger Rahmen durch gegenseitige Unterstützung

Die Arbeit in einer therapeutischen Jugendwohngemeinschaft ist geprägt durch Arbeit mit Projektionen, Widerstand und Krisen. Diese Arbeit ist extrem anstrengend. Ein gut funktionierendes Therapeutisches Milieu dient auch der Entlastung der Mitarbeiter und sorgt dafür, dass die Arbeit immer wieder (aus-)gehalten werden kann.

Das Therapeutische Milieu fördert Integration

Psychisch schwer erkrankte Jugendliche brauchen ein komplexes und umfassendes Hilfsangebot. Die therapeutischen Jugendwohngemeinschaften in Berlin bieten diesen komplexen Behandlungsansatz in Form des therapeutischen Milieus:

- Die enge Verzahnung von Pädagogik und Therapie produziert einen „Übergangsraum“, der den Realraum mit der inneren Welt der Jugendlichen verbindet
- Die gezielte Gestaltung der Wohnräume unterstützt psychische Interventionen
- Die Bezugsbetreuer bieten sich als Identifikationsfiguren und Modelle an
- Die Betreuer vermitteln zwischen den Jugendlichen und der „Außenwelt“
- Das gesamte Familiensystem wird in die Betreuung integriert

- Die psychotherapeutische Begleitung aller Beteiligten fördert eine konstruktive Gruppendynamik
- Vielfältige Therapieangebote vor Ort ermöglichen einen niedrighschwelligen Zugang
- Das Team bildet ein „mehrpersonales Hilfssetting“
- Das Team trägt die verschiedenen Wahrnehmungen über den einzelnen Jugendlichen zusammen und integriert sie zu einem Gesamtbild.
- Durch intelligente Rollenverteilungen und ständige Reflektion werden Spaltungen aufgelöst
- Das multiprofessionelle Team kann durch unterschiedliche Rollenverteilungen spaltende psychodynamische Prozesse auflösen und sogar konstruktiv nutzen.
- Krisenmanagement vor Ort erweitert die Coping-Strategien der Jugendlichen

Wird das therapeutische Milieu kontinuierlich gestaltet und aufrechterhalten, können auch schwer psychisch kranke Jugendliche wieder Fuß fassen, eigene Fähigkeiten und Kräfte wieder entdecken und eine neue Orientierung in ihrem Leben finden. Sie können lernen, anderen Menschen wieder zu trauen, sich Hilfe und Unterstützung zu holen und selbst zu geben.

Regina Rätz-Heinisch

Befriedigende Gegenwart – Unsichere Zukunft

Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens für Jugendliche heute

Einleitung

Als der Sohn meiner Freundin Christine Albrecht 18 Jahre alt wurde, warteten ihr Mann und sie darauf, dass er Pläne entwickelte, sein Leben nun selbständig zu führen. Selbständig bedeutete für sie unter anderem: ohne die Eltern. Christine Albrecht und ihr Mann, der nicht der leibliche Vater von dem Sohn Sascha ist, erinnerten sich an ihre eigenen 18. Geburtstag und wie schnell sie damals mit Sack und Pack von zu Hause ausgezogen sind. Sie zogen in karge Wohnungen, mit Ofenheizungen und Außentoiletten, bauten aus Bananenkästen Regale für ihre Bücher, schliefen auf einfachen Matratzen, trafen sich mit Freunden und kochten viel Tee.

Sascha Albrecht ist von Geburt an schwerhörig. Er besuchte die Schwerhörigen-sonderschule, schloss sie mit einem mittelmäßigem Hauptschulabschluss ab und begann mit 16 eine Ausbildung als Tischler in einem mittleren Unternehmen. Dort ist er der einzige Schwerhörige. Zu seinen Arbeitskollegen hat er ein gutes Verhältnis. Ihm ist das Überwinden der ersten Schwelle zum Arbeitsmarkt, der Beginn der Ausbildung und die Integration in die „hörende Welt“, gelungen.

Als Sascha Albrecht 18 Jahre alt wurde, holte er seinen Führerschein – die Prüfungen hatte er bereits bestanden – von der Meldestelle ab, lud seine Freundin, seine Schwester, Christine Albrecht und ihren Mann ins Auto und fuhr mit ihnen ca. 50 km aus Berlin heraus in einen Landgasthof zum Abendessen. Er war voller Freude, nun selbst Auto fahren zu können.

Gern veranstaltet er Grillabende mit seinen Freunden im Garten seiner Eltern. An den Wochenenden geht er gern Cocktails trinken in eine Bar. Den Sommerurlaub verbringt er mit seiner Freundin in Frankreich am Mittelmeer. Er hat inzwischen ein Handy, einen DVD-Player – den die Eltern auch benutzen dürfen –, einen Fernseher, ein modernes Fahrrad. Sein übriges Geld spart er für ein Motorrad.

Von Auszug redet er bis heute nicht – er ist inzwischen 19 Jahre alt. Das Thema wird von Zeit zu Zeit von den Eltern angesprochen. Sascha sagt dann: „Ja, später werde ich garantiert ausziehen. Natürlich kann ich mir vorstellen, bereits jetzt – gemeinsam mit meiner Freundin – in einer eigenen Wohnung zu leben. Eine Wohnung ist jedoch sehr teuer. Die vielen Verpflichtungen, die mit einem eigenen

Haushalt verbunden wären, würden mir bestimmt sehr viel Mühe bereiten. Ich muss erst einmal meine Ausbildung schaffen. Zu Hause – hier bei Euch – geht es mir gut. Ich habe hier alles, was ich brauche.“ Saschas Leben ist für ihn – so wie es gegenwärtig ist – in Ordnung.

Befriedigende Gegenwart und optimistische Zukunft

Kann die Geschichte von Sascha Albrecht in einem größeren Zusammenhang betrachtet werden, der uns Aufschlüsse über die gesellschaftlichen Bedingungen des Aufwachsens in der heutigen Zeit gibt?

Nach meiner Überzeugung ja. Denn in der Lektüre aktueller soziologischer Forschungen zur Situation und den Einstellungen von Jugendlichen finde ich Sascha Albrecht wieder, und er stellt hier ein ziemlich repräsentatives Beispiel dar.

Die Jugend von heute – so berichtet es beispielsweise die 13. Shell Jugendstudie¹ – ist zuversichtlich, leistungsbereit und meistert ihr Leben mit hohen biographischen Anstrengungen. Sie ist vielseitig tätig, investiert in Bildung und Ausbildung, um mit den Unsicherheiten der heutigen Zeit flexibel und kreativ umgehen zu können. Sie versteht sich als Gestalter ihres eigenen Lebens und ist davon überzeugt, dass es möglich ist, ein befriedigendes gegenwärtiges Leben in der Zukunft fortzuführen.

Selbstverständlich räumt die Shell-Studie ein, dass es „die Jugend“ in der heutigen Zeit nicht gibt. Jugendliche leben unter unterschiedlichen Bedingungen und in verschiedenen Konstellation. Die Situation von Jugendlichen im Osten Deutschlands unterscheidet sich beispielsweise von der Jugendlicher im Westen. Jugendliche ausländischer Herkunft leben wiederum unter unterschiedlichen Bedingungen, Armut und Reichtum schaffen unterschiedliche Ausgangspositionen.

Immerhin gilt die Shell-Studie als repräsentativ. Es wurden im quantitativen Teil ca. 4500 Jugendliche befragt.

Die Hauptergebnisse in Bezug auf Zukunftsorientierung können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- die Hälfte der Befragten beurteilt ihre persönliche Zukunft als „eher zuversichtlich“
- zwei Drittel beurteilt die gesellschaftliche Zukunft ebenso
- die Jugendlichen nehmen die Herausforderungen der modernen Gesellschaft, in der sie leben, an

¹ Die Ergebnisse werden in der 14. Shell Jugendstudie prinzipiell bestätigt.

- sie wissen, dass sie sich – um die zuversichtlich gesetzten Ziele zu erreichen – anstrengen müssen, leistungsbereit, beharrlich und ausdauernd sein müssen (vgl. Jugendwerk der Deutschen Shell [Hrsg.] 2000, S. 11 ff).

Es gibt jedoch – und das ist interessant – große Unterschiede zwischen verschiedenen Untergruppen:

- gut vorbereitet auf zukünftige Entwicklungen fühlen sich diejenigen Jugendlichen, die über gute Voraussetzungen verfügen. Hierzu gehören Bildung, Unterstützung durch die Eltern, eine klare Lebensplanung und Persönlichkeitsressourcen wie z.B. Selbstvertrauen.
- schlecht vorbereitet fühlen sich diejenigen Jugendlichen, die eben diese Bedingungen nicht zur Verfügung haben. Hierzu gehören ostdeutsche und ausländische Jugendliche. Und ich würde die Gruppe erweitern um diejenigen Jugendlichen, die im gesellschaftlichen Vergleich zu den Benachteiligten gehören.

In der weiteren Untersuchung wird deutlich, dass die gegenwärtige Situation der Jugendlichen geprägt ist von einem widersprüchlichen Nebeneinander von:

- einerseits längerer ökonomischer Unselbständigkeit und Abhängigkeit von den Eltern (z.B. Wohnen im elterlichen Haushalt, Angewiesensein auf die soziale und emotionale Unterstützung der Eltern) und
- andererseits früher einsetzender erwachsener Lebensstile in Bezug auf Konsumverhalten, Freizeitverhalten, Sexualität und Partnerschaft (der sich kaum von dem ihrer Eltern unterscheidet).

Es existiert somit derzeit ein zeitgleiches Nebeneinander von „Kindbleiben“ und „Erwachsensein“.

Erstes Fazit aus der Shell-Studie: Jugendliche, die ihre gegenwärtige Situation als befriedigend erleben, fühlen sich einer unsicheren Zukunft gewachsen! Sie sind im Blick auf die Zukunft optimistisch.

Was bedeuten diese Ausführungen nun für das Erreichen von Selbständigkeit?

Ich möchte formulieren:

Jugendliche müssen heute einerseits bereits früh eine Selbständigkeit für die eigene Lebensplanung entwickeln, d.h. Anstrengungen, Ehrgeiz, Einsatz in der Gegenwart investieren. Dabei müssen sie flexibel sein und mit überraschenden Wendungen rechnen. Sie können sich nicht darauf verlassen, dass ihre Investitionen gradlinig zum Ziel führen.

Jugendliche bleiben andererseits länger unselbständig, z.B. in ökonomischer Hinsicht, mit längeren Bildungswegen, einer späteren eigenen Haushaltsführung.

Doch von entscheidender Bedeutung erscheint mir, dass Jugendliche, die in dieser Konstellation erfolgreich bestehen – (in der Shell-Studie werden sie als optimistische, zukunftsorientierte Jugendliche bezeichnet) – vor allem auf den familiären Rückhalt setzen, d.h. auf die Unterstützung durch ihre Familien. Diese Erwartung ist unabhängig davon, in welchen Konstellationen die Familien bestehen: als so genannte „vollständige Familien“, Einelternfamilien oder Patchworkfamilien etc.

Und diese Erwartung an Unterstützung bezieht sich auf die Beratung für die Lebensplanung ebenso wie auf das Überbrücken von Krisen, auf die materielle Unterstützung ebenso wie auf das Erfahren emotionaler Sicherheit. Die Familie wird als Ressource, als emotionaler Rückhalt, als Ort von Verlässlichkeit, Treue, Häuslichkeit und Partnerschaft verstanden (vgl. ebd., S. 14). Der familiäre Halt – so scheint es – ist der Garant dafür, in gesellschaftlichen Unsicherheiten sicher zu bestehen und sein Leben zu meistern.

Es stellt sich sofort die Frage:

Wie sieht das nun für Jugendliche aus, die in ihrer Familie wenig Unterstützung, wenig Sicherheit und kaum materielle Unterstützung erfahren? Die Antwort liegt auf der Hand: Zur Zeit ziemlich schlecht!

Denn das Angewiesensein der Jugendlichen auf die familiäre Unterstützung wird aktuell durch die Veränderungen auf der globalen Ebene evoziert. Die Familie bleibt der verlässlichste und sicherste Halt für die Jugendlichen in einer Gesellschaft, die täglich neue Unsicherheiten produziert.

Diese Aussage möchte ich im Folgenden anhand dreier Thesen begründen.

1. *These:* Die Gesellschaft formuliert zur Zeit keine klaren Erwartungen an Jugendliche, wo sie ihren zukünftigen Platz innerhalb der Gesellschaft finden könnten.
2. *These:* Den Jugendlichen werden zur Zeit soziale und ökonomische Ressourcen für das Aufwachsen und konkrete Hilfeleistungen durch die Gesellschaft entzogen.
3. *These:* Die Jugendlichen sind gefordert, durch eigenes aktives Handeln ihre individuelle Biographie zu gestalten, und können sich hierbei kaum auf allgemeine bewährte standardisierte Lebenslaufmuster verlassen.

Ich möchte diese drei Thesen an drei Punkten belegen: a) dem Wandel der Arbeitsgesellschaft, b) dem Umbau des Sozialstaates und c) biographischen Herausforderungen.

Es soll an diesen Ausführungen deutlich werden, dass das Angewiesensein der Jugendlichen auf familiären Rückhalt und familiäre Unterstützung an Bedeutung gewonnen hat.

Abschließend möchte ich aus diesen Ausführungen Überlegungen für die Kinder- und Jugendhilfe formulieren.

a) Wandel der Arbeitsgesellschaft

Es ist bekannt, dass die Lebensphase Jugend ein Produkt der modernen Industriegesellschaft ist. Charakterisiert wurde die Phase der Jugend in diesem Zusammenhang ganz allgemein neben der Herausbildung einer geschlechtlichen Identität u.a. durch den Abschluss von (Aus-)Bildungszeiten, die emotionale und ökonomische Ablösung von den Eltern, das Finden einer stabilen persönlichen Identität, den Erwerb der ökonomischen Selbständigkeit und der Gründung einer eigenen Familie. Die eigenständige Phase zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein entwickelte sich zunächst als Privileg der bürgerlichen Jugend. Im Rahmen sozialpolitischer Errungenschaften innerhalb industrieller Produktion galt sie später auch der Arbeiterjugend. Die Jugendzeit wird in verschiedenen Kontexten als ein Moratorium – als ein Aufschub – bezeichnet. Erik Erikson (1998) prägte diesen Begriff in Bezug auf die biologischen Veränderungen und sozialen Erwartungen, den damit einhergehenden Krisenprozess und die Identitätsbildung Jugendlicher. Im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf das Arbeits- und Erwerbsleben wird ebenso von Moratorium (vgl. Schröder 2002) gesprochen. Zentral ist hier das Bildungsmoratorium. Die Jugend hat demnach Zeit, sich zu orientieren, zu entwickeln und zu bilden, um gut vorbereitet in das Erwerbsleben zu starten. Es handelt sich demnach um eine Phase der vom Zwang zur Erwerbsarbeit freigestellten Vorbereitungszeit auf das spätere Berufsleben, wobei klar und eindeutig ist, was Jugendliche z.B. in der Ausbildung lernen müssen, um im späteren Berufsleben und damit in der Gesellschaft zu bestehen. Bis zum ökonomisch und sozial selbständigem Erwachsenenleben wird von der Jugend erwartet, sich für das spätere Leben zu qualifizieren sowie eine stabile Persönlichkeit und integrierte Identität herauszubilden. Jugend wird in dieser Phase vor den Problemen der Erwachsenenengesellschaft geschützt. Auch das gehört zum Moratorium.

Unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnissen scheinen diese Einordnungen von Jugend jedoch nicht mehr zu funktionieren. Zum einen können wir kaum noch auf der Grundlage von allgemeinen Merkmalen wie Alter, Abschluss von (Aus-)Bildungszeiten, dem Erwerb der ökonomischen Selbständigkeit oder der Gründung einer eigenen Familie auf den Beginn oder das Ende der Jugendphase schließen. Zum anderen befindet sich die Arbeitsgesellschaft selbst im Wandel (Stichworte: Flexibilisierung von Arbeit, Lebenslanges Lernen, Wegfall der traditionellen Industriearbeit, Globalisierung von Arbeit). Dieser Wandel hat Auswirkungen auf das Verständnis von Jugend. Anders gesagt: der Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft verändert die soziale Gestalt von Jugend (vgl. Schröder 2003, S. 3) oder – wie die 12. Shell Jugendstudie bereits 1997 formulierte – „Die

Krise der Arbeitsgesellschaft hat die Jugend erreicht!“ (vgl. Jugendwerk der Deutschen Shell [Hrsg.] 1997)

Was heißt das?

Hierzu einige Punkte:

- Jugendphänomene können nicht mehr als jugendspezifische Erscheinungen und Beschleuniger der Moderne interpretiert werden wie in den 70er und 80er Jahren beispielsweise mit der Hausbesetzerbewegung oder der Ökologie- und Friedensbewegung.
- Die Krise im Erwerbsarbeitssektor, Arbeitslosigkeit, Globalisierung, Rationalisierung, Abbau oder Verlagerung von Beschäftigung etc. sind inzwischen keine bloßen Belastungen des Erwachsenenlebens mehr. Sie betreffen das Zentrum der Jugendphase, indem sie den eigentlichen „Sinn in Frage stellen“ (Münchmeier 2001, S. 103). Denn wenn die Arbeitsgesellschaft zum Problem wird, dann muss auch die Phase der biographischen Vorbereitung auf diese Gesellschaft zum Problem werden (ebd.).
- Der Erwerb von Wissen und Können in der Gegenwart garantiert keine Anwendung in der Zukunft. Die Erfahrung und das Wissen der älteren Generation kann nicht mehr ohne weiteres als bewährt an die junge Generation weitergegeben werden. Ausbildungszeiten verlängern sich enorm, der Übergang in die Erwerbsarbeit verzögert sich um Jahre.

Jugendliche befinden sich in der Gefahr der Marginalisierung und Ausgrenzung, wenn sie unter diesen gesellschaftlichen Anforderungen nicht bestehen. Krafeld (2000) spricht provokativ von der „überflüssigen Jugend in der Arbeitsgesellschaft“. Andere Studien belegen den massiven Druck, dem Jugendliche ausgesetzt sind, um ihren Platz in der Gesellschaft zu finden (vgl. Hurrelmann 1990).

Bezogen auf meine erste These – „Die Gesellschaft formuliert zur Zeit keine klaren Erwartungen an Jugendliche, wo sie ihren zukünftigen Platz innerhalb der Gesellschaft finden könnten.“ – kann formuliert werden:

Mit dem Wandel der Arbeitsgesellschaft steht die bisherige Definition von Jugend als eine Vorbereitungszeit (als ein Moratorium) auf die Erwerbsarbeit zur Disposition. Denn ist es zur Zeit völlig unklar, wofür Jugend ein Aufschub sein soll und auf welches Erwachsenenleben Jugend vorbereiten kann. Die Zukunft der Erwerbsarbeit ist zur Zeit gesellschaftlich durch Offenheit und Ungewissheit geprägt.

b) Umbau des Sozialstaates

Ich komme zu meiner 2. These: „Den Jugendlichen werden zur Zeit soziale und ökonomische Ressourcen für das Aufwachsen und konkrete Hilfeleistungen durch die Gesellschaft entzogen.“

Hier möchte ich mich ganz konkret auf die Situation in Berlin beziehen. Obwohl im 11. Kinder- und Jugendbericht das „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ (BMFSFJ [Hrsg.] 2002) deutlich als eine gesellschaftliche Aufgabe hervorgehoben wurde, erleben wir in den letzten Jahren einen sukzessiven Abbau der öffentlichen Infrastruktur an Angeboten der Kinder- und Jugendarbeit. Kindertagesstätten werden geschlossen, Jugendklubs ebenso, in die Schulen wird kaum investiert.

Auch im Bereich der Hilfen zur Erziehung sieht es nicht besser aus. Zum Beispiel beträgt die Soll-Sparvorgabe des Landes Berlin für den Bereich Hilfen zur Erziehung im Jahr 2004 ca. 130 Millionen Euro (auf ca. 320 Mill. Euro) gegenüber dem Ist-Stand von 2002 (ca. 450 Mill. Euro)². Dies hat zwangsläufig die Gewährung von weniger Hilfen für Kinder, Jugendliche und deren Familien zur Folge. Und wir können leider nicht davon ausgehen, dass zwischen 2002 und 2004 weniger soziale Probleme in den Familien aufgetreten sind, obwohl wir diesbezüglich über keine gesicherten Daten verfügen.

Nun werden einige argumentieren, dass das Land Berlin in den letzten Jahrzehnten zu viele soziale und ökonomische Ressourcen für das Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen eingesetzt hat. Von „Ausstattungsversprüngen“ im Vergleich zu anderen Städten ist die Rede etc. Ich möchte diese Diskussion an dieser Stelle nicht vertiefen. Auch liegt mir nichts daran, die öffentliche Hand im Kinder- und Jugendbereich bezüglich der beschränkten Mittel zu kritisieren. Das Geld ist knapp, das wissen alle. Und solange auf der politischen Ebene für den Kinder- und Jugendetat nicht mehr Mittel erfochten werden, sind massive Einschränkungen nicht zu vermeiden.

Ich möchte an dieser Stelle einen anderen Gedanken entwickeln.

Wir verzeichnen in den letzten Jahren eine Reduzierung – ja einen Wegfall – der sozialen Infrastruktur durch öffentliche Leistungen. Es kann jedoch kaum Entstehen und Aufbau eben dieser sozialen Infrastruktur durch andere gesellschaftliche Kräfte beobachtet werden. Andere gesellschaftliche Kräfte könnten sein: Nachbarschaften, Ehrenamtliche, aber auch Investoren aus Gewerbe und Wirtschaft. Im Zuge des Umbaus des Sozialstaates sind diese sozialen Kräfte für die Gestal-

² gerundete Werte; Quelle: Landesjugendhilfeausschuss Berlin, Dezember 2003

tung der Zukunft der Gesellschaft längst erkannt worden. Sie sollen – Top Down – durch Bürgerengagement, Initiativen etc. aktiviert werden. Hierfür gibt es zur Zeit staatliche und europäische Programme und Zuschüsse (z.B. Agenda 21). Das heißt: perspektivisch sollen die Menschen sich selbst um die sozialen Belange des Gemeinwesens kümmern und möglichst eigene ökonomische Ressourcen hierfür einsetzen. Bei gleichzeitigem weltweiten globalen ökonomischen Wettbewerb wird die lokale soziale Reproduktion nicht-institutionell verortet.

Das bedeutet: die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, die bisher ausschließlich durch die öffentliche Hand gefördert wurden, sollen privatisiert werden. Bisher erleben wir jedoch diese Privatisierung nicht, sondern den ersatzlosen Wegfall der Angebote. Die Gesellschaft entzieht den Jugendlichen soziale und ökonomische Ressourcen und konkrete Hilfeleistungen.

Fehlt die soziale Infrastruktur im Sozialraum, sind die Kinder- und Jugendlichen fast ausschließlich auf die Angebote in ihren Familien angewiesen.

c) Biographische Herausforderungen

Meine 3. These schließt an obige Überlegungen an: „Die Jugendlichen sind gefordert, durch eigenes aktives Handeln ihre individuelle Biographie zu gestalten; und können sich hierbei kaum auf allgemeine bewährte standardisierte Lebenslaufmuster verlassen.“ Bedingt durch den Wandel der Arbeitsgesellschaft ist derzeit biographisch offen, für welche Bildungsbemühungen die Jugendphase genutzt wird. Sie kann ebenso für Schulzeit und Studium wie für Ausbildung, als Zeit der Arbeitslosigkeit, aber auch der Weltreise oder der Familiengründung genutzt werden. Im Zuge des Umbaus des Sozialstaates wird mehr Eigenverantwortung und Eigenaktivität von den Bürgern und so auch von den Jugendlichen verlangt. Dies bedeutet konkret, dass die Jugendlichen nun selbst und eigenverantwortlich entscheiden müssen, wofür sie die Jugendphase biographisch nutzen. Doch auf welcher Grundlage können die Jugendlichen selbst und eigenverantwortlich entscheiden?

Eine Orientierung am so genannten institutionalisierten Lebenslauf ist für die heutigen Jugendlichen schwierig. Institutionalisierte Lebenslauf meint, dass sich der einzelne Mensch in der Gestaltung seiner Biographie an Institutionen orientiert. Traditionell wird der Lebenslauf aus einer Dreiteilung in Ausbildungszeit, Erwerbsarbeitszeit und Rentenalter strukturiert. Da dies – auch für Erwachsene – längst nicht mehr funktioniert, wird in der soziologischen Forschung nun von Entstandardisierungen von Biographien gesprochen. Und diese Entstandardisierung zeigt sich am häufigsten in der Jugendphase (vgl. Kohli 1991). Das heißt: ohne sich auf bewährte biographische Muster verlassen zu können, müssen biographische Entscheidungen getroffen werden. Es entstehen Fragen wie z.B.: Bringt der

berufsorientierende Lehrgang mich in eine Ausbildung und später in Erwerbsarbeit oder gelange ich mit einem Praktikum in der Wirtschaft erfolgreicher zu diesem Ziel?

Die eigene unverwechselbare und erfolgreiche Gestaltung der Biographie muss demnach selbst erfunden werden. Sie ist jedoch abhängig von sozialstrukturellen Merkmalen wie Armut, Reichtum, Geschlecht, Klassenlage, Schicht oder sozialem Status, ethnischer Zugehörigkeit, Nationalität und lokaler Gemeinschaft (vgl. Denzin 2000, S. 138). Diese Merkmale eröffnen Möglichkeiten oder beinhalten Einschränkungen für den einzelnen Menschen. Diese zeigen sich wiederum in den konkreten Handlungsmöglichkeiten.

Das bedeutet: über je weniger soziale und ökonomische Ressourcen die Jugendlichen verfügen, desto weniger Spielraum steht ihnen für die aktive Gestaltung ihrer eigenen Biographie zur Verfügung und um so mehr wird ihnen ihre Biographie durch strukturelle Rahmenbedingungen vorgegeben. Genau das meinte Ulrich Beck (1986, 1994), als er die „Risikogesellschaft“ beschrieb, und wurde in diesem Punkt häufig falsch verstanden. Nicht wir haben die Freiheit, alles zu tun was wir wollen, sondern die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geben den Möglichkeitsraum vor, innerhalb dessen wir jedoch die Risiken voll und ganz selber tragen müssen. Diese Perspektive begrenzt ganz klar den individuellen Gestaltungsraum. Und tatsächlich werden wir dieses Phänomen in Zukunft mehr bei denjenigen Jugendlichen vorfinden, denen die Fähigkeit zur aktiven Gestaltung der eigenen Biographie fehlt und die beispielsweise im Erwerbsarbeitsbereich – mit Hartz IV – zu Teilausbildungen, Niedriglohn und Billigjobs angehalten werden.

Eine eigene aktive Gestaltung der individuellen Biographie meint jedoch, dass die Jugendlichen in ihrem eigenen Leben einen Sinn erkennen, dass sie selbst handeln können, dass sie ihre Biographie als von sich selbst gemacht innerhalb eines sicheren Rahmens erleben und dass sie hierfür Partner finden. Es meint, die eigene Biographie wird in der Interaktion – im Kontakt – zu der Umwelt selbst gestaltet. Sie bleibt jedoch eine soziale Größe. In der Interaktion mit ihrer sozialen Umwelt können die Jugendlichen das subjektive Gefühl entwickeln, ihr eigenes Leben selbst gestalten zu können und entscheidungsfähig zu sein. Partner sind ihnen hierbei die konkreten Menschen in ihrer unmittelbaren Lebenswelt sowie die Rahmenbedingungen umgebender Institutionen.

Überlegungen für die Kinder- und Jugendhilfe

Fallen eindeutige gesellschaftliche Erwartungen an die Jugendlichen weg, entzieht die Gesellschaft soziale und ökonomische Ressourcen und konkrete Hilfeleistungen und sind die Jugendlichen mit der aktiven Gestaltung ihrer individuel-

len Biographie gefordert, werden die Jugendlichen auf dem Weg in die Selbständigkeit auf diejenigen Unterstützungssysteme zugreifen, die in der unmittelbaren Lebenswelt vorhanden sind. Und das unmittelbarste ist eben die eigene Familie. So verwundert es nicht – wie eingangs durch die Shell-Studie belegt –, dass die trotz unsicherer Zukunft optimistischen Jugendlichen vor allem auf den familiären Rückhalt und die familiäre Unterstützung durch die eigene Familie setzen und hierdurch ihre Sicherheit in der Gegenwart erlangen.

Die Unsicherheit der Zukunft kann demnach mit der Sicherheit und der Befriedigung der Lebensbedürfnisse in der Gegenwart bewältigt werden. Diese Konstellation war in den Generationen vor uns anders: eine unbefriedigte Gegenwart wurde mit der Hoffnung auf eine bessere Zukunft bewältigt, z.B. durch Erwerbsarbeit einen anerkannten sozialen Status und soziale Sicherheit zu erlangen.

Doch im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass vor allem diejenigen Jugendlichen gefährdet sind, denen die Erfahrung von Sicherheit in der Gegenwart fehlt. Und dies sind – laut Shell-Studie – gerade diejenigen Jugendlichen aus problematischen Familienverhältnissen, aus gesellschaftlichen Randgruppen, die bereits Arbeitslosigkeit erfahren haben, die Existenzängste entwickeln etc.

Was bedeutet dies nun für die Kinder- und Jugendhilfe?

Die Kinder- und Jugendhilfe ist ganz klar nicht auf Dauer angelegt. Die Jugendlichen werden die Einrichtung der Jugendhilfe früher oder später verlassen und mit denjenigen persönlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen ihre weitere Biographie gestalten, die ihnen zur Verfügung stehen. Die Kinder- und Jugendhilfe kann dabei helfen, dass die Jugendlichen während der Maßnahme ihr Ressourcennetzwerk entdecken und nutzen lernen.

Von großer Bedeutung erscheinen mir dabei drei Dinge:

1. Die Jugendhilfeeinrichtung entwickelt eine *lokale Identität*. D.h. als Gegenüber zu der gesamtgesellschaftlichen Uneindeutigkeit entwickeln lokale soziale Orte und die darin agierenden Akteure eine eindeutige Identität, die für diesen Ort Geltung besitzt. (Diese Erscheinung ist z.B. in den USA gut zu beobachten. Die gesellschaftliche Pluralität ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass an lokalen sozialen Orten Klarheit und Eindeutigkeit existiert. Beispiel für die Jugendhilfe: die Orthogenic School in Chicago.) Eindeutige lokale soziale Orte formulieren klare Erwartungen an die Jugendlichen und sind mit ihnen im Kontakt. Sie sind z.B. gekennzeichnet durch: einerseits ein eindeutiges Rahmen- und Regelsystem, wiederkehrende Feste, Rituale, Symbole, Verlässlichkeit in vereinbarten Tätigkeiten, und andererseits: eine strukturelle Offenheit, ein Verständnis, dass man sich in Entwicklung, in einem Prozess befindet, der gemeinsam gestaltet wird und Veränderungen zulässt (vgl. dazu auch Bettelheim 1997).

Meine These: entwickeln lokale soziale Orte und ihre Akteure eine eigene Identität, so können Jugendliche an diesen Orten Sicherheit erfahren und auf dieser Basis eine individuelle Identität entwickeln. Dabei bleibt strukturell offen, ob sich diese Identität in der Identifikation mit dem sozialen Ort oder in der Abgrenzung zu diesem entwickelt. Die Jugendlichen können sich entweder mit dem konkreten Angebot, den Personen, den Räumen etc. der Jugendhilfeeinrichtung identifizieren, sie gutheißen und sich darin wohl fühlen und somit Identität entwickeln. Sie können jedoch auch opponieren, Protest äußern, sich dagegen wehren. Auch in letzterem Fall können die Jugendlichen an diesem sozialen Ort Identität entwickeln, wenn die Personen und die Institution ihnen Partner sind, die auch im Konflikt eindeutig agieren und somit für den Jugendlichen in ihrem Handeln verständlich sind. In ihrer eigenen Identität schwankende Einrichtungen hingegen werden den Jugendlichen schwerlich Partner bei der Identitätssuche sein können.

2. Die Familien werden zu *Partnern* des Hilfeprozesses. Das partnerschaftliche Verhältnis zu ihnen kann miteinander und dialogisch gestaltet werden, um soziale Ressourcen in den Familiensystemen zu entdecken.

Wir müssen in den Dialog mit den Familien eintreten! Diese Aufgabe stellt für die Kinder- und Jugendhilfe eine ganz besondere Herausforderung dar. Denn die Jugendlichen sind häufig in Einrichtungen der Jugendhilfe auf Grund von Vernachlässigung durch ihre Eltern, von Misshandlung und Missbrauch in den Familien. Die Eltern zeigen sich häufig als wenig kooperations- und veränderungsbereit. Es scheint brutal zu formulieren, gerade diese Eltern als Partner gewinnen zu wollen. Aus meiner Sicht ist die aktuelle Situation jedoch noch viel brutaler. Vergleiche ich nämlich „Vater und Mutter Staat“ – also die öffentliche Hilfe – mit den Herkunftsfamilien der Jugendlichen, so zeigen sich Letztere als verlässlicher. Nicht in dem konkreten Angebot, sondern in der Verlässlichkeit, den Jugendlichen im weiteren biographischen Verlauf bei der Gestaltung des eigenen Lebens zur Verfügung zu stehen. Staatliche Hilfen werden zur Zeit auf kurze Zeiträume geplant, agieren unter hohem Erfolgsdruck und werden sehr schnell beendet. Die Jugendlichen bleiben nach der öffentlichen Jugendhilfe vor allem auf ihre Familien angewiesen – sowohl in materiellen Unterstützungsleistungen als auch in ideellen. Die Jugendlichen werden nach Beendigung der Jugendhilfe in den meisten Fällen auf ihre Familien als potenzielles Unterstützungssystem zugreifen müssen. Wir sind gefordert, diese Familien zu qualifizieren, damit sie die komplexen Anforderungen minimal bewältigen können. Deshalb müssen wir sie als Partner gewinnen.

Eine Alternative hierzu wäre die Entwicklung eines außerfamiliären Unterstützungssystems für die Jugendlichen, welches nach Beendigung der Jugendhilfe dem Jugendlichen verlässlich zur Verfügung steht. Der Aufbau solch eines Unter-

stützungssystem ist jedoch ohne öffentliche Ressourcen unmöglich. Und wie gesagt – alternative Angebote von anderen gesellschaftlichen Kräften sind bisher nicht vorhanden, die dies ermöglichen würden.

Die Familien – egal ob sie dieser Funktion nachkommen oder nicht – sind in der Gegenwart die verlässlichsten und bleibenden Ressourcen der Jugendlichen.

Und schließlich:

3. Die Stärkung des Jugendlichen, die Entdeckung der individuellen Fähigkeiten und Stärken, die Entwicklung von Empowerment und Resilienz (vgl. Opp/Fingerle/Freytag 1999) ist nach wie vor Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Es geht um die Entdeckung und Entwicklung der *persönlichen Ressourcen* und der eigenen Kräfte. Es geht darum, dass die Jugendlichen stark werden, um das eigene Leben, die eigene individuelle Biographie gestalten zu können. Ich denke, in diesem Bereich ist die Kinder- und Jugendhilfe sicher. Hier gibt es bewährte Konzepte, die Jugendlichen zu eigenem aktiven Handeln, zur Entwicklung von Widerstandsfähigkeit und Abwehr, zu Entscheidungsfindung etc. befähigen können.

Dass dieser Prozess in der Jugendhilfe auch mit besonders problembelasteten Jugendlichen gelingen kann, konnte ich in meiner eigenen Forschung nachweisen. In der Untersuchung biographischer Verläufe konnte gezeigt werden, dass die Überwindung von Phasen der Krisen und des Scheiterns miteinander möglich wurde, und die Jugendlichen ihre individuelle Biographie durch das eigene Handeln gestalten konnten. Diese Wendung geschah, wenn es gelang, zwischen dem jungen Menschen und der Einrichtung der Jugendhilfe ein „dialogisches Passungsverhältnis“ (vgl. Rätz-Heinisch 2004) zu erreichen. Dies meint eine Passung zwischen sozialpädagogischen Interventionen, Hilfeangeboten und Kontextgestaltungen auf der einen Seite *und* den spezifischen Problemkonstellationen, im biographischen Verlauf erworbenen Handlungsstrukturen und Selbstkonzepten der Jugendlichen auf der anderen Seite. Diese Passung gibt den Jugendlichen die Möglichkeit zu eigenen Handlungen und Aktivitäten, um schließlich individuelle Stärken hervorzubringen, die vorher verschüttet waren. Es verlangt vom Hilfesystem, die Probleme der Jugendlichen vor dem Hintergrund der Entstehung in der Lebensgeschichte, den weiteren Bedingungen der Aufrechterhaltung und Möglichkeiten der Veränderung zu betrachten. Anders gesagt: jede Auffälligkeit/jedes Problem hat eine Geschichte, die in der vergangenen Biographie des jungen Menschen entstanden ist. Und diese Entstehungsgeschichte bedingt die gegenwärtigen eigenen Handlungen.

Das Erreichen eines „dialogischen Passungsverhältnisses“ wird von zwei wesentlichen Komponenten begleitet:

1. einem verlässlichen Kontakt zu einer Person oder einem Betreuungsteam, der über einen längeren Zeitraum besteht, der auch in Krisensituationen, bei Eskalationen und Auseinandersetzungsprozessen stabil bleibt.
2. einem sozialen Ort, der zwar nicht „perfekte“ Sozialisationsbedingungen ermöglicht, jedoch ein „genügend gutes Milieu“ (im Sinne von Winnicott) für Entwicklungsprozesse zur Verfügung stellt. Es kann demnach durchaus ein Nebeneinander von gefährdenden Einflüssen, aber auch stabilisierenden und stärkenden Faktoren (vgl. die Resilienzforschung) existieren.

Auf dieser Grundlage und in der Auseinandersetzung mit anderen können die Jugendlichen ihre individuelle Biographie gestalten und dabei selbständig werden.

Sichere Gegenwart und Unsichere Zukunft

Vor zwei Wochen erzählte mir meine Freundin Christine Albrecht, dass ihr Sohn Sascha das Thema Zukunft beschäftigt. In anderthalb Jahren wird er die Ausbildung abschließen. Dann möchte er Arbeit finden und eine eigene Wohnung beziehen. Sascha stellte ihr Fragen, die sie nicht beantworten konnte: Wird seine Ausbildungsfirma ihn als Geselle übernehmen, oder wird er in einer anderen Firma Arbeit finden? Wird er genug Geld verdienen, um eine Wohnung, ein Auto zu finanzieren und vielleicht auch Kinder zu ernähren? Wird er womöglich später obdachlos werden, da er arbeitslos wird, kein Geld verdient und eine Wohnung nicht bezahlen kann? Sascha hat Zukunftsängste!

Doch Sascha Albrecht entwickelte Hoffnung, indem er sagte: „Solange ihr lebt, werde ich immer zu euch zurückkommen, wenn ich arbeitslos bin und kein Geld verdiene. Dann kann ich euch bei der Arbeit helfen, und ihr gebt mir dafür ein bisschen Taschengeld.“

„Vielleicht“ – so dachte er laut weiter nach – „vielleicht gehe ich auch nach Frankreich, ziehe zum Onkel meiner Freundin und versuche dort mein Glück. Dann könnt ihr mich im Sommer in Frankreich besuchen und am Mittelmeer Urlaub machen.“

Christine Albrechts schwerhöriger Sohn Sascha wird selbständig, und er verlässt sich bei der ihn umgebenden gesellschaftlichen Unsicherheit voll und ganz auf die Unterstützung durch seine Familie.

Die hier entwickelten Gedanken stellen die Therapeutischen Wohngemeinschaften zukünftig vor neue Herausforderungen. Denn hier werden junge Menschen betreut, die in der Regel über wenige oder kaum familiäre Unterstützungsmöglichkeiten verfügen und denen die individuelle Gestaltung der Biographie besonders schwer fällt. Sie erreichen häufig keine befriedigende Gegenwart und entwi-

ckeln Ängste vor der Zukunft. Sie sind jedoch den gleichen gesellschaftlichen Anforderungen ausgesetzt wie weniger problembelastete Jugendliche. Familiäre Unterstützung und individuelle Stärken müssen mit den Jugendlichen in den Einrichtungen erarbeitet werden. Und dies ist ein längerer Prozess.

Die akute Gefahr besteht aus meiner Sicht zur Zeit darin, dass die benachteiligten Jugendlichen besonders gefährdet sind, „durch das gesellschaftliche Netz zu fallen“. Sie sind des Weiteren in der Gefahr, dass Ihnen Unterstützungsleistungen der öffentlichen Jugendhilfe entzogen werden. Sie bedürfen jedoch unter den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen besonderer Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe.

Literatur

- Beck, Ulrich (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich & Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.) (1994). *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bettelheim, Bruno (1979). *Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BMFSFJ [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (Hrsg.) (2002). *Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin.
- Erikson, Erik H. (1998). *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hurrelmann, Klaus (1990). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress*. Weinheim, München: Juventa.
- Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.) (2000). *Jugend 2000. 13. Shell Jugendstudie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.) (1997). *Jugend '97. Zukunftsperspektiven, gesellschaftliches Engagement, politische Orientierungen. 12. Shell Jugendstudie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kohli, Martin (1991). Lebenslauftheoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung. In Klaus Hurrelmann & Dieter Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 303-317), Weinheim, München: Juventa.
- Krafeld, Franz J. (2000). *Die überflüssige Jugend in der Arbeitsgesellschaft. Eine Herausforderung an die Pädagogik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Münchmeier, Richard (2001). Strukturwandel der Jugendphase. In Paul Fülber & Richard Münchmeier (Hrsg.), *Handbuch Jugendsozialarbeit. Geschichte, Grundlagen, Konzepte, Handlungsfelder, Organisation* (S. 101-113), Münster: Votum.
- Opp, Günther; Fingerle, Michael & Freytag, Andreas (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt.

Rätz-Heinisch, Regina (2004): *Gelingende Jugendhilfe bei „aussichtslosen Fällen“! Rekonstruktionen von Lebensgeschichten junger Menschen*. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich: Politik- und Sozialwissenschaften.

Schröder, Wolfgang (2002). Jugend. In Wolfgang Schröder, Norbert Struck & Mechthild Wolff (Hrsg.), *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe* (S. 81-98), Weinheim, München: Juventa.

Schröder, Wolfgang (2003). *Jugend und Arbeit – Entgrenzung von Jugend*. Unveröffentlichtes Manuskript. Dresden.

Günter Häfele

Psychisch beeinträchtigte Jugendliche, ihre besonderen Problemstellungen, ihre besonderen Entwicklungsaufgaben

Einleitung

Ich freue mich sehr, dass Sie sich auf der heutigen Tagung der psychisch beeinträchtigten und kranken jungen Menschen annehmen wollen, jener jungen Menschen, die unsere ganz besondere Zuwendung und Unterstützung benötigen.

Es handelt sich um einen Personenkreis, bei dem ganz unterschiedliche Hilfesysteme, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule, Erwachsenenpsychiatrie, berufliche Eingliederung, miteinander zu tun haben, miteinander planen, kooperieren, gemeinsame Verantwortung übernehmen müssen.

Ich komme aus einer Region, in der die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, zunehmend auch mit dem Bereich Schule, schon weitgehend selbstverständlich geworden ist. Dies zu erreichen, war ein Prozess. Die Anstrengungen haben sich gelohnt, und die Ergebnisse kommen u.a. unseren psychisch kranken Jugendlichen zugute.

Definitionen

Zu Anfang möchte ich ein paar Begriffe definieren und erste Überlegungen anstellen.

Die Jugendzeit, die Pubertät, beginnt bei Mädchen mit der ersten Menses, bei Jungen mit der ersten Pollution/Ejakulation. Die psychischen und psychosozialen Entwicklungsprozesse, die diesen biologischen Reifungsprozess begleiten, nennt man Adoleszenz.

Wann aber ist die Jugendzeit vorüber? Wann endet die Adoleszenz und damit unsere Aufgabe für diese jungen Menschen? Mit 18, mit 21, später? Leider lässt sich dies nicht genau fassen, hängt das Ende des Reifungsprozesses doch von einer Vielzahl individueller und gesellschaftlicher Faktoren ab.

In gewisser Weise berücksichtigt das Strafrecht diese ungenau zu definierende Grenze. Und das Jugendhilferecht tut dies auch: siehe §41 KJHG. Hier heißt es: „Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die

Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden.“

Bedenken Sie aber an dieser Stelle schon, dass wir es bei den psychisch belasteten jungen Menschen mit Personen zu tun haben, deren Reifeprozess durch die Erkrankung sehr häufig verlangsamt, manchmal unterbrochen ist, wir also besonders häufig individuelle Lösungen finden müssen.

In einer Zeit, in der Ruhe und verlässliche Beziehungen für den jungen psychisch kranken Menschen besonders wichtig sind, haben wir den Streit der Kostenträger Jugendhilfe versus Sozialhilfe, wenn der 18. Geburtstag herannaht. In mancher Hinsicht ist dies ein Problem, das in Berlin noch nicht befriedigend gelöst ist.

Was heißt „psychisch krank?“ Steinhausen definiert das so:

„Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt.“

Es kann sich um Störungen handeln, die vielleicht nach kurzer Zeit wieder behoben sind, aber auch um schwerwiegende psychische Erkrankungen, die dann übrigens häufig eine seelische Behinderung zur Folge haben.

Und was bedeutet der Begriff „Seelische Behinderung“? Bitte gewöhnen Sie sich, wenn Sie es nicht schon längst tun, an zu sagen: dieser junge Mensch *ist* behindert. Dann wird von vornherein deutlich, dass dieser junge Mensch gegenüber bestimmten Aufgaben, die er zu bewältigen hat, behindert ist, also z.B. in Bezug auf einen erfolgreichen Schulbesuch oder in Bezug auf die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Und denken Sie daran, der Begriff „seelische Behinderung“ ist ein sozialhilferechtliches Konstrukt. Seelische Behinderung ist also weder eine Krankheit noch ein Zustand, deshalb sollten wir *nicht sagen*: dieser Mensch *hat* eine Behinderung.

Aufgaben des Jugendalters

Um entscheiden zu können, was bei dem jungen psychisch gestörten Menschen bezogen auf sein Entwicklungsalter abweichend ist, muss ich mir vor Augen halten, welche ganz besonderen Aufgaben jeder junge Mensch in der Adoleszenz zu bewältigen hat.

Wir können von Grundbedürfnissen in der Adoleszenz, von typischen Reaktionsweisen sprechen und schauen, welche Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz anstehen und welche Bewältigungsstrategien hierfür zur Verfügung stehen.

Die *Grundbedürfnisse* in der Adoleszenz kann man u.a. einteilen in:

- Physiologische Bedürfnisse (Verlangen nach körperlicher und sexueller Betätigung)
- Sicherheitsbedürfnisse (weniger in der Familie, mehr in einer Gruppe Gleichaltriger)
- Unabhängigkeitsbedürfnisse
- Bedürfnisse nach Zugehörigkeit (Liebesbedürfnisse. Einsamkeitsgefühle sind oft besonders ausgeprägt)
- Leistungsbedürfnis (typisch wäre für das Alter eine gesteigerte Leistungsmotivation)
- Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Ich-Entwicklung
- Bedürfnis, anerkannt und akzeptiert zu werden.

Für die Adoleszenz typische *Reaktionsweisen* sind:

- Emotionale Instabilität
- Selbstständigkeitsdrang (Konfrontation mit Reglementierungen)
- Angriff oder Rückzug (Übertretung von Regeln, Rückzug als Opposition, sich nicht verstanden Fühlen)
- Idealistische Tendenzen
- Generationenkonflikt.

Die *Entwicklungsaufgaben*:

- Neue Beziehungen mit Altersgenossen beider Geschlechter herstellen
- Die männliche/weibliche Rolle entwickeln
- Den eigenen Körper akzeptieren
- Sich auf Partnerschaft/Familie vorbereiten
- Sich auf eine berufliche Laufbahn vorbereiten
- Ein sozial verantwortliches Verhalten anstreben
- Ein Selbstkonzept entwickeln (gerade hier gibt es oft besondere Probleme, die bei einer geringen Selbstachtung in sozialen Rückzug, Aggressivität, Gruppenzwänge führen können).

Schließlich lernt der junge Mensch für all diese Aufgaben *Bewältigungsstrategien*:

- Leistungstechniken
- Anpassungstechniken
- Defensive Techniken (Abwehr und Aufschub derzeit nicht zu lösender Probleme)
- Evasive Techniken (Zeitweiliges Verlassen des Konfliktfeldes)
- Aggressive Daseinstechniken.

Häufige Störungen des Jugendalters

Es ist Ihnen allen klar, dass diese gewaltigen Aufgaben, die ein junger Mensch in Pubertät und Adoleszenz zu bewältigen hat, zu einer Vielzahl von Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen führen können. Das Bild ist gerade in diesem Alter außerordentlich vielfältig, was die Einschätzung einer Störung recht schwierig machen kann. Sie arbeiten alle mit jungen Menschen und wissen, welche Freude es sein kann, sich mit diesen jungen Menschen zu befassen..

Die Grenzen sind fließend: Typische adoleszente Verhaltensweisen lassen sich manchmal schwer von Entwicklungsstörungen oder Anpassungsstörungen abgrenzen. Es ist nicht immer leicht zu sagen, wo die psychische Störung endet und wo die psychische Krankheit beginnt. Wichtig ist mir eine gute Diagnostik und ein entsprechender Betreuungs- und Behandlungsplan in Abstimmung mit den Betroffenen und in der Regel mit der Jugendhilfe. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat hierbei besondere Aufgaben.

Zeitweilige Entwicklungsstörungen sind für die Adoleszenz eigentlich normal. Es kann, zumindest vorübergehend, zu ganz dramatischen Ereignissen kommen, die im Allgemeinen aber rasch wieder verschwinden, vor allem dann, wenn der junge Mensch verlässliche Gesprächspartner hat (ich erwähne z.B. die häufigen Suizidideen).

Anpassungsstörungen hängen eng mit akuten (oder auch chronischen) Belastungssituationen in Familie, Schule, sozialem Umfeld zusammen. Psychogene Lernstörungen, aber auch Schulangst, Schulphobie können unter diesem Begriff subsummiert werden. Ausgeprägte Suizidalität kann auch hier die Folge sein.

Welche Störungen und Krankheiten kommen in der Adoleszenz gehäuft vor?

- Identitätskrisen (mit depressiven Verstimmungen und Suizidgedanken)
- Störungen der sexuellen Entwicklung
- Autoritätskrisen
- Depersonalitätserlebnisse (neurotischer oder psychotischer Natur; also Entfremdungserlebnisse, Beziehungsideen)
- Neurotische Störungen und Erkrankungen
- Narzistische Krisen (mit Panikreaktionen)
- Anorexia nervosa (Pubertätsmagersucht)
- Neurotisch bedingte Dissozialität und Delinquenz
- Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)
- Drogenabhängigkeit
- Psychosen.

Die Prognose gerade der Adoleszentenkrisen ist oft schwierig und in der Regel erst dann einschätzbar, wenn man den jungen Menschen eine ganze Weile begleitet hat.

Meine Erfahrung ist die, dass nicht selten psychotisch oder präpsychotisch anmutende Phänomene bei jungen Menschen wieder verschwinden, andererseits aber bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Rückzug, Einengung der Interessen) erste Hinweise auf den Beginn einer zum Glück seltenen psychotischen Erkrankung sein können.

Deshalb ist es aus meiner Sicht so wichtig, dass diese Menschen eine kontinuierliche und verlässliche Beratung erfahren, so sie es wünschen. Denn sie spüren es in aller Regel selbst, dass irgend etwas nicht in Ordnung ist mit ihnen. Und sie sind einer Beratung oder auch einer Psychotherapie durchaus zugänglich, obwohl immer noch behauptet wird, junge Menschen ließen sich weder beraten noch therapieren.

Erklärung wichtiger Störungen

Ich kann hier nur schlaglichtartig aus dem großen Bereich der psychischen Erkrankungen zwei Störungen beleuchten, mit denen Sie es vielleicht häufiger zu tun haben: die Schizophrenie/Hebephrenie und die Schulphobie.

Vier Hauptsymptome einer *schizophrenen Psychose* stehen auch bei Jugendlichen im Vordergrund:

- Der autistische Rückzug
- Depersonalitätserscheinungen (Störungen des Ich-Erlebens, Ich-Entfremdung, Abkapselung)
- Derealitätserscheinungen (Einbeziehung der Umwelt in die eigene wahnhafte Störungswelt)
- Denkstörungen (Zerfahrenheit, Inkohärenz, Blockierungen, Gedankendrang, Gedankenentzug)

Daneben finden sich häufig Zwangs- und Angstsymptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen. Letztere allein sind allerdings für die Diagnose einer Psychose nicht ausreichend.

Sie können sich vorstellen, wie sehr die adoleszente Entwicklung eines Menschen beeinträchtigt ist, wenn er sich mit einem so bedrängenden und umfassenden Krankheitsgeschehen konfrontiert sieht. Mangelnde Krankheitseinsicht, die gerade zu Beginn psychotischer Erkrankungen so typisch ist, erleichtert nicht eben die Arbeit mit diesen Menschen.

Es kann zu Ereignissen kommen, die den jungen Menschen und seine Betreuer gleichermaßen verwirren können. Die Geschichte eines Jugendlichen mit einer schizophrenen Psychose fällt mir ein. Von unerklärlicher Unruhe getrieben, ging er mitten in der Nacht auf die Straße, kam mit einer schweren Messerstichverletzung im Mundbereich blutüberströmt zurück. Es ließ sich nicht klären: war er überfallen worden, oder hatte er sich die Verletzung selbst beigebracht. Für die Erzieher, den Jugendlichen und die Eltern ein gleichermaßen verwirrendes Ereignis. War die folgende Akutphase von dem Überfall ausgelöst, oder geschah die Selbstverletzung zu Beginn der akuten Phase?

Eine weitere sehr schwer wiegende Erkrankung des Jugendalters ist die *Schulphobie*.

Hier handelt es sich um eine schwere Angstproblematik im Sinne einer Trennungsangst. Das krankmachende Objekt ist also gar nicht die Schule – die Jugendlichen fühlen sich dort eigentlich sogar wohl, haben akzeptierte Lehrer und Lehrerinnen, nette Klassenkameraden, sind nicht selten intelligent und leistungsstark. Dennoch gehen sie nicht zur Schule, weil innerpsychische Konflikte die Trennung vom häuslichen Milieu unmöglich machen. Die inneren Kämpfe, die Probleme, die solch einen jungen Menschen bedrängen: Angst, Scham, Verzweiflung, Versagen, vernichtendes Selbsturteil, Aggressivität, völlige Passivität.

Aus meiner langjährigen Erfahrung möchte ich behaupten, dass ich kaum ein prognostisch ungünstigeres Krankheitsbild kenne (außer den Psychosen vielleicht). Das Ende ist oft völlige Hilflosigkeit auch der Hilfesysteme und Resignation.

Im ambulanten Bereich verschärft sich die Problematik oft noch mehr. Denn wenn ein solch betroffener junger Mensch schließlich endlich in der Klinik ist oder in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft, hat man schon sehr viel gewonnen. Sie sehen also in Ihren Einrichtungen oder in jugendpsychiatrischen Kliniken durchaus die leichteren Fälle!

Zu unterscheiden ist hiervon natürlich die Schulangst (konkret belastende Situation in der Schule) und das Schuleschwänzen („Null-Bock“), die jeweils ganz anderer Vorgehensweisen bedürfen.

Deshalb ist es aus meiner Sicht nicht genug, wenn in Berlin festgestellt wird, wie viel schuldistanzierte Schülerinnen und Schüler es gibt – immerhin aber ein erster Schritt. Jeder Einzelfall müsste zugeordnet werden können, dann wäre der Hilfebedarf deutlicher. Aber selbst manchen Direktoren von Gymnasien ist nicht bekannt, was eine Schulphobie ist. Schüler gelten in jedem Fall als bequeme Schwänzer (also die Schüler sind bequem, und für die Schule sind sie auch bequem, weil sie nicht da sind).

Es müsste mehr Fortbildung zu psychiatrisch relevanten Erkrankungen geben, Sie können sich aber auch Fachleute in Ihr Haus holen, vielleicht wird dies noch zu wenig genutzt.

Hilfen

Wenn Probleme eines jungen Menschen deutlich werden und der Eindruck entsteht, es könnte sich um eine psychische Symptomatik handeln, sollte eine gute Diagnostik die Grundlage des Handelns sein. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

Das Gefühl der Eltern, versagt zu haben, Angst, Scham und andere Gefühlslagen verhindern aber häufig eine frühzeitige Diagnostik.

Erstaunlicherweise kommt es, wenn sich bei einem jungen Menschen eine Erkrankung ankündigt, heute zu deutlich mehr Selbstvorstellungen Jugendlicher z.B. im KJPD, als dies noch vor acht oder zehn Jahren der Fall gewesen wäre. Die Probleme Jugendlicher scheinen insgesamt – sicher auch aufgrund der gesamtgesellschaftlichen, ökonomischen Lage – heute ernster genommen zu werden.

Vielleicht nicht typisch für die Gesamtentwicklung, aber im KJPD haben sich die Zahlen in den letzten Jahren sehr entschieden Richtung Jugendlicher ab 15 Jahren bewegt. Gab es früher unter unserer Klientel etwa 5% junge Menschen ab 15 Jahren, sind es inzwischen über 30%, d.h., pro Jahr suchen etwa 240 bis 270 junge Menschen, die mindestens 15 Jahre alt sind, den KJPD Reinickendorf auf, natürlich ganz überwiegend auf Wunsch der Eltern oder des Jugendamtes, aber immerhin.

Nicht wenige der Jugendlichen entwickeln nach dem Kennenlernen den Wunsch nach einer kontinuierlichen Begleitung. Wie kommt dies? Ich glaube, die Sprachlosigkeit hat zugenommen, auch unter Jugendlichen. Mit 15 bespricht man im Allgemeinen seine Dinge nicht mehr mit den Eltern. Aber untereinander? Da gibt es erst recht Hemmungen.

Wenn ich mich mit Phänomenen konfrontiert sehe, die ich nicht verstehe, werde ich die vielleicht gerade nicht mit dem besten Freund, der besten Freundin besprechen, aus Sorge, verlacht zu werden.

Der hemmungslose Umgang mit Suchtmitteln auf der anderen Seite, insbesondere viel zu früh und viel zu verbreitet mit Cannabis, sorgt andererseits dafür, dass Jugendliche häufiger als früher an Grenzbereiche geraten, in denen sie hilfe- bzw. beraterbedürftig werden.

Ich möchte nicht missverstanden werden: es geht hier zunächst um Beratung, nicht unbedingt um jugendpsychiatrisches Handeln. Mein Eindruck ist jedoch, dass die Zahlen im KJPD auch deshalb steigen, weil es weniger Lehrer gibt, die noch zuhören können, weniger Eltern, die sich Zeit nehmen, weniger Angebote der Jugendhilfe (Jugendfreizeitheimen). Die Probleme werden noch steigen, wenn die ASPDs zunehmend weniger in der Lage sind, Beratung über einen gewissen Zeitraum anzubieten.

Zumindest bei den stärker ausgeprägten Störungen, bei den psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne, ist ein Aufenthalt in einer jugendpsychiatrischen Klinik, und sei es nur zur ausführlichen Diagnostik, ein häufiges Ereignis. Auch dies geschieht manchmal viel zu spät, vor allem dann, wenn die psychische Erkrankung nicht rechtzeitig genug erkannt worden ist.

Manchmal ist es nicht zu fassen, wie lange manche Familien warten, bis sie etwas unternehmen, wie gesagt, sehr oft aus panischer Angst. Aber wir können uns an die eigene Nase fassen. Wenn wir Symptome von Krankheit an uns entdecken und vielleicht fantasieren, könnte dies etwas Ernsthaftes sein, vielleicht sogar ein Tumor? Wann gehen wir dann zum Arzt?

Bei der Schulphobie, wie gesagt, eine dringend behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne einer Angststörung, ist es sogar ganz typisch, dass endlos lange gewartet wird bis zum Handeln (auch die Schule hat hier eine Engelsgeduld!). Aber hier kommt erschwerend hinzu, dass die jeweilige Familie ja selbst involviert ist, es sich um ein Familienproblem insgesamt handelt. Und ein stationärer Aufenthalt, ob in einer Klinik oder einer heilpädagogisch-therapeutischen Einrichtung, ist dann oft gar nicht mehr möglich.

Also, nehmen wir an, es ist geglückt, der junge Mensch befindet sich zur Diagnostik und für den Beginn einer adäquaten Behandlung in der jugendpsychiatrischen Klinik. Wie geht es weiter? Bei aller Kritik an den Verhältnissen: früher hatte man Zeit, sich intensiv mit dem Jugendlichen zu beschäftigen, ihm zu ermöglichen, über einen längeren Zeitraum hinweg Bindungen in der Klinik aufzunehmen, eine Krankheitseinsicht zu gewinnen, Hilfe annehmen zu können. Das war vorteilhaft.

Keiner will dahin zurück. Natürlich nicht. Denn der Nachteil war eine viel zu früh beginnende Psychiatrisierung, die man ja auch im Erwachsenenbereich zu Recht überwunden hat. Aber heute geschieht oft das Gegenteil: nach einer kurzen Diagnostikphase, sei es vier Wochen, sei es gar nicht selten nur wenige Tage, wird der junge Mensch entlassen, bevor auch nur in irgendeiner Weise eine sinnvolle Planung gestaltet werden konnte, ja noch nicht einmal eine Helferkonferenz hat stattfinden können, die bei *jedem* Klinikaufenthalt Standard sein sollte.

Ich spreche von einer Zusammenkunft, an der neben Klinik, Patient, Eltern zumindest der ASPD beteiligt sein sollte, aber eigentlich auch der KJPD, die Schule (!) und andere, die im Einzelfall von Bedeutung sind. Dies geschieht nicht. Oder zu selten. Leider.

Wir rennen der Zeit hinterher, wenn der Jugendliche bereits entlassen ist und erst dann angefangen werden kann, Hilfen zu diskutieren, zu planen, einzuleiten. Nicht selten ist die Jugendhilfe an dieser Stelle allein gelassen, überlegt – aus ihrer Sicht mehr als verständlich – Hilfen der *Erziehungshilfe*, obwohl es fast immer um *Eingliederungshilfe* geht und um eine Kombination von medizinisch-psychiatrischer Heilbehandlung und erzieherischem Wirken.

Da tut sich nicht selten ein großes Loch auf, das, glaube ich, sehr wohl vor allem von den Klinikmitarbeitern gesehen wird, die dann ratlos vor dem Jugendhilfeangebot stehen, das zwar unbedingt in Anspruch genommen werden muss. In der Regel ist jedoch *auch* ein Angebot der psychiatrischen Behandlung erforderlich.

Also stehen wir vor dem Dilemma, dass diese jungen Menschen, die gerade noch 100% krank waren, nach der Entlassung 0% Krankenhilfe erhalten, aber 100% Erziehungshilfe, wie es neulich jemand mit mir im Gespräch formulierte.

Im KJHG ist alles wunderschön geregelt, wenn Erziehungshilfe in Anspruch genommen werden muss. Das Hilfeangebot ist inzwischen ausgereift, sehr vielfältig. Aber es müsste im Grunde ein Pendant zur Erziehungshilfe geben, ein Steuerungsinstrument auch hier, wenn es um Heilbehandlung geht. Die Erwachsenenpsychiatrie ist da ein ganzes Stück weiter.

Komplementäres Angebot – Differenzierung

Nach der Krankenhausentlassung oder nach der ambulanten jugendpsychiatrischen Diagnostik bei den niedergelassenen Ärzten oder den KJPDs muss natürlich nicht in jedem Falle eine stationäre oder teilstationäre Jugendhilfemaßnahme erfolgen. Es gibt natürlich viele junge Menschen, die z.B. auch mit einer Psychoseerkrankung weiter in ihren Familien leben, sich medikamentös und psychotherapeutisch behandeln lassen, schulisch eingegliedert oder wieder eingliederbar sind. Aber vor allem dann, wenn sich die Familie oder das unmittelbare soziale Umfeld als krankmachendes Milieu herausstellt, ist eine Betreuung außerhalb des Herkunftsbereiches dringend erforderlich. Und dies ist unabhängig vom Alter. Es wäre eine Katastrophe für unsere jungen Menschen, wenn sie, wie es gelegentlich zu hören ist, die TWG schon mit 16 Jahren verlassen müssten.

Zum Glück haben wir Sie. Zum Glück haben wir es in Berlin geschafft, unser stationäres und teilstationäres Erziehungshilfeangebot um Eingliederungshilfeange-

bote zu ergänzen, die vielen jungen Menschen sehr hilfreich waren und sind. Es kam zu einer Ausweitung und Differenzierung, mit der ich recht zufrieden bin. Zwar sollten Spezialeinrichtungen nicht uferlos entstehen, aber nicht jedes Problem lässt sich in den normalen Alltag einer nichttherapeutischen WG integrieren.

Als Beispiele seien genannt Einrichtungen, die aus dem Blickwinkel Reinickendorf für uns von Bedeutung sind (andere Regionen Berlins haben andere Zugänge): u.a. der „Steg“ e.V., als unser wichtigster regionaler Träger für psychiatriebetroffene junge Menschen, Neuhland mit dem Angebot für suizidgefährdete Jugendliche, Gemini als etabliertes Angebot therapeutischer WGs, ProWo mit stationären Hilfen für junge Menschen mit sogenannter Doppeldiagnose Sucht und psychiatrischer Erkrankung, Zwischenland für suchtkranke Jugendliche usw.

Aber wir sitzen auch deshalb hier zusammen, weil die genannten Einrichtungen und andere aus meiner Sicht damit kämpfen müssen, ihre weit über Erziehungshilfe hinausgehenden Bemühungen um diese psychisch auffälligen oder kranken Menschen entsprechend weiterhin honoriert zu bekommen.

Es fehlt an Übergängen. Es fehlt an Einrichtungen der Krankenhilfe, die über die akute Krankenhausphase hinaus hilfreich tätig werden können. Ich möchte nicht die Chronikerabteilungen zurück, um Himmels willen nicht, aber ich wünsche mir Einrichtungen mit jugendpsychiatrischer *und* therapeutischer *und* Erziehungshilfekompetenz.

Natürlich gibt es so etwas – im Schwarzwald, in Bremen, in Niedersachsen... Wir brauchen dies aber in Berlin! Besser noch: Wir brauchen in Berlin mehr als bisher Jugendhilfeeinrichtungen, Heime, Wohngemeinschaften, die sich diese zusätzlichen Kompetenzen ins Haus holen und dies auch bezahlt bekommen.

In diesem Zusammenhang halte ich die Entscheidung des VIVANTES-Klinikum, das Mossestift zum 31.12.2002 zu schließen, für eine eklatante Fehlentscheidung.

Ein paar Worte noch zu einem dritten System, das zu häufig nicht mit im Boot saß: die Schule.

Aufgaben der Schule

Wir haben die Wiesengrundschule, wir haben zwei Sonderschulen für schwer Verhaltensgestörte (zumindest die Martin-Luther-King-Schule in Reinickendorf nimmt zuweilen auch psychisch Kranke auf).

Wir haben eine noch sehr geringe Bereitschaft, manchmal aber auch einfach nur sehr geringe Möglichkeiten vom Schulgesetz her, das Schulsystem um Angebote für unsere Klientel, von der wir heute sprechen, zu erweitern.

Diese Probleme sind dieses Jahr auf einer ausgezeichneten Tagung („Wenn die Schule zum Problemfeld wird“) in der Evangelischen Fachhochschule aufgegriffen worden. Wir werden regional im nächsten Frühjahr an dieser Sonderthematik weiterarbeiten.

Erziehung versus Heilbehandlung. KJHG versus BSHG

Zurück zu den Aufgaben der stationären Jugendhilfe. Bedenken Sie: den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dieser Einrichtungen obliegt, junge Menschen mit all ihren sich aus den vorher geschilderten Grundbedürfnissen, Reaktionsweisen, Entwicklungsaufgaben, Bewältigungsstrategien ergebenden Fragen, Konflikten, behutsam zu begleiten. Das ist schwer genug.

Bei Ihren Einrichtungen kommt hinzu, dass sie es mit Jugendlichen zu tun haben, die aufgrund ihrer Erkrankungen ganz andere Grundbedürfnisse haben, vielleicht weniger unabhängig sein wollen, dafür lieber kleinkindhaft anhänglich. Die andere Reaktionsweisen zeigen: die emotionale Instabilität ist vielleicht extrem schwankend, es gibt vielleicht aus dem Tagesgeschehen heraus nicht nachvollziehbare Wutanfälle, der Rückzug geht bis zur Sprechverweigerung und Verweigerung aller Gemeinschaftsaufgaben.

Sie haben es mit jungen Menschen zu tun, die aufgrund der Erkrankung gar nicht in der Lage sind, ihre altersgemäßen Entwicklungsaufgaben auch nur in Angriff zu nehmen. Jeder, der mit suchtkranken Jugendlichen zu tun hat, kann immer wieder feststellen, dass diese Jugendlichen in ihrer Entwicklung häufig einfach stehenbleiben. Und schließlich lernen diese Jugendlichen ungeeignete Bewältigungsstrategien, oder solche, die allein auf die Krankheit abzielen, aber nicht auf die altersgemäß jetzt erforderlichen Strategien.

Die schulische Laufbahn ist in der Regel schwer beeinträchtigt. Ursprüngliche Lebensziele lassen sich nicht mehr verwirklichen. Darunter leiden Sie als Betreuer manchmal genauso wie der Jugendliche.

Sie brauchen Verständnis für interkulturelle Belange. Die Erkrankung verschärft die Auseinandersetzungen z.B. mit der Herkunftsfamilie noch mehr. Sie müssen wissen, dass der Drogengebrauch (vor allem Cannabis) manchmal nur dazu dient, die Angst zu mindern, die Krankheitssymptome zu verdecken.

Aus eigener Erfahrung (ich habe mir damals im Mossestift auch mal für vier Wochen ganz normalen Gruppendienst „gegönnt“) weiß ich, welcher hohen Anspruch

diese jungen Menschen an Ihre Professionalität, Ihre Geduld, Ihr Verständnis, Ihr liebevolles Eingehen auf die extreme Beanspruchung durch die Jugendlichen haben.

Unumgänglich ist für den Jugendlichen häufig ein psychotherapeutisches Angebot, das, wenn im eigenen Hause nicht möglich, zu Fragen der Doppelfinanzierung führt. Unumgänglich ist aber auch, dass sich Ihre Kolleginnen und Kollegen mit der Wirkungsweise und den Nebenwirkungen psychopharmakologischer Medikamente vertraut machen.

Dass man dies bewältigt und ein Burning-out, wenn möglich, vermeidet, geht meiner Ansicht nur, wenn wesentliche Bereiche des Privatlebens, das übrigens strikt von der beruflichen Tätigkeit getrennt sein sollte, Ihnen immer wieder Kraft und Zuversicht geben können.

Elternarbeit

Und vergessen Sie nicht: Sie haben es bei der immer notwendigen Arbeit mit den Herkunftsfamilien oft mit Vätern und Müttern, manchmal Omas und Opas und anderen Mitgliedern der Familie zu tun, die ihrerseits kompliziert sind, vielleicht auch psychisch krank, vielleicht durch ihr wohlmeinendes Verhalten den jungen Menschen immer wieder ungewollt in die Krankheit flüchten lassen. Also auch hier: Elternarbeit unter erschwerten Bedingungen.

Was ist mit den jungen Volljährigen?

Der Spardruck zwingt das Land Berlin, hier wesentlich mehr Phantasie walten zu lassen als in der Vergangenheit. Dies könnte eine Chance für uns sein.

Warum zahlen die Krankenkassen die Klinikbehandlung zu 100%, die ambulante oder stationäre Betreuung im Jugendhilfebereich für die gleichen jungen Menschen aber zu 0%, also nur die Arztbesuche und die Medikamente, vielleicht mal eine Ergotherapie oder viel zu selten noch eine Psychotherapie?

Aber wenn es, z.B. bei einer Schulphobie, zur Heilung dringend notwendig ist, dass der junge Mensch in einer therapeutischen Wohngemeinschaft lebt, zahlt die Kasse natürlich nicht, auch nicht den Anteil, der sich aus dem höheren Aufwand für den psychisch kranken Menschen ergeben könnte. Dies kann und muss man in der Zukunft ändern.

Was sich aus meiner Sicht auch ändern muss: Therapeutische Jugendhilfeeinrichtungen, ob Heime, ob WGs, ob Betreutes Einzelwohnen, benötigen die Voraussetzungen und die Berechtigung, sowohl nach KJHG (Erziehungshilfe) als auch nach BSHG (Eingliederungshilfe inkl. §35a KJHG) abrechnen zu können.

Es darf nicht dazu kommen, dass ein junger hilfebedürftiger Mensch mit 18 Jahren die Einrichtung verlassen muss, nur weil der Kostenträger von der Jugendhilfe zur Sozialhilfe wechselt.

Gerade der Beziehungsaspekt ist doch für unsere Klientel von besonderer Bedeutung und sollte unbedingt berücksichtigt werden. Natürlich kann ein Wechsel der Einrichtung im Sinne eines Fortschritts auch mal sehr sinnvoll sein, aber individuelle Lösungen müssen erlaubt und machbar bleiben. Ziel ist ohnehin die Entlassung aus der Einrichtung, die Eingliederung in ein reguläres Umfeld, also die Verselbständigung.

Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass das KJHG Möglichkeiten zulässt, die nicht immer genutzt werden. Da viele unserer jungen Menschen ohnehin mit 18 noch nicht verselbständigungsfähig sind, haben sie aus meiner Sicht weiterhin einen erhöhten erzieherischen Bedarf, der §41 KJHG kann also zumindest bis zum 21. Lebensjahr Anwendung finden.

Und sollte aus Krankheitsgründen auch dann noch eine stationäre Betreuung nötig sein, halte ich es spätestens dann ohnehin für sinnvoll, wenn sich die Erwachsenenpsychiatrie um diesen Menschen kümmert und die entsprechende Verantwortung übernimmt.

Schlusswort

Mit den folgenden praktischen Empfehlungen für Sie und Wünschen für die Zukunft möchte ich schließen:

- Diagnostik ermöglichen
- Verstehen, dass psychisch kranke Menschen in ihrer altersgemäßen Entwicklung behindert sind und unsere Hilfe brauchen
- Verlässliche Beratung anbieten
- Veränderte Lebensplanung berücksichtigen
- Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen stärken
- Gemeinsam Verantwortung tragen
- Nicht Erziehungshilfe *versus* Eingliederungshilfe/Krankenhilfe, sondern Erziehungshilfe *mit* Eingliederungshilfe/Krankenhilfe
- Differenziertes Hilfesystem erhalten
- Bessere Übergänge Klinik/TWG schaffen
- Verantwortung des Schulsystems entwickeln
- Wechsel des Kostenträgers darf nicht zwangsweise zu Einrichtungswechsel führen
- Krankenkassen zur Finanzierung heranziehen; Mischfinanzierungen

- Stationäre Betreuung (Jugendhilfe) der über 16/18-Jährigen muss erhalten bleiben
- Langfristige Psychiatrisierung vermeiden
- Liebevolle Zuwendung zu den kranken jungen Menschen und deren Familien *entwickeln*

Annette Streeck-Fischer

Zur Behandlung multipler und komplexer Entwicklungsstörungen

Einleitung

Die Diagnose einer Borderline-Struktur oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist bei Kindern und Jugendlichen umstritten. Die Komplexität der Störung im Kindes- und Jugendalter verweist auf eine sehr heterogene Gruppe (Bürgin, Meng 2000, Petti, Vela 1990), die am ehesten als ein Syndrom mit vielfältigen externalisierenden und internalisierenden Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen betrachtet werden sollte. Die vielfältigen Auffälligkeiten, die sich nicht nur auf die psychische Ebene beschränken, veranlassen Autoren wie Cohen et al. 1987, Towbin 1993, Lincoln et al. 1998, die Problematik als multiple und komplexe Entwicklungsstörung zu sehen (MCDD – Multiple Complex Developmental Disorder). Untersuchungen zu Risikofaktoren bei der Entwicklung solcher Störungen weisen auf eine hohe Belastung durch reale Traumata hin, deren Auswirkungen in der Entwicklung bisher vernachlässigt wurde. Auch in diesem Zusammenhang sind Einwände gegen das Borderline-Konstrukt laut geworden.

Die frühen Entwicklungs- und Beziehungsstörungen sind durch eine vielfältige und oft fluktuierende Symptomatik gekennzeichnet. Unsere Erfahrungen in der Behandlung dieser Störungen haben gezeigt, dass das entscheidende strukturierende Element für deren Entwicklung in erster Linie anhaltende und wiederkehrende Überwältigungen durch traumatische Belastungen sind und nicht die Auswirkungen chronischer Aggression. Kinder und Jugendliche sind den traumatisierenden Bedingungen oft noch zu dem Zeitpunkt ausgesetzt; da sie klinisch auffällig werden. Dies muss in der Behandlung unbedingt erkannt werden und ist eine Voraussetzung für jede sinnvolle Therapie. Wiederkehrende destruktive Interaktionszirkel, etwa indem das Kind von der Mutter misshandelt wird, bestimmen den Alltag der jungen Patienten und die Therapie und gehen u.a. mit primären Reaktionen (Streeck-Fischer 2000) einher, die nicht mit neurotischen Abwehrmechanismen verwechselt werden dürfen. Primäre Reaktionen wie fight/flight, freeze (Erstarren) und daraus folgende Bewältigungen wie Deck- oder ‚Compliance‘-Verhalten (Crittenden 1995) führen zu ‚Shutdown‘-Mechanismen, die mit funktionellen Wahrnehmungsstörungen einhergehen. Sie haben eine Vielfalt von konsekutiven Beeinträchtigungen zur Folge, die sowohl im affektiven und kognitiven als auch im sensorischen Bereich auftreten. Entwicklungsstops müssen in spezifischen Behandlungsbedingungen berücksichtigt werden.

Um welche Patienten geht es?

Die phänomenologischen psychiatrischen Klassifikationssysteme des DSM IV und ICD-10 sehen die Diagnose einer Borderline-Störung nur für Patienten im Erwachsenenalter, nicht jedoch für Kinder und Jugendliche vor. Laut ICD-10 ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 bis 17 Jahren unangemessen. Im DSM IV heißt es, dass die Kategorien der Persönlichkeitsstörungen allenfalls in Ausnahmefällen auf Kinder und Heranwachsende angewandt werden können, deren unangepasste Persönlichkeitszüge tiefgreifend und andauernd und wahrscheinlich nicht auf eine bestimmte Entwicklungsphase oder eine Episode begrenzt sind. Die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung soll vor dem 18. Lebensjahr generell nicht verwendet werden.

Störungen von Kindern und Jugendlichen, die im Grenzbereich von Neurose und Psychose angesiedelt sind, können sich hinter einer Vielfalt von Diagnosen verbergen, beispielsweise hinter solchen Klassifikationen im ICD-10 wie Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9), hyperkinetischen Störungen, insbesondere hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens (F 90.1), Störungen des Sozialverhaltens (F 91), insbesondere Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten sowie anderen Störungen, kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion (F 92), emotionalen Störungen des Kindesalters (F 93), die mit Trennungsangst einhergehen, sozialer Ängstlichkeit oder nicht näher zu bezeichnenden Störungen, ebenso Störungen sozialer Funktionen (F 94), die sich in einem elektiven Mutismus oder in einer Bindungsstörung bemerkbar machen, sowie sonstigen Verhaltens- oder emotionalen Störungen (F 98) wie Enuresis, Enkopresis usw.

In der psychoanalytisch/psychodynamischen Diagnostik wird häufiger von Frühstörungen gesprochen, von Störungen mit strukturellen Defiziten, Entwicklungsstörungen, strukturellen Ich-Störungen oder auch Borderline-Entwicklungsstörungen, in der letzten Zeit auch häufiger von komplexen traumatisch bedingten Entwicklungsstörungen. Derzeit gibt es verschiedene, zum Teil konkurrierende Erklärungsmodelle für diese vielfältigen Störungen im Kindes- und Jugendalter, auf die ich kurz eingehen möchte.

Das Borderline-Modell

Das Borderline-Modell zum Verständnis von Entwicklungs- und Beziehungsstörungen im Kindes- und Jugendalter bezieht sich auf die Beschreibungen von Borderline-Störungen Erwachsener und ähnelt ihnen in weiten Bereichen (z.B. A. Freud 1980, Wallerstein und Ekstein 1954, Geleerd und Masterson 1958, Gunderson und Kolp 1978). Die frühen Störungen in den Objektbeziehungen mit den

entsprechenden primitiven Abwehrmechanismen und ich-strukturellen Defiziten stehen im Mittelpunkt der Betrachtung. Zuletzt hat Diepold (1994) unter Verwendung von DSM-III-R-Kriterien versucht, vergleichbare Kategorien wie für erwachsene Patienten für das Kindes- und Jugendalter zu entwickeln. Sie nennt in diesem Zusammenhang als kennzeichnend für Borderline-Entwicklungsstörungen die diskrepante Entwicklung, die Selbstwertstörung, Wut und Destruktion, Vernichtungs- und Trennungsangst, eingeschränkte Kontakte und Bindungen sowie Selbstschädigungen.

Die Frage, ob schon im frühen Kindesalter eine überdauernde Persönlichkeitsorganisation ausgebildet wird, wird kontrovers diskutiert (Kernberg, Shapiro 1990). Zum Borderline-Konzept im Kindesalter wird kritisch vermerkt, dass spezifische Bedingungen der kindlichen Entwicklung und der dynamisch instabile Zustand der Kinder darin keine besondere Berücksichtigung finden. So ist fraglich, ob Kinder, bei denen eine Borderline-Struktur festgestellt wird, in der weiteren Entwicklung Borderline-Erwachsene werden. Das Borderline-Konstrukt geht – so Shapiro (1990) – mit einer Konfusion von deskriptiven, dynamischen und genetischen Ansätzen einher. Cohen wendet ein, dass es zu unspezifisch sei, die multiplen Entwicklungsdefizite lediglich unter den Aspekten der Objektbeziehungstörungen zu betrachten, da ähnliche Störungen auch bei chronischer PTSD oder reaktiven Bindungsstörungen vorlägen. Weiter wird eingewendet, dass Borderline-Konzepte die unmittelbare und aktuelle Realität der Kinder und ihre Reaktion darauf vernachlässigen. Demgegenüber muss eingeräumt werden, dass das Borderline-Konzept das fundierteste psychodynamische Erklärungsmodell für frühe Störungen im Kindes- und Jugendalter ist.

Das Traumamodell

Kinder mit so genannter Borderline-Pathologie zeigen in Untersuchungen ein spezifisches Profil an psychosozialen Risikofaktoren. Ihre hohe Belastung – durch 1. psychosoziale Traumata wie Missbrauch, Misshandlung, Trennung, Verlust und Vernachlässigung u.a. sowie 2. durch Eltern, die in ihren elterlichen Funktionen versagen (Gudzer 1996, Paris 1999) – verweist auf chronische und komplexe traumatische Belastungen, die sich in spezifischen Verhaltensauffälligkeiten niederschlagen. Eltern und Großeltern dieser Kinder leiden häufiger an körperlichen oder seelischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, affektiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen. Diese Kinder und Jugendlichen werden mit massiven Ehekrisen ihrer Eltern, mit Trennungen, Scheidungen, ungünstigen sozio-ökonomischen Verhältnissen, mit Dissozialität, Alkoholismus und Gewalt (vgl. Weaver 1993) konfrontiert. Auch Transmissionen traumatischer Erfahrungen von der ersten und zweiten Generation auf die dritte Generation scheinen eine Rolle zu spielen.

Terr (1991) beschreibt bei Kindern mit anhaltenden Traumatisierungen (Typ 2) spezifische Störungen, die der Borderline-Pathologie ähneln. Sie spricht von Typ 1 bei akuter einmaliger Traumatisierung und von Typ 2, wenn es sich um Folgen chronischer Traumatisierung handelt. Sie bietet damit eine Betrachtungsweise von frühen und komplexen Entwicklungsstörungen an, die sich an realen Ereignissen orientiert. Kinder mit chronischen Traumatisierungen zeigen veränderte Einstellungen gegenüber Menschen, dem Leben und der Zukunft, wiederholte optisch oder verzerrt wahrgenommene Erinnerungen, repetitive Verhaltensweisen und traumaspezifische Ängste. Anhaltende und chronische Traumatisierungen führen darüber hinaus zu Verleugnung und psychischer Betäubung, Selbsthypnose, Dissoziation, verzerrter Wahrnehmung und Wut.

Kernberg lehnt das Konzept komplexer Traumata ab. Die posttraumatische Belastungsstörung geht – so Kernberg (1999) – ausschließlich auf einmalige, intensiv überwältigende und desorganisierende Erfahrungen zurück. Im Unterschied zu posttraumatischen Belastungsstörungen steht für Borderline-Störungen – Kernberg (1999) zufolge – das Erleben von schwerer chronischer Aggression in der frühen Entwicklung im Vordergrund. Das Vorherrschen schwerer chronischer aggressiver Affekte und aggressiver primitiver Objektbeziehungen verhindere die normale Integration von idealisierten und verfolgenden internalisierten Objekten. ‚Körperliche Misshandlung‘, ‚sexueller Missbrauch‘, oder das ‚Miterleben körperlicher und sexueller Gewalt‘ sind für Kernberg schmerzhaft erlebte Ereignisse, die reaktive Aggression auslösen und zu einem Vorherrschen primitiver Aggression als zentralem Element für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen führen. Chronische Aggression und traumatische Erfahrungen miteinander zu verbinden heißt aus Kernbergs Sicht, ätiologische Faktoren zu verwischen. Demgegenüber ließe sich einwenden, dass bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowohl einmalige wie anhaltende traumatische Belastungen in der Entwicklung gleichermaßen zerstörerische Folgen für die Fähigkeit zur Integration haben können. Hinzu kommt, dass mit dem Borderline-Konzept den sprachlosen Reinszenierungen und verkörperten Botschaften nicht genügend Rechnung getragen wird.

Biologisch orientierte Entwicklungsmodelle

Cohen und andere Autoren betonen, dass Kinder mit einer Borderline-Pathologie auch organische Beeinträchtigungen zeigen. Ihre Störung wird mithilfe eines Modells chronischer Bereitschaft zu Überlastung verstanden, die auf eine biologische Vulnerabilität hinweisen soll. Frühe Störungen werden u.a. mit hereditären Belastungen, mit genetischen und mit konstitutionellen Faktoren in Zusammenhang gebracht. Kinder mit dieser Pathologie zeigen neuropsychologische Defizite im Denken, Fühlen und Handeln. Ihre organischen ‚soft signs‘ zeigen sich in Lernstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, abnormen EEGs und Beeinträchti-

gungen der akustischen Informationsverarbeitung (Lincoln). Cohen und Mitarbeiter schlugen 1985 den Begriff der multiplen und komplexen Entwicklungsstörung vor (MCDD – multiple complex developmental disorder) anstelle der Borderline-Störung vor, um auf die Komplexität der Beeinträchtigungen hinzuweisen.

Der Hinweis auf biologische Faktoren vernachlässigt den Umstand, dass ungünstige Ausgangsfaktoren auf Seiten des Kindes zwar als Ursache für ein labilisiertes Mutter-Kind-System gelten können, in dem sich pathologische Interaktionszirkel entwickeln; andererseits haben aber verschiedene Untersuchungen (z. B. Esser et al 1993) gezeigt, dass der Mutter in ihrer Funktion als psychoneurobiologischer Regulator eine hohe Bedeutung zukommt, solche Belastungen zu relativieren, wenn nicht gar auszugleichen. Die Bedeutung des Mutter-Kind-Systems auch gerade für die neurobiologische Entwicklung wird in solchen Betrachtungen vernachlässigt. Das weist darauf hin, dass neurologische ‚soft signs‘ als funktionelle Beeinträchtigungen in der Informationsverarbeitung und damit als sozial regulierbare Entitäten angesehen werden können.

Integrative Modelle

Es gibt eine Reihe von Bemühungen, die Borderline-Störung im Kindes- und Jugendalter als komplexe Problematik zu erfassen. So setzt Pine (1986) die Erfahrung von sehr frühen Traumata, die Herausbildung von Entwicklungsdefiziten und den Aufbau von Überlebensmechanismen als Coping-Strategien miteinander in Verbindung. Er versucht, einer rigiden diagnostischen Festlegung, die das Borderline-Konstrukt nahe legt, dadurch zu entkommen, dass er von der Entwicklung zu einem grenzgängerischen Kind spricht: ‚development a borderline child to be‘. Mit seinen Unterscheidungen zwischen unterschiedlichen Niveaus der Borderline-Störung, einem ‚upper border‘ und einem ‚lower border‘, sowie verschiedenen Typen von Borderline-Pathologien bei Kindern und Jugendlichen – wie wechselnden Ebenen der Ich-Organisation, interner Desorganisation in Antwort auf äußere Desorganisation, chronischer Ich-Devianz, inkompletter Internalisierung einer Psychose, Ich-Einschränkung, schizoider Persönlichkeit sowie Spaltung in gute und böse Bilder von sich selbst und von anderen – bleibt er insgesamt dem Borderline-Konstrukt verhaftet. Zugleich nimmt er mit seinen komplexen Beschreibungen Bestrebungen der OPD-KJ vor weg, die sich von dem Borderline-Konzept insoweit lösen, als sie sich an der Strukturbildung orientieren und nicht auf spezifische Krankheitskonzepte zurückgreifen. Andere – z.B. auch kognitive – Entwicklungsprozesse lässt Pine jedoch unberücksichtigt.

Bleiberg (1994) hat den Versuch unternommen, Übergänge von traumatisch bedingten Zuständen hin zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben. Er sieht in der Borderlinestörung gewisse Verarbeitungsmuster, die sich von traumatisch bedingten Störungen abheben. Der traumatisch bedingte Zustand geht – so

Bleiberg – mit mangelnder Kontrolle, Passivität, Erregungszuständen, dissoziativen Neigungen, Einsamkeit und Wut einher, während die Borderline-Persönlichkeitsstörung von Symptomen wie Selbstviktimsierung, Thrillsuche und/oder Betäubung, Selbsthypnose und/oder Spaltung, interpersoneller Manipulation und Beschimpfung anderer gekennzeichnet ist. Auch hier bleiben entwicklungspezifische Bedingungen ausgeklammert.

Im folgenden möchte ich für eine umfassendere Betrachtung der Auffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen plädieren und verschiedene Modelle mit unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigen. Es erscheint mir problematisch, wenn die Folgen vergangener, aber vor allem auch die Folgen noch anhaltender traumatischer Belastungen in diesem Alter nicht gesehen werden. Ebenso wenig halte ich es für sinnvoll, die Störungen basaler Integrations- und Regulationsmechanismen von Reaktionen auf chronische Aggression bei überwältigenden traumatischen Erfahrungen, z.B. durch Misshandlung zu trennen. Tatsächlich wurden überwältigende Belastungen wie schwere Erkrankungen, Schmerzen, operative Eingriffe ebenso wie Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes über lange Zeit hinweg ausgeblendet (vgl. Saunders et al.1993). Daran mögen psychoanalytische Konzepte dort beteiligt gewesen sein, wo der aktuellen und faktischen Realität in ihrer Bedeutung für die Ich-Entwicklung und die Entwicklung struktureller Veränderungen sehr viel weniger Beachtung geschenkt wurde als Phantasien. Traumaspezifische Abwehrformen sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Therapeuten, wie amnestische Reaktionen oder Dissoziationen, kommen bei Borderline-Pathologie ebenso wie bei anderen frühen Störungen vor. Da die Patienten häufig traumatisch bedingt nicht in der Lage sind, schreckliche Erfahrungen sprachlich auszudrücken, werden diese häufig nicht erkannt. Die traumatischen Erfahrungen sind in dissoziierter Form gespeichert und können deshalb wie Geschichten erzählt werden. Sie haben keine narrative Struktur – stattdessen sind sie als präverbale Erfahrungen gleichsam in den Körper und das Sensorium eingegraben.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche und ihre frühen Entwicklungsbedingungen

Kinder und Jugendliche zeigen als Folge chronischer und komplexer Traumata vielfältige Symptome:

- Störungen der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung als Folge einer (chronischen) psychobiologischen Dysregulation mit Zuständen, die mit einer Art Betäubung (numbing) einhergehen und sich in Interesselosigkeit, Apathie, Dumpfheit und Rückzug äußern, und Zuständen von Übererregung (hyperar-

rousal) mit Unruhe, fremd- und selbstdestruktivem, impulsivem, riskantem und süchtigem Verhalten.

- Bewusstseinsveränderungen mit Amnesien, Überwältigung von schrecklichen Erinnerungen, Zustände von Depersonalisation und Derealisation, Flashbacks und Alpträume oder Dissoziationen.
- Störungen der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung von anderen und der Umwelt. Die Beziehungen gehen mit Grenzenstörungen einher, z.B. mangelnden Fähigkeiten, zwischen sich und anderen bzw. Selbst und Objekt, Realität und Phantasie, Vergangenheit und Gegenwart Grenzen zu ziehen und aufrechtzuerhalten.
- Aufgrund der mangelnden Erfahrung von basalem Vertrauen in Personen und Umwelt panische Angstzustände (Pine 1986), korrupte Wertsysteme und brüchige Normen. Stabile Orientierungen fehlen weitgehend, da es Sicherheit im Verhältnis zu Personen, zur Umwelt und in sozialen Ordnungen nicht gibt.
- Sensomotorische Kurzschlussmechanismen mit langfristigen Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten und Wahrnehmungsmodalitäten.

Fraiberg (1982) hat in einer Untersuchung an misshandelten Säuglingen primäre Reaktionen beschrieben, mit denen diese Kinder unerträgliche Bedingungen zu überleben versuchen: Die Kinder vermeiden Blickkontakt und blenden die Mutter und damit die Schmerzquelle völlig ab. Weiter beschreibt Fraiberg Erstarrungsreaktionen und in der späteren Entwicklung das ‚fighting‘, das mit Unruhe und destruktivem Agieren verbunden ist. Solche primären Reaktionen prägen die weitere Entwicklung nachhaltig. Sie bleiben als primäre Kurzschlussmechanismen erhalten. Diese Reaktionen gehen mit einem sensorischen shut-down gegenüber schmerzhaften traumatischen Erfahrungen einher und führen zu kognitiven Stillständen und Dissoziationen von unerträglichen Wahrnehmungen und Gefühlen. Der traumatische Bruch im frühen und dann auch im weiteren Dialog zwischen Mutter und Kind hat zur Folge, dass sensomotorische und affektive Koordinationsprozesse und in Verbindung damit automatisch sich adaptierende Re kategorisierungsprozesse zerstört werden. Die Einordnung aktueller Erfahrungen, bei denen mehrere Sinneskanäle gleichzeitig stimuliert werden, wird infolge von Erstarrung und Ablendung zerstört. Wahrnehmungen, die normalerweise mehrgleisig erfolgen, verbleiben unimodal und fragmentiert.

Neurobiologische Studien weisen daraufhin, dass Störungen in der Entwicklung und im Aufbau des kindlichen Gehirns, insbesondere des Hippokampus und des Corpus callosum dabei beteiligt sind. Statt eine offene Reaktionsbereitschaft zu entwickeln, verharrt das Kind mehr oder weniger auf traumainduzierten Copings, die generell oder durch Mikroauslöser getriggert werden. Infolge der frühen und überwältigenden Traumatisierung fehlen sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten; demgegenüber treten nichtsprachliche Botschaften in Gestalt von Aktionen in den

Vordergrund, z.B. somatische Erinnerungen, verkörperte Inszenierungen und Inszenierungen durch Handeln.

Die traumatische Situation wird in eine frühe sensomotorische, körperliche und affektive Abwehr eingeschrieben und nicht erinnert. Sie ist nur zustandsabhängig durch gewisse Trigger aktiviert präsent. Wie für traumatische Gedächtnisstörungen charakteristisch, tauchen detaillierte Bruchstücke von Bildern oder sensorischen Empfindungen auf, die nicht in eine ganzheitliche Geschichte gefasst werden können, sondern verkörpert, sensomotorisch-affektiv in Form von Handlungen oder in Flashbacks desintegriert verbleiben. Kontingenzerfahrungen zum Erkennen sinnvoller Zusammenhänge zwischen sensorischen, affektiven Interaktionen fehlen; sie werden durch die traumatische Erfahrung zerstört.¹

Primäre Reaktionen und ihre Erscheinungsbilder

Um die verschiedenen Erscheinungsbilder früher Entwicklungs- und Beziehungsstörungen zu erfassen, ist es nützlich, die primären Reaktionen und die damit verbundenen sensorischen Shut-down-Mechanismen, die verzerrten Wahrnehmungsmodalitäten und Entwicklungsstops zu untersuchen, die in Belastungssituationen immer wieder wie Kurzschlussmechanismen auftauchen. Die primären Reaktionen können mit den aus neurobiologischer Sicht beschriebenen schnellen Spuren (Perry)², die durch entsprechende Verschaltungen auf Bedrohung gebahnt werden, in Verbindung gebracht werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen finden wir:

- fluktuierende Organisationsebenen, die mit Unruhe, Bedrohtheitsagieren und Fighting mit destruktiven Handlungen einhergehen. Aufgrund ihrer massiven Wahrnehmungsverzerrungen (Dodge: attribution bias) nehmen sie unübersichtliche Situationen sofort und rasterhaft als Bedrohung wahr;
- Akkomodations-/Compliance-Verhalten mit abgespaltenen destruktiven Seiten. Aufgrund einer basal mangelnden Fähigkeit zur Selbstregulierung dekomensieren sie unter unstrukturierten Bedingungen. Pine hat ihre Fähigkeit zur Steuerung in Abhängigkeit vom Umfeld gesehen; ihr Verhalten ist unter strukturierten Bedingungen von vordergründiger Anpassung und kognitiver Steuerung bestimmt;

¹ Chethik (1986) spricht von vier verschiedenen Defiziten, die bei Kindern mit Borderlinestörungen vorliegen: instinkthafte Defizite, Ichdefizite, Objektbeziehungsdefizite und Entwicklungsdefizite, mit denen er ebenso die Komplexität der Störung hervorhebt.

² Perry hat sog. schnelle Wege auf Bedrohung beschrieben und langsame Wege, bei denen prefrontale Hirnbereiche Zeit haben, Gefahren zu überprüfen und komplexere Antworten zu ermöglichen.

- Erstarrungsreaktionen, Vermeiden von Beziehung und infolge von sensorischen Shutdown-Mechanismen Entwicklungsstops und Ich-Einschränkungen;
- wechselnde Selbstzustände bei basaler Integrationsschwäche und Regulierungsschwäche.

Zu den Behandlungsbedingungen

In der ambulanten und stationären Psychotherapie gilt es die Teufelskreise – das sind funktionell autonom gewordene Regelkreise (Wiederholungszwänge), die sich bei neurotischen Entwicklungsstörungen regelhaft einstellen – zu unterbrechen und festgefahrene Entwicklungen wieder in Gang zu bringen. Sind die Selbst-/Objekt-Grenzen infolge von Grenzverletzungen im Zusammenhang mit schweren Traumata defekt oder zerbrochen, zeigt sich das im Verhältnis von Realität und Phantasie und im Verhältnis des Selbst zu Anderen. Eine Grenzsicht (Winnicott 1978) zwischen Innen und Außen bzw. zwischen Realität und Phantasie (Ogden 1985) konnte bei ihnen infolge der massiven Angriffe auf ihre körperliche und seelische Integrität nicht entwickelt werden.

In der Therapie werden solche Störungen vor allem an den Grenzen des Rahmens und der Beziehung inszeniert – im ambulanten wie im komplexeren stationären Setting. Infolge der Grenzerstörungen entwickeln sich Verstrickungen, die Missbrauchs- und Gewalt- bzw. Misshandlungscharakter annehmen können. Es sind traumatische Beziehungsformen, auf die wir in der Arbeit mit solchen Kindern und Jugendlichen vorbereitet sein müssen, um nicht von der manipulativen Potenz dieser Verstrickungen in Bann gezogen zu werden

Ich habe solche Verstrickungen bei Gewalteskalationen als ‚deadly dance‘ beschrieben (Streeck-Fischer 1995). Vergleichbare Verstrickungen entwickeln sich auch bei Missbrauchs- und Misshandlungsbeziehungen und der antisozialen Verstrickung, die von Mimikry und betrügerischem Verhalten gekennzeichnet ist (Streeck-Fischer 1998). Wir beginnen bei solchen Jugendlichen in der stationären Psychotherapie oft in einer Art Honeymoon, einer Zeit gemeinsam geteilter Allmachts- und Rettungsphantasien. Verschiedene Wege kristallisieren sich heraus: Sie beginnen mit Grenzüberschreitungen, die a) zu Bedrohungsgefühlen und Akten der Entmenschlichung führen und in Gewalttätigkeit münden (vgl. auch Shatan 1981), die b) von missbräuchlichen Beziehungsmustern gekennzeichnet sind und zu Einbrüchen in und Verletzungen der Intimsphäre und des Körpers führen oder die c) die Doppelgesichtigkeit in ihren Beziehungen aktivieren, in denen sie das betrügerische, das sie erfahren haben, reproduzieren, ohne es zu erkennen.

In der Therapie wird es zuallererst notwendig sein, traumatische Wiederinszenierungen, die sich fast regelhaft durchsetzen, zu überwinden. Sie zeigen sich bei-

spielsweise dergestalt, dass die Eltern entgegen der Absprache die Station damit konfrontieren, dass sie ihr Adoptivkind endgültig loswerden wollen, die Pflegemutter eines sexuell missbrauchten Kindes selbst von Missbrauchserfahrungen überwältigt wird, der Weg zur Therapie von selbsterbeigeführten Unfällen begleitet ist usw. Auch die primären Reaktionen können als kurze Momente von Wiederinszenierungen angesehen werden, indem sie Ausdruck persistierender und eingefrorener traumatisch wirksamer Erfahrungen sind. Es braucht manchmal viel Zeit, bis solche primären Reaktionen wie Vermeiden oder Erstarren oder unruhiges Agieren überwunden sind und sich Vertrauen und ein Gefühl, gehalten zu werden, entwickeln kann. Solche Erfahrungen kann das Kind in der Therapie machen, indem es sichere Orte findet, die das Erleben von Halt, Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit durch Umwelt und andere Menschen widerspiegeln.

Erst unter solchen Bedingungen, in einem Zustand von ‚secure readiness‘ (Cicchetti), einem Zustand wacher Aufnahmebereitschaft, der die Fähigkeit, Ungewissheit zu ertragen (negative capability, Bion 1962) beinhaltet, kann am Ausbau vorhandener Ressourcen und an Fähigkeiten zur Selbststeuerung, Realitätsprüfung und Affektwahrnehmung mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen gearbeitet werden. Nachentwicklungen in der sensorischen Integration und im sprachlichen Ausdrucksvermögen, der Spiel- und Phantasietätigkeit werden unter diesen Umständen möglich.

Ist das Kind bzw. der Jugendliche in der Lage, auf der symbolischen Ebene in Sprache oder Spiel die traumatischen Erfahrungen zu reinszenieren, ohne die Spielebene zu verlassen, sind wichtige Voraussetzungen geschaffen, diese therapeutisch aufzugreifen und zu bearbeiten. In Spielinszenierungen etwa des Opfers oder des Täters können bis dahin überwältigende Erfahrungen in dezentrierender Weise (Piaget) bewältigt werden. Es können Grenzziehungen im Bereich des Selbst und der Objekte, der Phantasie und Realität und hinsichtlich des Zeitgefühls entwickelt werden.

Anhand von Beispielen will ich im Folgenden verdeutlichen, wie 1. ein sicherer Ort in der Therapie geschaffen wird, 2. primäre Reaktionen als sprachlose Botschaften zu verstehen sind, 3. sich ein Raum des Spielens, des Denkens entwickelt und 4. die verbale Kommunikation aufzufassen ist. Bei den jungen Patienten handelt es sich um Kinder und Jugendliche mit verschiedenen primären Reaktionsbereitschaften, bei denen entweder das ‚Fighting‘ oder die Akkomodation (Deckverhalten) und der Entwicklungsstopp im Vordergrund stehen:

1. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit ‚Fighting‘-Reaktionen ist die Entwicklung eines sicheren Ortes, eines Ortes der Ruhe und des Aufgehobenseins notwendig, der dem habituellen Bedrohungsstatus Rechnung trägt.

In der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bewegen wir uns zwischen Retraumatisierung durch die vertrauten Personen des Umfeldes, durch Institutionen oder auch die Bedingungen der Behandlungseinrichtung auf der einen Seite und auf der anderen Seite der Zerstörung aller bisherigen wichtigen Bindungen mit einem Angebot vermeintlich besserer Bedingungen durch massive Eingriffe in das bisherige Umfeld. In der Regel verhindern zerstörerische Angriffe gegen den sicheren Rahmen einer stationären Therapie eine positive Entwicklung, in deren Verlauf Wiederholungsinszenierungen traumatischer Erfahrungen überwunden werden können. Einen sicheren Ort zu entwickeln, heißt nicht nur, dass sich eine von Unberechenbarkeit und Willkür geprägte traumatische Erfahrung innerhalb der therapeutischen Beziehungen relativieren kann, sondern heißt auch, dass im aktuellen Alltag und im Umfeld mit Gleichaltrigen im ganz physischen Sinne sichere Orte gefunden werden können. Ein solches Kind muss die Möglichkeit haben, auch körperliche Erfahrungen von Wärme und Vertrauen sowie von Gehaltenwerden zu machen. Lernen ist letztlich nur unter Bedingungen einer secure-readiness möglich, wie dies aus der Sicht der Bindungsforschung (z.B. Cicchetti 1995) beschrieben wurde.

Der 11jährige B. kam wegen brutaler tätlicher Übergriffe auf Kinder und Erwachsene zur stationären Behandlung. Den Lehrern in der Schule gegenüber zeigte er respektloses und ruppiges Verhalten und hielt sich nicht an Regeln. Die Mutter hatte sich früh vom Vater getrennt, war aufstiegsorientiert und in ihrer Beziehung ambivalent-unzuverlässig, distanziert und überließ B. wechselnden fremden Personen zur Betreuung.

Im ersten therapeutischen Gespräch fühlte sich B. sehr bedroht und versuchte, durch unruhiges Agieren, sich der Situation zu entziehen. Er verwendete Floskeln, um die befürchtete Mangelhaftigkeit nicht sichtbar werden zu lassen. Unklar war, was er überhaupt verstand, wie weitgehend er begriffsstutzig war, wie orientiert oder auch desorientiert er war.

In der Untersuchung seiner sensomotorischen Integration zeigte er eine gestörte Wahrnehmung der Tiefensensibilität, persistierende Stellreflexe, Gleichgewichtsstörungen, eine gestörte Auge-Hand-Koordination.³ Seine kognitiven Leistungen waren gut durchschnittlich, jedoch zeigte er eine extreme Streuung in seinen Fähigkeiten z.B. mit weit überdurchschnittlichen Fähigkeiten im Zuordnen von Zahlen zu Symbolen und unterdurchschnittliche Fähigkeiten im Erkennen sozialer Handlungsabläufe.

Der sicherste Ort für B. war bisher der Computer der Mutter. Dieser Apparat gab ihm die verlässlichsten und eindeutigsten Antworten und Reaktionen. Menschen

³ Das bedeutet, dass ein Kind mit solchen Störungen sich an seinem Körper und im Raum schlecht orientieren kann

und Beziehungen waren für ihn extrem bedrohlich. Ihnen gegenüber zeigte er einen Wechsel zwischen Flight-Rückzug/Fight-Kampf -Antworten.

B. konnte in seinen Reaktionen extrem bedrohlich werden. Deshalb stand im Vordergrund seiner Behandlung auf allen therapeutischen Ebenen die Bereitstellung und Entwicklung sicherer Orte – innerlich und äußerlich, ob im Alltag durch Einzelzimmer und vorstrukturierte Situationen oder in der Motopädie, wo er u.a. Höhlen und Schutzräume baute.

In der Psychotherapie wählte er zunächst Brettspiele, die er nach willkürlich gewählten Regeln spielte, um die Situation zu dominieren. Gelegentlich war er bereit zu einem Gespräch, das dann in Computersprache (Computer als sicherste attachment figur) geführt wurde. So war es mitunter möglich, in kleinen Sequenzen über den Alltag auf der Station zu sprechen, um dort erträglichere Bedingungen für B. zu schaffen. Nach einiger Zeit nahm er das Telefon und unternahm im Spiel Versuche, Kontakt zur Therapeutin herzustellen: Er befand sich im Welt-raum und erkundigte sich, wie es auf der Erde zugehe, dabei durfte die Therapeutin keinerlei Fragen stellen. Er bestimmte. Er begann dann mit freiem Spiel. Burgen wurden gebaut. Seine Festung war völlig ungeschützt. Die Schutzvorrichtungen der Therapeutin wurden überrannt, zugleich entwickelte er für sich – die Therapeutin als Vorbild nehmend – ein Frühwarnsystem. B. begann nun innerhalb eines sich konstituierenden Spielraumes Verfolgungs- und Bedrohungsspiele zu inszenieren

Erst unter der Voraussetzung eines sicheren Ortes konnte hier ein Spielraum entstehen, in dem B. seine massiven Entwicklungsdefizite ausgedrückt in der Frage ‚wie sieht es auf der Erde aus? Wie schütze ich mich?’ darstellen konnte, um seine komplexen sensorisch-perzeptuellen und psychischen Beeinträchtigungen zu überwinden. Die Therapeutin übernahm darüber hinaus Funktionen des Spiegels und der Spannungsregulation.⁴

2. Bei Kindern und Jugendlichen, die vorrangig mit einem vordergründigen Akkommodationsverhalten reagieren, ist es notwendig, ihre sprachlos inszenierten und verkörperten Botschaften zu erkennen, um mit ihnen Verbindungen zwischen körperlichen Ausdruck, ihrem Verhalten und ihren emotionalen Zuständen herzustellen. Um die Bedeutung von sprachlos inszenierten und verkörperten Botschaften zu verstehen, ist es erforderlich, die körperlichen Ausdrucksformen wie Erstarrung, Abstumpfung gegenüber Wahrnehmungen und Verlust von Schmerzempfinden als Folge von traumatischen Erfahrungen als solche zu erkennen. Das frühe Bindungsmuster der Vermeidung oder der vordergründigen Angleichung ebenso wie Reinszenierungen von Misshandlungen stellen sich fast regelhaft in den Interaktionen mit diesen Kindern und Jugendlichen ein.

⁴ Die Psychotherapie wurde von der Kindertherapeutin Christa Kriege-Obuch, Mitarbeiterin der Abteilung durchgeführt

Der knapp 14jährige vorgereifte, blass und tief depressiv erscheinende A. wies deutliche primäre Reaktionen wie Erstarrung und Beziehungsabwehr auf mit vordergründiger Akkomodation und Dissoziation von Misshandlungserfahrungen, die er u.a. in geliehenen Phantasien (z.B. in bekannten Filmgeschichten) ausdrückte. Im Vordergrund stand sein angepasstes Verhalten, gleichzeitig brachte er durch seine Erscheinung eine tiefe Erstarrung zum Ausdruck, die wie eingegraben in seinen Körper wirkte. Abgespalten davon passierten ihm, wie er vermittelte, massive und gefährlich-destruktive Handlungen, z.B. quälte er kleinere Kinder.

Er war Adoptivkind. Im Alter von 9 Monaten wurde er von den Adoptiveltern übernommen. Bis dahin lebte er bei seiner jugendlichen Mutter, die ihn nicht abtreiben durfte, sondern zur Strafe für ihren Fehltritt mit einem Südländer das Kind austragen musste. Bei Übernahme durch die Adoptiveltern zeigte er einen deutlichen Entwicklungsrückstand. Seine Haut war übersät mit Narben, die durch frühe Misshandlung und Vernachlässigung entstanden waren. In seiner kognitiven Entwicklung ist er gut durchschnittlich bis überdurchschnittlich mit extremen Diskrepanzen in verschiedenen Teilbereichen. Er hatte deutliche Lern- und Leistungsstörungen und massive Aufmerksamkeitsstörungen, die u.a. als dissoziative Phänomene gedeutet wurden.

Bei der Untersuchung seiner sensorischen Integrationsfähigkeit zeigte er Störungen in der Reizverarbeitung. Er hatte kein Schmerzempfinden und eine ausgeprägte Raumorientierungsstörung. Seine Betübungen versuchte er durch Thrillerlebnisse, insbesondere durch Betrachtung grauenhafter traumatischer Inszenierungen zu überwinden.

Wie war es zu einer von solchem Grauen und von Menschenverachtung geprägten Entwicklung gekommen? Es war den Adoptiveltern früh aufgefallen, dass er kein Schmerzempfinden hatte. So habe er sich einmal mit dem Messer bis auf den Knochen geschnitten und keinerlei Schmerz gespürt. Auch gegenüber anderen Kindern konnte er keine Einfühlung in deren Schmerzen und Gefühle zeigen. So hat er einmal einem anderen Jungen im Kindergarten mehrfach eine Zaunlatte auf den Kopf geschlagen und trotz dessen intensiver Schreie nicht damit aufhören können, sondern nur gelacht. In der Schule erfuhr er von Anfang an Ablehnung durch andere Kinder. Er hatte ständig Alpträume. Als kleineres Kind hatte er häufiger Träume vom Fallen, die sich über mehrere Nächte fortsetzten. Oft hat er nachts Ängste. Manchmal musste er sich nachts die Ohren zuhalten, da er glaubte, Stimmen zu hören, auch die der Mutter, die vermeintlich seinen Namen rief. Er hat häufiger Déjà-vu-Erlebnisse, in denen er das Gefühl hatte, bestimmte reale Situationen schon einmal erlebt zu haben.

In der Behandlung wurde deutlich, dass er über grauenhafte Bilder von Filmen versuchte, eigene Bilder für früh erlebtes Schreckliches zu finden, das jenseits jeglicher bebildeter Erfahrungen gelegen hat und das bisher in sensorischer Erstarrung auf der einen Seite, andererseits in Szenarien ausgedrückt wurde, in denen er selbst andere misshandelte und von anderen misshandelt wurde. Der Film ‚Alien‘ wurde in der Therapie besonders wichtig. Hier beschäftigte ihn die Frau, die ein bösartiges Monster in sich trug und versuchte, das Gute zu retten.

Bilder des Filmes und der Musik wurden für ihn zu einem Einstieg in früh dissoziierte unverdaute schreckliche Erfahrungen. Das Grauen ist eine komplexe körpernahe Empfindung, die gleichsam am Ich vorbeigeht und leibliche Situations Spuren erfasst. Dabei schien ihm die Adoleszenz mit ihren subkulturellen Angeboten entgegentzukommen, aber auch die jetzt einsetzende kognitive Entwicklung, die ihn von der Bilderleere der Kindheit – seiner Mimikry-Anpassung – in die Grauenhaftigkeit früher sensorischer Misshandlungserfahrungen zurückbrachte. Seine Einsamkeit und seine Verzweiflung, die für kurze Momente in den Augen sichtbar wurden, ehe sie ‚wegklappten‘, versuchte der Therapeut zu halten und zu spiegeln.

In der Körpertherapie machte er neue Erfahrungen mit seinen Körpergrenzen durch angenehme Reize auf der Haut und nahm an gezielten Übungen zur Raumorientierung teil. Dreimal in der Woche bekam er abends ein Perlbad, damit er seine Haut spürte.

Er besuchte die Klinikschule und wurde dort mit gezielten Lern- und Konzentrationsstrainings gefördert, die bei seinen massiven Aufmerksamkeitsstörungen notwendig waren.⁵

3. Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Sprachverwirrung (Ferenczi 1933) als Folge der erfahrenen verzerrten Kommunikationsformen und perzeptuellen Störungen, wie sie bei Frühstörungen in der Regel auftreten, insbesondere bei solchen Kindern und Jugendlichen mit deutlichen Entwicklungsstops.

Die Sprache dient diesen Kinder oft nicht als Mittel der Verständigung, sondern eher als Mittel der Verteidigung, der Abschottung oder des Verbergens. Sprachliche Kommunikation verbindet nicht, sondern verbindet sich nur mit Erfahrungen von Gesetzlosigkeit, Verwirrung und Unverständnis, eventuell sogar Bedrohung. Erfahrungen können nicht erzählt werden, da sie nicht in narrative Strukturen eingebunden sind, vielmehr nur verkörpert zum Ausdruck gebracht werden. Erst in der Therapie können sie die Erfahrung machen, dass sprachlicher Austausch dem Gesehen-und-erkannt-Werden dienen kann.

Bei S. lagen deutliche Entwicklungsstops vor; er pendelte zwischen Erstarrungsreaktionen und ‚Fighting‘ hin und her:

S. kam wegen aggressiv-destruktivem Verhalten zur stationären Behandlung. Er missverstand harmlose Bemerkungen und reagierte unmittelbar mit ungesteuerten Frontalangriffen. Er wirkte wie ein zarter, wenig belastbarer und desorientierter Junge. Er wurde rasch müde. Seine intellektuellen Fähigkeiten waren an der unteren Durchschnittsgrenze. Er hatte eine ausgeprägte Legasthenie. In der sensorischen Integration zeigte er multiple Störungen in der visuellen Wahrneh-

⁵ Die Psychotherapie wurde von dem Kindertherapeuten Matthias Wittekind, seinerzeit Mitarbeiter der Abteilung durchgeführt.

mung, der Auge-Hand-Koordination, im Formen erkennen, er hatte Gleichgewichtsstörungen und einen niedrigen Muskeltonus.

S. war und ist zum Zeitpunkt der Behandlung immer noch massiv traumatisierenden Bedingungen ausgesetzt. Sein Vater war Alkoholiker, obdachlos und bedrohte die Familie. Die Mutter lebte mit einem neuen Partner zusammen. Nach wie vor schien in der Restfamilie eine Atmosphäre von Willkür, mangelnder Impulssteuerung und Gewalt vorzuherrschen. Über längere Zeit hinweg war es in der Therapie notwendig, einen Rahmen zu schaffen, mit dem sein destruktives Agieren auf der Spielebene gehalten werden konnte, um nicht real destruktiv zu werden.

Nach 4 Monaten Behandlung entwickelte sich folgende Szene: S. ist Verkäufer, der Therapeut soll einkaufen. Es liegen Waffen, Geld und ein Portemonnaie auf dem Tisch. S. spricht in ‚Als-ob-Chinesisch‘, der Therapeut antwortet ebenfalls auf chinesisch. S. herrscht den Therapeuten an, weil dieser ihn nicht versteht. Er bedroht den Therapeuten immer heftiger auf ‚Chinesisch‘, während der Therapeut ratlos und verwirrt nicht mehr weiter weiß. Jetzt stellt er dem Therapeuten einen Scheck mit einer hohen Summe aus, die Summe ist an die Bedingung geknüpft, dass in China jemand stirbt. Der Therapeut versteht nichts, er wird mit ihm völlig fremden Gesetzen (in China) konfrontiert. Er soll Schecks für ein Waffengeschäft mitbringen, und S. betont, dass solche Schecks manchmal vergessen und dann gefunden werden. In China kennen die Leute aber kein Fundbüro, sondern nur Leichenbüros. Als der Therapeut meint, dass das wohl ein Land ohne Recht und Gesetz sei, meint S.: ‚Hier sind andere Gesetze, hier darf man alles: Hier darf man Kinder erschießen‘. ‚Kinder?‘ fragt der Therapeut. ‚Ja‘, sagt S., ‚aber das machen nur manche Männer, es gibt welche, die das Gesetz brechen‘. Der Therapeut: ‚Und die sind schon Verbrecher?‘, S.: ‚Ja, alle die, wenn ich z.B. in ein anderes Haus gehe‘ und dann: ‚Jeder in seinem Haus hat ein eigenes Gesetz, und wer das Gesetz nicht einhält, gucken Sie mal da hin‘, meint S., ‚da ist ein Kind – richtet seine Pistole aus dem Fenster und drückt ab – der hält mein Gesetz nicht ein‘. Der Therapeut bringt seine Verwirrung zum Ausdruck und, dass er gerne woanders leben möchte, wo es eindeutige Gesetze gibt. Daraufhin schießt S. dem Therapeuten im Spiel die Beine ab, so dass der Therapeut nicht weggehen kann. Der Therapeut sucht nach Lösungen, in denen S. und der Therapeut überleben können und Gesetze eindeutig sind.⁶

Verwirrung entsteht durch die Kommunikation, die keine gemeinsame Verständigungsbasis findet, und durch die Gesetzlosigkeit, die selbst in der brüchigen Spielinszenierung zum Ausdruck kommt. S. deponierte seine Verwirrung in Konfrontation mit Bedrohung und Gewalt im Therapeuten. Es gab keine zueinander passende sprachliche Verständigung. Alle Versuche seitens des Therapeuten waren vergeblich. Er wird für seine Unfähigkeit zur Kommunikation misshandelt und muss sich einer von Terror und Anarchie geprägten Umwelt aussetzen und

⁶ Ebenfalls ein Fall von Matthias Wittekind

kann allenfalls überleben. Die Therapie, die für S. zu einem Prozess einer interaktiven Bezogenheit wurde, zur Erfahrung von geteilten Bedeutungen und von verständlichen Geschichten mit einem Anfang und einem Ende, versetzte S. in eine *secure readiness* (Cicchetti 1995), die zu einem Entwicklungsschub führte. Als er eingeschult wurde, hatte er seine Legasthenie überwunden und konnte sich leistungssicheren und sozial unauffälligen Kindern zuordnen.

4. Weiter ist in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen traumatisch bedingten Störungen die Herstellung eines Raumes erforderlich, in dem Phantasietätigkeit und Denken Platz haben können.

Traumatische Erfahrungen zerstören Räume des Denkens, des Spielens und der Phantasietätigkeit. In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen insbesondere vom Akkomodationstyp ist es notwendig, einen Raum des Denkens, des Spielens und der Phantasietätigkeit erst zu erschaffen. Normalerweise entstehen solche Übergangsräume, Räume des *als-ob*, der Phantasietätigkeit und des Denkens in der frühen Interaktion, indem die Mutter die vorgegebene äußere Realität an die entwicklungsgemäßen inneren Bedingungen des Kindes anpasst. Spiele der Entwicklung, wie das Kuckuck-Spiel von Mutter und Baby, Weglauf- und Gefangenwerden-Spiel, Versteck- und Gefundenwerden-Spiele sind hierbei von besonderer Bedeutung. Erfahrungen im Spiel sind wichtige Vorläufer für spätere adaptive Lösungen im Umgang mit Konflikten (Streeck-Fischer 1997). Hier wird gelernt, spannungsvolle Ungewissheit positiv zu erleben, eine Grundlage für die Fähigkeit, aus Erfahrung zu lernen. Insbesondere bei Kindern mit Akkomodations-Entwicklungen kann sich ein Spielraum nicht oder nur unzureichend entfalten. Hier muss in der Therapie ein rudimentärer Spielraum erst geschaffen werden, um aus dem *acting-out* jenseits einer haltenden Beziehung eine interaktive Erfahrung zu machen.

Bei J. stand die Beziehungsvermeidung als Traumaabwehr und -reinszenierung im Vordergrund.

J. begrüßte die Therapeutin an der Tür, lief weg, um sich dann im Spielzimmer einzusperren. Diese ungute Inszenierung, die bisher alle, die mit J. zu tun hatten, nötigte, mit strenger Reglementierung zu reagieren und damit bedrohliche Interaktionsmuster zu perpetuieren, wurde von der Therapeutin als Spiel aufgegriffen, nämlich um die Wette zum Spielzimmer zu laufen. Später wurden im Spielzimmer immer wieder Versteck- und Suchspiele gespielt, in denen die Zeitspanne des Findens immer weiter hinausgeschoben werden konnte.

Spiele der Entwicklung dienen der Entwicklung von Phantasietätigkeit. Erst wenn ein Spielraum entstanden ist, können die Erfahrungen von Bedrohung und Destruktivität dargestellt und bearbeitet werden, ohne dass sie sich immer weiter fortsetzen.

Ausblick

Die Komplexität der Störungen, die solche Kinder und Jugendlichen mit ihren vielfältigen traumatischen Belastungen in der Entwicklung aufweisen, erfordert eine mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Wenn man sich auf das Borderline-Modell beschränkt, werden wichtige Aspekte der Realität vergangener und aktueller Lebensumstände und der kognitiven und sensomotorischen Entwicklung der jungen Patienten ausgeklammert. Integrative Modelle, die Folgen traumatischer Belastung und Entwicklungsbeeinträchtigungen einschließen, berücksichtigen den ‚dynamischen‘ Organisationsaspekt (Bürgin) auf verschiedenen Ebenen. Zum Verständnis und zur Behandlung solcher Kinder und Jugendlicher ist das Erkennen ihrer primären Reaktionen von hoher Bedeutung. Es sind eine Art eingefrorene Schutzmechanismen auf frühe Traumata in der Entwicklung, die im interaktiven Kontext immer wieder sichtbar werden und zu Wiederholungsinszenierungen beitragen. Klinische Erfahrungen zeigen, dass sie mit den Entwicklungsstopps und den sensorischen Shutdown-Mechanismen in Verbindung stehen. Körperreaktionen, kognitive und sensorisch-affektive Einschränkungen sind gleichermaßen Ausdruck psychobiologischer Dysregulationen. Es ist notwendig, bei diesen jungen Patienten gleichsam basale Entwicklungsräume bereitzustellen; das bedeutet, sichere Orte zu schaffen, die Sprachlosigkeit ihrer Botschaften zu erkennen und Räume des Denkens und der Phantasie zu entwickeln. Fruchtbare therapeutische Prozesse kommen dann in Gang, die blockiertes Lernen aus Erfahrung möglich machen.

Literatur

- Bemporad, J. R.; Smith, H. F.; Hanson, G. (1987). The Borderline Child. In J. Noshpitz, (Ed.), *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Vol. 5 (pp. 305-311), New York: Basic Books.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bleiberg, E. (1994). Borderline Disorders in Children and Adolescents – The Concept, the Diagnosis and the Controversis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 169-196.
- Bremner, J. D.; Narayan, M. (1998). The Effects of Stress on Memory and the Hippocampus throughout the Life Cycle. Implications for Childhood Development and Aging. *Development and Psychopathology*, 10, 871-885.
- Bürgin, D. & Meng, H. (2000). Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen? In O. Kernberg, B. Sulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Chethik, M. (1986). Levels of Borderline-Functioning in Children: Etiological and Treatment Considerations. *American Orthopsychiatric Association*, 109-119.
- Chicchetti, D. & Lynch, M. (1995). Failures in the Expectable Environment and the Impact on Individual Development. The Case of the Child Maltreatment. In D. Chicchetti & D. Cohen (Ed.), *The Developmental Psychopathology*. Vol. II (32-71), New York: John Wiley.

- Cohen, D. J.; Paul, R. & Volkmer, F. (1987). Issues in the Classification of Pervasive Developmental Disorders and Associated Conditions. In D. J. Cohen & A. M. Donnan (Ed.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp. 20-39), New York: John Wiley.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and Psychopathology. In F. Goldberg et al. (Ed.), *Attachment Theory* (pp. 367-406), New York: The Analytic Press.
- Diepold, B. (1994). *Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bremen.
- Dodge, K. A.; Somberg D. R. (1987). Hostile Attributional Biases among Aggressive Boys are exacerbated under Conditions of Threats of the Self: *Child Development* 58, 213-224.
- Dopart, T. (1983). The Cognitive Arrest Hypothesis of Denial. *International Journal of Psychoanalysis* 64, 47-58.
- Ekstein, R. Wallerstein, J. (1954). Observations on the Psychology of Borderline and Psychotic Children. *Psychoanalytic Study of the Child* 9, 344-369.
- Esman, A. H. (1989). Borderline Personality Disorder in Adolescents: Current Concepts. *Adolesc Psychiatry* 16, 319-336.
- Esser, G.; Dinter, R.; Jörg, M.; Rose, F.; Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M. (1993). Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 39, 246-664.
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen mit dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In S. Ferenczi: *Bausteine der Psychoanalyse*. Bd. 3 (511-525), Frankfurt: Suhrkamp.
- Fraiberg, S. (1982). Psychological Defenses in Infancy. *Psychoanalytic Quarterly* 51, 612-635.
- Freud, A. (1980). Die Diagnose von Borderline-Fällen (1956). In *Die Schriften der Anna Freud*. Bd. 7 (S. 1895-1907), München: Kindler.
- Geleerd, E. R. (1958). Borderline States in Childhood and Adolescents. *Psychoanalytic Study of the Child* 13, 279-295.
- Gudzer, J.; Paris, J.; Zerkowitz, Ph.; Marchessault, K. (1996). Riskfactors for Borderline Pathology in Children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 35: 26-33.
- Gudzer, J.; Paris, J.; Zerkowitz, Ph; Feldman, M. D. (19..). Psychological Riskfactors for Borderline Pathology in School-age Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 206-212.
- Gunderson, J.; Kolb, J. (1978). Discriminating Features of Borderline-Patients. *American Journal of Psychiatry* 135, 792-796.
- Kernberg, P. (1979). Psychoanalytic Profile of Borderline Adolescents. *Adolescent Psychiatry* 7, 234-256.
- Kernberg, P. (1982). Borderline Conditions: Childhood and Adolescents Aspects. In K. Robson (Ed.), *The Borderline Child: Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment* (S. 101-119), New York: McGraw-Hill.
- Kernberg, P. & Shapiro, Th (1990). Resolved: Borderline Personality exists in children under Twelve. Debate Forum. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 478-483.

- Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1999). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie* PTT 3 (1), 5-15.
- Laucht, M.; Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Developmental Outcome of Infants born with Biological and Psychosocial Risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 843-853.
- Lincoln, A. J.; Bloom, D.; Katz, M. & Boksenbaum, N. (1998). Neuropsychological and Neurophysiological Indices of Auditory Processing Impairment in Children with Multiple Complex Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 100-112.
- Masterson, J. F. (1972). *The Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York: Wiley.
- Ogden, T. H. (1985). On Potenzial Space. *International Journal of Psychoanalysis* 66, 129-141.
- Paris, J.; Zelkowitz, Ph; Gudzer, J.; Joseph, S. & Feldman, R. (1999). Neuropsychological Factors Associated with Borderline-Pathology in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 770-774.
- Perry, B. D.; Pollard, R. (1998). Homeostasis, Stress, Trauma, and Adaption. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 7, 33-51.
- Petti, T. A., Vala, R. M. (1990). Borderline Psychotic Behavior in Hospitalised Children: Approaches to Assessment and Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 197-202.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1968). *Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Pine, P. (1974). On the concept 'Borderline' in Children. *Psychoanalytic Study of the Child* 29, 341-369.
- Pine, P. (1986). On the Development of the Borderline-Child-to-be. *American Journal of Orthopsychiatry* 56, 450-457.
- Pine, P.; Wasserman., G. A.; Fried, J. E; Parides, M. & Shuffer, D. (1997). Neurological Soft Signs: One Year Stability and Relationship to Psychiatric Symptoms in Boys. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 3&: 1579-1586.
- Saunders, E.; Arnold, F. (1993). A Critic of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline-Psychopathology. *Light of Findings about Childhood Abuse. Psychiatry* 56, 188-203.
- Shatan, Ch. F. (1981). Zivile und militärische Realitätswahrnehmung über die Folgen einer Absurdität. *Psyche* 35, 557-572.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Streeck-Fischer, A. (1995). Stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit sogenannten Frühstörungen. *Psychotherapeut* 40, 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (1997).: Verschiedene Formen des Spiel in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanalyse* 13, 19-37.
- Themenheft OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1999.

- Streeck-Fischer, A. (1999). Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49, 580-588.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Impatient psychoanalytically oriented Treatment of Traumatized Children and Adolescents. In K. von der Klitzing & D. Bürgin (Ed.), *Psychoanalysis in Childhood and Adolescents*. Basel: Karger.
- Streeck-Fischer, A.; Kepper, I.; Lehmann, U. & Schrader-Mosbach, H. (2000). Gezeichnet für das Leben? Stationäre Psychotherapie von misshandelten und missbrauchten Kindern. In A. Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Oezkan (Eds.), *Körper, Seele, Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Terr, L. C. (1975). Children of Chowchilla. *Psychoanalytic Study of the Child* 34, 547-623.
- Towbin, K. E., Dykens, E. M., Pearson, G. S. & Cohen, D. J. (1993). Conceptualising Borderline Syndrome of Childhood and Childhood Schizophrenia as a Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 775-782.
- Weaver, T. L. & Clum, G. D. (1993). Early Family Environments and Traumatic Experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 61 (6), 1068-1075.
- Willock, B. (1990). From Acting out to interactive Play. *International Journal of Psychoanalysis* 71, 321-334.
- Winnicott, D. W. (1965/1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer 1984. (Amerikanische Originalausgabe 1965.)

Ute Meybohm

Die Situation der Berliner Jugendhilfe für psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen Jugendwohngemeinschaften

Ich bin beauftragt vom Arbeitskreis der Therapeutischen Wohngemeinschaften, etwas über die Situation der Berliner Jugendhilfe zu sagen. Wie Sie sich denken können, soll der Fokus auf der Situation von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen.

Unsere Angebote gehören zum Bereich der stationären Hilfen und sind vergleichsweise teure Maßnahmen, die besonders in Zeiten knapper Mittel der erhöhten Überprüfung unterliegen. Sie sind Schnittstellen-Projekte zwischen Gesundheit und Jugendhilfe, zwischen therapeutischer Arbeit und Hilfe zur Erziehung. Nur in dieser Kombination sind sie auch erfolgreich.

Da psychische Erkrankung im Jugendalter häufig erst nach dem 16. Lebensjahr manifest auftritt, liegen unsere Einrichtungen auch an der Schnittstelle zur Volljährigkeit und, wie es die jetzige Bewilligungspraxis zeigt, auch an der Schnittstelle zum BSHG-Bereich.

Die Situation der Kürzungen in der Jugendhilfe um fast 30 % ist für alle Eltern und Jugendliche, freien Träger, Jugendämter, Kliniken und Fachdienste ein schwieriger Prozess.

Wir erleben derzeit eine Verunsicherung auf allen Seiten mit vielen Fragen, gleichzeitig auch ein Ringen um neue Wege. Hierbei möchte ich Fragen aus verschiedenen Perspektiven stellen:

Jugendliche fragen:

- Kann ich noch Unterstützung erhalten auf meinem Weg ins Erwachsenenleben und von wem?
- Bin ich mit 18 Jahren Jugendlicher, der mit seiner psychischen Erkrankung eine besondere erzieherische Hilfe benötigt ?

oder

- Bin ich Psychatriepatient, der versorgt werden muss?
- Muss ich mich, wenn ich nicht mitspiele, auf die Obdachlosigkeit vorbereiten?

oder

- Bin ich in meiner eigenen Wohnung allein?

Freie Träger fragen:

- Können wir unserem erzieherischen und therapeutischen Auftrag im Spannungsfeld von Regression und Anforderung gerecht werden?
- und
- Wie viel Entwicklungszeit, Schleifen und Krisen können wir unseren Jugendlichen zugestehen?
 - Wie viele teure Maßnahmen wird sich die Jugendhilfe künftig erlauben?

Sozialarbeiter in den Jugendämtern fragen:

- Wie soll ich die vorgegeben Fallpauschalen umsetzen?
 - und gleichzeitig der Prämisse des KJHG gerecht werden?
- Diese Prämisse des KJHG § 1 lautet: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“

Kliniken und Fachdienste fragen:

- Werden unsere Empfehlungen für die ambulante Betreuung, der erzieherische und therapeutische Bedarf weiterhin umgesetzt werden können?
- oder
- Müssen wir uns auf den Drehtüreffekt einstellen?

Die Frage und Sorge aller gemeinsam ist also:

Wie zuverlässig werden unsere Begleitungsmöglichkeiten beim Prozess des Erwachsenwerdens von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen zukünftig sein unter den Bedingungen von Mittelverknappung der Jugendhilfe, Verkürzung der Belegungszeiten in Krankenhäusern und Tageskliniken Verkürzungen der Berufsorientierungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir – d.h. die Jugendlichen und auch die freien Träger – stehen unter Erfolgsdruck. Das kann individuelle Entwicklungspotenziale und auch familiäre Ressourcen mobilisieren. Es kann aber auch Krankheitsprozesse verschärfen. Wie wir ja alle wissen, laufen Entwicklungen nicht immer gradlinig und sind von Krisen begleitet, die es zu bewältigen gilt.

Fazit:

Um unsere Sorge zu überprüfen, haben die 10 veranstaltenden Träger eine Befragung durchgeführt. Die Träger verfügen insgesamt über 180 Therapeutische Wohngemeinschaftsplätze. Die Projekte sind angesiedelt in: Charlottenburg/Wilmersdorf, Friedrichshain/Kreuzberg, Hellersdorf/Marzahn, Mitte, Lichtenberg, Neukölln, Pankow, Reinickendorf, Schöneberg/Tempelhof.

Die Einrichtungen betreuen junge Menschen mit unterschiedlichen Problemfeldern:

- Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen

- Substanzmittelmissbrauch
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Psychoseerfahrungen
- Suizidalität

Aufgenommen werden junge Menschen aus allen Bezirken. Das Altersspektrum liegt zwischen 13 und 21 Jahren, das Durchschnittsalter bei 17,2 Jahren.

Untersuchung 2002-2003

Da die Bedingungen und die Bewilligungs- und Überprüfungspraxis uneinheitlich ist, möchte ich hier Trends darstellen. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der Untersuchung.

Unsere Fragen an die 10 Träger waren:

1. Gibt es eine Veränderung der Störungsbilder?
2. Gibt es gegenüber 2002 einen Belegungsrückgang?
3. Wie ist das Verhältnis von Anfragen und Aufnahmen?
4. Gibt es kürzere Laufzeiten bei der Bewilligung?
5. Gibt es eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer?
6. Ist eine Aufnahme von jungen Volljährigen möglich?
7. Können 18-Jährige in den TWG's bleiben?
8. Besteht ein Trend, in BSHG-Projekte zu verlegen?

Die Antworten erfolgten in Form von statistischen Angaben und in Form von Trendbeschreibungen.

1. Störungsbilder

Zunächst machten 2003 alle Träger die Erfahrung, dass die Komplexität der Störungsbilder zunimmt. Die Jugendlichen leiden unter psychischer Erkrankung und Suchtproblematik und massiven sozialen Auffälligkeiten.

2. Belegung

Die Belegung ist im Durchschnitt geringfügig zurückgegangen.

3. Anfragen

Die Anfragen haben sich seit 2003 drastisch verändert. Insgesamt ist die Häufigkeit der Anfragen zwischen 30 und 50% zurückgegangen. Jeder tatsächlichen Aufnahme gehen durchschnittlich 8 Anfragen voraus (Verhältnis 8:1).

Die Häufigkeit der Anfragen aus den Bezirken ist sehr unterschiedlich. Es gibt neben fachlichen Gesichtspunkten (Psychose, Sucht, Missbrauch) eine Tendenz, regional zuzuweisen.

Kliniken melden sich meist erst dann, wenn das Jugendamt bewilligt hat. Es gibt einen massiven Anfragenrückgang von Clearingstellen und anderen Trägern.

Jugendliche werden in mehrere WGs geschickt. Es gibt Auflagen vom Amt, verschiedene Projekte anzusehen, auch ohne therapeutischen Hintergrund.

Bei den Trägern, die auch im BSHG-Bereich tätig sind, gibt es eine Zunahme der BSHG-Anfragen.

Es gibt Anfragen für die Aufnahmen von lediglich 3 Monaten. Kontraproduktiv sind Anfragen für 3 Monate. Auch wenn Clearingphasen zur Erprobung der Motivation dienen, muss mindestens die Möglichkeit für eine Betreuung bestehen.

Ebenso bringt die Realisierung des Wunsch- und Wahlrechtes einige Blüten hervor. So gelten lockere Regeln in TWG's oder Fernsehgeräte in den Zimmern als Entscheidungskriterium für Jugendliche.

4. Aufnahmeprozess

Veränderungen gibt es im Aufnahmeverfahren. Hierbei ist besonders problematisch, dass Träger und Jugendliche keine Planungssicherheit haben. Das Aufnahmeverfahren hat zwei Tendenzen:

- a) Es erfolgt eine sofortige Unterbringung bei Multiproblemfällen.
- b) Der Entscheidungsprozess zögert sich bis zu 3 Monaten hinaus.

Verunsicherung herrscht darüber, welche Hilfeart unter den vorgegebenen Fallpauschalen die geeignete ist.

Vorgesetzte werden in die Helferkonferenzen einbezogen.

Den Empfehlungen der Fachdienste (Kliniken) wird nicht unbedingt gefolgt. Besonders bei teuren Maßnahmen wie TWG's fallen Entscheidungen zögerlich, insbesondere wenn Jugendliche 17,5 Jahre alt sind.

Eine TWG-Zusage liegt nicht mehr in der Entscheidung der ASPDs. Es wird anders bewilligt als verabredet. Es besteht stärker die Notwendigkeit, auf dem Rechtsanspruch zu beharren.

5. Betreuungsdauer

Die Aufenthaltsdauer verkürzt sich von 2001-2003 um ca. 37,5%. Sie liegt jetzt im Durchschnitt zwischen 12,5 und 15 Monaten. Es erfolgt unter dem Kostendruck teilweise eine zu frühe Vermittlung ins Betreute Einzelwohnen.

6. Bewilligungs- und Überprüfungszeiträume

Kürzere Bewilligungszeiträume und häufigere Helferkonferenzen werden als Steuerungsinstrumente eingesetzt. Positiv sind dabei die klareren Zielvereinbarungen zu bewerten, die Orientierung geben. Schwierig ist die Situation der jungen Volljährigen.

Die Bewilligungszeiträume liegen meist zwischen 2 und 6 Monaten, im Durchschnitt bei 3 Monaten. Es gibt eine kürzere Verweildauer mit häufigeren Helferkonferenzen und klareren Zielvereinbarungen. Die Mitarbeit von Jugendlichen und Eltern wird höher bewertet. Insbesondere bei den über 18-jährigen wird der Veränderungsdruck erhöht. Das hat unterschiedliche Konsequenzen:

- Zum Teil wirkt es produktiv und stößt Entwicklungen an.
- Zum Teil wirkt es resignativ und führt zur Verweigerung.

7. Betreuung von jungen Volljährigen

Der Situation von jungen Volljährigen möchten wir hier einen besonderen Schwerpunkt geben, da es hier u.E. einen Handlungsbedarf gibt: Junge Volljährige, die erstmalig Hilfebedarf anmelden, werden nicht über den §41 KJHG finanziert, auch wenn ein erzieherischer Bedarf besteht. Die Verlängerung bei jungen Volljährigen ist grundsätzlich möglich, die Maßnahme muss aber bis zum 21. Lebensjahr abgeschlossen sein.

Verlängerungen werden in den Bezirken unterschiedlich gehandhabt und unterliegen folgenden Bedingungen:

- Die Unterbringung übers 18. Lebensjahr hinaus wird bewilligt, wenn der Jugendliche gut mitarbeitet.
- Der Druck bei den 18-Jährigen, sich zu verselbständigen, ist höher geworden.
- Ist bei 18-Jährigen keine Veränderung absehbar, wird die Hilfe schneller beendet oder in Richtung BSHG verschoben.
- Die Überleitung in den BSHG-Bereich bei 18-Jährigen ist kompliziert, und die Zuständigkeitsfrage wird teilweise zwischen den Ressorts Jugendhilfe und Soziales hin- und hergeschoben.

Psychische Erkrankung im Jugendalter tritt manifest häufig erst nach dem 16 Lebensjahr auf. Durch die psychischen Erkrankungen wird oft der Reifungsprozess unterbrochen oder verlangsamt. Es erfolgt eine tiefgreifende Verunsicherung. Insofern ist das Entwicklungsalter der Jugendlichen häufig viel geringer als das reale Alter.

Entscheidend für eine langfristige psychische Stabilisierung und für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben (Ablösung vom Elternhaus, Verselbständigung, Aufbau einer beruflichen Perspektive) sind:

- die Integration des Erlebten
- Nachreifung und Stärkung der eigenen Identität
- Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen
- Zurückgreifen auf soziale Ressourcen
- Aufgehobensein in einem sozialen Netz von Beziehungen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Diese Entwicklungsaufgaben sowie die Prämisse des KJHG gelten auch über das 18. Lebensjahr hinaus.

Prämisse des KJHG §1:

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ Auch wenn die KJHG-Leistungen für junge Volljährige Soll-Bestimmungen sind, steht der erzieherische Bedarf trotz psychischer Erkrankung im Vordergrund.

8. Wie soll der Übergang ins Erwachsenenalter gestaltet werden?

Um junge Volljährige nicht im Dschungel der Vor- und Nachrangigkeitsbestimmungen von SGB VIII, IX, III, der Krankenkassenfinanzierung und des Betreuungsgesetzes stranden zu lassen, halten wir folgende Vorgehensweise für dringend erforderlich:

- Die Verantwortung für die Übergangsbegleitung sollte beim Jugendhilfeträger liegen.
- Für den Übergang ins Erwachsenenalter sollte ein gemeinsamer Finanzierungspool für den erzieherischen Bedarf, die Eingliederungshilfe und therapeutische Hilfen geschaffen werden.
- Es bedarf eines gemeinsamen Steuerungsgremiums vom Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger, Fachdiensten beider Ressorts, Krankenhaus, abgebender und aufnehmender Träger, wenn der junge Volljährige in den BSHG-Bereich wechseln soll.

In diesem Sinne freuen wir uns auf eine anregende Diskussion in den Workshops.

Anke Brönstrup, Ute Meybohm, Werner Schilling

18 Jahre und erwachsen?! Übergang KJHG-BSHG

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Teilnehmern des Jugendamtes der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie der freien Träger aus dem Bereich der Jugendhilfe und der psychiatrischen Versorgung (BSHG) von psychisch kranken jungen Erwachsenen.

Angeknüpft wurde im Workshop an den Vortrag von Frau Meybohm "zur Situation der Jugendhilfe in Berlin", hierbei insbesondere an die Situationsanalyse von jungen Volljährigen, die sich seit der Kürzung der Jugendhilfemaßnahmen dramatisch verschlechtert hat.

Hier noch einmal eine Zusammenfassung der Ergebnisse:

1. Junge Volljährige, die erstmalig Hilfebedarf anmelden, werden nicht über den §41 KJHG finanziert, auch wenn ein erzieherischer Bedarf besteht. Die Verlängerung bei jungen Volljährigen ist grundsätzlich möglich, die Maßnahme muss aber bis zum 21. Lebensjahr abgeschlossen sein. Verlängerungen werden in den Bezirken unterschiedlich gehandhabt und unterliegen folgenden Bedingungen:

- Die Unterbringung übers 18. Lebensjahr hinaus wird bewilligt, wenn der Jugendliche gut mitarbeitet.
- Der Druck bei den 18-Jährigen, sich zu verselbständigen, ist höher geworden.

Ist bei 18-Jährigen keine Veränderung absehbar, wird die Hilfe schneller beendet oder in Richtung BSHG verschoben.

2. Die Überleitung in den BSHG-Bereich bei 18-Jährigen ist kompliziert und die Zuständigkeitsfrage wird teilweise zwischen den Ressorts Jugendhilfe und Soziales hin- und hergeschoben. Da bei der Gruppe der psychisch beeinträchtigten jungen Menschen aufgrund der Erkrankung in der Regel über das 18. Lebensjahr hinaus eine Eingliederungshilfe und ein erzieherischer Bedarf vorhanden ist, stellt sich die Frage:

Wie soll der Übergang ins Erwachsenenalter gestaltet werden? Wer trägt der Verantwortung für den Übergang ?

Da die Systeme der bezirklichen Jugendhilfe und der bezirklichen sozialpsychiatrischen Versorgung unterschiedlich strukturiert und häufig den jeweiligen Akteuren jeweils wenig bekannt sind, wird in der Arbeitsgruppe das System der Ju-

gendhilfe und der psychiatrischen Versorgung anhand der nachfolgenden Schaubilder gegenüber gestellt.

In der Diskussion wird deutlich, dass es von Seiten der Mitarbeiter des Jugendamtes und der freien Träger der Jugendhilfe einen Informationsbedarf gibt, wie das Hilfesystem im BSHG-Bereich insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe strukturiert ist:

- über Leistungsangebote
- das Hilfeplanverfahren
- über Kontingente des Psychiatrieentwicklungsplanes,
- welche Psychiatrieträger in welchen Bezirken für die Gruppe der jungen Erwachsenen zuständig sind und die Betreuung der jungen Volljährigen übernehmen können.

Die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, die die Begutachtung vornehmen, kennen in der Regel die Versorgungsstruktur der bezirklichen Psychiatrieversorgung und stehen in engem Austausch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten. Es gibt seit 2003 eine Vereinbarung, dass bei jungen Volljährigen die Begutachtung sowohl durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst als auch durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgen kann.

Auffällig war, dass den Begutachtungen über eine weitere Betreuung von jungen Volljährigen durch den bezirklichen Jugendträger sehr unterschiedlich gefolgt wird. Es gibt Jugendämter, die die Maßnahme aufgrund eines befürwortenden Gutachtens in der Regel weiter bewilligen, während andere Ämter 17-Jährige gleich zur Begutachtung zum Sozialpsychiatrischen Dienst schicken und somit die Übergabe in den BSHG-Bereich einleiten. Es sieht so aus, als hinge dieses Vorgehen ab von der Finanzlage der Jugendämter und dem Gefälle von reichen und armen Bezirken.

Unverständlich für die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste ist häufig, dass sie für die Begutachtung von Seiten der Jugendämter keine Akteneinsicht erhalten, somit auch nicht wissen, welche Jugendhilfemaßnahmen im Vorfeld erfolgt sind, mit welchen Zielvorgaben und Ergebnissen. Die intensivere Zusammenarbeit zwischen den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten und den Sozialpsychiatrischen Diensten in den letzten zwei Jahren hat die Situation verbessert, dennoch gibt es für die Gestaltung des Übergangs kein eindeutig geregeltes Verfahren.

Die Fragen der AG-Moderatoren...

1. Sollte die Verantwortung für die Übergangsbegleitung beim Jugendhilfeträger liegen?

2. Sollte für den Übergang ins Erwachsenenalter ein gemeinsamer Finanzierungspool für den erzieherischen Bedarf, die Eingliederungshilfe und therapeutische Hilfen geschaffen werden?
3. Bedarf es eines gemeinsamen Steuerungsgremiums vom Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger, Fachdiensten beider Ressorts, Krankenhaus, abgebender und aufnehmender Träger, wenn der junge Volljährige in den BSHG-Bereich wechseln soll?

...werden wie folgt diskutiert:

Es wird in der AG heftig dafür plädiert, dass solange der erzieherische Auftrag besteht – das kann im Einzelfall bis zum 27. Lebensjahr der Fall sein –, die Jugendhilfe in der Verantwortung bleiben muss. Dies muss ggf. auch gerichtlich durchgesetzt werden. Deshalb wird ein gemeinsamer Finanzpool von Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und therapeutischen Hilfen nicht für notwendig gehalten.

Für die Übergangsgestaltung muss die Jugendhilfe in der Verantwortung bleiben. Dabei kommt nach Ansicht der Arbeitsgruppe den Fachdiensten (KJPD und SpD) eine wesentliche Vernetzungs- und Begleitungsfunktion zu. Ein weiteres Steuerungsgremium möglicherweise im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Regionen (2 Bezirke) halten alle für zu aufwändig.

Gewünscht wird allerdings ein weiterer fachlicher Austausch zwischen Mitarbeitern der Jugendhilfe und der psychiatrischen Versorgung unabhängig von bezirklichen Strukturen und Grenzen.

II Zielgruppen
Therapeutischer Wohngemeinschaften

Silke Birgitta Gahleitner, Elena Ossola, Antje Mudersbach

Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext

Jugendliche in Therapeutischen Jugendwohngemeinschaften haben zumeist lange ‚Karrieren‘ negativer Lebensereignisse durchlaufen. Frühe Bindungsstörungen, Versorgungs- und Förderungsdefizite, z.T. auch manifeste körperliche oder sexuelle Misshandlung bedingen bereits im Jugendalter chronische Beschwerden, Belastungen und Störungen. Frühe traumatische Erfahrungen durch unmittelbare Versorgungs- und Bindungspersonen werden nicht aufgefangen, sondern zumeist bis ins Jugendalter fortgesetzt und führen zu kumulativen, komplexen Traumata. Basale Abwehrstrategien verselbständigen sich und verursachen chronifizierte Störungen, da keine Verarbeitung der frühen Defizite und Überforderungen erfolgen kann.

Als Antwort versuchen Konzepte Therapeutischer Wohngruppen, therapeutische Alternativerfahren auf Bindungs-, Beziehungs- und sozialer Ebene bereit zu stellen. Auf diesem Boden sollen in der Adoleszenz mit pädagogisch-therapeutischer Unterstützung eine Chance zur Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse entstehen und neue Formen der Alltagsbewältigung ermöglicht werden. Im Folgenden wird dieses Konzept zusammenfassend erläutert, am Beispiel einer Einrichtung näher ausgeführt und am Fallbeispiel einer sexuell traumatisierten Jugendlichen veranschaulicht.

Das T in der TWG

Das „T“ in der „TWG“ basiert in erster Linie auf der Gestaltung eines tragenden therapeutischen Milieus. An der Gestaltung dieses therapeutischen Milieus sind alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams beteiligt. Therapeutisches Milieu bedeutet nicht eine Therapeutisierung des Alltags, sondern die Wahrnehmung der Jugendlichen durch das Betreuungsteam vor einem professionellen Hintergrund. Dieser basiert auf der Kenntnis spezifischer Störungsbilder, auf der Berücksichtigung von Ressourcen und Potenzialen der Jugendlichen sowie auf der Einbeziehung gruppenspezifischer, sozialer und kultureller Aspekte. Dieses ‚geschulte Verständnis‘ für die Jugendlichen bestimmt die Haltung ihnen gegenüber sowie die Art der Intervention (Arbeitskreis der Therapeutisch Tätigen in TWG's, 2001).

Jugendliche in Therapeutischen Wohngruppen haben i.d.R. fortgesetzt negative Beziehungserfahrungen gemacht und daraus hervorgehend oft schwere Bindungsstörungen entwickelt. Zentral am Angebot des therapeutischen Milieus ist deshalb die Arbeit in und an der Beziehung. Auf dem Boden dieser Bindungs- und Beziehungsarbeit können die Interventionen je nach Situation und Indikation stützenden, konfrontierenden oder provozierenden Charakter haben. Dabei wird in unterschiedlichen Modalitäten gearbeitet wie übungszentriert, erlebniszentriert, konfliktzentriert, netzwerkbezogen und medikamentengestützt – wobei das Schwergewicht einmal mehr auf der einen, dann wieder mehr auf einer anderen Modalität liegt.

Wichtige Ziele dabei sind Stabilisierung, Krisenmanagement, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, (Wieder-)Gewinnen von (Selbst-)Vertrauen, Alltags- bzw. Lebensbewältigung etc. – letztlich eine Verbesserung der Lebensqualität. Die Förderung von Ressourcen und Potenzialen, das individuelle Herausarbeiten von anstehenden Entwicklungsaufgaben, die Unterstützung bei deren Angehen u.Ä. sind zentrale Arbeitsschwerpunkte. Diese entwicklungsbegünstigenden Bedingungen werden ergänzt durch haltgebende Strukturen wie regelmäßige Gruppentermine, abgestimmte Rollen- und Aufgabenverteilung im Team, die Gewährleistung der Respektierung der geltenden Regeln für das Zusammenleben etc.

Um sowohl für die BewohnerInnen als auch für die Teammitglieder die wichtige Rollen- und Aufgabenklarheit zu gewährleisten, kann das Zusammenwirken am therapeutischen Milieu daher nach verschiedenen Daseinsräumen differenziert werden: In der ‚inneren Welt‘ v.a. in der Therapie, in der ‚äußeren Welt‘ mit allem, was den Alltag und die Struktur außerhalb der Wohngemeinschaft betrifft, und im ‚Übergangsraum‘ mit allem, was das (Zusammen-)Leben in der Wohngemeinschaft angeht (Egel, 2000). Das Team aus SozialpädagogInnen, (Sonder-)PädagogInnen, ErzieherInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen arbeitet dafür in unterschiedlichen Settings (Einzelsetting, Gruppensetting oder Teilgruppensetting) und mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten.

Jede/r Jugendliche/r hat ‚ihre/seine‘ Bezugsbetreuerin, d.h. dass jemand aus dem Betreuungsteam speziell für eine/n Jugendliche/n zuständig ist und mit ihm/ihr in regelmäßigen Gesprächen eine besondere Beziehung pflegt. Hier werden konkret anstehende Schritte gemeinsam geplant, findet Austausch über Schwierigkeiten und Freuden statt, wird der Alltag umfassend begleitet. Des Weiteren unterstützt ein/e Psychotherapeut/in den Prozess von einem geschützten therapeutischen Setting aus. Stürzen die BewohnerInnen z.B. in Krisen, werden sie sowohl von der Bezugsbetreuung als auch vom Team dabei unterstützt, die Krisen zu überwinden – sei dies nun im Rahmen der Einrichtung oder durch eine kurzzeitige Unterbringung in einer Kriseneinrichtung. Im Weiteren geht es dann darum, die Krise

im geschützten psychotherapeutischen Setting zu reflektieren, mit der eigenen Biographie zu verbinden und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwerfen. Von der gesamten Einrichtung werden die Jugendlichen daraufhin darin gefördert und unterstützt, diese Strategien konkret zu entwickeln, um möglichen weiteren Krisen vorzubeugen.

Die Therapeutin hat daher innerhalb des Teams eine besondere Rolle für die BewohnerInnen. Da sie keine Betreuungsaufgaben inne hat, ist sie nicht in den teilweise sanktionierenden Alltag des Zusammenlebens im Rahmen der Betreuung im engeren Sinne involviert. Dies ermöglicht eine andere Beziehung zwischen der Bewohnerin und der Therapeutin und damit der Jugendlichen einen anderen Zugang zu bestimmten Themen. Diese können auf die Gegenwart bezogen sein, aber auch auf die Vergangenheit oder auf die Zukunft. Die Bewohnerin hat im Einzelsetting die Möglichkeit, am und im ‚inneren Raum‘ zu arbeiten. Die besondere Beziehung zur Therapeutin, die speziell abgegrenzte, für sie reservierte Zeit sowie der Therapieraum bieten einen Schonraum, in dessen Schutz sie sich öffnen kann.

Die therapeutische Arbeit und Diagnostik geschieht so auf dem Hintergrund psychologischer und psychotherapeutischer Konzepte, ist jedoch in der Zielsetzung der alltagsrelevanten Themen sowie im regelmäßigen interdisziplinären Austausch (Fallbesprechungen, Supervision, Übergaben etc.) verankert. Dadurch, dass das Angebot in der Einrichtung selber stattfindet, besteht keine Komm-Struktur, d.h. der Zugang zu Therapie ist niederschwellig. Zusätzlich werden im Rahmen der Möglichkeiten soziotherapeutische Angebote (z.B. Unternehmungen) und therapieanbahnende Angebote (wie Schnuppertermine) sowie Kreativangebote gemacht.

Wo dies möglich ist, wird zudem mit den Familien der BewohnerInnen zusammengearbeitet. Außerdem pflegt das Team in regelmäßigen Fallbesprechungen und kontinuierlicher Supervision regen interdisziplinären Austausch. Auch mit anderen Einrichtungen und Stellen wie KJPD, stationärer Psychiatrie und Beratungsstellen arbeitet das Team zusammen. In den Hilfeforenzen, in welchen die Erfahrungen, die alle Beteiligten mit den Jugendlichen gemacht haben, sowie die Einschätzungen bezüglich des Entwicklungsverlaufes zusammenfließen, wird die weitere Hilfeplanung gemeinsam festgelegt.

Die Jugendlichen erleben und gestalten auf diese Weise unterschiedliche Beziehungsqualitäten: mit den Peers, mit den Betreuerinnen, mit der Therapeutin und mit der Leitungsperson. Sie erfahren Schutz und Strukturierung durch Regeln sowie weitere Halt gebenden Strukturen. Im Weiteren lernen sie, konstruktiv mit Konflikten umzugehen und Krisen zu bewältigen. Sie lernen auch Alltagsfertigkeiten wie Kochen, Achten auf Hygiene, das Einhalten von Absprachen, das Durch-

halten einer regelmäßigen Tagesstruktur etc. Im Zusammenleben erleben sie einander im Alltag, sie müssen sich miteinander auseinandersetzen und können so auch voneinander lernen. Im Rahmen dieser Auseinandersetzung tauchen unterschiedliche Themen auf, mit denen sie sich befassen müssen: ‚Zeit alleine/Zeit mit Anderen‘, ‚der eigene Raum/der allgemeine Raum‘, ‚eigene Grenzen/die Grenzen Anderer‘, ‚Abgrenzung/Öffnung‘ etc. Auch haben sie z.B. mit der Gestaltung ihres Zimmers oder anderer Räume der Wohnung, durch Vorschläge für Gruppenaktivitäten etc. die Möglichkeit, aktiv gestaltend mitzubestimmen und kreativ tätig zu sein.

Über all diese Erfahrungen sowie die Reflexion können die Jugendlichen zu einem vertieften Verständnis für intrapersonale sowie interpersonale und soziale Zusammenhänge und Dynamiken in ihrer individuellen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft gelangen. Im Folgenden soll diese Arbeitsweise nach einer Einführung zum Verständnis komplexer Traumata am Beispiel der Einrichtung ‚Myrrha‘ des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks und einer Klientin mit sexueller Gewalterfahrung veranschaulicht werden.

Was ist ein Trauma?

Unter einem Trauma versteht man ein Ereignis, das den Rahmen alltäglicher Erfahrung und Belastung um ein Vielfaches übersteigt wie z.B. eigene oder unmittelbar beobachtete Todesnähe oder eine ernsthafte Verletzung der körperlichen Unversehrtheit. Jemand, der solches erlebt, ist der Erfahrung von ohnmächtigem Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-)Angst ausgesetzt. Die natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien angesichts von Lebensgefahr: Flucht und Widerstand erweisen sich als sinnlos. Als besonders gravierend sind dabei von Menschenhand verursachte Traumatisierungen zu betrachten, bei denen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt und das Vertrauen in Menschen stark erschüttert werden (Fischer & Riedesser, 1998).

Insbesondere diese sog. ‚man-made-disaster‘ liegen zunächst häufig jenseits der Möglichkeit, sie zu kommunizieren. Das soziale Umfeld kann entweder aufgrund der Sprachlosigkeit der Opfer nicht informiert werden, oder aber die Signale und Hilferufe werden von der Umgebung nicht wahrgenommen. Denn das Wissen um sozial verursachte Traumatisierung bedeutet auch die Konfrontation mit eigenen Ängsten und der Dimension solcher Grenzverletzungen in der Welt.

Selbst in der Geschichte der Traumabehandlung und -forschung folgten auf viele Versuche, sozial verursachte traumatische Belastung zu problematisieren und als Diagnose anzuerkennen, Bemühungen, das Thema zu leugnen und den Betrof-

fenen entweder die Verantwortung für das Geschehen zuzuschreiben oder aber sie als psychiatrisch Kranke oder SimulantInnen zu klassifizieren (Herman, 1992).

Welche Folgen hat ein Trauma?

Die traumatische Belastungsreaktion ist zunächst eine ‚normale‘ Reaktion auf das erlebte ‚abnormale‘ Ereignis. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung (abgekürzt PTSD oder PTBS) wird gesprochen, wenn die Belastung über einen längeren Zeitraum anhält. Bei lang anhaltender Extremtraumatisierung kommt es zu einer Zerstörung psychischer Strukturen und zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen. Von großer Bedeutung für die Symptomentwicklung ist der aktuelle Entwicklungsstand des Opfers: Bei Erwachsenen trifft ein Trauma auf eine bereits geformte Persönlichkeit, bei Kindern hingegen prägt und deformiert wiederholtes Trauma wie beispielsweise Misshandlung und/oder sexuelle Gewalt die gerade erst entstehende Persönlichkeit.

Ein von seinen Bezugspersonen traumatisiertes Kind muss daher große Anpassungsleistungen erbringen. Obwohl es sich nicht schützen kann, muss es Schutz und Fürsorge, die Erwachsene ihm nicht bieten, mit den einzigen Mitteln ausgleichen, die ihm zur Verfügung stehen: mit einem unausgereiften System psychischer Abwehrmechanismen. Daraus kann ein ausgeklügeltes System vielfältiger somatischer und psychischer Symptome entstehen, die gleichermaßen kreativ wie destruktiv sind. Aus dieser Perspektive betrachtet, bringen Traumatisierte außergewöhnliche Fähigkeiten hervor und entwickeln z.T. sehr kreative und vitale Überlebensstrategien. Was einst hilfreich war, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder destruktiv werden und gravierende Symptome verursachen.

Bei früher und anhaltender Traumatisierung spricht man von sog. komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. Sie ist insbesondere durch Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration gekennzeichnet. Die Fundamente des Selbst und die eigene Selbstwahrnehmung sind erschüttert bzw. konnten sich erst gar nicht entwickeln. Das Verhältnis zum eigenen Körper ist gestört. Im zwischenmenschlichen Bereich fehlt es an zentralen Bindungserfahrungen. Desorganisierte Bindungsmuster, Gefühle von Misstrauen, Entfremdung und Isolation, jedoch auch ein mangelndes Gefühl für Grenzen sind die Folge. Häufig treten dissoziative Erscheinungen auf, im Extremfall bis zur Borderlineproblematik oder zur multiplen Persönlichkeitsstörung (Gahleitner, 2003).

Die Veränderungen lassen sich neben den psychischen und psychiatrischen Auffälligkeiten auch in hirnhysiologischen Veränderungen nachweisen. Traumatisierte nehmen Reize anders auf und ordnen sie anders zu als Menschen ohne Traumaerfahrung. Das Selbstschutzsystem ist in ständiger Alarmbereitschaft und

führt zu Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und unkontrollierten Übererregungen wie z.B. (auto-)aggressiven Verhaltensweisen. Trotz des Versuchs, sich den überflutenden Bildern und Zuständen zu entziehen, werden Betroffene immer wieder von diesen ‚Erinnerungen‘ heimgesucht, die jedoch nur bruchstückhaft vorliegen. Traumatisierte sind gefangen zwischen Gedächtnisverlust und Wiedererleben; zwischen überwältigenden Gefühlen und absoluter Gefühllosigkeit, häufig weitgehend ohne Möglichkeiten der Selbstregulation (van der Kolk, 1999).

Welche Behandlung erfordert ein Trauma?

Wie bereits deutlich wurde, ist die posttraumatische Belastungsstörung trotz der Klassifikation in psychiatrischen Diagnoseschlüsseln eine sozial verursachte und keine originär psychiatrische Störung. Es muss ihr daher auf psychosozialer Ebene und sozialtherapeutisch begegnet werden, im Falle der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im engmaschigen Kontext mit pädagogischem Vorgehen. Dies erfordert ein komplexes Behandlungskonzept mit flexiblen Methodiken und Techniken. Im Gesamtkonzept des umfassenden und zugleich alltagsorientierten therapeutischen Milieus müssen dazu verschiedene traumageeignete therapeutische Ansätze integriert werden.

Grundvoraussetzung für jede Form von Behandlung und Umgang ist zunächst die Etablierung eines Mindestmaßes an relativer Sicherheit und vertrauensvoller Bindung. Nach Herstellung der äußeren Sicherheit durch den stationären Kontext beginnt daher zunächst die häufig mühsame und störungsanfällige Beziehungsarbeit. Im Zentrum dieses wichtigen Entwicklungsschrittes steht die Etablierung der Bezugsbetreuung und der therapeutischen Beziehung. Sie bieten trotz enger Vernetzung zwei grundlegend unterschiedliche Beziehungsräume: eine klar strukturierte und nach außen orientierte Alltagsbeziehung und eine nach innen orientierte raumgebende therapeutische Beziehung. Beide jedoch bieten eine Alternativerfahrung zu den ehemals traumatisierenden Bezugspersonen in Bezug auf verantwortlichen Umgang mit Grenzen und das Angebot von Schutz und Fürsorge. Diese Erfahrung eröffnet die Chance, aus der oft massiven Übertragungsdynamik Stück für Stück authentische Beziehung entstehen zu lassen.

Im geschützten therapeutischen Setting können auf dieser Basis nach der anamnestischen Exploration ressourcenorientierte Stressbewältigungstechniken, zunächst insbesondere Praktiken des Angstabbaus und der Selbstkontrolle zum Einsatz kommen, um den Umgang mit bedrohlich überflutenden Gefühlen zu erlernen und zunehmend auch innere Sicherheit zu gewinnen. Diese Arbeit kann im fortgeschrittenen Stadium an vielen Stellen vom Betreuungsteam unterstützt werden. Möglich ist dies in Form einer konkreten Übergabe von Übungen wie z.B.

Imaginationsübungen oder durch die Etablierung übungszentrierter Angebote wie beispielsweise sportlicher Aktivitäten und Selbstbehauptungstechniken. Die Etablierung von Stabilität ist Bedingung für den Aufbau des erschütterten Kontrollvermögens und für zielgerichtetes Handeln im Alltag, jedoch auch notwendige Voraussetzung für die Bereitschaft zum Einlassen auf den weitergehenden therapeutischen Prozess.

Erst nach Erlangung eines ausreichenden Umfanges an Sicherheit und Stabilität können Versuche unterstützt werden, sich mit der traumatischen Erfahrung auseinander zu setzen. Dabei muss sehr behutsam umgegangen werden. Für Traumatisierte war es über lange Zeit hinweg überlebensnotwendig, nicht zu denken und zu fühlen. Die traumatische Erfahrung kognitiv und emotional zu restrukturieren, wieder Verantwortung für sich und das weitere Leben zu übernehmen, ist daher ein langer und mühsamer Weg. Kognitive Verfahren sind dabei hilfreich zur Umstrukturierung problematischer Denkschemata und erlebnisorientierte Methoden, bzw. moderne Verfahren ermöglichen Selbstausdruck sowie einen anderen emotionalen Umgang mit sich selbst, dem Geschehenen und dem Körper. Wie bereits am Übertragungsgeschehen deutlich wurde, sind tiefenpsychologische Kenntnisse hilfreich, um die zugrundeliegenden Strukturen früher Störungen an geeigneten Stellen aufzugreifen und zu bearbeiten, zunächst jedoch nicht zu forcieren. Die therapeutische Begleitung der Aufarbeitung sollte eingebettet in den sozialtherapeutischen Alltag erfolgen (Gahleitner, 2003).

Die einzelnen therapeutischen Phasen und Elemente werden im Folgenden näher erläutert:

Kognitive Restrukturierung

Traumatisierte Kinder und Jugendliche begegnen dem Leben und sich selbst mit Einstellungen und Erwartungen, die sie aus der Umwelt erfahren haben. Negative Internalisierungen wie beispielsweise erlernte Hilflosigkeit führen zu einer selektiven Wahrnehmung und vernichten den Glauben, mit dem eigenen Verhalten etwas bewirken zu können. Neben altersgerechter Psychoedukation über die Dynamik der Traumatisierung und der Klärung der Verantwortungsübernahme für das Geschehene verhelfen kognitive Techniken dazu, dysfunktionale Persönlichkeits- und Denkstrukturen aufzulösen und durch neue, realitätsgerechte Haltungen zu ersetzen. Zielsetzung ist die Entwicklung individueller Stärke und eine konstruktive Übernahme der Verantwortung – nicht für die Erfahrungen selbst, jedoch für den Umgang damit und damit für das eigene Leben und auf die Zukunft ausgerichtetes Verhalten. So wird ein Bewusstsein für die Gefahr von Grenzüberschreitung geschaffen, individuelle Stärke betont und Stigmatisierung wie Reviktimisierung vorgebeugt. Auch hier kann das Betreuungsteam die therapeutische Arbeit unterstützen, indem es die parteiiche Haltung auch im Alltag unterstützt

und negative Attributionen korrigiert, wie beispielsweise unangemessene Schuldübernahme zurechtrückt, unangemessene Ängste abbauen hilft etc.

Emotionale Restrukturierung

Traumatisierung geschieht häufig im vorsprachlichen oder sprachlosen Raum. Wichtige Aspekte des Heilungsprozesses für Kinder und Jugendliche sind daher, Ausdruck und Worte für das Geschehene zu finden und auf spielerische und künstlerische Art und Weise ressourcenorientiert Erfahrungen zu integrieren. Mit kreativen Medien bzw. in Spielsituationen können im geschützten therapeutischen Setting mit viel Umsicht verschiedenste Ebenen des Ausdrucks ‚angesprochen‘ und von den Kindern und Jugendlichen im kreativen Selbstausdruck integriert werden. Auch moderne Traumaverfahren wie beispielsweise Imaginationsverfahren und EMDR können hier ihren Einsatz finden. Der Zuwachs an Einblick in und Kontrolle über ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen ermutigt Kinder und Jugendliche auch auf der Interaktions- und Handlungsebene zur Übernahme von Verantwortung.

Dennoch benötigt dieser Abschnitt der therapeutischen Arbeit ein von der Alltagswelt deutlich getrenntes und stark geschütztes Setting. Er findet jedoch eine bedeutsame Unterstützung in kunst- und kreativtherapeutischen Angeboten, so dass eine enge Vernetzung auf der Ebene des gesamten therapeutischen Bereichs der Einrichtung den Prozess maßgeblich unterstützen kann. Die Fortschritte ebenso wie die jeweilige Belastbarkeit der Kinder bzw. der Jugendlichen sollten hingegen auch gut mit dem gesamten pädagogischen Team rückgekoppelt werden. Eine Aufarbeitung traumatischer Erfahrung auf Kosten der Alltagsfähigkeit und unter Vernachlässigung zentraler Entwicklungsaufgaben ist nur in Extremfällen und sehr durchdacht in Betracht zu ziehen.

Arbeit am sozialen Umfeld

Die schützenden Elternteile bzw. Bezugspersonen traumatisierter Kinder und Jugendlicher außerhalb der Einrichtung sollten ebenfalls ein Angebot erhalten; der traumatisierende Elternteil jedoch eine aus dem stationären Kontext ausgelagerte Beratungs- und Begegnungsmöglichkeit. Themen in der Elternarbeit sind innerfamiliäre Grenzen, Übernahme für Verantwortung und Schutz für das Kind. Auch hier muss zu einer gemeinsamen Sprache für das Geschehene und einem transparenten Umgang damit gefunden werden. Die Reflexion bezieht sich dabei sowohl auf ein Verständnis für die Situation der Kinder wie auf die eigenen Anforderungen und Problemlagen als Elternteil. Die Integration des Umfeldes in den Aufarbeitungsprozess soll die Arbeit mit den Kindern wirksam unterstützen und prophylaktisch Reviktimisierung und sekundärer Traumatisierung vorbeugen. Die Elternarbeit sollte personell von der Betroffenentherapie getrennt werden, jedoch

ebenfalls in enger Vernetzung stattfinden, um anstehende Themen aufeinander abstimmen zu können und die Entwicklung gemeinsam vorantreiben zu können.

Integration

Nach einer ausreichenden Bearbeitung des Traumas kann eine Wiederannäherung an die Umwelt stattfinden. Unter neuen Bedingungen ist z.B. für Überlebende von Gewalteinwirkungen nun eine Fokussierung auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Gegenwart wichtig. Eine Annahme des Traumas und der damit verbundenen Veränderungen ermöglicht eine Zuwendung zu aktuellen Lebens- und Alltagsthemen und eine Annäherung an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Auf dieser Ebene kann bei Interesse des/r KlientIn und ausreichender Stabilität nun auch mit verschiedenen Verfahren, wie z.B. tiefenpsychologisch, weitergearbeitet werden. Die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und neue Perspektiven für sich und in Interaktion mit anderen zu erschließen, kann wiederum in enger Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Team und den jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben erfolgen. In dieser Phase hat Psychotherapie die Aufgabe der Unterstützung und ‚Zuarbeit‘ zur Pädagogik in Form klarer alltagsrelevanter Themen und Zielsetzungen. I.d.R. geht es in dieser Phase auch bereits um die Vorbereitung des Auszugs und Abschieds.

Therapie im Kontext: die praktische Umsetzung von Traumatherapie in der Einrichtung ‚Myrrha‘

Wir hoffen, dass es gelungen ist, in der Darstellung deutlich zu machen, von welcher zentraler Bedeutung die Kombination von pädagogischen und therapeutischen Elementen in der Arbeit des Teams in einer Therapeutischen Wohngruppe ist. Nur so sind Herstellung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Milieus möglich, in dem Psychotherapie, die zunächst häufig angstbesetzt ist, überhaupt stattfinden kann. Diese engmaschige Vernetzung erfährt bei jedem Einzelfall eine individuelle Ausgestaltung. So findet beispielsweise je nach Bedarf über den gesamten Beratungsprozess hinweg stützende Beratungsarbeit zu alltagsrelevanten Themen statt, die den pädagogischen Bereich überschreiten sowie kurze Krisengespräche und -interventionen in enger Vernetzung mit dem pädagogischen Team und insbesondere der ergo-, kunst- und kreativtherapeutischen Kollegin. Andererseits kann es notwendig werden, den Therapieprozess erst einige Zeit nach dem Einzug zu beginnen, zeitweilig auszusetzen oder gar zu beenden, weil es die Situation der/s KlientIn erfordert. Die einzelnen Therapiephasen überlappen sich zudem gegenseitig und sind nicht immer scharf gegeneinander abzugrenzen.

Es versteht sich daher von selbst, dass der geschilderte Prozess in seiner Darstellung idealtypisch und nicht immer in die Praxis umsetzbar ist. Bei anhaltender sehr früher Traumatisierung ist die psychische Desintegration häufig so stark ausgeprägt, dass über den ganzen stationären Aufenthalt um die Etablierung von Sicherheit und angemessenes Bindungsverhalten gerungen werden muss und eine weitergehende Arbeit nicht ermöglicht wird. Häufig sind Kinder und Jugendliche auch so stark von ihren Entwicklungsaufgaben gefordert, dass keinerlei Raum für Aufarbeitungsprozesse etabliert werden kann und lediglich stützend und beratend gearbeitet werden muss. Andererseits entsteht aus dem Druck starker Symptomatik und alltäglichen Versagens auch zuweilen eine Therapiemotivation, um sich dem Erlebten zuzuwenden und damit einen besseren Umgang zu finden.

Im Folgenden soll anhand einer Falldarstellung ein kurzer Einblick in die konkrete Arbeit in der Mädcheneinrichtung ‚Myrrha‘ des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks gegeben werden. Die sozialtherapeutische Mädchenwohngruppe ‚Myrrha‘ richtet ihr Angebot an Mädchen und junge Frauen, deren Entwicklung beim Verbleib in der Herkunftsfamilie nicht sichergestellt werden kann. Die Einrichtung war ehemals spezialisiert auf (sexuelle) Gewalterfahrung und frühe Traumatisierung, heute wird sie nur noch teilweise in diesem Kontext belegt. Die MitarbeiterInnen sind PsychologInnen, SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und zusätzlich eine Ergo-, Kunst- und Kreativtherapeutin. Die meisten MitarbeiterInnen verfügen über therapeutische Zusatzqualifikationen. Dies ermöglicht eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Etablierung eines therapeutischen Milieus, in dem pädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen im Lebensalltag miteinander im Einklang stehen.

Falldarstellung

Cornelia ist 19 Jahre alt und wohnt seit 1½ Jahren in der Einrichtung. Cornelias Eltern trennten sich bereits kurz nach ihrer Geburt. Die Kinder verblieben bei der Mutter und dem späteren Stiefvater, der gegenüber den beiden Stiefkindern autoritär und körperlich gewalttätig auftrat und Cornelia ab dem Grundschulalter regelmäßig zunächst in Form von Berührungen, später durch Vergewaltigungen sexuell missbrauchte. Kontakte mit dem leiblichen Vater fanden zunächst nur sporadisch, später dann häufiger und verbindlicher statt.

Vor zwei Jahren suchte Cornelia Zuflucht bei ihrem Vater und eröffnete ihm die körperlichen und sexuellen Gewalthandlungen. Der Vater bestand auf einer Anzeige. Der Stiefvater leugnete die sexuellen Übergriffe, die Mutter wandte sich von Cornelia ab. Cornelia wohnte danach übergangsweise bei ihrem Vater und

befand sich in einer Fachberatung zum Thema sexuelle Gewalt, die beim Einzug in unsere Einrichtung noch einige Monate fortgesetzt wurde. Am Beginn der Zusammenarbeit, der gemeinsam von Cornelias Bezugsbetreuerin, der Psychotherapeutin und ihr selbst entschieden wurde, fand eine detaillierte Übergabe der bisherigen Beratungsarbeit und der bis dahin aufgedeckten Fakten bzgl. der Misshandlungen an die Psychotherapeutin statt.

Therapien im Zeitraum eines laufenden Gerichtsprozesses sind ein schwieriges Unterfangen. Man gerät leicht in einen Zwiespalt zwischen Ermittlung und Therapie, in dem die Aufdeckung nicht ausschließlich nach genesungsorientierten Gesichtspunkten verläuft. Das Verfahren ist höchst belastend und bedeutungsvoll für das Opfer und greift daher massiv in den Heilungsverlauf ein. Eine klare Aufteilung der verschiedenen Professionen des Hilfenetzes auf die jeweils anfallenden Aufgaben (Rechtsbereich, Prozessbegleitung, Betreuung, Therapie) ist hier von großer Bedeutung. Diese Aufteilung muss auch für die Betroffenen verständlich gemacht werden, um sie mitzutragen und nicht in Überschneidungen zu geraten. Zu diesem Zweck fanden im Falle von Cornelia mehrere Vernetzungstreffen und -gespräche statt.

Als Eingangsthemen etablierte Cornelia den Abschied von der Beratungseinrichtung, psychosomatische Beschwerden und Abgrenzungsschwierigkeiten. Die Beziehungsaufnahme erfolgte aufgrund ihrer großen Therapiemotivation zunächst relativ unkompliziert. Bald jedoch wurde deutlich, dass Grenzsetzungen jeder Art von ihr als starke Zurückweisungen erlebt wurden, da sie ihr Vertrauen auf eine schwere Probe stellten. Körperliche Nähe als begrenzbar, Beziehungen als belastbar und Konflikte als lösbar zu erleben und Grenzen zu akzeptieren und zu etablieren, wurde daher zu einem ersten großen Thema, welches in der Übertragung auf das Gruppengeschehen der Einrichtung nach wie vor und immer wieder Arbeit erfordert. Der Abschied von der Beratungseinrichtung und die damit bei Cornelia verbundenen Ängste, die Gruppensituation in der Einrichtung und der Umgang der Psychotherapeutin mit ihrem Bedürfnis nach körperlicher Nähe boten dafür jeweils gute Beispiele.

Bereits in der Anamnese begann die Psychotherapeutin mit traumatherapeutischen Techniken wie dem sicheren Ort für überflutende Gedanken und Zustände und der Eröffnung eines Tresors für Briefe, Gedichte und Bilder, in die Cornelia ihre Erinnerungsbelastung während der Woche niederschreiben konnte. Einfache Übungen zum Angstabbau und zur Selbstkontrolle ermöglichten zunächst einen Stand, der Raum für die Beziehungsaufnahme und Anamnese bot und die Gewaltthematik in den Hintergrund stellte. Manche der Techniken wurden an die PädagogInnen und die Kreativtherapeutin weitergegeben. Sie kümmerten sich die restliche Woche um die Umsetzung von konkreten Maßnahmen in Krisensituatio-

nen wie beispielweise im Umgang mit massiven Kopfschmerzattacken. Auch ‚Verschreibungen‘ wie körperliche Bewegung und das Niederschreiben von Gedanken und Gefühlen kamen so eher in eine Umsetzung.

Ein nächster Schritt stellte die konzentrierte Auseinandersetzung mit wechselnden psychosomatischen Erscheinungen dar, die in Belastungssituationen zu Kreislaufzusammenbrüchen und Kopfschmerzattacken eskalierten und einige Wochen lang eine Arbeit auf allen Ebenen blockierten. Nach einer ausführlichen medizinischen Abklärung durch die Bezugsbetreuung gelang es, Schritt für Schritt, ein Bewusstsein dafür zu etablieren, welche Funktion den Somatisierungen jeweils zukam und in welchem Kontext diese zu früheren Gewaltübergriffen standen. Manche der Beschwerden verringerten sich daraufhin, sie stellen jedoch weiterhin einen wichtigen Anzeiger für Belastungs- und Überforderungssituationen dar. Langsam gelang es Cornelia besser, den Belastungen bewusste Schonung entgegenzusetzen und auf anderen Ebenen den Körper beispielsweise durch sportliche Bemühungen angemessener zu fordern. Auch in diesen Schritten erhielt sie vielfach Unterstützung vom pädagogisch-kreativtherapeutischen Team.

Auf die Arbeit am Körperbewusstsein folgte ein längerer Prozess an stabilisierender Identitätsarbeit unter Einsatz von Masken, Phantasiereisen entlang selbsterstellter Bilder und anderer therapeutischer Medien. Cornelia gelang es hierbei erstaunlich gut, sich selbst und ihre Phantasien darzustellen. Bei der Übertragung in die Realität jedoch scheiterte sie an negativen Gefühlen und Attributionen, die ihr den Weg in eine Annäherung an ihre eigenen Wünsche versperrten. Die Therapie geriet in eine Flaute. Nichts schien sich zu bewegen, der Prozess stagnierte. Hier erwies sich eine alltags- und ausbildungsbedingte Unterbrechung als hilfreich. Durch die Anerkennung, die sie insbesondere in der praktischen Arbeit erhielt, und die zeitliche Vereinnahmung durch Prüfungen und Jahresabschlussaktivitäten gelang ihr auch im therapeutischen Kontext wieder eine Öffnung für positive Identitätsaspekte.

In der Sommerpause geriet sie jedoch in eine tiefe Krise. Die Identitätsstabilisierung durch die Ausbildung brach unter ihr zusammen, und alte Grübeleien, depressive Tendenzen und Suizidgedanken bereiteten ihr eine krisengeschüttelte Zeit. In enger Zusammenarbeit mit dem pädagogisch-kreativtherapeutischen Team gelang es jedoch, Cornelia aus der Versenkung hervorzuholen und durch sportliche, künstlerische und andere Aktivitäten in Bewegung zu bringen.

Seit diesem ‚Rückfall‘ hat die Therapiemotivation von Cornelia weiter zugenommen. Traumatische Inhalte und Beziehungskonstellationen können langsam stärker Thema werden, ohne von drastischer Dramatik begleitet zu werden. Vereinzelt können bereits traumaaufarbeitende Einheiten eingelegt werden. In der dar-

auffolgenden Woche erhält die Psychotherapeutin dabei jeweils von der Bezugsbetreuung und Kreativtherapeutin eine Rückmeldung über das Ausmaß der Belastung, um das weitere Verfahren darauf abzustimmen.

Das Spektrum an Techniken zum Angstabbau und gegen Schlafstörungen wird parallel dazu ständig erweitert. Es kann nun auch mit einem Repertoire von körperorientierten Entspannungsübungen angereichert werden, die zuvor ein Zuviel an Risiko bargen, traumatisches Material zu evozieren. Auch die Arbeit an der Identitätsstabilisierung wird ebenfalls parallel weiter fortgesetzt. So wurde beispielsweise von der Kreativtherapeutin ein Selbstbehauptungstraining als feste Gruppenaktivität installiert, welches sich sehr positiv auf den Umgang mit der Gewaltbelastung auswirkt. Auch der Umgang mit dem eigenen Körper und den stark wechselnden Schmerzen hat sich deutlich verbessert.

Die letzten Ferien überstand Cornelia ohne tiefere Krisen und Zusammenbrüche. Dennoch: Trotz der positiven Entwicklung befinden wir uns letztlich immer noch am Beginn des Aufarbeitungsprozesses. Bestimmte Abwehrmechanismen wie zeitweilig starkes Rückzugsverhalten und eingeengte Denk- und Gefühlsstrukturen haben sich noch kaum verändert. Die Zeit um den Gerichtsprozess wird einer noch unabsehbaren Dynamik unterliegen, die den Therapieprozess stark prägen und beeinflussen kann. Die Arbeit am sozialen Netzwerk um Cornelia befindet sich noch in den Anfängen. Die Jugendhilfe hat die Finanzierung bislang mitgetragen, eine langfristige Sicherheit ist von dieser Seite jedoch unter den momentanen finanziellen Bedingungen nicht zu erwarten.

Dennoch hat sich in der Arbeit mit Cornelia eine Basis etabliert, die Schritte – und Rückschritte – möglich macht und die sie mit dem bisher Erreichten mit in ihr weiteres Leben nehmen kann. In enger Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Team darauf geachtet zu haben, dass die therapeutische Arbeit mit ihren hohen Anforderungen durch eine selbst gewählte anstrengende Ausbildung und den beschwerlichen Alltag vereinbar ist, wird sich für sie ebenfalls bezahlt machen. Der weitere Verlauf wird zeigen, wie groß der Anteil an traumatischer Belastung sein wird, den Cornelia noch in unserer Einrichtung aufarbeiten kann, und was an ‚traumatischem Gepäck‘ sie mit in ihr weiteres Leben nehmen wird, um sich auf dieser Basis möglicherweise später damit erneut einer Auseinandersetzung zu stellen.

Literatur

- Arbeitskreis der Therapeutisch Tätigen in TWG's (2001). *Die Stellung der Psychologin/des Psychologen in der Therapeutischen Wohngemeinschaft*. Berlin: Eigenverlag.
- Egel, A. (2001, Mai). *Was haben Sie eigentlich für eine therapeutische Ausbildung? – oder was sonst bedeutet das ‚T‘ in ‚TWG‘*. Vortrag auf dem Fachtag des EJF ‚Alltag an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe‘ in Berlin.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst.
- Gahleitner, S. B. (2003). *Sexuelle Gewalterfahrung und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. Eine explorative Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive*. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Harper Collins Publishers.
- van der Kolk, B. A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A. Streek-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 32--56). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ute Meybohm

Interkulturelle Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ein Erfahrungsbericht über 20 Jahre Therapeutisches Wohnen mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutscher und ausländischer Herkunft

Dieser Bericht speist sich aus den Erfahrungen der Therapeutischen Wohngemeinschaft für junge Erwachsene (18-27 Jahre) mit psychischen Erkrankungen, die die ajb gmbh seit 1983 in Berlin-Kreuzberg betreibt, und aus denen des Therapeutischen Jugendwohnens Moritz 55, das seit 1997 in Kreuzberg interkulturelle Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen deutscher und ausländischer Herkunft leistet.

Die betreute Zielgruppe waren und sind psychisch kranke Jugendliche (14-18 Jahre) und junge Erwachsene (18-27 Jahre) deutscher und ausländischer Herkunft, die in zwei Jugendhäusern in Berlin-Kreuzberg mit unterschiedlichen Wohnformen leben und betreut werden.

In beiden Einrichtungen arbeiten insgesamt 5 Mitarbeiter türkischer bzw. kurdischer Herkunft sowie Honorarkräfte mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen (russisch, chinesisch, spanisch, italienisch, englisch, türkisch und kurdisch). Zu der Gestaltung des therapeutischen Milieus in unseren Einrichtungen gehört ein bi-kultureller Ansatz auf der Mitarbeiterenebene.

Ursprünglich gab es im betreuten Wohnen für junge Erwachsene meist eine Wohnung, in der ausschließlich junge Frauen ausländischer Herkunft lebten. Somit wurde der orientalisches-familiäre Ehrenkodex berücksichtigt. Heute wird diese Frauenwohngemeinschaft auch von deutschen jungen Frauen bewohnt.

Statistische Daten

Berlin ist in Deutschland neben Hamburg, Frankfurt und München eine multikulturelle Stadt mit einem Ausländeranteil von ca. 13% der Bevölkerung. In den Bezirken Mitte (Wedding) und Kreuzberg-Friedrichshain liegt der Ausländeranteil bei 26%, der von jungen Menschen beträgt 32%.

Als unsere Einrichtung 1983 im Rahmen des ersten Modellprogramms für Psychiatrie aufgebaut wurde, haben wir in unseren Konzeptionen von Anfang an einen integrativen Ansatz verfolgt. Unsere Einrichtungen in der Graefestraße und in der Oranienstraße liegen in einem Quartier, in dem der Ausländeranteil hoch ver-

treten ist und man auch einen hohen Anteil an Gewerbetreibenden findet, die meist türkisch-kurdischer Herkunft sind. Die Oranienstraße wird häufig ‚Little Istanbul‘ genannt.

Seit 1983 wurden in der therapeutischen Wohngemeinschaft für junge Erwachsene insgesamt 38% ausländischer oder bi-kultureller Herkunft betreut. Waren sie bis 1996 zu 26% türkischer/kurdischer Herkunft mit einem überwiegenden Frauenanteil und 12% bi-kulturellen Ursprungs oder aus anderen Ländern, so hat sich in den letzten 8 Jahren das Verhältnis der Nationalitäten verschoben. Sie kommen heute aus vielen unterschiedlichen Ländern, meist sind sie bi-kultureller Herkunft und der Frauen- und Männeranteil ist gleich verteilt.

Folgende Herkunftsländer sind vertreten :

- Türkei (10), Polen (2), Tschechien (1), Kroatien (1), Russland (1), Aserbeidschan (1), Iran (1),
- Ägypten (1), Äthiopien (1), Sudan(1),
- Bi-kulturell: Deutsch//Libanon (1), Deutsch/Marokko (1), Deutsch/Nigeria (1), Deutsch/Kuba (1), Deutsch/Elfenbeinküste (1).

Im Therapeutischen Jugendwohnen Moritz 55 wurden seit 1997 insgesamt 32% Jugendliche ausländischer Herkunft betreut, zu gleichen Teilen Mädchen und Jungen. Die meisten hatten einen bi-kulturellen Hintergrund und kamen aus der Türkei (5), China (1), Mongolei/Deutsch (1), Algerien/Frankreich (1), Aserbeidschan (1), Afghanistan (1), Russland (1), Afrika/Deutsch (1), Israel (1), Albanien/Serbien (1).

Die erste Generation 1983-1986

1983 kamen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausländischer Herkunft im Wesentlichen aus der Türkei und waren häufig Kurden und Allevitin.

Die erste Generation der türkischen Kinder ist meist von Tanten und Onkeln in der Türkei ein paar Jahre aufgezogen worden. Kleine Geschwister lebten oft schon in Deutschland. Sie haben ihre Eltern häufig erst im Urlaub gesehen. Wenn sie dann im Alter von 9-11 Jahren nach Deutschland kamen, mussten sie sich an die große Stadt gewöhnen, an die fremde Sprache, an ihre fremden Eltern. Die erste Generation zwischen 1983 und 1986 kam eher aus Elternhäusern, die auf Bildung sehr viel Wert legten, häufig auch selbst Facharbeiter waren. Ihre männlichen Kinder wurden schulisch unterstützt und bei Problemen von der Familie aufgefangen. Für die Mädchen war die traditionelle Frauenrolle vorgesehen, sich um die kleineren Geschwister zu kümmern und zu heiraten. Hier mit der fremden Kultur konfrontiert und oft nicht so eng an die Eltern gebunden, rebellierten die Töchter gegen die ihnen vorgegebene Rolle, wollten eine Ausbildung machen, nicht

verheiratet werden, sich ihre Männer selbst aussuchen Deshalb lag der damalige Schwerpunkt auch in den Jugendzentren auf der Arbeit mit den Mädchen. Der Anpassungsdruck an beide Kulturen und damit auch die Zerreißprobe war für die Mädchen erheblich höher.

Zielgruppe

Da lange Zeit auch in unserer Therapeutischen Wohngemeinschaft die Zielgruppe ausländische Mädchen waren, möchte ich hier ihre Probleme genauer beschreiben, die zum Aufenthalt in der Therapeutischen Wohngemeinschaft führten.

Der Protest der Mädchen gegen die vorgegebene Frauenrolle lag häufig im Ablegen des Kopftuchs. Die Reaktion der Familie bestand oft darin, mit der ungehorsamen Tochter in die Türkei zu fliegen und dort möglichst einen Mann für sie zu suchen und sie zu verloben. Nach einigen Suizidversuchen, kurzen Aufenthalten im Ursprungsland und Krankenhaus-aufenthalten willigte die Familie – häufig die Mutter heimlich – ein, ihre Tochter in fremde Hände zu geben. Väter und Brüder waren nicht informiert. Insofern musste der Aufenthalt in der TWG auch vor ihnen geheim gehalten werden.

Vorrangiger Tabu-Bruch war damals die „verlorene Ehre“ – sprich die verlorene oder vermeintlich verlorene Jungfräulichkeit der Tochter und damit die Stellung der Familie in der Migrantengesellschaft in Berlin. Das Herausgehen der Mädchen aus der Familie bedeutete oft das Verstoßenwerden aus der Familie bzw. aus dem Clan/der Dorfgemeinschaft um den Zickenplatz (Kreuzberg) oder die Burgdorfstraße (Wedding), um zwei Beispiele zu nennen.

Die jungen Frauen reagierten zunächst mit psychosomatischen Beschwerden, häufig Eierstockentzündungen, und Problemen im Bauchbereich. Psychische Probleme zu somatisieren, war einerseits gesellschaftlich akzeptiert und entsprach zum andern dem Krankheitsempfinden von Frauen in orientalischen Dörfern. In dem Buch „Interkulturelle Psychiatrie“ berichten viele Hausärzte von türkischen Frauen, dass diese nicht unter Schmerzen eines Organ oder eines Teil des Körpers litten, sondern ihr ganzer Körper immer betroffen war.

Einen anderen großen Komplex stellten die Suizidversuche bzw. Selbstverletzungstendenzen dar. Hintergrund waren neben ohnmächtiger Wut und Hoffnungslosigkeit auch anhaltende Gewalterfahrungen, die zunächst aber tabuisiert waren.

Die Jungen litten mehr unter Drogenmissbrauch/Delinquenz, schweren Verhaltensauffälligkeiten, Zündeln und Psychosen. Sie wurden meist auch nicht verstoßen, sondern behielten den familiären Schutz.

Der Zugang erfolgte selten über die Jugendämter, häufiger über Bildungseinrichtungen, ein größerer Anteil über die Psychiatrien und Nervenärzte. Aber die meisten jungen Frauen kamen über andere Frauen, die mit uns gute Erfahrungen gemacht hatten. So wurden wir eine Zeit lang zur Zufluchtsstätte für psychisch beeinträchtigte junge Frauen. Implizites Kriterium waren für sie meist die Suizidalität und die Gewalterfahrungen.

Leben in der Therapeutischen Wohngemeinschaft

In der ersten Zeit in der Wohngemeinschaft bestand für die Mädchen ein großer innerer Druck, sich an die deutsche Kultur zu anpassen: türkische Sprache, Kultur und Traditionen wurden abgelehnt. Im Vordergrund standen Bildung, eigenes Geld zu verdienen, sich in einen nicht-türkischen, möglichst deutschen Mann zu verlieben und die Wurzeln zu kappen. Diese Abgrenzung von der eigenen Kultur ging so weit, sich auch von muttersprachlichen Kollegen abzugrenzen. Dies ist sicherlich auch ein kultureller Ausdruck des Pubertätskonfliktes.

Gleichzeitig entstand ein besonders enger Kontakt zu den anderen ausgestoßenen ausländischen Frauen (peer-group). Häufig konnten die Mädchen nicht allein in einem Zimmer oder einem Bett schlafen, hatten Alpträume und hielten sich besonders nachts aneinander fest. In dieser kleinen Gruppe entstand der Austausch über das Leid des Ausgestoßenseins, und es wurden die ersten Schritte gemacht, die eigene Kultur wieder anzunehmen.

Der zweite Schritt bedeutete in der Regel, den Kontakt zur Familie wieder anzubahnen und das Einverständnis der Familie zu erlangen, dass die Tochter für ihren Genesungsprozess und vielleicht auch weiterhin außerhalb der Familie leben durfte. Diese Phase wurde häufig von der muttersprachlichen Kollegin eingeleitet, wenn der Prozess mit dem Mädchen so weit vorangeschritten war, dass sie den Kontakt zur Familie wieder aufnehmen wollte. Voraussetzung hierfür war, dass das Mädchen sich der muttersprachlichen Kollegin anvertraut hatte, sie zur Abla (große Schwester) erklärt hatte. Damit war sie bereit, zu ihren kulturellen Wurzeln wieder zu stehen.

Damit dieser Prozess überhaupt möglich war, durften die Mädchen nicht mit Männern auf einem Stockwerk leben, ansonsten wäre die Ehre des Mädchens oder der Familie geschändet gewesen. Wir hatten also ein türkisches Mädchenstockwerk eingerichtet.

Die Elternarbeit erfolgte von der muttersprachlichen Kollegin in der Wohnung der Eltern.

Familienarbeit

Die Eltern/Familie hatte/n dabei folgende Zielrichtung: das Mädchen, die Tochter, Schwester sei krank. Sie sollte gesund werden und dann in die Familie zurückkehren, um kleinere Geschwister zu versorgen, zu heiraten oder zu arbeiten und zum Familieneinkommen beizutragen.

Die Zielrichtung der Mädchen bestand darin: Die Eltern sollten ihren Wunsch oder Weg nach einer Ausbildung, einem eigenständigen Leben, einer eigenen Partnerwahl respektieren.

Bei besser gebildeten Familien verlief dieser Prozess positiv, so lange keine weiteren Suizidversuche erfolgten und die Mädchen sich erfolgreich in Schule oder Ausbildung erwiesen. Psychosomatische Beschwerden wurden akzeptiert. So konnten sie ihre Töchter loslassen. Die wichtigste Voraussetzung bestand allerdings darin, dass sie ihre Jungfräulichkeit behalten hatten oder zumindest als Jungfrauen in die Ehe gingen. Hierfür gab es Frauenärzte, die das Jungfernhäutchen wieder zunähten.

Die Aufenthaltsdauer betrug meist ein bis zwei Jahre. Häufig wurde während dieser Zeit die Schule beendet und ein Partner gefunden, den sie dann heirateten. Oder sie kehrten vorübergehend in die Familie zurück. Die wenigsten lebten hinterher allein oder mit einem Geschwisterteil.

Die zweite Generation Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre

Sozialer Hintergrund

Die zweite Generation bestand ebenfalls im Wesentlichen aus jungen Frauen, aber mit einem anderen sozialen Hintergrund:

Sie kamen aus sozial sehr schlecht gestellten Familien, meist aus Neukölln oder Wedding. In der Regel waren beide Eltern arbeitslos oder überlebten mit Schwarzarbeit und Sozialhilfe. Die Kinder wurden teilweise zum Klauen geschickt. Die Söhne waren häufig drogenabhängig. Die Töchter hatten Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen, keine Schulabschlüsse, Ausbildungen waren abgebrochen worden, und es gab wenig Arbeitserfahrungen. Häufig mussten sie kleinere Geschwister aufziehen. Dem Jugendamt war oft die Familie bekannt, meist mit einer dicken Akte.

Sie waren mit einem Elternteil aufgewachsen, hatten die Familie früh durch Prostitution oder Schwarzarbeit ernährt. Sie hatten Gewalterfahrungen oder waren schon in jungem Alter in Abhängigkeit von älteren deutschen oder türkischen Männern geraten, ohne verheiratet zu werden. Teilweise waren ihre Liebhaber deutsche Lehrer oder Sozialarbeiter, wodurch sie zunehmend isoliert wurden von

ihrer Familie oder ihren Freunden. Die Mädchen waren Anfang 20, waren aus der Türkei zum Heiraten mitgebracht worden.

Dies war in den 90er Jahren ein Trend in der türkisch-kurdischen Gesellschaft Berlins. Die Mädchen kamen aus armen türkischen Dörfern und konnten aufgrund ihrer Armut auch nicht zurückkehren. Da die Ehen hier in Berlin häufig zerbrachen und die Familie nicht mehr für sie sorgte, wussten sie oft nicht, wovon sie leben sollten, gerieten mit der Verführung des schnellen Geldes in die Prostitution, meist in das Neuköllner Rotlichtmilieu.

Symptome dieser zweiten Generation waren häufig:

- massive Ängste
- Essstörungen
- Selbstverletzungen
- aggressive Durchbrüche
- Psychosen
- Zwangshandlungen

Behandlungsmethoden

Die Behandlungsmethode bestand auch hier in verschiedenen Teilschritten:

- sie über die Gemeinschaft der Mädchengruppe aus der Isolation zu befreien und ihnen Schutz zu geben.
- Gleichzeitig war aber auch eine medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung der Symptome erforderlich. Über Suizid-, Autoaggressions- und Aggressionsverträge Orientierung zu geben und somit die Voraussetzung für eine gemeinsame Arbeit zu schaffen.
- Die Familienarbeit war bei dieser Generation sehr viel schwieriger: entweder war die Familie selbst sehr bedürftig und zog am liebsten mit in die Wohngemeinschaft ein. Dies betraf im Wesentlichen kleinere Geschwister und Mütter, oder der familiäre Einfluss war durch Drogen oder andere Probleme schädigend, so dass nicht nur die Schwester/Tochter ausgenutzt wurde, sondern auch Mitbewohnerinnen bestohlen oder genötigt wurden, Geld zu besorgen. Hierdurch waren Betreuer gezwungen, Hausverbote auszusprechen und deren Einhaltung zu kontrollieren. Waren die Mädchen von dem Berliner Teil ihrer Familie verstoßen worden, galt es, eine neue Familie oder ein soziales Gefüge herzustellen über Kulturvereine, Schwiegereltern etc., um eine langfristige Stabilisierung zu ermöglichen. Für einige Frauen haben wir eine Ersatzfamilie finden können, die in Konfliktsituationen oder Krisen auch heute noch aufgesucht werden und der man seine Ehemänner oder Kinder vorstellt.

Lebte ein Teil der Familie (z.B. Mutter oder Vater) in der Türkei, zu der kein Kontakt herrschte, so bestand auch eine Methode der Integration darin, mit ei-

ner muttersprachlichen Mitarbeiterin die Familie in der Türkei aufzusuchen und zu klären, ob sich dieser Familienteil als eine tragfähige Beziehung erweisen könnte. Dies erfolgte häufig im Zusammenhang mit Urlaubsreisen in die Türkei mit der Gesamtgruppe. Bei jenen, die tiefer in der Prostitution steckten, bestand häufig das Problem, eine Entscheidung herbeizuführen, ob sie diesen Beruf weiterführen wollten. Wenn sie sich für den Beruf entschieden hätten, wäre zwar eine ambulante Therapie möglich gewesen, aber kein Aufenthalt in der Wohngemeinschaft. Hier haben wir mit Hydra eng zusammengearbeitet.

War die Entscheidung der Frauen gegen die Prostitution getroffen worden, galt es vor allem Zuhälter und Freier aus dem Haus zu verbannen. Dies war eine harte Arbeit für die Betreuer, die Hausmacht darzustellen, eine gemeinsame Front von türkisch- kurdisch-deutschen weiblichen und männlichen Kollegen zu bilden und notfalls die Polizei zu holen. Ihr Prognose, sich zu verselbständigen, ohne Betreuung zu leben, war erheblich schlechter und viele sind auch heute noch als erwachsene Frauen in psychiatrischer oder psychosozialer Betreuung,

Die dritte Generation Ende der 90er Jahre

Mitte bis Ende der 90er Jahre machten wir – wie auch viele andere Einrichtungen aus dem Jugendhilfebereich – die Erfahrung, dass türkische Mädchen nur noch in geringem Umfang in unsere Betreuungseinrichtungen kamen. Stattdessen veränderten sich die Zielgruppen in der interkulturellen Arbeit unserer TWG's:

- Eine Gruppe sind Folteropfer oder Jugendliche, die in Kriegswirren nach Deutschland gekommen sind mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus; meist männliche Jugendliche aus dem Sudan, Eritrea, Türkei, Äthiopien, Sri Lanka. Sie verloren ihre Eltern im Krieg oder wurden von ihnen zu Verwandten oder mit dem letzten Geld nach Europa geschickt – in der Hoffnung, dies sei ein vorübergehender Aufenthalt. Ziemlich bald stellte sich heraus, dass die Verwandten mit ihnen überfordert waren oder sie eine Zeit in Auffanglagern blieben, krank wurden und schließlich im Krankenhaus oder im Folteropferzentrum psychiatrisch behandelt werden mussten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt stellte sich die Frage nach unserer oder anderen Einrichtungen bzw., was zukünftig aus ihnen werden sollte. Die Krankheit und Entwurzelung dieser Jugendlichen nimmt häufig einen chronischen Verlauf. Ihre Symptome sind meist Psychosen und Flashback-Erlebnisse, wie wir sie aus der Trauma-Forschung kennen. Aber auch ihre aufenthaltsrechtliche Unsicherheit, die Duldung während der Dauer der Krankheit, machen den Betreuungs- und Behandlungsprozess schwieriger. Hier gibt es in der Betreuung immer wieder die Verbindung von therapeutischer und politischer Arbeit, eine ungeklärte Lebensperspektive

und die ständige Angst, zurückgeschickt zu werden. Ein wesentliches Merkmal in der rechtlichen und therapeutischen Begleitung dieser Gruppe liegt darin, dass sie die Trauma-Erlebnisse nicht chronologisch oder logisch berichten können. Oft konnten sie nur fragmentarisch in ihrem Gedächtnis gespeichert werden. Dies hat Konsequenzen bei gerichtlichen Befragungen, wenn es um ihren Asylstatus geht. Da sie oft unzureichende oder widersprüchliche Aussagen machen, wird ihre Glaubwürdigkeit in Frage gestellt. Dies bedeutet eine Falle für die Helfer, die dann auch selbst verunsichert werden oder den Betroffenen nicht länger Glauben schenken. Dieser Falle kann nur begegnet werden durch sachkundiges Wissen über Trauma-Verarbeitung und über die politischen Verhältnisse des Landes, so dass eine klare Unterstützung der jungen Menschen ermöglicht wird.

- Die zweite Gruppe sind Jugendliche mit bi-kulturellem Hintergrund mit einem breiten Spektrum von Ländern: Polen, Kroatien, Afrika, Türkei, Aserbeidschan, Sri Lanka, Armenien, Kroatien, China. Sie sind hier geboren, sprechen die deutsche Sprache fließend, haben deutsche Namen und mit vielen Traditionen gebrochen. Sie haben sich scheinbar integriert und fühlen sich in Berlin zuhause. Deshalb ist es zunächst nicht leicht, ihr interkulturelles Problem der anderen Wurzeln, des kulturellen und religiösen Zwiespalts, herauszufinden. Dennoch werden diese von der neueren Kultur in ihnen, der deutschen, nicht wirklich akzeptiert, oder sie fühlen sich selbst fremd. Die frühere Kultur gibt ihnen keinen heimatlichen Schutz. Diese Gebrochenheit ist auch in der türkischen Musikszene zu finden, in der ‚Ritzerszene‘: bei den Veranstaltungen werden Rasierklingen gleich mit verteilt. Teilweise sind sie mit ihren deutschen Müttern groß geworden und kennen kaum ihre abwesenden Väter, deren Schicksal und deren Kultur. Dennoch sind sie Teil des Ganzen. Familienarbeit heißt dann auch Arbeit mit dem abwesenden Elternteil, den Geschwistern, Tanten und Onkeln.
- Die dritte Gruppe sind Jugendliche mit türkisch-kurdischem Hintergrund, die in Deutschland aufgewachsen sind. Sie befinden sich heute seltener in unseren Einrichtungen. Im psychiatrischen Krankenhaus werden sie zwar aufgenommen und behandelt, aber sie gehen nicht in nachsorgende Einrichtung, da die Familie sie sofort zurücknimmt. Sie verlassen die Familie heute erst mit Anfang 30, nachdem alle Versuche der Selbstheilung, Verheiratung, des Drogenkonsums und des Aufenthalts in der Türkei – manchmal auch in Gefängnissen – fehlgeschlagen sind. Ausgangspunkt für eine Trennung ist oft eine tätliche Auseinandersetzung zwischen Eltern und dem erwachsenen Kind. Diejenigen, die zu uns kamen, waren oft familiär sehr gebunden. Ihre Eltern, die viel Geld gespart haben, um im Alter in die Türkei zurückzukehren, und es aus vielfältigen Gründen nicht tun, geben ihren Söhnen viel Geld für Autos und andere Konsumgüter, um sie zu halten und den Mangel an Selbstwertgefühl aufgrund

von fehlenden Schulabschlüssen bzw. Berufsausbildungen zu kompensieren. Häufig sind davon die jüngsten Kinder betroffen, die besonders von den Müttern nicht losgelassen werden können, als eine letzte Lebensaufgabe. Kommen sie nach Klinikaufenthalten in unsere Einrichtungen, so erfolgt eine gelungene Ablösung nur dann, wenn eine intensive Familienarbeit vorausgeht.

Die Bedeutung muttersprachlicher Kollegen

Bei Jugendlichen spielt eine große Rolle, wie Mitarbeiter ausländischer Herkunft das *therapeutische Milieu* gestalten. Gerade bei Mitarbeitern, die in Deutschland aufgewachsen sind, hat sich eine Zwischenkultur entwickelt, die gelernt hat, deutsch zu denken. Sie können als Integrationsfiguren für Jugendliche aus unterschiedlichen Kulturen wirken. Sie kennen die Unsicherheit, die bei aufenthaltsrechtlichen Problemen entsteht. Sie kennen das Gefühl, zu einer Minderheit zu gehören, wie auch psychisch Kranke eine Minderheit darstellen, und sie haben die Verletzungen bis hin zum Rassismus, der ihnen zugefügt wurde, gesellschaftlich wie individuell erlebt. Damit können sie Übersetzungsleistungen unterstützen, die einen Weg aus der Zerrissenheit ermöglichen. Hier sollen einige Beispiele die Arbeitsweise verdeutlichen.

Einer unserer kurdischen Betreuer bringt den Jugendlichen seine Kultur nahe über Musik, Tanz, Sass-Kurs und orientalische Spiele. Er hat die Jugendlichen auf türkische Parties mitgenommen, würde sie auch gern zu einer türkischen Hochzeit mitnehmen

Es werden auch selbstbewusst Werte vermittelt von Familie, Schutz und Geborgenheit, die in deutschen Familien längst nicht mehr eine so große Bedeutung haben wie in der türkischen Kultur. Ebenso spielen Rituale von Gastfreundschaft, Begrüßung und Abschied eine wesentliche Bedeutung in der alltäglichen Arbeit, die die kulturellen Unterschiede leben lassen. Jugendliche aus andern Kulturen – wie z.B. Afghanistan und Aserbaidschan – erleben die orientalischen Erzieher als interessant, akzeptieren sie als Männer. Gleichzeitig werden sie von den Mädchen nicht unbedingt als Machos erlebt, denen sie gehorchen müssen.

In der *Gruppentherapie* des Betreuten Einzelwohnens für junge Erwachsene können aufgrund des interkulturellen Gruppensettings intrapsychische Konflikte, die einen bi-kulturellen Hintergrund haben, besser bearbeitet werden, da die Gruppe über ein großes Potenzial an multikulturellen Verarbeitungsmöglichkeiten verfügt. Dies wird von bi-nationalen Gruppenleitern angeregt und begleitet.

Interkulturelle Gesundheitskonzepte

In unserer Arbeit hatten wir häufig mit den kultureigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zu tun, die oft parallel nebeneinander bestanden. Psychose-Inhalte waren oft kulturell bestimmt und standen in Verbindung mit religiösen oder magischen Symbolen (der Drache in der Chinesischen Mythologie, das Nazideutschland, der Jesuswahn, der böse Blick).

Teilweise hatten sie aber auch einen realen Hintergrund, und wir mussten mit ihren Auswirkungen arbeiten, z.B. Verwünschungen, Verstoßensein, Ächtung. Oft wurde den Heilern – Hodscha, Schamanen, Medizinmännern – und deren Ritualen von unseren Betreuten mehr Gewicht zugemessen als der Berliner Medizin.

Methoden, die in unserer Arbeit eine Rolle spielten, waren:

- das Säckchen im BH gegen Psychosen
- das Amulett gegen den bösen Blick
- die Pfote aus Afrika, von der wir immer noch nicht wissen, ob sie heilt oder verflucht.

All diese Rituale sind tief in verschiedenen Kulturen verwurzelt und wirken als magische Phantasien im guten wie im bösen Sinne. Hierbei gibt es ja auch unterschiedliche Einschätzungen in den verschiedenen Kulturen, was als Psychose zu werten ist oder als Trance, Hellsichtigkeit etc.

Die Betroffenen gehen, wenn sie krank sind, zum Hodscha und anderen heiligen Männern oder Frauen. Ihre Heilmethoden sind vielfältig, und für uns Mitarbeiter haben sie oft den Geschmack von Scharlatanerie. Ihre Geschichte zwischen Schutz und Verachtung ist sicherlich eine sehr widersprüchliche. In unserem Arbeiterteam gab es lange Diskussionen über den Umgang mit diesen Ritualen und ob man sie mit einbeziehen oder verbieten sollte. Ich denke, dass es wichtig ist, besonders in der interkulturellen Arbeit, sie zu kennen oder sie sich erzählen zu lassen, um ihren Stellenwert zu eruieren und nicht einen Machtkampf über Gesundheitskonzepte zu führen.

Probleme interkultureller Teams

In der Graefestraße gibt es inzwischen einen 20jährigen Erfahrungsschatz in interkultureller, meist kurdisch-deutscher Teamarbeit. In interkulturellen Teams tritt wie bei unseren Klienten auch im Arbeiterteam das Problem der Zweisprachigkeit auf. In der Regel sprechen die deutschen Kollegen kein Türkisch und können die Sprache auch nicht verstehen. So gab es im Gemeinschaftsraum oder in einer Beratungsstelle oft zwei muttersprachliche Klüngel – den deutschen und den türkischen.

Die gemeinsame Sprache ist natürlich Deutsch, aber sobald andere Muttersprachler vorhanden waren, wurde die türkische Sprache dominant, auch ganz natürlich im bi-kulturellen Leben. Dies erzeugt im Alltag aber – besonders bei paranoiden Klienten – Misstrauen, es könnte über sie geredet werden, oder man würde sie nicht mögen.

Bei deutschen Kollegen erzeugte es oft Unmut, es sei unhöflich, so ausgeschlossen zu werden, besonders dann, wenn muttersprachliche Kollegen und Betreute in Deutschland aufgewachsen waren und eigentlich fließend Deutsch sprechen könnten. Wir haben häufig darüber diskutiert, ob dieses Problem über die Regel gelöst werden könnte, „Im Gemeinschaftsraum darf nur Deutsch gesprochen werden.“ Aber diese Lösung war weder durchhaltbar noch kontrollierbar und somit auch nicht sinnvoll.

Also bestand letztlich die Einigung darin, das Problem, sich ausgeschlossen zu fühlen oder ausgeschlossen zu werden, immer wieder anzusprechen mit dem Ziel, das Interesse aneinander deutlich zu machen und eine gegenseitige Rücksichtnahme zu bewirken.

War ich allein mit türkischen Jugendlichen und türkischen Kollegen, also Ausländer in der türkischen Gemeinschaft, so habe ich es mir oft zum Sport gemacht, ohne Sprachkenntnisse über Mimik, Gestik und Sprachfetzen herauszubekommen, worum das Gespräch ging, und dies zu kommunizieren. Ich denke, auch hierüber entstand mehr gegenseitiges Vertrauen und Respekt.

Ein weiteres Problem im Mitarbeiterteam war der unterschiedliche Umgang mit der Äußerung von Kritik. In der Berliner Sozialarbeiterlandschaft bestand und besteht schon sehr lange der Anspruch, Kritik direkt in der Gruppe gegenüber dem Einzelnen zu äußern und mit allen darüber zu diskutieren. Höchstes Primat war also die Fähigkeit zur Kritik und Selbstkritik. Hinter dem Rücken zu reden ist hinterhältig, über Vorgesetzte zu gehen ist Petzen bis hin zu Mobben.

Bei türkisch-kurdischen Kollegen habe ich oft erlebt, dass diese direkte Kritik als peinlich und für den einzelnen als entwürdigend erlebt wurde. Häufig wurde sie auch als Diskriminierung und Ausländerfeindlichkeit missverstanden.

Bei den deutschen Kollegen kam das so an: Ausländische Kollegen darf man nicht kritisieren, sonst wird man in die Ecke von Rechten gestellt. Dies führte zu entmutigenden Diskussionen, wenn nicht die kulturellen Unterschiede in den Sozialstrukturen einbezogen wurden. Nur so haben wir aber voneinander gelernt.

In traditionellen Familien, so habe ich es zumindest grob vereinfacht verstanden, muss bei Problemlösungen die familiäre Hierarchie eingehalten werden:

- die Hierarchie der Geschwisterreihe – Großer Bruder, Große Schwester etc.

- die Hierarchie der Eltern – Vater für außen, Mutter für innen.

Bei Konflikten unter den Geschwistern müssen Große Schwester und Großer Bruder vermitteln. Schwerwiegende Konflikte im Außenverhältnis löst der Vater, im Binnenverhältnis die Mutter. So wandten sich auch Kollegen, die von Kindheit an in Deutschland gelebt und Deutsch wie auch Türkisch zu denken gelernt hatten, bei Konflikten mit Kollegen oft an die Leitung und nicht ans Team oder den Kollegen, mit dem der Konflikt bestand.

Besonders deutsche Leitungen mit einem kooperativen Leitungsstil erwarten von ausländischen Kollegen den direkten Weg zu dem anderen Konfliktpartner, um eine Lösung herbeizuführen. Wenn sie auf die direkte Auseinandersetzung mit dem Kollegen bestehen, wird ihnen dies oft als Leitungsschwäche ausgelegt.

Dies sind nur einige Beispiele für Kommunikationsprobleme in interkulturellen Teams.

Eine Konsequenz für mich besteht darin, interkulturelle Unterschiede zu benennen, sie nicht zu tabuisieren und sie für die Arbeit mit den Klienten zu nutzen. Nichts wäre schlimmer als so zu tun, als ob es keine Unterschiede in der Sozialisation mit anderem kulturellen Hintergrund gäbe. M.E. hieße dies Leugnen der interkulturellen Arbeit und ihrer Ressourcen. Ein Team, das das Tabu der Gleichmacherei aufrecht erhält, gibt seine interkulturelle Kompetenz auf.

Ressourcen der interkulturellen Arbeit in bi- oder multinationalem Team

Inzwischen gibt es in unseren Teams und in unserer Arbeit mit Klienten viele unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe. Teilweise sind sie bekannt, teilweise werden sie verleugnet – so werden ja auch nach zehn Jahren Wende noch Wessis und Ossis unterschieden. Es gibt auch kulturelle alte Fehden zwischen Türken/Kurden und Arabern und anderen Europäern, Fremdheiten zwischen Afrikanern und Asiaten, Nord-/Mittel-/Südamerikanern.

U.E. sind wesentliche Quellen der interkulturellen Arbeit: der Dialog über die Unterschiede und die Neugierde, der Respekt und das ehrliche Interesse an der anderen Kultur mit Fragen über traditionelle Heilungssysteme oder Rituale und Ehrenkodex, z.B.

- Warum geht ihr zum Hodscha
- Was bedeutet der böse Blick
- Warum sammelt ihr Stoffreste
- Was sind oder waren eure Familienregeln
- Welche Gesundheitskonzepte habt ihr

- Welche Bedeutung hat das Säckchen im BH
- Wie wird bei euch Kritik geäußert
- Was sind heute Tabus
- Was sind heute Gründe, ausgestoßen zu werden.

Hierbei spielt eine große Rolle, dem anderen seine eigenen Wurzeln zu erklären und dabei oft auch sich selbst verstehen zu lernen. Dies war oft der Gewinn der bi- oder multikulturellen Gruppenarbeit mit bi-nationalen Therapeuten, Sozialarbeitern oder Erziehern, mit dem Schutz der muttersprachlichen Kollegen, die eigenen Wurzel und ihre Bedeutung im heutigen Leben zu erzählen, so Fremdheit zu reduzieren und das eigene Gefühl der Isolation, des Ausgeschlossenseins, des scheinbaren Makels zu reduzieren, der ja noch verstärkt wird durch die psychische Erkrankung.

Notwendig ist auf beiden Seiten der Mitarbeiter ein ernsthaftes Interesse an interkultureller Arbeit, an der Begegnung mit einem Selbstbewusstsein zum eigenen kulturellen Hintergrund.

Barbara Hestermeyer, Saskia Lägel

Entwicklungsaufgaben und Regression bei psychotisch erkrankten Jugendlichen

Im Folgenden möchten wir die besondere Problematik unserer Arbeit mit psychotisch erkrankten und beeinträchtigten Jugendlichen innerhalb unserer therapeutischen Jugendwohngemeinschaften darstellen, die sich im Spannungsfeld zwischen pädagogischem, therapeutischem und psychiatrischem Handeln bewegt.

Besonders bei Jugendlichen im Pubertätsalter, die von einer psychotischen Erkrankung betroffen sind, vermischen sich entwicklungsbedingte Probleme und Konfliktfelder mit krankheitsbedingten Symptomen, so dass es oft schwierig ist, gesunde und kranke Anteile auseinanderzuhalten. In diesem jungen Alter besteht die Gefahr, jemanden durch eine psychiatrische Diagnose zu stigmatisieren und in seinen Entwicklungsmöglichkeiten zu beeinflussen und einzuschränken. Einerseits ist es eine unleugbare Tatsache, dass es im Jugendalter psychotische Erkrankungen gibt, die allein mit pädagogischen oder rein psychotherapeutischen Methoden nicht mehr behandelbar sind. Andererseits ist es eine ebenso unleugbare Tatsache, dass ein junger Mensch, der von einer psychotischen Erkrankung betroffen ist, nicht als reines Opfer neurobiologischer Stoffwechselstörungen betrachtet werden kann. „Soziale Interaktion und Beziehungen mit anderen Menschen sind auch Teil der menschlichen Biologie.“, schreibt der finnische Professor für Psychiatrie Yrjö O. Alanen (2001). Er bemängelt, dass bezeichnenderweise in der biomedizinischen Forschung im Zusammenhang mit Schizophrenie die Einflüsse von Umweltfaktoren und Psyche auf die Entwicklung und die Störungen des Gehirns kaum untersucht wurden und dass aufgrund finanzieller Interessen wesentlich mehr Geld in die Erforschung organischer Ursachen von Psychosen fließt als für die psychosoziale Forschung.

Der Verein „Der Steg“ wurde 1983 im Zuge der Psychiatriereformen gegründet mit dem Ziel, sich besonders für die Belange psychisch erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener einzusetzen und dazu beizutragen, dass unnötige oder unnötig lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken vermieden werden können. Die Erfahrungen der Psychiatriebewegung der 70er Jahre hatte gezeigt, dass vieles, was bis dato als reine Symptome psychischer Erkrankungen betrachtet wurde (hier im Wesentlichen das Verlernen alltagspraktischer Fähigkeiten), zu einem guten Teil Folge einer monate- bis jahrelangen Hospitalisierung war. Man kam zu der Erkenntnis, dass der lange Aufenthalt in großen Institutionen, die einerseits rundherum versorgen, andererseits individuelles Handeln und Wünschen zugunsten institutioneller Abläufe

Wünschen zugunsten institutioneller Abläufe beschneiden und reglementieren, zu einem Verlust der eigenen Handlungskompetenzen führt und die eigenen Wünsche und jegliche Initiative langsam einschläfert. Von daher war ein wesentliches Ziel der Psychiatriereform in Deutschland, den Aufenthalt in der Psychiatrie auf das Nötigste zu beschränken, die Anzahl der Klinikbetten zu reduzieren und stattdessen ein Netz komplementärer Einrichtungen zu schaffen, die differenziert auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingingen und ihre Ressourcen förderten. Das Motto dieser Einrichtungen – „Selbsthilfe geht vor Fremdhilfe“ und „So viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich“ – war auch Grundlage für die Konzeption unserer Jugendwohngemeinschaften. Diese, fünf an der Zahl, sind über die Stadt verteilt, in kleinen Ein-Familienhäusern untergebracht und bieten Platz für jeweils sechs Jugendliche. Jeder Jugendliche hat ein eigenes Zimmer. Fünf Erzieher arbeiten in jedem Haus im 24-Stunden-Schichtdienst, sowie ein Sozialarbeiter (mit 12,5 Stunden) und ein Psychologe (mit 15 Stunden).

41% aller bei uns untergebrachten Jugendlichen waren ein oder mehrere Male wegen einer psychotischen Erkrankung in einer psychiatrischen Klinik, 2/3 davon mit der Diagnose „Schizophrenie“, 1/3 mit der Diagnose „affektive Psychose“. Diese Jugendlichen kommen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren direkt aus der Klinik zu uns. Häufig sind sie selber sehr erschrocken über ihre Erkrankung und müssen innerhalb kurzer Zeit den Umzug von Zuhause in die Klinik und von der Klinik in unsere Einrichtung verkraften. In einem Lebensalter, in dem die meisten Jugendlichen stark nach außen streben und vielerlei Konflikte mit ihren Eltern austragen, kommen diese Jugendlichen in eine Situation, in der sie durch enge therapeutische Betreuung und oft auch Medikamente vor vielen Einflüssen geschützt werden müssen. Die Auseinandersetzung mit der Psychose und mit den veränderten Lebensbedingungen, der Verlust von einst angedachten Lebensperspektiven steht im Vordergrund. In der Entwicklung kommt es zu einem Einbruch, der aufgefangen und verarbeitet werden muss.

Die Pubertät ist auch ohne eine psychotische Erkrankung eine Zeit großer Veränderungen und Umbrüche und stürzt auch den psychisch Stablen in Krisen und Gefühlsverwirrung. Der Psychoanalytiker Stawros Mentzos bezeichnet die Pubertät als größte Krise in der gesamten Entwicklung. Der Körper verändert sich rapide. Das beginnende sexuelle Interesse führt zu Verunsicherung, Ängsten und Konflikten. Die Loslösung vom Elternhaus und die Neuorientierung an den oft strengen Normen der eigenen Altersgruppe bringt große Ängste und Selbstzweifel mit sich. Die vielen Veränderungen drängen dazu, für sich ein neues Selbstverständnis, eine neue Identität und einen Platz in der Welt der Erwachsenen zu finden. Zeitgleich müssen im schulischen und beruflichen Bereich wichtige Entscheidungen getroffen werden, die zu endgültigen Festlegungen und Selbstdefini-

tionen führen. Angesichts dieser vielfältigen schwierigen Entwicklungsaufgaben ist es kein Wunder, dass viele Jugendliche darauf mit Regression reagieren.

Mit „Regression“ wird in der Psychoanalyse die Rückkehr zu einem bereits überwundenen Entwicklungsstadium bezeichnet. Zu regressiven Prozessen kommt es, weil die Hürden der anstehenden Entwicklungsaufgaben so schwierig und unüberwindlich scheinen, dass man lieber wieder zum Alten, Vertrauten zurückkehrt, oder weil das Alte, Vertraute als soviel schöner und leichter empfunden wurde als das Unbekannte Neue. Psychische Krisen und Zeiten des Rückzugs gehören zwangsläufig zu allen Entwicklungsschritten und Veränderungen, ganz besonders aber zur Pubertät. Viele Merkmale psychotischer Erkrankungen, wie Identitätsdiffusion, Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen verschwimmen mit den typischen Merkmalen der pubertären Identitätskrise, weshalb man in dieser Altersgruppe vorsichtig mit Diagnosen und Prognosen umgehen sollte.

Regression ist als solches kein krankhafter Prozess, sondern der Versuch, sich selbst vor Überforderung zu schützen und von großen Anstrengungen zu erholen. Regression gehört zum Alltag. Jeder weiß, wie wohltuend und erholsam es ist, sich den ganzen Sonntag mit einem Roman ins Bett zurückzuziehen, wie ein Kind herumzualbern oder sich in die Welt der Bilder und Phantasie mit garantiertem Happy-End zurückzuziehen. Aber spätestens am Montag Morgen finden wir wieder zurück in die Alltagsrealität. Vielen der Jugendlichen, die bei uns untergebracht sind, gelang diese Rückkehr zur Realität nicht mehr. Sie wurden zunächst dadurch auffällig, dass sie die Schule schwänzten und ihre ganze freie Zeit zurückgezogen in ihrem Zimmer, im Bett, vorm Computer oder vor dem Fernseher verbrachten. Sie hatten Angst vor den Anforderungen der Schule, vor Konflikten mit Gleichaltrigen, wussten nicht, wie sie sich präsentieren, worüber sie mit den anderen reden sollten. Sie zogen sich immer mehr in ihre innere Welt zurück, fanden den Weg nicht mehr heraus, weil ihnen die Realitätsanforderungen als nicht bewältigbar erschienen, entwickelten Ängste, Wahnvorstellungen und selbstverletzende Verhaltensweisen, um mit den inneren Spannungen fertig zu werden. Die psychischen Auffälligkeiten und Probleme errichteten wiederum neue Hürden in der Entwicklung: Besonders Jugendliche haben große Angst, aus dem Rahmen zu fallen, anders zu sein als die anderen.

Das ist der Grund, warum sich viele der bei uns wohnenden Jugendlichen entlastet und erleichtert fühlen, wenn sie in unserer Einrichtung auf andere Jugendliche treffen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie sie: die auch eine psychotische Erkrankung durchgemacht haben und aus dem Rahmen fielen. Die Wohngruppe wird oft als eine Art Insel empfunden, in der die Anforderungen niedriger sind und die Uhren langsamer gehen. Sie sollen und dürfen regredieren im Sinne

von „zur Ruhe kommen“, „sich erholen“, „nicht überlastet werden“. Allerdings sollen sie sich nicht zu sehr zurückziehen, sondern wohl dosiert den Anforderungen des Alltags stellen, um nicht ganz den Kontakt zur Realität zu verlieren.

Eine psychotische Erkrankung bedeutet für die davon Betroffenen in vielerlei Hinsicht einen Bruch in der Entwicklung: es kommt zu einem deutlichen Einbruch der schulischen bzw. beruflichen Leistungen; meistens bedeutet die Erkrankung ein Herausfallen aus dem sozialen Umfeld; Fähigkeiten und Fertigkeiten, die man bis dato selbstverständlich beherrschte – wie Körperpflege, Waschen, Kochen, Einkaufen –, gehen verloren. In unseren therapeutischen Wohngruppen werden diese verloren gegangenen alltagspraktischen Fähigkeiten langsam wieder trainiert. Die Jugendlichen versorgen sich weitgehend selber und werden dabei von den pädagogischen Betreuern nach den oben genannten Prinzipien beraten und unterstützt.

Unsere Arbeit im Alltag mit den Jugendlichen könnte man als Austarieren zwischen Regression und progressiver Entwicklung beschreiben. Immer wieder müssen wir uns fragen: Wieviel Erholung und Rückzug braucht dieser spezielle Jugendliche?, Welche Anforderungen kann er alleine bewältigen?, Warum und wodurch ist er überfordert?, Ab wann ist er unterfordert?, Welche Faktoren fördern oder hindern seine Entwicklung? Während der eine mühelos für die ganze Wohngruppe einkaufen und kochen kann, stößt der andere bereits beim Schälen einer Kartoffel an seine Grenze. Wichtigstes, zum Teil auch langwierigstes Ziel unserer Einrichtung ist es, den Jugendlichen in seiner neuen Lebenssituation zu stabilisieren. Praktisch bedeutet das gemäß den oben genannten Prinzipien, ihn auf der einen Seite vor Streß und zu stark belastenden Konfliktsituationen zu schützen, auf der anderen Seite aber soweit zu fördern und zu belasten, dass er die noch vorhandenen Kompetenzen nicht verliert, sondern im Gegenteil diese ausbaut und so wieder langsam an Selbstbewusstsein gewinnen kann.

In der Regel bewältigen die Jugendlichen die Pubertätskrise. Es sind nur wenige, für die die Konflikte und Umbrüche so überfordernd sind oder die so wenig Unterstützung und innere Stabilität besitzen, dass sie daran scheitern, zerbrechen und psychisch krank werden. Psychosen, die den Kriterien der Erwachsenenpsychiatrie für die Diagnose Schizophrenie entsprechen, kommen im Kindesalter sehr selten und frühestens vom 7. Lebensjahr an vor. Insgesamt leidet etwa 0,4% der Bevölkerung an Schizophrenie. Schätzungswiese 1% aller Schizophrenien beginnen vor dem 10. Lebensjahr, 4% vor dem 15. Lebensjahr, 10% zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr und 42% zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr (s. Remschmidt, 1999). An einer affektiven Psychose leiden zwischen 0,5% und 3% der Bevölkerung. Vor der Adoleszenz kommt diese Erkrankung äußerst selten vor. 15-20% erkranken vor dem 20. Lebensjahr daran (s. Steinhausen, 1996).

Ein besonderes Gewicht hat bei psychotischen Erkrankungen im Jugendalter die misslungene Entwicklungsaufgabe der Ablösung vom Elternhaus. Die Pubertät ist eine Zeit, in der Jugendliche nach einer langen Phase der Bindung und Loyalität an die Eltern beginnen, sich abzulösen. Sie geraten in ein unlösbares Spannungsfeld zwischen Autonomiebedürfnis und Loyalität mit den Eltern. In diesem Spannungsfeld besteht häufig, neben den bereits erwähnten biologischen Faktoren und einer wie auch immer erworbenen Vulnerabilität, auch das Entwicklungspotenzial für Psychosen. In manchen Familien wird eine Autonomie des Jugendlichen als bedrohlich erlebt, beispielsweise, wenn ein Mädchen seine Ausbildung abbricht, weil es den arbeitslosen Vater nicht allein lassen möchte, oder wenn ein Sohn sich nicht vom Elternhaus löst, weil die Mutter als Hausfrau und Mutter mit seinem Weggang ihren Lebensinhalt verlieren würde. Alanen betont, es sei wichtig, sich klarzumachen, dass die meisten Menschen, die an Schizophrenie leiden, keine abgelehnten Kinder seien. „Viele hatten als Selbstobjekte eine zu große Wichtigkeit für die Eltern. Dies fühlt das Kind als dringende Anforderung, loyal zu sein – was es zwingt, den Bedürfnissen der Eltern nachzukommen, auch wenn die eigenen Entwicklungsbedürfnisse eine psychische Trennung erfordern... In dieser Hinsicht befinden sich zurückgewiesene Kinder in einer etwas besseren Situation, weil es ihnen möglich ist, den Ärger auf die Elternfiguren direkter und mit weniger Schuldgefühlen zu äußern.“ (Alanen 2001, S. 112) Wenn wir bei den bei uns wohnenden Jugendlichen mit psychotischen Erkrankungen Entwicklungsschritte erreichen wollen, ist es wichtig, dass wir immer die Loyalität des Jugendlichen mit seiner Familie beachten und möglichst die ganze Familie in unsere Arbeit mit einbeziehen. Aus diesem Grunde gehören zu unserem Arbeitskonzept regelmäßige familientherapeutisch orientierte Familiengespräche mit dem Ziel, dass die ganze Familie eine Entwicklung durchmacht, die Ablösung erlaubt.

Bei etlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann die Familientherapie jedoch nicht das Bedürfnis nach einer langfristigen, individuellen therapeutischen Beziehung ersetzen, die auf persönliche Entwicklung zielt. Diesen Jugendlichen und jungen Erwachsenen versuchen wir, externe Therapien zu vermitteln oder, wenn dieses nicht möglich ist, bieten wir Einzeltherapie an, die zunächst hauptsächlich Ich-stützend orientiert ist.

Neben dem Training alltagspraktischer Fähigkeiten der Familien- und Einzeltherapie ist die Entwicklung und das langsame Aufbauen einer beruflichen Perspektive ein ganz entscheidender Faktor für das Wiederentstehen von Zuversicht und Selbstbewusstsein. Wie für uns alle ist auch für den psychisch erkrankten jungen Menschen das Gefühl, gebraucht zu werden, durch das Nachgehen einer als sinnvoll erachteten Tätigkeit eine Tagesstruktur zu haben und in einem sozialen Zusammenhang zu stehen, von großer Wichtigkeit für das eigene Selbstbewusstsein. Diese in erster Linie bei den Sozialarbeitern angesiedelte Aufgabe beinhaltet

tet auch, das richtige Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung, Progression und Regression auszubalancieren und für jeden Jugendlichen eine Tätigkeit, ein Praktikum oder eine schulische Ausbildung zu finden, die zu ihm passt, seinen derzeitigen Fähigkeiten entspricht und ihn weder über- noch unterfordert.

Mit den Jahren haben wir die Erfahrung gemacht, dass jede Psychose anders ist und es sich lohnt, bei jedem Jugendlichen wieder ganz neu und vorurteilsfrei zu schauen, was er braucht und wie wir ihn einerseits durch Schaffung von regressiven Schonräumen stabilisieren und andererseits durch langsam steigende Anforderung seine Kompetenzen erweitern und seine Entwicklung fördern können. Wenngleich wir eine medikamentöse Behandlung in vielen Fällen für unabdingbar halten, ist uns in unserer Arbeit immer eine Haltung wichtig, die den individuellen Menschen in seinen Bedürfnissen und seinem sozialen Umfeld begreift, dessen Konflikte und Lebensäußerungen grundsätzlich nachvollziehbar und verstehbar sind, anstatt ihn zu reduzieren auf einen Träger biologischer Stoffwechselstörungen, der allein und ausschließlich mittels Medikamenten behandelt werden kann.

Literatur

- Alanen, Yrjö O (2001). *Schizophrenie. Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Remschmidt, H. (1999). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. 3. neu bearb. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Steinhausen, H.-Chr. (1996). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 3. aktual. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.

Gerd Pillen

Zur Arbeit in den Sozial- und psychotherapeutischen Wohngruppen für Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtproblemen und psychischer Erkrankung (SoJuS)

Entwicklung und Angebot der SoJuS

Geschichte

In den Therapeutischen Wohngruppen für erwachsene psychisch kranke Menschen gab es Anfang der 80er Jahre Probleme durch Substanzmissbrauch, die im Rahmen der auf psychiatrische Probleme ausgelegten Konzeption der Arbeit nicht gehandhabt werden konnten und die in Richtung Komorbidität wiesen. So entstand die Idee, psychiatrie-komplementäre Konzeptansätze mit denen der Drogentherapie zu verbinden und daraus einen Arbeitsansatz zu kreieren, der dem eigenständigen Bild der Doppelerkrankung durch Formen psychiatrisch diagnostizierter Erkrankungen – meist Psychosen – einhergehend mit einer Suchtproblematik Rechnung tragen sollte. Diesen Ansatz entwickelte und veränderte Prowo e.V. seit 1985.

Ende der 90er Jahre erhielten diese inzwischen „etablierten“ Doppeldiagnose-TWG's von Prowo e.V. erneuten Veränderungsschub, weil (durch die sukzessive Verjüngung in der Drogenszene und die verstärkte Verbreitung der sog. Partydrogen) viele Heranwachsende/junge Erwachsene mit deutlichen Entwicklungsdefiziten in den Wohngruppen aufliefen, die eine wesentlich höhere Unterstützung als die der Teilzeitbetreuung benötigten. Zeitgleich gab es vermehrt Anfragen aus der Jugendpsychiatrie nach Langzeittherapieangeboten auch für Jugendliche mit der Doppeldiagnose.

Hier entstand der Wunsch und die Idee, das bewährte Doppeldiagnose-Behandlungs- und Betreuungskonzept auf Übertragbarkeit für die Arbeit mit Jugendlichen und Heranwachsenden zu prüfen und in modifizierter Form anwenden zu können. Seit März 2000 arbeitet das Team im Stadtteil Pankow. Es besteht – nach einer notwendigen Aufstockung der SozialpädagogInnenstellen in 2001 – aus 1 Projektleiter, 2 TherapeutInnen, 1 HauswirtschafterIn und 11 SozialpädagogInnen, von denen Letztere den Schichtdienst bestreiten (9,2 VK SozialpädagogInnenstellen).

Zielgruppe

Jugendliche ab 14 Jahren und Heranwachsende mit Suchtmittelmissbrauch und gleichzeitiger psychischer Beeinträchtigung/Erkrankung

Übersicht unseres Jugendhilfeangebots:

Stationär:

Unterbringung in einer stationären Einrichtung nach §§34, 35a KJHG, in Einzelfällen BSHG §39.

Ambulant:

1. Ambulante psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach §§27 Abs.3 und 35a SGB VIII
2. Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer nach §30 SGB VIII
3. Sozialpädagogische Familienhilfe nach §31 SGB VIII

Die ambulanten Angebote gelten im Zusammenhang mit der stationären Unterbringung bei SoJuS, deren Vorbereitung oder Nachsorge.

Betreuungs- und Behandlungsangebot der Therapeutischen Wohngruppen

- Rund um die Uhr sind ein (nachts) oder mehrere MitarbeiterInnen im Haus
- Integrierte Psychotherapie durch 2 PsychotherapeutInnen (Eingangs- und Verlaufsdagnostik, regelmäßige Einzel- und Gruppentherapie, Krisenintervention)
- SozialpädagogInnen mit Berufserfahrung in Jugendhilfe und Psychiatrie im Betreuungsdienst
- Pädagogisch-therapeutisches Milieu; interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten am „Fall“. Individuelle Therapie- und Betreuungsplanung. Bezugsbetreuung. Elternarbeit
- Planung und Durchführung schulischer und beruflicher Ausbildung in Zusammenarbeit mit anderen Trägern
- Aufenthaltsdauer individuell, meist nicht unter einem Jahr
- Rahmenkonzept/Phasenmodell und Regelwerk, Drogenscreenings im Haus
- Medizinisch-psychiatrische Behandlung in enger Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen der Kliniken, der neurologischen Praxis Frau Dr. Schäfer-Ligustro und anderen niedergelassenen Fachärzten.

Zielformulierungen für die Wohngruppen (SoJuS)

Kurzfristige Ziele am Anfang der Therapie:

- Bereitschaft zu drogenfreiem Leben in einer therapeutischen Gemeinschaft erreichen; Rückfälle reduzieren
- Zum Bleiben und Durchhalten motivieren
- Akute Symptomatik der psychischen Störungen regulieren
- Nebenwirkungen der neuroleptischen Behandlung auffangen

- Vertrauen und Arbeitsbündnis herstellen (v.a. zu Bezugsbetreuern und Therapeuten)

Mittelfristige Ziele:

- Krankheitseinsicht, Bearbeitung psychischer und sozialer Problematiken
- Zeitrhythmen einhalten, Aktivierung im Tagesablauf
- Vorbereitung der Wiederaufnahme von Schule/Ausbildung
- Beziehung zu Eltern und anderen Bezugspersonen klären
- Kontaktfähigkeit (zu Gruppenmitgliedern, FreundInnen, Betreuungspersonal) erhöhen

Langfristige Ziele:

- Psychische Stabilisierung im Hinblick auf
 - vollständige Gesundheit
 - Lernen mit Beeinträchtigungen zu leben
- Ablösung vom Elternhaus, Befähigung zu (teil-)selbständigem Leben,
- Schulische, berufliche und soziale Integration
- Absichern der Wohnsituation und der meist notwendigen Nachbetreuung

Besonderheit von Doppeldiagnose¹/Komorbidität im Vergleich zu Primär- und Sekundärerkrankung

Schon in den 70er Jahren wurde ein 15%iger Anteil von Drogenkonsumenten, die im Zusammenhang mit der Drogeneinnahme eine psychische Störung aufwiesen, ermittelt. Dieser Anteil lag deutlich über der durchschnittlichen Prävalenz in der Bevölkerung. Zentral ist die Abwendung vom ärztlichen Paradigma, innerhalb dessen Krankheitsbilder hierarchisiert und entsprechend der als primär diagnostizierten Erkrankung behandelt werden. Der Gegenentwurf dazu ist die Aufhebung dieser Hierarchisierung. Die bisher primäre (în unserem Fall z.B. schizophrene Psychose) und sekundäre (in unserem Fall Substanzmissbrauch) Erkrankung werden als in gegenseitiger Bedingtheit verschmolzen betrachtet.

Wir unterscheiden hier vier Klientengruppen:

1. Vulnerable Menschen, bei denen durch die Einnahme von Substanzen eine psychotische Entwicklung ausgelöst wird, die dann auch vom Drogenkonsum abgekoppelt manifest bleibt (die z.B. „auf einem Trip hängen geblieben sind“; d.h. bei denen ein Löchrigwerden oder Wegbrechen von Ich-Grenzen und Ich-Funktionen stattgefunden hat)

¹ DD – im Text immer als Kombination von Substanzmißbrauchsproblematik und psychiatrischem Krankheitsbild, am häufigsten Psychose, zu lesen.

2. Selbstmedizierende psychisch Kranke, die durch die Einnahme diverser Substanzen ihre Symptome lindern gelernt haben. (Bis in die 60er Jahre wurden psychotische Symptome teils ärztlicherseits mit Opiaten behandelt.)
3. Ins soziale Abseits geratene psychische kranke Menschen, die dort vermehrt mit Drogenkonsumenten in Kontakt kommen und selbst auch zu Konsumenten werden.
4. „Grandiose“, die sowohl im Rauschzustand als auch in der Psychose eine Konfliktlösung in der Überhöhung und damit eine Stabilisierung der Identität erfahren. Die Psychose wirkt hier suchtanalog.

Pädagogisch-therapeutische Arbeit und Betreuung in der TWG

Bedeutung struktureller Aspekte

Wir benötigen in der WG-Arbeit eine eindeutige Tagesstruktur. Dabei wird diese Tagesstruktur bei weitem nicht in der terminlich und inhaltlich vorstrukturierten Weise gelebt. Dies ist sowohl krankheitsbedingt als auch in hohem Maß durch die wertfrei zu betrachtenden chaotischen, unfertigen und im Umbau begriffenen Strukturen durch Pubertät und Adoleszenz nicht anders zu erwarten. Hier besteht eine permanente Tendenz zu Auflösung und Verfall im äußeren Bereich bei gleichzeitiger Konzentration auf die inneren Prozesse der eigenen Person.

Was wichtig ist und tatsächlich gelebt wird: Der tägliche notwendige Kampf in der Betreuung besteht darin, der „Löchrigkeit und Grenzenlosigkeit des Ich“, die sich natürlich auch in den äußeren Strukturen manifestiert, die Idee von „Ganzheit, Begrenzung, Auseinandersetzung, Orientierung und Halt“ als einer Lebenshaltung zu vermitteln. Die Tage, Wochen und Monate unterliegen oft extremen Schwankungen, abhängig von der Verfassung einzelner Bewohner und der Gruppe als Ganzer sowie der Fähigkeit einzelner Teammitglieder und des Teams, eine gewünschte Richtung gehen zu können.

Das Durchlaufen und Wahrnehmen der unterschiedlichen Gruppenprozesse ist immer wieder Herausforderung für Bewohner und Team. Dass nach Phasen von Depression, Stagnation, Verzweiflung und Niedergang im Einzel- wie im Gruppenerleben positive Wege geschaffen werden können, führt zum Teil zu existenziell aufrüttelnden Erlebnissen von Möglichkeiten zu Wandel und Veränderung.

Bedeutung der Rollen

Auf der personellen Ebene ist die Eindeutigkeit der Rollenzuordnung natürlich für die Orientierung des Teams selbst in seinen Zuständigkeiten wichtig. In besonderer Weise ist die Rolleneindeutigkeit für die Bewohner von größter Bedeutung:

Analog zur Unordnung der Strukturen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht findet sich diese Tendenz in der Beanspruchung der KollegInnen durch die BewohnerInnen. Ohne diese Vorgaben wird jeder Bewohner jeden für alles ansprechen und in einem „Brei von eigenen Wünschen und Ansprechpersonen“ leben. Nur durch die konsequente Einhaltung der festgelegten Rollen lernen die Bewohner meist langsam, das Profil des Gegenübers, die Rolle, zu akzeptieren. Die Absichten und Effekte für die Bewohner sind, dass die Internalisierung dieser Strukturen zu inneren Repräsentanzen werden und ihnen eine gewisse Stabilität verleihen. Darüber lässt sich feststellen, wie weit ein Bewohner fähig – oder auch willens – ist, solche äußeren Strukturen wahrzunehmen, abzubilden und verarbeiten zu können.

Auf der Seite des Teams, welches hier mitlernt, sind solche Strukturen lebensnotwendig, um nicht vom „Klientensystem“ vereinnahmt und damit als richtungsweisende Kraft ausgeschaltet zu werden.

Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit und psychiatrischer Erkrankung haben gemeinsam, dass sie in ihrer Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung erheblich eingeschränkt sind. Je früher die Störung, um so heftiger die „emotionale Ladung“, die Ungeordnetheit, die Spaltungstendenzen. Hier kommt die Bedeutung des Netzes, das aus Strukturen und vielfältigen Beziehungsangeboten geknüpft ist, zum Tragen.

Die Wichtigkeit des Oszillierens zwischen „Chaos und Struktur“

Unsere Jugendlichen haben in der Regel noch nicht die leidvollen Vorerfahrungen einer langjährigen Sucht- und/oder Psychiatriekarriere. Dies erschwert die Arbeit hinsichtlich der Krankheitseinsicht und damit verbunden die Motivation zu einer Behandlung. Hinzu kommt, dass unsere frühgestörten Jugendlichen sich nicht in der Rolle der „Täterschaft“ im Sinne der Verantwortlichkeit für ihre Lebenssituation sehen. Die Identifikation mit der „Opferrolle“ ist ihnen näher.

Ein Problem in der Arbeit mit unseren Jugendlichen ist, dass die entwicklungsbedingt und altersentsprechend notwendigen Erfahrungen oft nicht gemacht wurden, dafür eine Anzahl von Grenzerfahrungen mit oft unglücklichem Ausgang. Die daraus folgenden Beschränkungen (Dämpfung der Emotionen durch Medikamentenvergabe, Verzicht auf jegliche Form von berauschenden Substanzen mit Ausnahme von Nikotin und Koffein) werden nur zum Teil als Schutz erlebt, viel öfter als Erkenntnis, statt Grenzerfahrungen vor lauter Grenzen keine Erfahrungen mehr machen zu können.

Für die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit unserer Einrichtung ist es deshalb lebensnotwendig, kein 100% geschlossenes System zu fahren. Die MitarbeiterInnen müssen in ihrer persönlichen und beruflichen Reife so weit fortgeschritten

sein, dass „Rahmen und Struktur“ als Arbeitsmittel, nicht als Lern- und Lebenszweck für die Jugendlichen von ihnen interpretiert werden. Sie dürfen Schwankungen und Abweichungen von „der Norm“ selbst als nicht (zu) bedrohlich zu erleben. Teams und Einzelpersonen geraten bei uns eher über ein Zuviel an Strukturen in Krisen, wenn diese dazu dienen sollen, Schwächen einzelner oder in jungen/neuen Teams deren Schwächen an „internalisierter Struktur = Haltung“ zu kompensieren. Andererseits war es unvermeidlich, für ein junges Team, zumal in einem vorbildlosen Arbeitsfeld, eine stärkere strukturelle Vorgabe vorzugeben, bis es „gewachsen“ war, d.h. auch hier die äußere Struktur in eine innere Haltung übergegangen war.

In der Praxis gibt es an verschiedensten Stellen Überschneidungen der Rollen in der inhaltlichen wie in der zeitlichen Zuordnung:

- Therapeutische Arbeit hat immer auch pädagogische Anteile und umgekehrt. Dennoch sind therapeutische Einzel- und Gruppensitzungen von den pädagogischen Morgen-, Abend- und Wohngruppenbesprechungen und Einzelgesprächen in Form, Inhalt und Personen deutlich abgehoben
- Die zahlreichen Gespräche der Bewohner mit der HauswirtschafterIn (HW) haben auch pädagogische und therapeutische Effekte. Nie aber ist die HW für offizielle pädagogische oder therapeutische Gespräche adressierbar.
- Projektleitung und TherapeutInnen sind in die Rufbereitschaftsdienste integriert und stehen damit für die diensthabenden KollegInnen zu diesen Zeiten auch für pädagogische Belange zur Verfügung. Dies wird aber nicht auf die Klientenarbeit ausgedehnt.
- Alle MitarbeiterInnen haben neben ihrer Tätigkeit je eine „Spezialaufgabe“ innerhalb des Hauses (z.B. PC-Wartung, Gartenpflege, Bäderpflege usw.). Hier steht der Aspekt der Bindung eines Hausbereichs an eine Person zwecks optimierter Pflege im Vordergrund. Hierdurch sind aber nicht die Rollen gegenüber den Klienten berührt.

Für die Jugendlichen muss transparent sein, wer welche Kernaufgaben hat

Es ergeben sich dennoch mindestens zwei Fallgruben in unserer Arbeit: 1. die Verführung, alles zu machen und für alles zuständig zu sein, besonders, wenn es personell mal „eng ist“ und die Jugendlichen Druck machen (wovon sie einiges verstehen), und 2. über die rein professionelle Rollendefinitionen bestimmte menschliche Kompetenzen, die nutzbringend eingesetzt werden können, zu vernachlässigen. Wir versuchen, dem durch o.g. Zuordnung von Kernaufgaben und Nebenaufgaben entgegenzuwirken.

Betreuung und Pädagogik liegen jedoch bei uns in der Hand der Sozialpädagogen und lassen sich nur idealtypisch und der Anschauung halber trennen. Im Alltag gehen die Arbeitsfelder meist nahtlos ineinander über.

Die Bedeutung der betreuenden Arbeit

Unter Betreuung verstehen wir das für die Grundversorgung und den Grundbedarf notwendige Maß an Zuwendung für die Jugendlichen. Die betreuende Arbeit ist wesentlich geprägt durch die Übernahme von Elternfunktionen bis in die kleinsten alltäglichen Belange hinein (voll- und teilkompensatorische Hilfen), wie zum Beispiel bedingt durch Medikamentenwirkung mehrfaches Wecken und Hilfen beim Aufstehen, Anhalten zu Körper- und Allgemeinhygiene, Medikamentenvergabe und -kontrolle, Frühstücksvor- und nachbereitung, Organisation des Tagesablaufs, Anleitung und Mithilfe bei den Hausdiensten, Begleitungen zu Ärzten, Behörden und Initiieren und Begleiten der meisten außerhäuslichen Aktivitäten (Freizeit- und Kulturbereich).

Die Jugendlichen erleben in der betreuenden Arbeit (zu der wir auch die Hauswirtschaftstätigkeit zählen) eine Form von elterlicher Fürsorge mit den innewohnenden emotionalen Aspekten von z.B. Verständnis und Gereiztheit, Lob und Kritik auf der Seite der Mitarbeiter. Es ist keine „freundliche fachliche Distanz“ angestrebt, sondern es wird ein Stück Alltag gelebt. Gerade in der Aufnahme von Beziehungen und der vielgestaltigen Art, diese zu leben, die hier von Seiten der MitarbeiterInnen Anteilnahme, persönliche Stellungnahme, kurz: das „zur Verfügung Stellen“ der eigenen Person als Beziehungsmedium fordert, haben die Jugendlichen die Chance, zu lernen, Verhalten zu überprüfen, zu korrigieren, zu reifen. Die regelmäßige Supervision dieser Arbeit ist selbstverständlich.

Bedeutung der pädagogischen Arbeit

Lernen und Erziehung stehen im Vordergrund. Die Zuständigkeit (Kernaufgabe) bezieht sich im Wesentlichen auf die „äußeren Räume“ (Realitätsprinzip). Hier findet die gezielte und geplante erzieherische Tätigkeit statt. Wir fassen hierunter alle nicht-betreuenden Tätigkeiten, die primär auf Lernen in den „äußeren Räumen“ ausgerichtet sind. Breiten Raum nehmen neben den schon o.g. Arbeitsfeldern „Gespräche an sich zur Kontaktpflege/Herstellen und Erhalten von Bindung“, Konfliktgespräche und Verhandlungen ein. Adoleszenztypische Krisen gehören in das Kernaufgabenfeld der Pädagogik. Hier sollten wir nicht pathologisieren, laufen jedoch Gefahr, zur einen oder anderen Seite hin falsche Einschätzungen abzugeben.

Auf der Alltagsebene begegnen uns zum Beispiel Phänomene wie: Chaotisierung der Strukturen, hohe (Selbst-)Aggressivität – immer im Grenzbereich von Krisen – , hohe Bedürftigkeit/hohe Ablehnungstendenz, wenig Gewahrsein für sich und andere und Unschärfe zwischen Erkrankung und Labilität durch Persönlichkeitsentwicklungsschritte sowie Verwahrlosung und Zerstörung, Übertragungsphänomene aufs Team.

Bedeutung der psychotherapeutischen Arbeit in unseren Wohngruppen

Therapie = Heilung von Krankheit steht im Vordergrund. Die Zuständigkeit bezieht sich auf die „inneren Räume“ (Psyche, Seele). Es geht in der Therapie darum, erlebbar zu machen, was die Entwicklung behindert/e, und diese Erfahrungen im Sinne einer „Entblockierung“ von Lern- und Entwicklungsprozessen zu nutzen.

Die psychotherapeutische Arbeit in den Wohngruppen umfasst u.a. Eingangs- und Verlaufsdiagnostik, Motivationsarbeit, Heranführung an Krankheitsbegriff und -einsicht, Akzeptieren von Angst und Abwehr, Haltgeben und Grenzensetzen, Einzeltherapie – kein klassisches Setting, sondern aufsuchende und edukative Arbeit, Zusammenführung unterschiedlicher Wahrnehmungen im Team, Teamdynamik als Ausdruck des Reflektieren des Klientensystems (Arbeit mit Projektionen, Spaltungsphänomenen) sowie die Abstimmung von pädagogischen und therapeutischen Interventionen, therapeutische Gruppengespräche (themenzentriert) und Elternarbeit (mit und ohne Jugendliche).

Zur Notwendigkeit und Wirksamkeit von neuroleptischer Behandlung in unseren Wohngruppen

Wir wissen, dass Neuroleptika nicht die zugrunde liegende Störung heilen, sie aber aushaltbar machen sowie die Basis sein können sowohl für die pädagogische und psychotherapeutische Arbeit und damit die Integrationsfähigkeit in eine TWG. Sie sind nicht „das Mittel der Wahl“, doch die Wahl der Mittel muss sich an der Verhältnismäßigkeit von Wirksamkeit und Schädlichkeit orientieren.

Die antipsychotische Wirkung der Medikamente wird immer noch erkaufte mit Nebenwirkungen, die zu dauerhaften Folgeschäden führen können. Die neueren „atypischen“ Neuroleptika weisen nicht die „typischen“ Nebenwirkungen (v.a. extrapyramidale Störungen, Tremor, übermäßige Müdigkeit, u.a.) auf, führen jedoch leider nach unseren Erfahrungen häufig zu extremen Gewichtszunahmen, was für unsere Jugendlichen natürlich sehr problematisch ist.

Trotz der Vielzahl der unangenehmen Begleiterscheinungen sind die meisten Einrichtungen, die früher versuchten, ohne Medikation zu begleiten, wegen der vielfachen Heftigkeit von psychotischen Krisen zur Vergabe von Neuroleptika übergegangen.

Die Heftigkeit, verbunden mit Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen, aber auch die Gefahr einer von vielen Psychosen „ausgebrannten“ Persönlichkeit, rechtfertigen für uns die Vergabe dieser Medikamente ebenso wie das Fehlen anderer geeigneterer Mittel.

Es gibt eine Drittelung in der Wirksamkeit: Bei 1/3 wirken die Medikamente wie vorgesehen antipsychotisch, bei 1/3 wirken sie partiell antipsychotisch und bei ei-

dem letzten Drittel wirken diese Medikamente nicht. Eine Drittel-Anlaogie gibt es in der Verteilung der unterschiedlichen Grade der Erkrankung bzw. Heilung: 1/3 der Erkrankten hat ein Mal mit einer Psychose zu tun, die auch vollständig ausheilt, 1/3 hat immer wieder damit zu tun (Rezidive), 1/3 bleibt chronisch psychotisch erkrankt.

Zum besonderen Umgang mit frühen Störungen

Die Jugendlichen mit denen wir arbeiten, gehören zum größten Teil der Gruppe von Personen an, die in früher Kindheit (bis Ende des 2. Lebensjahres) schwere Traumatisierungen in der Beziehung zu ihren primären Bezugspersonen erlebt haben und diese bewältigen mussten. Derartige traumatische Erfahrungen können sein: lebensbedrohliche Krankheit, Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung (z.B. durch psychische Erkrankung oder Drogenabhängigkeit der Eltern). Daraus folgen Probleme wie zum Beispiel:

- Problemlösungsversuche finden unterhalb der neurotischen Konfliktpathologie statt. Es fehlt die Fähigkeit, *innerhalb* der Beziehung vom Konflikt zu abstrahieren. Folglich gibt es häufig Beziehungsabbrüche.
- Beziehungen werden vorwiegend auf der Teilobjektebene aufgenommen. Es gilt immer jeweils das, was gerade aktuell ist. Das Gegenüber wird nicht oder nur zeitweilig als Ganzes (Objekt) wahrgenommen.
- Störungen im Affektsystem mit vorherrschend primitiven Affekten wie Ekel, Wut, Zorn. Primitiv ist zu verstehen im Sinne von: undifferenziert, lebenszeitlich früher entstehend; grundlegend zur Sicherung des Überlebens.
- Niedrige Toleranz für Kränkung, Demütigung, Entwertung
- Primitive (basale) Übertragungsformen
- Unreife Abwehrstrukturen wie psychotische und nicht-psychotische Projektion, psychotische Verleugnung, Spaltung, Introjektion, Identifikation als Abwehr
- Herstellung primitiver psychosozialer Konflikte

Als Gemeinsamkeiten von Substanzmissbrauch und Psychose/psychiatrischer Erkrankung nach frühen Störungen lässt sich festhalten: Die Konfliktlösungsstrategien der Schaffung innerer Ordnung durch Isolation, der scheinbaren Unabhängigkeit von sozialen Beziehungen und die Vermeidung von zu wenig oder zu viel oder von destruktiver sozialer Zufuhr sind beiden zu eigen.

Ziele und Hemmnisse in der Arbeit

Unsere Bewohner leben in der Spannung zwischen ihren eigenen Zielen (die sie entweder aufgeschoben, verloren oder noch nicht formuliert haben können (weil sie in ihrer Entwicklung gerade mitten im Prozess auch von Zielentwicklung sind) und den Erwartungen, die aufgrund der Hilfeleistungen, die sie erhalten, in be-

sonderer Weise an sie bestehen. Die sich aus dem erzieherischen Auftrag ableitenden Erwartungen und Hoffnungen, sind –gemessen an den Störungsbildern – u.E. oft, vielleicht auch generell, zu hoch angesetzt. Für unsere Jugendlichen und Heranwachsenden gilt insbesondere der in §35a SGB VIII formulierte Passus „die seelisch behindert (...) sind“. Wir arbeiten nicht oder seltener im Vorfeld der Vermeidung einer solchen seelischen Behinderung.

In Zeiten von Krisen werden diese Probleme, wie wir jetzt wieder erfahren, zunehmend polarisiert, projiziert und individualisiert. Wir stellen in unserer Arbeit fest, dass die allgemein „herrschende Meinung als Meinung der Herrschenden“ unter dem finanziellen Druck die komplexen Probleme der Jugendlichen zunehmend – wie für andere derzeit randständige Bevölkerungsgruppen auch – in Richtung „individuelle Schuld und mangelnde Bereitschaft zu Veränderung“ umdefiniert wird. Dies wirkt u.E. bedrohlich bis in Kreise der helfenden Institutionen selbst hinein.

Auch nach rund 20 Jahren Arbeit mit Drogenabhängigen, drogenabhängig psychisch kranken Erwachsenen und 4,5 Jahren Jugendarbeit mit Doppeldiagnoseerkrankung wundern uns angesichts der Tragik, teils Grausamkeit der Lebensgeschichten viel mehr Energie und Hoffnung, die die meisten trotz allem noch mitbringen, als die Fälle derer, die angesichts der Schwere der Störungen und massiven Einschränkungen in ihrem Leben die Hoffnung auf Besserung und Veränderung „aufgegeben“ haben.

Statistisches

Die Zahl der Jugendlichen, die nach kurzer Zeit selbst das Haus verlassen haben, und die Zahl der von uns vorgenommenen vorzeitigen Entlassungen liegen bei einem Drittel:

- Die „Abbrecher“ verlassen das Haus binnen Tagen oder vor Ablauf von 3-4 Monaten. Nach etwa 3 Monaten „kippt“ ein vorher unschlüssiger Jugendlicher bei uns meist eindeutig zum Gehen oder Bleiben.
- Die vorzeitigen Entlassungen erfolgen auch nach etwa 3-4 Monaten. Meist aus Gründen der Unvereinbarkeit von Einzelansprüchen und der Mindestanforderung an Wohngruppenleben. (Viele Jugendliche kommen gegen ihren erklärten Willen zu uns; bekommen keine Krankheitseinsicht; wollen lieber in das betreute Einzelwohnen; schmuggeln Drogen ins Haus oder besorgen sich Alkohol, schließen diesbezüglich „Kontrakte“ mit anderen Bewohnern, etc. Dies führt über kurz oder lang zu disziplinarischen Maßnahmen und letztlich zur Entlassung.)
- Ein gutes Drittel führt die Maßnahme bis zum Ende durch, d.h. es gelingt, die Jugendlichen/Heranwachsenden oder dann schon jungen Erwachsenen in ei-

ne geeignete Form der Nachbetreuung zu entlassen. Dies ist meist 1. BEW, 2. eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung, 3. selten zu Eltern oder Elternteil zurück, 4. selten in eine geeignete Einrichtung für Erwachsene, u.U. beim eigenen Träger Prowo e.V.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass unsere Leistungen und Anstrengungen nur ein Baustein in einer Reihe von wahrscheinlich noch bevorstehenden weiteren Maßnahmen welcher Art auch immer sind. Die Gesamtleistung für diesen Personenkreis sollte aus verschiedentlich formulierter fachlicher Sicht nicht unter 5 Jahren in Folge liegen und dabei eine größtmögliche personelle Kontinuität bieten. Unsere Arbeit wollen wir in der Weise fortführen und erweitern, indem wir in geeigneter Weise die Nachsorge verbessern.

Es gibt nach der Entlassung (regulär wie irregulär) ein reges Interesse der ehemaligen Bewohner, unser Haus und deren Bewohner und Betreuer regelmäßig zu besuchen, sich in Krisen an uns zu wenden, also dort anzudocken, wo bereits eine Bindung besteht. Über ambulante Hilfen sind einige Betreuer weiter in Kontakt mit ehemaligen Bewohnern und begleiten sie.

In der Diskussion um die Praxis wurden neben dem fachlichen Interesse und der eindeutig positiven Grundeinstellung – wie sie bei der Fachöffentlichkeit aus dem großen Kreis des Hilfesystems selbstverständlich ist – bei einigen Teilnehmern des Workshops auch Gefühle und Reaktionen wie Ohnmacht und Hilflosigkeit, Aggression und Abgrenzung gegenüber den Jugendlichen direkt oder im Subtext mitformuliert. Dies trat u.E. dann auf, wenn es um das Thema „Versorgungsanspruch“ ging, den viele Jugendliche formulieren. Wir fragten uns im Nachhinein, ob sich diese Reaktionen überhaupt trennen lassen von den Bedingungen, in denen wir zur Zeit arbeiten, und kamen zu dem Schluss, dass wir es zumindest (kognitiv) mit reflektieren können, aber keine Chance haben, uns dem emotional völlig zu entziehen.

Bei allem Respekt vor der Vielschichtigkeit der Diskussion um Verschuldung und vor den Bemühungen um einen „vernünftigen“ Umbau des Sozialstaates, von dem wir betroffen sind, spricht der Volksmund eine zwar poetische, aber klarere Sprache: „Wenn die Armut zur Tür hereinkommt, fliegt die Liebe zum Fenster hinaus“.

III Methodik in Therapeutischen Wohngemeinschaften

Claus-Peter Rosemeier, Ana Lopes, Josef Gerstenberger, Victor Scheel

Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag – Mögliches und Unmögliches

Wir dokumentieren Stichworte und Thesen, die in der Vorbereitung und bei der Durchführung der Arbeitsgruppe eine anleitende und anregende Rolle gespielt haben. Diese Überlegungen sind nicht in alle Richtungen theoretisch durchgearbeitet, sondern bilden einen Diskussionskontext und sind z.T. absichtlich pointiert gefasst, um zum Widerspruch aufzufordern.

Je mehr wir uns in der Vorbereitung mit der Fragestellung beschäftigt haben, umso spannender und komplexer wurde es. Eines wurde dabei immer deutlicher: bei der Arbeit an diesem Thema geht es hauptsächlich um „Subjektives“, um eigenes Erleben, eigene Wahrnehmungen und Empfindungen und damit verbundene Handlungen, Haltungen, Konzepte etc.

1.

„Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag“ ist möglich, sinnvoll, fruchtbar, effektiv, unerlässlich ... Was aber ist „Beziehungsarbeit“?¹

Im Workshop beschäftigen wir uns eingeschränkt auf der *Praxisebene* mit dem Feld der Arbeit in den therapeutischen Jugendwohngruppen.

¹ Als „Gefühlsarbeit“ wird eine solche Begriffskombination in amerikanischen soziologischen Theorien der 70er Jahre zur Pflegetätigkeit im Umgang mit sterbenden Patienten benutzt (Glaser/Strauss).

Im Kontext der Frauenbewegung/Frauenforschung wird in den 70er Jahren der Begriff „Beziehungsarbeit“ entwickelt, um den gesellschaftlichen und ökonomischen Wert von Hausarbeit, Arbeit in der Familie und Kinderbetreuung als spezifischer Frauenarbeit hervorzuheben und zu berechnen.

Im pädagogischen Feld setzt sich der Begriff im Kontext der Professionalisierungsdebatte pädagogisch/sozialpädagogischer Tätigkeit immer mehr durch und gehört mittlerweile ebenso wie die Bezeichnung Bezugsbetreuer/Bezugserzieher zu den unvermeidbaren Qualitätsstandards. In den letzten Jahren wird der Begriff u.E. inflationär gebraucht und bezeichnet fast alles was Erzieher, Sozialpädagogen, Betreuer, Psychotherapeuten etc. in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern im Kontakt mit ihren jeweiligen Klienten tun, ohne dass er genau und spezifisch definiert wird.

2.

In TWG's sind sowohl Erzieher und Sozialpädagogen als auch Psychotherapeuten mit verschiedenen Arbeitsaufträgen, aber mit den gleichen Klienten – häufig Jugendlichen mit frühen Störungen und/oder Traumatisierungen – im Team beschäftigt. Beide Berufsgruppen (Pädagogen und Psychologen) nehmen vielfach trotz sehr unterschiedlicher Praxis den Begriff „Beziehungsarbeit“ oder „Arbeit an und mit der Beziehung“ für sich in Anspruch. Im pädagogischen Alltag und im psychotherapeutischen Rahmen bezeichnet Beziehungsarbeit in vielem ähnliche und in manchem sehr verschiedene Dinge.

3.

Ein kurzer Hinweis zu theoretischen Hintergründen: Ein wesentlicher Anknüpfungspunkt für Überlegungen insbesondere zu der Klientel der TWG's ist die Bindungstheorie (Bowlby, Ainsworth, Grossmann etc.; vgl. hierzu Brisch 1999, Schleiffer 2003, Scheuerer-Englisch et al. 2003). Wichtig ist sie u.a. deshalb, weil „Beziehungsarbeit“ die Aufgabe beschreibt, mit bindungsgestörten Jugendlichen – die vielfach schlechte, widersprüchliche, defiziente, chaotische Beziehungserfahrungen gemacht haben – Beziehungen zu entwickeln, Bindungen entstehen zu lassen.

4.

Die Wortkombination von „Beziehung“ und „Arbeit“ ist bei genauer Betrachtung nicht nur merkwürdig, sondern in sich widersprüchlich:

- *Beziehung*: Subjekt-Subjekt-Verhältnis (u.a. geht es bei der Entwicklung der Beziehung um die Frage: Emanzipation vs. Manipulation)
- *Arbeit*: Subjekt-Objekt-Verhältnis (ein wesentlicher Aspekt ist die Legitimation der Kosten der Arbeit; ein zweiter der Versuch, über den Begriff eine Grenze zwischen privatem und professionellem Leben abzusichern).

„Beziehungsarbeit“ enthält eine problematische mechanische und eine ökonomische Bedeutung (vgl. Dörr, 1999). Eine für uns wichtige *These* lautet:

- Man kann keine Beziehung aufbauen, herstellen, erarbeiten – man kann sie nur zulassen, sich darauf einlassen und
- die „Bedingungen der Möglichkeit“ von Beziehungen gestalten, herstellen etc. (Einen „Kontakt herstellen“ bedeutet nicht das gleiche wie eine Beziehung herzustellen!).

Es gibt u.E. keine „Technik der Beziehungsarbeit“, die man in klaren Handlungsschritten oder Verhaltensweisen in die konkrete Praxis umsetzen kann – sozusagen unabhängig vom individuellen Klienten und vom individuellen Pädagogen.

Gleichwohl gibt es theoriegeleitete Überlegungen zu dem, was sich bei der Arbeit mit und durch Beziehungen abspielt und was zu beachten ist. Wir beziehen uns dabei vor allem auf das Konzept der Beziehungsanalyse von Thea Bauriedel (Bauriedl, 1980; vgl. auch Körner/Ludwig-Körner 1997 und Rauchfleisch 1996).

5.

Grundsätzlich gesehen – kann man als *These* pointiert formulieren – gibt es keinen Unterschied zwischen „normalen“ Alltags-Beziehungen und pädagogischen/therapeutischen Beziehungen (!?). In Beziehungen begegnen sich zwei (oder mehr) Subjekte mit ihren bewussten und unbewussten Anteilen, mit ihren Projektionen, Ambivalenzen, Normbildungen, Abwehrgrenzen, der Angst vor Infragestellung und der Bereitschaft zum Risiko des In-Frage-gestellt-Werdens (Bauriedl, 1980).

6.

„Professionelle Beziehungen“ unterscheiden sich abgesehen von:

- Vertrag/Hilfeplan als äußerem Ordnungs- und Schutzrahmen
- Auftraggeber (Jugendamt, Eltern und Jugendlicher) und
- formalen Regelungen (Zeit, Bezahlung, sonstige Rahmenbedingungen) und inhaltlichen Strukturbestimmungen (siehe 7.)

vor allem durch die explizite und implizite Vereinbarung, dass das Ziel der gemeinsamen Arbeit die Klärung der Beziehungsstrukturen des Klienten, nicht derjenigen des Pädagogen/Therapeuten ist.²

Zwei aus diesen Überlegungen abgeleitete Fragestellungen für die vertiefte Diskussion in Arbeitsgruppen lauteten (für die AG's war die Frage nicht: Was ist eine Beziehung?, sondern: Was unterscheidet die professionelle pädagogische (therapeutische) Beziehung von einer nicht-pädagogischen Beziehung?):

a) Wie nehmen Pädagogen ihre Beziehung zu den Jugendlichen wahr? Wie definieren sie ihre Beziehung? An welchen Handlungen/Verhaltensweisen machen sie ihre Beziehungsdefinition fest?

² „Zwar ist der Analytiker (sinngemäß auch der Pädagoge; Einfügung von uns) zu diesem Zweck latent ständig mit der Klärung seiner eigenen Beziehungsseite beschäftigt, doch handelt es sich bei der manifesten Gestaltung um eine einseitige Darstellung der Beziehungsmuster des Patienten (des Klienten, des Jugendlichen, der Familie; Einfügung von uns): Die Beziehungsmuster des Therapeuten (sinngemäß auch der Pädagoge; Einfügung von uns) stellen gewissermaßen nur den Hintergrund dar, vor dem sich die Figur der Beziehungsmuster des Patienten abhebt. Um die Anteile des Patienten an der Beziehungsstörung klar herauszufinden, wurde vereinbart, nur diese zu thematisieren.“ (Bauriedl, 1980, S. 49)

b) Wie nehmen Jugendliche ihre Beziehung zu den Pädagogen wahr? Wie definieren die Jugendlichen diese Beziehung? Aus welchen Handlungen/Verhaltensweisen der Pädagogen schließen die Jugendlichen auf die Art der Beziehung und deren Qualität?

Als *Thesen* formuliert lässt sich zur Beziehung Pädagogen-Jugendliche formulieren:

- Es handelt sich um eine Beziehung, die von ihrer *Struktur* her der Eltern-Kind-Beziehung ähnelt (Bauriedl 1980)!?³
- Die Pädagogen sind überwiegend die Gebenden, gehen auf die Klienten ein, bemühen sich, sie zu verstehen, haben den Auftrag, die Situation zu überblicken, sich selbst zu beobachten und in ihren Aktionen/Reaktionen zu kontrollieren bzw. zu reflektieren etc.⁴
- Dadurch sind *potenziell* alle Arten bzw. Entwicklungsniveaus von Beziehungen, von den frühesten, kleinkindlichen bis zu denen der Ablösungsphase möglich, mit dem Ziel, eine eigene, von den Eltern unabhängige Identität entwickeln und positive Beziehungserfahrungen „nachholen“ zu können.⁵

³ vgl. Bindungstheorie: Die „zentralen elterlichen Fähigkeiten“, deren Vorhandensein die Qualität der entstehenden Bindungsbeziehung im Säuglingsalter wesentlich bestimmt, sind die Fähigkeiten:

- sich in das Kind einfühlen zu können und dazu bereit zu sein, Bedürfnisse und Gefühle des Kindes realistisch wahrzunehmen,
- realistische Erwartungen bezüglich dieser Bedürfnisse zu haben und Wege zu kennen, diese zu befriedigen, bzw. angemessene Grenzen zu setzen,
- realistische Erwartungen über kindliches Handeln und die kindlichen Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten zu entwickeln,
- Beschäftigungsmöglichkeiten mit dem Kind zu haben,
- den kindlichen Entwicklungsnotwendigkeiten Priorität geben zu können,
- eigenes aggressives Verhalten gegenüber dem Kind kontrollieren und eigene Gefühle und Bedürfnisse von denen des Kindes unterscheiden zu können.

In altersspezifischer Analogie lassen sich diese zentralen elterlichen oder pädagogischen Fähigkeiten auf die Arbeit mit Jugendlichen übersetzen.

⁴ „Wenn es gelingt, dass sich der Sozialpädagoge und sein Klient einen Rahmen schaffen, in welchem korrigierende emotionale Erfahrungen möglich werden und dabei die unbewussten inneren Konflikte des Klienten lebendig und schließlich benannt werden dürfen, die bislang nicht bewältigt werden konnten, wird dessen (des Klienten, Einfügung von uns) inneres Wachstum möglich.“ (Körner/Ludwig-Körner, 1997)

⁵ „Aus Angst vor erneuter Verletzung im Sinne eines unbewussten Wiederholungszwanges lässt sich der Klient nicht sogleich auf eine Beziehung ein, muss sie zunächst entwerten. Gleichzeitig drückt er damit insgeheim eine Hoffnung aus, dass sich auf dem Wege einer neuen Beziehungserfahrung seine desolante innere Situation ändern möge.“ (Rauchfleisch, 1996)

<p>Die zentralen Punkte sind die Fragen nach:</p> <p>a. dem Rahmen oder „dem Setting“</p> <p>b. der Nähe-Distanz-Regulation</p>	<p>Stichworte zu „praktischen“ Antworten:</p> <p>„Betreuungsvertrag“ – als Rahmen, um Konflikte thematisieren zu können („unmittelbar handelnder Umgang mit Deutungsabstinenz“, Körner)</p> <p>Alltagsstruktur – Tagesstruktur, Essensversorgung, Umgang mit Geld</p> <p>Arbeit mit Einzelnen oder Gruppe</p> <p>Rollenklarheit der Betreuer</p> <p>Abgrenzung und Kooperation: Pädagogik – Therapie</p>
--	---

Abbildung 1: Zentrale Fragen der Beziehungsgestaltung

7.

Gerade wenn wir den Schwerpunkt der Herangehensweise auf das „Subjektive“ der Bindungsbeziehungen legen, stellen sich die Fragen: Was gibt dem verschwimmend Subjektiven der Beziehungen den „Halt“? Wie entsteht Sicherheit und Verlässlichkeit, die ein Einlassen auf Nähe, Ambivalenzen, Konflikte, Infragestellungen überhaupt ermöglicht – sowohl für die Jugendlichen als auch für die Betreuer/innen?

Aus der praktischen Erfahrung liegt uns dabei an folgender Formulierung: Es geht inhaltlich *nicht* um „Aus-Halten“, sondern um „Halten“, um „Halt Geben“ – und das ist eine Frage des Gesamtrahmens/des Settings und der Zusammenarbeit bzw. des Verstehens der Dynamik der Prozesse und eigentlich (analytische) Beziehungsarbeit zwischen den Pädagogen/Therapeuten im Team (Spaltung, Abwertung, Abgrenzung, Manipulation etc.) als „indirekte therapeutische Fallarbeit“.

Auf der Verhaltensebene und im Erleben insbesondere der Pädagogen steht häufig genug das „Aushalten“ und „Ertragen“ im Vordergrund und im Mittelpunkt. Intrapsychisch und interpsychisch geht es aber darum, den Jugendlichen genügend „Halt“ und „Sicherheit“ für das Bewältigen ihrer inneren Konflikte und das Erleben/Wiedererleben destruktiver Erfahrungen, zerstörerischer Gefühle und unerträglicher Ängste zu geben. Diesen Halt zu geben ist Aufgabe des gesamten Teams (Pädagogen und Therapeuten) – zu deren Bewältigung externe Supervision unabdingbar ist – sowie Funktion der in diesem Sinne organisierten Struktur der Einrichtung.

Die beziehungs-dynamisch naheliegende Reduktion der Problematik auf die Verhaltensebene führt in aller Regel zu dysfunktionalen Schuld- und Verantwortungszuschreibungen im Team und an einzelne Personen und wiederholt häufig mit neuen Personen die altbekannten familiären Interaktionsmuster (Claus-Peter Rosemeier und Barbara Hestermeyer, in diesem Band).

8.

Dem Arbeitsgruppen-Titel folgend formulieren wir abschließend einige Thesen: „*Unmögliches in der Beziehungsarbeit*“ im pädagogischen Alltag.

Hintergrund dieser Gedanken ist die Erfahrung, dass Konflikte zwischen Psychologen und pädagogischen Betreuern über Aufnahme und Entlassung von besonders „schwierigen“ Jugendlichen sich immer wieder nach einem ähnlichen Muster von Vorwürfen des Nicht-Verstehens und „wohlmeinenden“ Ermunterungen, doch weiter „auszuhalten“, konstellieren und sich vielfach als Macht-Konflikte mit erheblicher Dynamik (auch in der Jugendlichengruppe) ausbreiten.

Da wir diese Dynamik nicht in erster Linie auf individuelle Faktoren zurückführen, halten wir es für nötig, auch hier weitgreifende systemische Zusammenhänge in den Blick zu nehmen – nicht zur Entschuldigung, sondern letztlich zur Klärung von Grenzen und Möglichkeiten.

9.

Eine wichtige *These* zum strukturellen Kontext ist für uns:

Massive Überforderungssituationen für die pädagogische Arbeit ergeben sich:

- aus der finanziell und Hilfesystem-strukturell bedingten Verschiebung von Klientengruppen aus mittel- oder längerfristiger stationärer/teilstationärer jugendpsychiatrischer Behandlung in die pädagogisch konzipierte Jugendhilfe
- aus der offensichtlichen Zunahme relativ schwer beziehungs-gestörter (früh-gestörter, ich-strukturell gestörter) Jugendlicher
- und aus daraus resultierenden überhöhten Ansprüchen sowohl von entlassenden Kliniken als auch vor allem von Jugendämtern an die „Beziehungsarbeit“ im pädagogischen Alltag der Wohngruppen und Therapie in diesem Kontext.⁶

⁶ Es besteht die Gefahr, dass – auf der Grundlage von Konkurrenz und Belegungsdruck – überhöhte Ansprüche von den Trägern der therapeutischen Wohngruppen implizit selbst getragen werden. Bisweilen wird dadurch die Dynamik von unrealistischen Erwartungen an die Umsetzung von (nach wie vor häufig zu ungenau definierten) Hilfeplanziele und „Scheitern“ im pädagogischen (und im therapeutischen) Alltag in Bewegung gesetzt.

Dies bezieht sich sowohl auf die Arbeit mit Einzelnen als auch auf sehr verstrickte Gruppenkonstellationen, die aus der Kumulation vieler schwieriger Jugendlicher für den pädagogischen Alltag resultieren (Motto: „2 Borderliner zerlegen jede Gruppe“).

10.

Eine weitere *These* ist für uns:

Der Anspruch, mit dem Mittel der Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag schwerwiegende innerpsychische Konflikte der Einzelnen und der Gruppe bzw. die damit verbundenen Handlungs- und Verhaltensprobleme zu lösen, zu bewältigen oder auch nur „auszuhalten“, stellt in der Tendenz eine Überforderung der Pädagogen dar:

- Die Unklarheit der Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Pädagogik/Alltagsleben und die Verschwommenheit von „Aufträgen an die Pädagogen“ unter der Überschrift „Beziehungsarbeit“ verschiebt Belastungen und Anforderungen einseitig in das pädagogische Feld.
- Die strukturellen Unterschiede des Settings, des Rahmens und der Grenzen der Aufgabengebiete von Pädagogen einerseits und Psychotherapeuten andererseits (zumal im ambulanten und stationären, klinischen Arbeitsfeld, das die Basis theoretischer/praktischer Konzepte bildet) werden dabei tendenziell vernachlässigt. Dies bezieht sich auf: Zeitstruktur und -umfang, Behandlungsdauer, Handlungsverantwortung, emotionales Ausgesetztsein, massives, gruppenspezifisch verstrickendes Agieren der Jugendlichen usw.

Literatur

Bauriedl, Th. (1980). *Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schleiffer, R. (2003). *Der heimliche Wunsch nach Nähe, Bindungstheorie und Heimerziehung*. Münster: Votum.

Scheuerer-Englisch, H., Suess, G. J. & Pfeifer, W-K P. (Hrsg.) (2003). *Wege zur Sicherheit*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Dörr, M. (1999). „Beziehungsarbeit“? Eine Begriffsanalyse des Zeitgeistjargons in der psychosozialen Praxis. *Neue Praxis* 2, S. 169-179.

Körner, J. & Ludwig-Körner, C. (1997). *Psychoanalytische Sozialpädagogik. Einführung in vier Fallgeschichten*. Freiburg: Lambertus.

Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Silke Birgitta Gahleitner, Michael Schmude

Jugendliche zwischen Regression und Selbständigkeit – Betreuung zwischen Versorgung und Anforderung

Die Bedeutung prozessualer Diagnostik für die Arbeit in Therapeutischen Jugendwohngruppen

Adoleszenz: Krise oder Chance?

In der Adoleszenz beginnt für alle Heranwachsenden eine bewegte und schwierige, andererseits jedoch auch chancenreiche Zeit. Frühere Erfahrungen werden stabilisiert; verstärkt oder aber umgekehrt. Hier „kulminieren die Anforderungen an Individualisierungsprozesse“, erfolgt ein „Zusammentreffen von Individuations- und Integrationsprozessen“ und damit ein „hohes Stimulierungs- wie Belastungspotenzial“ (Hurrelmann, 1995, S. 35).

Eine Vielzahl von Aufgaben ist zu lösen, die zum Teil durch biologische Dispositionen, zum anderen jedoch durch Anforderungen der umgebenden Gesellschaft gegeben sind. Eine völlige Neustrukturierung des intrapsychischen Erlebens sowie eine Umgestaltung des Verhaltens wird erforderlich. Das Spannungsfeld zwischen Individuation und der Entwicklung sozialer Kompetenzen, zwischen aggressiven und destruktiven Strebungen, erreicht hier einen ambivalenten Höhepunkt. „Impulse, Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle und Empfindungen bekommen eine ungeahnte Heftigkeit und Intensität“ (Bürgin, 1999, S. 129).

Das Bedürfnis, endlich selbständig und erwachsen zu sein und entscheiden zu dürfen, geht einher mit dem schmerzlichen Abschied, Kind zu sein und versorgt zu werden. Die innere Bewegung pendelt zwischen einer überkritischen Distanzierung von den primären Bezugspersonen und deren Meinungen und Werten, andererseits jedoch einer heftigen Suche nach neuen Liebesobjekten, zum Teil rasch wechselnden Kontakten zu Gleichaltrigen, die häufig alte Beziehungsmuster wiederholen. Die Peergroup gewinnt an Bedeutung, das Selbstbewusstsein wird durch wechselnde Stimmungen, neue Erfahrungen mit dem Körper und die Anforderung des Erwachsenwerdens und der Selbständigkeit stark auf die Probe gestellt.

Nichtsdestotrotz ist die Phase der Adoleszenz unter gesunden Bedingungen auch eine spannende und lustvolle Phase, in der Neuausrichtungen möglich sind und eigene Standpunkte und Lebensformen entdeckt und erobert werden können. Dennoch: „Oszillierende Bewegungen zwischen emotionaler Abhängigkeit und

Unabhängigkeit, zwischen Regression und Progression, zwischen Eindrücken, über den eigenen Körper, die eigene Gefühle und die eigenen Gedanken verfügen zu können, und dem Gewährwerden von heftiger Fremdbestimmung, bewirken eine Verunsicherung im Lebensgefühl, eine Aufbruchstimmung und komplexe Balanceakte wie auf einem schwankenden Schiff“ (Bürgin, 1999, S. 129).

Adoleszenz unter erschwerten Bedingungen

Die Botschaften in dieser charakteristischen Umbruchssituation erweisen sich für Heranwachsende insbesondere in modernen Gesellschaften häufig als inkonsistent und widersprüchlich und machen es schwer, das Leben realitätsgerecht zu verstehen. Eine gesunde Balance zwischen dem Einräumen von Spielräumen und dem Festlegen von Mindeststandards ist in vielen Beziehungsnetzen westlich kapitalistischer Gesellschaften heute aus dem Gleichgewicht geraten. Die Folge ist häufig ein Verlust der Orientierungslinie (Hurrelmann, 1995). Die Aufgabe, in dieser verwirrenden soziokulturellen Realität eine klar umrissene Persönlichkeit zu entwickeln, wird daher für viele Heranwachsende zu einer Hürde (Regina Rätz-Heinisch, in diesem Band).

Dies ist umso mehr der Fall bei bereits in der Kindheit schwer beeinträchtigten Jugendlichen. Es ist nicht schwer nachzuvollziehen, dass eine Phase derartig enormer Umgestaltungen für diese Jugendlichen mit einer ungeheuren Verletzungsträchtigkeit verbunden ist, die sich in verschiedensten schweren Psychopathologien zeigen kann (Günter Häfele, in diesem Band). „Je schlechter ausbalanciert ein Individuum intrapsychisch und interpersonell in diese Stromschnellen des Entwicklungsgeschehens hineingerät, desto größer ist seine Verletzlichkeit, vor allem im Bereich des Selbstempfindens. Dies nicht zuletzt auch deswegen, weil sich im gegenwärtigen Kontext reaktivierte, bisher gerade noch brauchbare Beziehungskonfigurationen und affektive Orientierungshilfen für die jetzigen Entwicklungsaufgaben als nun nicht mehr tauglich erweisen“ (Bürgin, 1999, S. 129 f.).

Früh traumatisierte Jugendliche sind daher erst recht nicht in der Lage, „die Adoleszenz, die als eine Zeit zwischen Wiederholung und Neuschöpfung einen entwicklungsförderlichen Einfluss haben könnte, als ‚zweite Chance‘ für sich zu nutzen“ (Streeck-Fischer, 1999, S. 8). Das Jugendalter ist durch die beginnende Autonomieentwicklung für sie vielmehr ein Zeitpunkt der krisenhaften Aufdeckung der sequentiellen oder kumulativ erlittenen Traumata. Die Jugendlichen bekommen erstmals klare Vorstellungen, was mit ihnen geschehen ist. Massive Schuld- und Schamgefühle führen in dieser Phase der gesteigerten Beschäftigung mit der eigenen Person oft zu schweren Problemen in der Identitätsentwicklung. Verschiedenste Folgeerscheinungen wie Essstörungen, Schlafstörungen, Unruhezu-

stände, Schwierigkeiten mit Sexualität und Freundschaften etc. stehen dem Wachstum im Wege. Natürliche Entwicklungsaufgaben des Jugendalters wie der Bezug zum eigenen Körper, zur Sexualität, zu freundschaftlichen und intimen Annäherungen an andere Jugendliche werden dadurch nachhaltig beeinträchtigt (Crittenden, 1997).

Für die Arbeit in Therapeutischen Wohngruppen bedeutet dies die Aufgabe, bereits früh traumatisierten Jugendlichen jene Unterstützung zukommen zu lassen, die ihnen eine möglichst konstruktive Gestaltung der Adoleszenzphase ermöglicht. Dies erfordert sowohl eine gründliche diagnostische Abklärung der Störungsbilder der Jugendlichen als auch einen sensiblen Umgang mit den jeweiligen individuellen Bedingungen des Aufwachsens und der momentanen Situation in einer ausführlichen, prozessorientierten Anamnese (Gahleitner, 2004). Daraus kann ein indikationsspezifischer Behandlungsplan entwickelt werden, der jeweils situationsadäquat jene Anforderungen an die Jugendlichen stellt, die sie zu leisten imstande sind, jedoch auch jene Unterstützung für die Entwicklung der Jugendlichen bereitstellt, die in der gegebenen Situation eine positive Entwicklung überhaupt erst möglich macht. Im Folgenden soll dieses Vorgehen am Beispiel einer Jugendlichen mit früher häuslicher Gewalterfahrung erläutert werden.

Häusliche Gewalt als komplexes Trauma

Nathalie stammt aus einer Familie mit schwerer Alkohol- und Gewaltproblematik. Die sieben ersten Kinder des Vaters aus vorherigen Beziehungen wurden durch das Jugendamt fremd untergebracht. Nathalie wuchs mit zwei jüngeren Schwestern und einem jüngeren Bruder bis zum 16. Lebensjahr bei den Eltern auf. Nathalie und ihre drei Geschwister leiden unter einer angeborenen Alkoholembryopathie durch den Alkoholabusus der Eltern während der Schwangerschaft und an einer dadurch bedingten Intelligenzminderung. Nathalies Bruder weist eine Schädelfissur aufgrund einer frühen Misshandlung auf, die Mutter wurde wegen mehrerer ungeklärter Knochenbrüche im Krankenhaus behandelt. Die drei inzwischen fremd unterbrachten Mädchen erzählen von zahlreichen aggressiven Durchbrüchen des Vaters, in denen er zunächst die Mutter, in der Folge jedoch auch die Kinder, unkontrolliert schlug und mit Gegenständen z.T. lebensgefährlich verletzte. Die Mutter sah sich außerstande, sich und die Kinder zu schützen, und gab die Verantwortung dafür bereits zu einem frühen Zeitpunkt an Nathalie ab.

Unter einem Trauma versteht man ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79), das den Rahmen der Belastungsfähigkeit um ein Vielfaches übersteigt (Silke Birgitta Gahleitner, Elena Ossola und Antje Mundersbach, in diesem Band). Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses, vom Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt der Traumatisierungen und eventuell vorhandenen pro-

tektiven Faktoren bzw. Risikofaktoren. Als besonders gravierend sind dabei im sozialen Nahraum stattfindende, frühe und anhaltende Traumatisierungen zu betrachten, bei denen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in die Welt und das Vertrauen in die Menschheit bereits von Beginn der Entwicklung an immer wieder erschüttert wird. Frühe häusliche Gewalt in einer schweren Form und sexuelle Traumatisierung wird dabei zu den schwerwiegendsten und komplexesten Traumatisierungen gezählt.

Auswirkungen komplexer Traumata

Frühe und komplexe Traumatisierung verursacht insbesondere Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration. Die Fundamente des Selbst und die eigene Selbstwahrnehmung werden erschüttert bzw. können sich erst gar nicht entwickeln. Das Verhältnis zum eigenen Körper, zum Bewusstsein und den Affekten ist gestört. Im zwischenmenschlichen Bereich fehlt es an zentralen Bindungserfahrungen. Desorganisierte Bindungsmuster, Gefühle von Misstrauen und Entfremdung, jedoch auch ein mangelndes Gefühl für Grenzen, sind die Folge (Olbricht, 1997). Häufig treten dissoziative Erscheinungen auf, im Extremfall bis zur Borderlineproblematik oder zur multiplen Persönlichkeitsstörung.

Aus dieser Perspektive betrachtet, bringen bereits früh Traumatisierte außergewöhnliche Fähigkeiten hervor und entwickeln z.T. sehr kreative und vitale Überlebensstrategien. Was einst hilfreich war, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder destruktiv werden und gravierende Symptome verursachen. Resultat ist häufig ein ausgeklügeltes System vielfältiger somatischer und psychischer Symptome, die die gerade erst entstehende Persönlichkeit entscheidend prägen (Herman, 1993).

Nathalie hatte sich kurz nach der Entscheidung der nächst jüngeren Schwester, nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in die Familie zurückzukehren, gemeinsam mit ihrer anderen Schwester der Familientherapeutin anvertraut und kam mit 16 Jahren in die therapeutische Jugendhilfeeinrichtung. Sie litt zum Aufnahmezeitpunkt unter schweren Erregungszuständen und Ängsten, die sich in der Umkehrung auch manchmal in aggressiven Durchbrüchen äußerten. Sie hatte ein sehr schlechtes Selbstbewusstsein, fühlte sich oft von sich und anderen isoliert und hatte wenig Zugang zu ihren Gefühlen. Nathalie konnte trotz großen Anstrengungen und Nachhilfestunden auch die Sonderschule nicht abschließen. Nachts litt sie unter Alpträumen und zeigte auch tagsüber pseudopsychotische Erscheinungen wie Stimmen, Wesen oder Schatten, die sie bedrohten und ihr Anweisungen gaben. Als ‚Verantwortliche‘ für das Wohlergehen der Familie machte sie sich große Selbstvorwürfe, ihrer Rolle nicht gerecht geworden zu sein.

Diagnostik komplexer Traumata

Wie bereits deutlich wurde, verursachen komplexe Traumata multiple Entwicklungsstörungen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene (Annette Streeck-Fischer, in diesem Band) und erfordern daher eine bio-psycho-soziale, mehrdimensionale Diagnostik und Behandlung. Neben der phänomenologischen Psychodiagnostik ist daher eine entwicklungsorientierte Diagnostik, eine soziale und Lebensweltdiagnostik sowie eine ausführliche Ressourcenanalyse hilfreich, um einen indikationsspezifischen und situationsadäquaten Behandlungsplan zu entwickeln (Gahleitner, 2004). Dafür eignen sich Explorationsverfahren der Integrativen Therapie wie beispielsweise das Lebenspanorama, das soziale Netzwerkinventar oder die fünf Säulen der Identität (Petzold et al., 2000).

Phänomenologische Psychodiagnostik

Nach dem in Deutschland als Klassifikationsschlüssel verwendeten ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000) werden die Auswirkungen traumatischer Ereignisse nach der Dauer der Folgesymptomatik unterschieden. Eine traumatische Belastungsreaktion ist demnach eine höchstens einige Tage anhaltende ‚normale‘ Reaktion auf ein erlebtes ‚abnormales‘ Ereignis in Form emotionaler Überforderungssymptome und Rückzugstendenzen. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung (abgekürzt PTSD oder PTBS) wird gesprochen, wenn die Belastung über einen längeren Zeitraum anhält. Sie ist gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen physischer wie psychischer Überflutung durch das Erlebte, Vermeidung aller Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, und physiologischer Dauererregung. Bei lang anhaltender Extremtraumatisierung kommt es zu einer Zerstörung psychischer Grundstrukturen und zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen.

Das ICD-10 erfasst damit lediglich Traumatisierungen, die auf eine bereits geformte, erwachsene Persönlichkeit treffen. Wie bereits angesprochen, ist jedoch der aktuelle Entwicklungsstand des Opfers von großer Bedeutung für die Symptomentwicklung. Beginnt die Traumatisierung sehr früh und setzt sich über lange Zeit fort, spricht man daher in Fachkreisen von der oben genannten ‚komplexen posttraumatischen Belastungsstörung‘, die inzwischen als ergänzende Beschreibung in den Anhang des amerikanischen Diagnoseschlüssels DSM-IV aufgenommen wurde (American Psychiatric Association, 2000).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
Symptomkriterien
<p>A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus</p> <p>chronische Affektdysregulation Schwierigkeit, Ärger zu modulieren selbstdestruktives Verhalten Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen</p>
<p>B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins</p> <p>Amnesie Dissoziation</p>
<p>C. Somatisierung</p>
<p>D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen</p> <p>Änderung der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden Änderungen der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten b. Tendenz, erneut Opfer zu werden c. Tendenz, andere zum Opfer zu machen
<p>E. Veränderungen in Bedeutungssystemen</p> <p>Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen</p>

Tabelle 1: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (American Psychiatric Association, 2000)

Auf den ICD-Achsen für Kinder und Jugendliche zeigte Nathalie in einem Testverfahren erwartungsgemäß durchgängig Spitzenwerte. Ihre Symptomatik wäre mit Hilfe der Beschreibung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung wesentlich besser erfassbar (siehe Tabelle 1). Auf der Achse des Intelligenzniveaus ergab sich erwartungsgemäß durch die Alkoholembryopathie eine leichte Intelligenzminderung. Die Achse der psychosozialen Umstände kann nach ICD mit abnormen intrafamiliären Beziehungen und die Achse des psychosozialen Funktionsniveaus als beträchtlich gemindert beschrieben werden. Die beiden letzten Achsen sind jedoch nach ICD nur sehr grob verschlüsselt und damit nur bedingt aussagekräftig und in jedem Fall durch die weiteren diagnostischen Verfahren zu ergänzen.

Entwicklungspsychopathologische Diagnostik

Ein Trauma entfaltet seine Wirkung im Spannungsfeld subjektiver und objektiver Faktoren. Zu den subjektiven Faktoren gehört die kognitive, affektive, physische und soziale Entwicklung nebst angeborenen oder erworbenen konstitutionellen Faktoren. Vor diesem individuellen Hintergrund, der durch entwicklungstypische Verletzlichkeiten und individuelle und psychische Vorerfahrungen geprägt ist, erlebt das Kind die traumatogenen objektiven Faktoren. Das traumatische Erlebnis wiederum wird durch entwicklungsbedingte Umbau- und Umformungsprozesse und durch deren Verbindung zu anderen psychischen Abläufen ständig aktualisiert und modifiziert. Die Entwicklungsmatrix bietet daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik traumatischer Erfahrungen (siehe Abbildung 1).

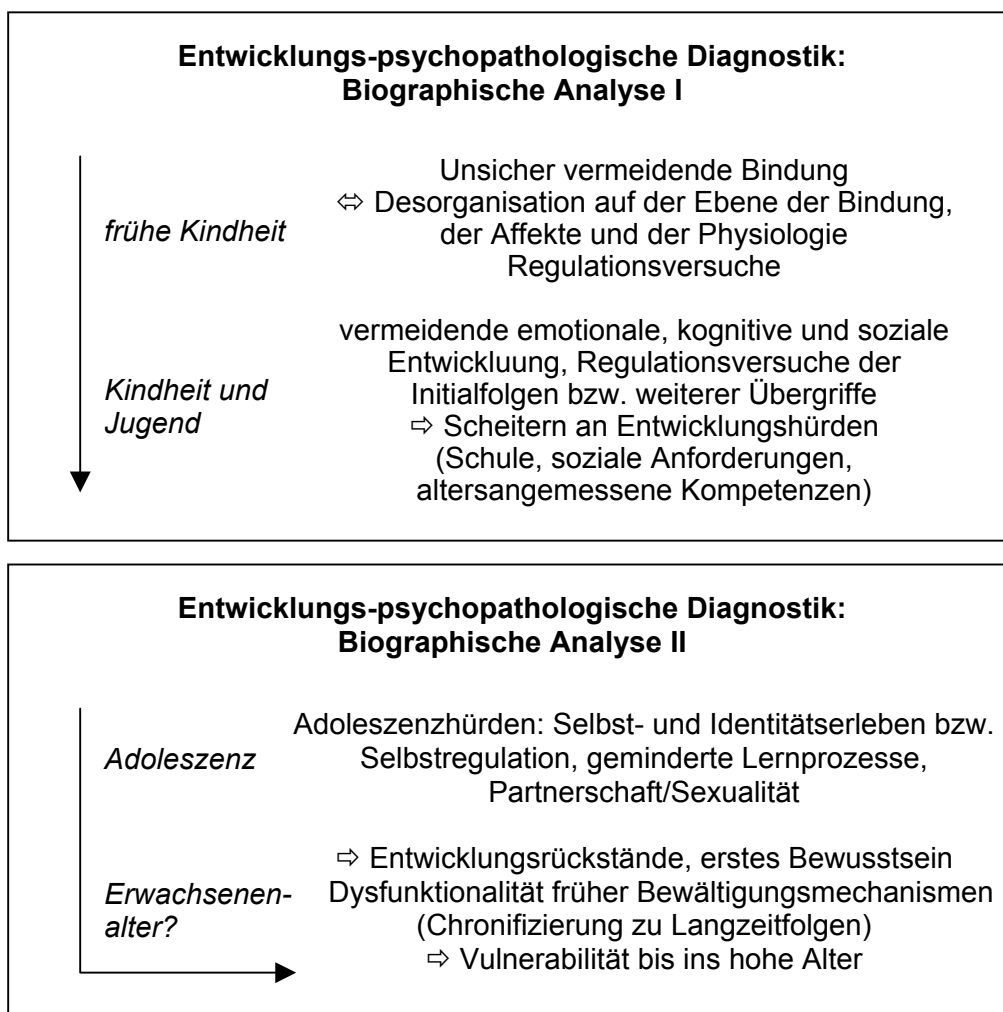


Abbildung 1: Entwicklungspsychopathologische Diagnostik (biographische Analyse)

Jede Entwicklungsstufe stellt das traumatisierte Kind vor neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen

nen Erfahrungen – wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 241) – geprägt sind (Gahleitner, 2003):

Anstelle einer frühen positiven Bindungserfahrung, die zentrale Orientierungspunkte schafft, bewirkt frühe und dauerhafte traumatische Überstimulierung komplexe Bindungs- und Entwicklungsstörungen. Stattdessen bilden sich frühe Abwehrmechanismen aus wie z.B. dissoziative Fähigkeiten, überagiles oder apathisches und Vermeidungsverhalten. Traumatische Erfahrungen werden zu einem Teil des Selbst- und Weltbildes, an dem sich die zukünftigen Handlungen und Erwartungen orientieren. Die sozialen Beziehungen sind durch die früh erworbenen Bindungsstörungen und Störungen im Familiensystem beeinträchtigt, regressive Erscheinungen lassen das Kind selbst an kleineren Entwicklungsanforderungen scheitern.

Im Jugendalter kulminieren Chancen und Anforderungen durch Autonomie- und Integrationsprozesse (siehe oben). Der Wunsch, alles ungeschehen zu machen und es anderen gleich zu tun, sowie die Unfähigkeit, diesen Wunsch zu realisieren, stürzt die Jugendlichen zusätzlich in destruktives Ausagieren und führt zu Chronifizierungen, die sich bis ins Erwachsenenalter erstrecken (Bürgin, 1999). Das Risiko einer Verschlechterung oder eines plötzlichen Ausbrechens posttraumatischer Symptomatik besteht dadurch bis ins hohe Alter.

Nathalie zeigte bei der Aufnahme nach einer kurzen Phase stark angepassten Verhaltens zwar Elemente eines unsicher vermeidenden Bindungsverhaltens, jedoch in einem gemessen an der Gewaltproblematik nur geringen Umfang. In der retrospektiven sozialen Diagnostik erklärte sich dies im Verlauf der Therapie durch die enge Bindung zu ihrem Großvater, der eine wichtige schützende Instanz in der Kindheit dargestellt hatte. Dennoch führten die frühen und fortgesetzten Traumatisierungen zu Entwicklungsdefiziten, insbesondere auf der emotionalen und kognitiven Ebene. Nathalie scheiterte bereits früh an altersangemessenen Kompetenzanforderungen und Entwicklungshürden in Kita, Schule und anderen Sozialisationsinstitutionen. Die Familie war nach außen hin zudem hermetisch abgeriegelt. Den Kindern war strengstens untersagt, Informationen nach außen zu tragen. Dies führte zu einer sozialen Abschottung und einem Entwicklungsdefizit in diesem Bereich. Nathalie konnte die Adoleszenzphase jedoch nutzen, um sich hilfesuchend an die Familientherapeutin zu wenden und in einer Einrichtung Zuflucht zu suchen. Auch wenn von einer chronifizierten komplexen Traumatisierung ausgegangen werden muss, die eine verstärkte Vulnerabilität bis ins hohe Alter bedingt, konnte der Verlauf ab dem Jugendalter aktiv von ihr mit gestaltet und zum Positiven gewendet werden.

Soziale und Lebensweltdiagnostik

Aufgrund ihrer prägenden Wirkung auf die Persönlichkeit verzerren frühe traumatische Erfahrungen die Erwartungen von Betroffenen in Bezug auf die Welt sowie in zwischenmenschliche Interaktionen und das persönliche Integritätsgefühl (Riedesser, Fischer & Schulte-Markwort, 1999). Janoff-Bulman (1985) beschreibt dieses Phänomen als ‚shattered assumptions‘, als eine fundamentale Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie der eigenen Unverletzbarkeit, des Gefühls der Sicherheit und Geborgenheit in der Welt und der positiven Selbstwahrnehmung. Diagnostisch lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung mit den fünf Säulen der Identität aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (vgl. Petzold et al., 2000).

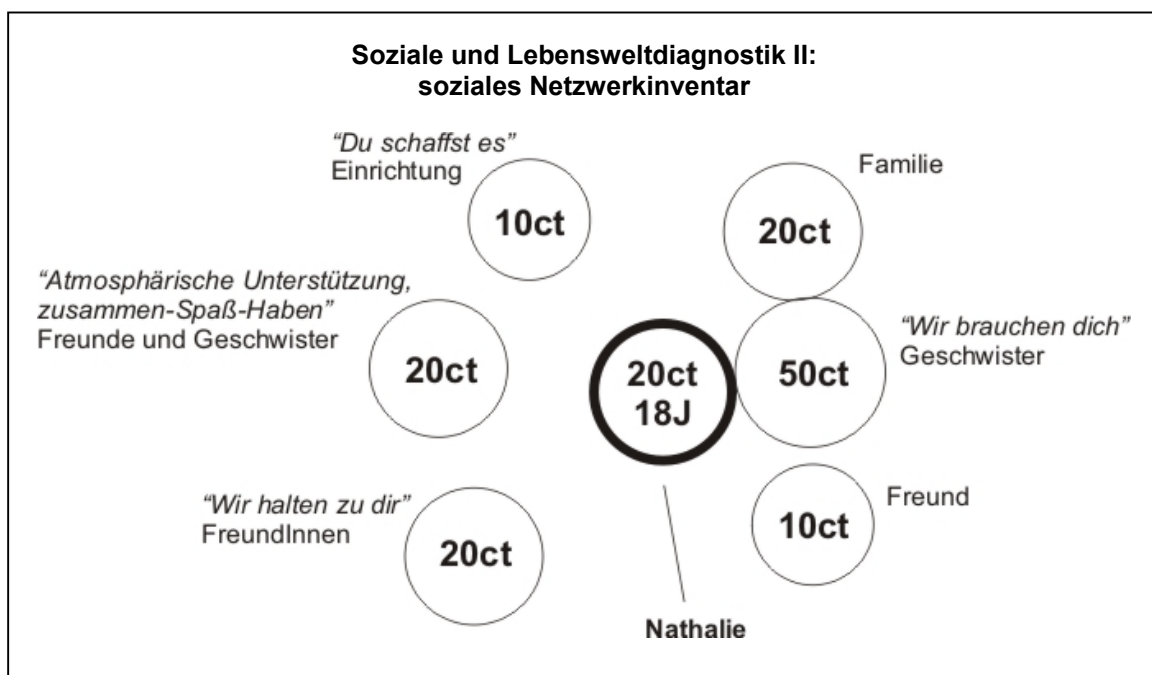
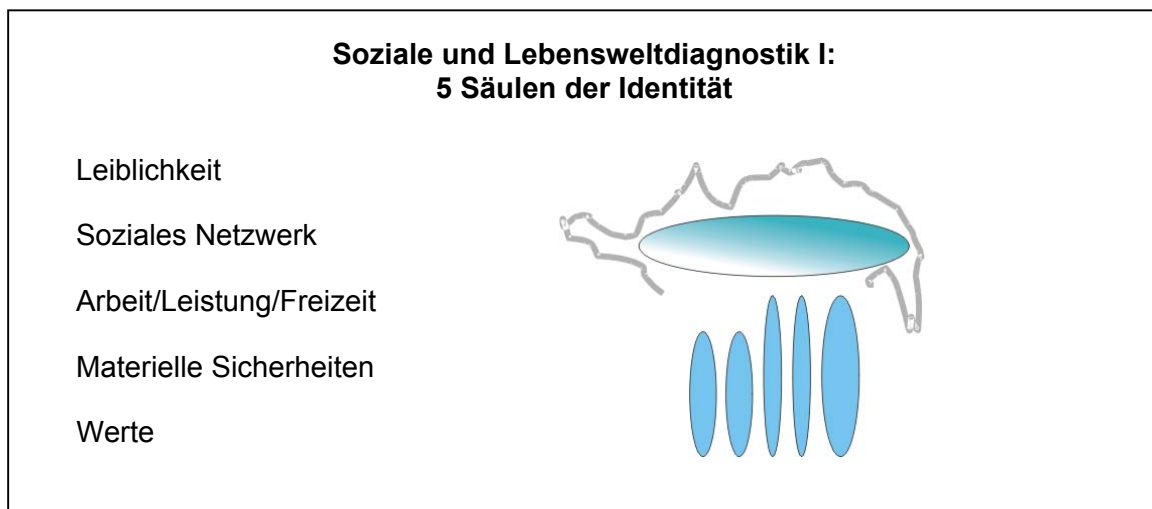


Abbildung 2: Soziale und Lebensweltdiagnostik mit Hilfe der 5 Säulen der Identität (oben) und des Sozialen

Die fünf Säulen der Identität: Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, materielle Abgesichertheit und Wertvorstellungen werden entsprechend den inneren Vorstellungen des/der Klientin bildlich oder durch Worte dargestellt. Die Säule der Leiblichkeit kann durch Körperbilder (sog. bodycharts) vertieft werden (ebenda). Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen lässt sich mit Hilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (Märtens, 1997) diagnostisch erfassen. Damit verbildlicht man den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalen Austausch steht oder stand. Alle bedeutsamen Personen werden dafür auf einem Blatt platziert und in entsprechenden Abständen um den/die KlientIn gruppiert. Zudem kann jede Person mit einer Farbe versehen werden, um die Art der Beziehung deutlich zu machen und zusätzlich mit einem Satz, den sie oder er typischerweise im Verlauf des Lebens an das Opfer gerichtet hat.

In der Psychotherapie von Nathalie wurde zunächst ein sicherer innerer Schutzort und ein Tresor für belastende Bilder und Erinnerungen etabliert. In der Anamnese zeigte sich in der Exploration des sozialen Umfeldes der positiv stützende Kontakt zu den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen der Einrichtung. In Bezug auf die Ursprungsfamilie wurde eine extreme Ambivalenz deutlich zwischen den angstbesetzten Gewalterfahrungen gegenüber dem Vater und der Enttäuschung gegenüber der nicht schützenden Mutter. Neben diesem Bewusstsein über die Gewalthandlungen und Schädigungen auf der einen Seite gab es auf der anderen Seite jedoch auch einen Anteil sehr positiv besetzter Bindung zu beiden Elternpersonen und eine enge Verbindung zu ihnen über die Brücke der Geschwister. An körperlichen Symptomen ergaben sich aus der Arbeit mit dem Körperbild und einigen diagnostischen Abklärungen durch die Hausärztin neben der alkoholembryopathischen hirnhysiologischen Auffälligkeit ein immer wiederkehrender Spannungskopfschmerz und weitere psychosomatische Beschwerden im Knie und im Unterleib. Außerdem gerät Nathalie leicht in Unfallsituationen, da ihre beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Wehrhaftigkeit und Abgrenzungsfähigkeit keinen ausreichenden Schutz darstellt.

Ressourcenanalyse

Unter Ressourcen fasst man alle innerseelischen und interaktionellen Handlungen bzw. Mittel der Hilfe und Unterstützung, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können (Petzold, 1998). Dazu gehören vor allem prägnantes Selbst- und Identitätserleben, Einsicht und produktive Lernprozesse, emotionaler Ausdruck, Kreativität, psychophysische Selbstregulation, Entspannungsfähigkeit, kommunikative Kompetenzen, Beziehungsfähigkeit, praktische Lebensbewältigung, Zukunftsperspektiven, konstruktive Interessen und ein positiver Wertebezug.

In der Diagnostik komplexer Traumatisierungen sollten gezielt die verfügbaren Ressourcen erhoben werden und gemeinsam mit dem/der KlientIn erarbeitet

werden, in welchen Situationen sie bereits nutzbar gemacht wurden bzw. werden und in Zukunft gemacht werden könnten. Dabei kann der Status Quo anhand folgender Fragen erhoben werden (Petzold, 1996):

- Was ist gesund und funktionsfähig und kann erhalten werden? Was hat geholfen, die Belastung bisher auszuhalten? (konservierende Behandlungsstrategie)
- Was ist defizient, weil es nicht vorhanden ist oder nie vorhanden war, und muss deshalb restituiert, bereitgestellt oder durch Verzichtleistungen und Substitution bewältigt werden? Wo z.B. fühlt sich der/die Traumatisierte heute wohl und sicher? Wie kann daraus Stabilität und Selbstsicherheit gewonnen werden und wo hat dies seine Grenzen? Welche Hilfen können aquiriert werden, um sich bei der Stabilisierung unterstützen zu lassen? (reparative, substitutive und bewältigende Strategie)
- Was wäre möglich, ist bisher noch nicht genutzt worden und müsste erschlossen und entwickelt werden? Wie kann z.B. Erholung und Entspannung herbeigeführt werden? Was aktiviert, motiviert? (evolutive Strategie)

An Ressourcen zeigte Nathalie bei der Aufnahme relativ gute kommunikative Kompetenzen und die bereits beschriebene Beziehungsfähigkeit sowie Kreativität und einen hoffnungsvollen Blick auf eine bessere Zukunft. Ihr Sinn für praktische Lebensaufgaben ermöglichte ihr nach der Entlastung von der Schule, in der Regelmäßigkeit des gestützten Ausbildungsverhältnisses eine wichtige Identitätssäule zu finden. Ihre konstruktiven Interessen an Natur, Tieren und Menschen, die sich ihr gegenüber freundlich zeigen, ermöglichen ihr immer wieder neue Anknüpfungspunkte. Sehr eingeschränkt zeigte sich hingegen der Umgang mit Herausforderungen, sowohl im kognitiven Bereich als auch in der Abgrenzung von schädigenden Beziehungskonstellationen. Das konstant erhöhte Erregungsniveau sowie ein defizitäres Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl stellten dauerhafte Risiken der Reviktimisierung dar.

Behandlung komplexer Traumata

Wie bereits deutlich wurde, ist die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine sozial verursachte und keine originär psychiatrische Störung, die sich jedoch bis tief in die psychische und physische Verfassung der Betroffenen ausprägt. Es muss ihr daher auf bio-psycho-sozialer Ebene und unter Berücksichtigung des Gesamtkontextes begegnet werden: durch engmaschige Vernetzung personenzentrierter, umfeldorientierter und sozialstruktureller Aufgaben. Dies erfordert ein integratives Arbeitskonzept mit flexiblen Methodiken und Techniken: Das Vorgehen wurde im vorausgegangenen Artikel: ‚Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext‘ (Silke Birgitta Gahleitner, Elena Ossola und Antje Mudersbach, in diesem Band) bereits erläutert.

Im Folgenden soll anhand der weiteren Falldarstellung von Nathalie beispielhaft ein weiterer Einblick in die praktische Arbeit der traumaspezialisierten stationären Jugendhilfeeinrichtung gegeben werden, in der ein multiprofessionelles Team ein therapeutisches Milieu zu etablieren versucht, in dem sozialarbeiterische Unterstützung, sozialpädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen eine tragfähige Einheit bilden.

Als Zielsetzung für den Aufenthalt in der Einrichtung wurde auf den begleitenden Hilfekonferenzen eine Stärkung des Selbstwertes und Selbstbezugs auf der einen sowie eine möglichst realitätsgetreue Einsicht in die Grenzen der Leistungsfähigkeit auf der anderen Seite formuliert. Gewünscht wurde eine Verbesserung der Affektregulation und eine Senkung des latent vorhandenen starken Erregungsniveaus. Eine Bearbeitung der Alpträume, Ängste und pseudopsychotischen Erscheinungen sowie der dahinter liegenden traumatischen Situationen sollte im Rahmen des Möglichen stattfinden. Die Familienkontakte sollten in enger Vernetzung mit der Einrichtung in der begleitenden Familientherapie stattfinden.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme ging Nathalie auf die Beziehungsangebote durch die Betreuungspersonen und die therapeutischen Angebote erstaunlich schnell ein. Erst nach einiger Zeit wurde ihr Misstrauen sichtbar, indem sie wichtige Informationen verheimlicht oder durch falsche Aussagen zu verstecken versucht hatte. Erst nach der wiederholten Erfahrung, dass Konflikte auf andere Weise als mit Gewalt lösbar sind und gravierende Bestrafungen dafür dauerhaft ausblieben, sowie begleitenden Gespräche darüber im therapeutischen Setting legte sich dieses Verhalten.

In der Psychotherapie wurden zunächst ein sicherer innerer Schutzort und ein Tresor für belastende Bilder und Erinnerungen etabliert. Obgleich die Einzeltherapie angesichts der zahllosen Traumatisierungssituationen sehr stützend und nur geringfügig aufdeckend ausgerichtet war, brachte Nathalie insbesondere in aktuellen Konfliktsituationen mit ihren Eltern belastende Erinnerungen ein. Sie konnten in der Regel über verbale oder kreative Wege zum Ausdruck gebracht werden und anschließend in ihrer Bedeutung an Kraft und Einfluss auf den heutigen Alltag verlieren. Auch psychosomatische Erscheinungen wie z.B. ein andauernder Spannungskopfschmerz konnten z.T. über zeichnerischen Ausdruck in Körperbildern besprochen und gemildert werden.

Die Arbeit am Selbstwertgefühl erfolgte zunächst über pädagogische Medien im geschützten Setting der Psychotherapie, in der Folge dann mehr und mehr in der begleitenden Kreativtherapie und in Alltagssituationen im pädagogischen Setting. Ein wichtiger Bereich war hier die Klärung der Schulsituation, die Nathalie maßlos überforderte und in permanente Angstzustände versetzte. Nach einigem Abwägen fiel die Entscheidung, Nathalie von der Schule zu befreien und ihr zunächst ein Praktikum zu vermitteln, in dem sie viel Anerkennung für ihre Zuverlässigkeit bekam. In dieser Zeit konnte auch stärker an den Belastungen durch die frühe fortgesetzte Traumatisierung gearbeitet werden. Nach einer Phase der

Trauer über einen schwach ausgefallenen Intelligenztest beim Arbeitsamt stellte eine geschützte Ausbildung für sie einen geeigneten Platz für eine Weiterentwicklung im praktischen Bereich dar, mit der sie sich heute selbst sehr zufrieden zeigt.

In der Arbeit an den Alpträumen begegnete Nathalie häufig einem ‚schwarzen Mann‘, der in den dazu angefertigten Zeichnungen eine große Ähnlichkeit mit den Zeichnungen des Vaters aufwies. In der Folge gelang es Nathalie bewusster, zwischen den positiven und negativen Anteilen des Vaters zu unterscheiden und Strategien zu entwickeln, sich seinen Gewaltdurchbrüchen zu entziehen bzw. zu widersetzen. Sie war jedoch darauf bedacht, den Kontakt zu ihm nicht völlig abreißen zu lassen. Die Alpträume in Person des schwarzen Mannes verschwanden daraufhin.

In der Arbeit an den pseudopsychotischen Stimmen und Erscheinungen gelang es nicht so einfach, eine Verbindung zu früheren Bezügen herzustellen. In der Einzeltherapie wurde den Erscheinungen daher mit Imagination und schützenden Instanzen zu begegnen versucht. Einige Symptome verloren auf diese Weise ihren Einfluss auf Nathalie, stets unterstützt von der Kreativtherapie und dem pädagogischen Bereich, an den sie sich im Alltag jederzeit mit dieser Problematik wenden konnte. Heute hört Nathalie zuweilen noch Stimmen, sie haben jedoch für sie an Schrecken verloren.

Eine auf Dauer nur schwer lösbare Problematik scheint dagegen der latente innere Übererregungszustand zu sein, der insbesondere in Belastungssituationen verstärkt auftritt und dann nur schwer von Nathalie reguliert werden kann. In Übereinkunft mit der psychiatrischen Begleitung wurde für diese ‚Spitzenzeiten‘ eine Entlastungsmedikation etabliert, nachdem deutlich geworden war, dass Nathalie selbst daran interessiert ist, sie in Absprache mit der Psychiaterin bei Nachlassen des Spannungsniveaus wieder abzusetzen. Die Erregungszustände speisen sich vermutlich auch aus hirnpfysiologisch etablierten frühen Inbalancen, denen nach der langfristigen Stimulierung durch fortgesetzte Traumatisierung auf therapeutischem Wege in so kurzer Zeit und in Anbetracht der geringen kognitiven Fähigkeiten nur schwer begegnet werden kann.

Mit bedingt durch das dauerhaft hohe innere Spannungsniveau verlor Nathalie sich bei jeder Art von traumafokussierender Arbeit in zahlreichen Netzwerken von Gewaltsituationen, die sie sehr schnell überforderten. Der traumazentrierte Teil wurde daher auf von ihr selbst eingebrachte, den Alltag behindernde Bilder und Intrusionen beschränkt. Diese tauchten bevorzugt an Familienfesten, um die Weihnachtsfeiertage herum auf oder aber vor Hilfe Konferenzen, wo Kontaktregelungen für die Geschwister oder Eltern Thema waren. Zu diesen Zeiten wurde versucht, Nathalie von alltagsüberfordernden Situationen zu entlasten.

Eine für Nathalie sehr einschneidende Situation während des Aufenthalts in der Einrichtung war der Tod des Großvaters, der über lange Jahre hinweg eine schützende Funktion für sie und die Geschwister eingenommen hatte. Mit seinem Tod brach die als Kind empfundene Hilflosigkeit auf sowie Schuldgefühle gegen-

über dem Großvater, der auf Druck des Vaters über viele Jahre nicht von Nathalie besucht worden war. In Gesprächen gelang es zum Teil, imaginativ die nicht mehr ausgesprochenen Worte gegenüber dem Großvater zu formulieren und seine schützende Rolle als heutige Ressource anzuerkennen. Die Trauerphase jedoch war für Nathalie schwer zu ertragen und wühlte nochmals viele alte Verletzungen und Erinnerungen auf, denen sie sich zum Teil im Alltag hilflos ausgeliefert fühlte. In dieser Zeit kam es vermehrt zu Konflikten mit Mitbewohnerinnen, von denen sie sich schlecht behandelt und ausgegrenzt fühlte.

Eine große Herausforderung stellten auch ein Betreuungswechsel und das Ende der familientherapeutischen Begleitung dar. Die Umbrüche waren von ihr zunächst sehr negativ besetzt und wurden gänzlich ausgeblendet, bis jeweils neue Möglichkeiten erarbeitet werden konnten, die an die Stelle der alten Verbindung traten. So etablierte sie nach dem Wegfall der Familientherapie mit einigen Übergangsschwierigkeiten eigenständige Kontakte zu den Eltern, die nach einiger Arbeit daran heute in Absprache mit der Betreuung und einem hohen Ausmaß an Aufmerksamkeit und Selbstschutz ihrerseits verlaufen. In diesem Kontakt mit der Ursprungsfamilie half Nathalie auch die Einbindung in alternative soziale Kontakte aus der Schulzeit und der Ausbildungssituation. Erste Partnerschaften konnten begleitet werden und führten bisher nicht zu einer Wiederholung der ehemaligen häuslichen Gewaltsituation, obwohl bei Nathalie mit einem dauerhaften Risiko von Reviktimisierung gerechnet werden muss.

In den letzten Monaten hat sich Nathalie gut in der Ausbildung etabliert und plant seither ihren Weg in die Selbständigkeit. Aufgrund der starken zeitlichen Belastung durch die Ausbildung und die Abnahme zentraler Themen in der Einzelpsychotherapie werden die Termine flexibler gehandhabt. Zuweilen ergeben sich ganze reguläre Einheiten zu Konfliktsituationen, die in der Ausbildung oder bei den Besuchen in der Familie auftauchen, zuweilen handelt es sich um ca. halbstündige Kontakte und Updates zur momentanen Alltagssituation. Auch die Kreativtherapie, die zeitweise eine feste Anlaufstelle im Alltag für die Dargestellte hatte, wird nur noch sporadisch von ihr aufgesucht. Geplant ist nach dem Auszug eine Überführung in eine lockere sozialtherapeutische und psychiatrische Begleitung, um eventuellen weiteren Risiken in der Lebensgestaltung vorzubeugen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Bürgin, D. (1999). Adoleszenz und Trauma. Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 128-160), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Crittenden, P. M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic maturation approach. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 8; pp. 33-84), Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst.

- Gahleitner, S. B. (2004). *Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung*. Unveröffentlichtes Manuskript des Vortrag auf VI. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie: Gesundheit — Risiko, Chancen und Herausforderung in Leipzig.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2003). *Sexuelle Gewalterfahrung und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. Eine explorative Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive*. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Hurrelmann (1995). Lebensphase Jugend. Chancen und Risiken für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. In A. Hundsatz, H.-P. Klug & H. Schilling (Hrsg.), *Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung* (S. 31-46), Weinheim: Juventa.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. Figley: *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp 15-35), New York: Brunner/Mazel.
- Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext: soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Asanger.
- Olbricht, I. (1997). *Folgen sexueller Traumatisierung für die weitere Lebensgestaltung*. Vortrag bei den 47. Lindauer Psychotherapiewochen am 23. April 1997 in Lindau.
- Petzold, H. (1996). Integrative Therapie. In H. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien* (Band 1; 2. Aufl.; S. 17-24), Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1998). *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Wolf H. U., Landgrebe, B. & Zorica, J. (2000). „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu post-traumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 445-549), Paderborn: Junfermann.
- Riedesser, P., Fischer, G. & Schulte-Markwort, M. (1999). Zur Entwicklungspsychologie und -pathologie des Traumas. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 79-90), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Röper & Noam (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218-239), Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Streeck-Fischer (1999). Mißhandelt – Mißbraucht: Probleme der Diagnostik und Psychotherapie traumatisierter Jugendlicher. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 174-196), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer (1999). Einleitung. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma* (S. 7-12), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weltgesundheitsorganisation (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Ursula Düll-Esse, Mike Seckinger

Partizipation als fachliche Herausforderung

Partizipation stellt eine der zentralen fachlichen Herausforderungen für die pädagogische und auch psychotherapeutische Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe dar. Das KJHG schreibt dies in §8 wie folgt fest: „Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen“. Je nach Arbeitsfeld wird dieser Verpflichtung in der Praxis unterschiedlich nachgekommen. Während eine Erziehung zur Demokratie und das Einüben demokratischen Verhaltens im Zentrum der Jugendarbeit stehen, wird die Aufforderung zu einer weitgehenden Beteiligung der Adressaten in den Hilfen zur Erziehung von Fachkräften eher als Zumutung verstanden. Dies gilt umso mehr, je belasteter die Lebenssituation der Adressaten ist (vgl. Pluto et al., 2003).

Dies hat sicherlich eine Vielzahl von Gründen, die unter anderem darin zu suchen sind, dass

- a) die Rahmenbedingungen nicht hinreichend reflektiert werden, die für eine aktive Beteiligung der Adressaten notwendig sind;
- b) Partizipation eher als eine Methode denn als ein Grundprinzip der Arbeit verstanden wird und
- c) den einzelnen Fachkräfte wenig Unterstützung im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie in Fallbesprechungen zur Verfügung steht.

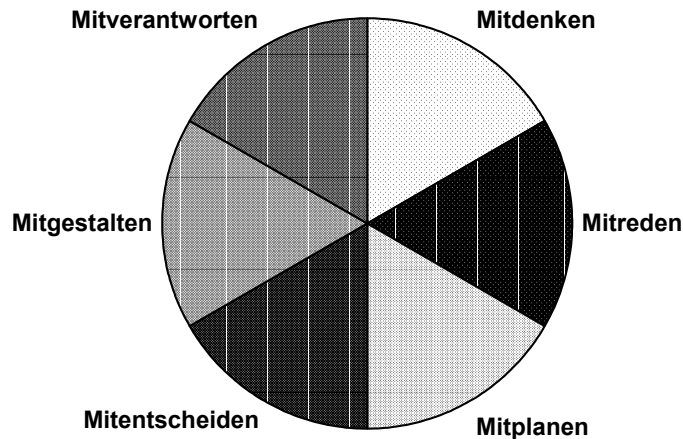
Der Workshop „Engagement und Verantwortungsübernahme kann gelernt werden – Partizipation in der stationären Jugendhilfe“, der von uns im Rahmen der TWG-Tagung „Besondere Jugendliche, besondere Angebote – Wege in die Selbstständigkeit“ am 24.03.2004 in Berlin angeboten wurde, befasste sich zuerst mit einigen prinzipiellen Überlegungen zur Partizipation. Dann wurde begründet, warum gutes fachliches Arbeiten immer beteiligungsorientiert sein muss, um in einem dritten Schritt gemeinsam mit allen TeilnehmerInnen an Beispielen zu überlegen, wie Beteiligung von Adressaten im Alltag ihrer Einrichtung gefördert werden kann.

Prinzipielle Überlegungen

Die in der Abbildung 1 dargestellten Elemente von Partizipation gehen auf ein Stufenmodell von Brückner zurück (vgl. Brückner, 2001). Wir halten jedoch das Konzept eines Stufenmodells, das suggeriert, man könne bei Beteiligung Stufe

um Stufe vorangehen, für nicht adäquat. Es geht darum, eine umfassende Beteiligung zu ermöglichen. Hierfür ist es wichtig, dass alle sechs „Kuchenstücke“ (vgl. Abb. 1) vorhanden sind, und natürlich sind zwei besser als eins und vier besser als drei und so weiter.

Abb1: Beteiligungsprozess



Pluto 2003

Abbildung 1: Elemente von Partizipation (vgl. Brückner 2001)

Ein Beispiel: Es wird von Kindern oder Jugendlichen häufig verlangt, dass sie die Hausordnung, die die Hausregeln beinhaltet, unterschreiben und damit Verantwortung für deren Einhaltung übernehmen, bevor sie überhaupt richtig angekommen sind. Hier kann man zwar von Mitverantwortung, aber nicht von Beteiligung im umfassenden Sinne sprechen.

Häufig erlebt man/frau in der beruflichen Praxis, dass Jugendliche Beteiligungsangebote nicht wahrnehmen. Mit Fragen wie: „Muss ich mit zur Helferkonferenz?“, die von Kindern oder Jugendlichen gestellt werden, scheinen sie ihre Unlust an Beteiligung zum Ausdruck zu bringen.

Wichtig ist es hierbei, nicht davon auszugehen, dass sie sich nicht beteiligen wollen. Häufig liegt solchen Aussagen das Gefühl und die Erfahrung zugrunde, dass die angebotene Form der Beteiligung keine angemessenen Reaktionsmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation und ihre Bedürfnisse der Mitbestimmung zulassen. Als Gründe hierfür sind zu nennen (vgl. Pluto/Seckinger, 2002):

- Kinder und Jugendliche sind entmutigt und demoralisiert und glauben nicht mehr daran, dass es ernst gemeinte Beteiligung gibt.

- Das Setting, in dem Beteiligung stattfindet, ist nicht anregend, und manche Idee bleibt unentdeckt oder erhält keine Chance auf Verwirklichung, weil sie außerhalb des Vorstellbaren erscheint.
- Es besteht ein Informationsdefizit: häufig wissen Jugendliche nicht, wie Beteiligung aussehen kann und was alles ihrer Mitentscheidung zugänglich ist oder zugänglich sein könnte.

Es ist wichtig, den Wunsch zur Beteiligung auf Seiten der Adressaten und ihre Belastungsgrenze zu unterscheiden. Zurückhaltung darf nicht als mangelndes Interesse missverstanden werden.

Auf einen Aspekt möchten wir besonders hinweisen: Partizipation umzusetzen bedeutet nicht, sich selbst aus seiner Verantwortung zurückziehen zu können. Vielmehr erfordert ein beteiligungsorientiertes Arbeiten eine klare und eindeutige Positionierung. Die Fachkraft kann sich dann nicht mehr hinter abstrakten Regeln verstecken, sondern sie muss offen legen, welchen Weg sie mitgehen kann und welchen nicht, welche Lösung sie akzeptiert und welche nicht. Beteiligung bedeutet nicht, dass alle Entscheidungen so ausgehen müssen, wie die Jugendlichen das wünschen, und somit einfach nur die Bedingungen umgedreht wären. Zum Erlernen der Eigenständigkeit gehört es auch, nicht erfüllte Erwartungen verarbeiten und die Perspektive anderer einnehmen zu können. Beteiligung bedeutet vielmehr, dass alle, die von Entscheidungen betroffen sind, in die Entscheidungsfindung einbezogen und ernst genommen werden und sie gemeinsam eine Entscheidung treffen.

Kinder und Jugendliche sind kompetent genug, um sich an der Erstellung von Regeln und der Alltagsgestaltung in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung zu beteiligen. Kinder und Jugendliche können zwar nicht alle Konsequenzen bestimmter Handlungen überblicken, aber dies ist kein Grund, sie von Entscheidungen auszuschließen. Die mittel- und langfristige Perspektive bei gemeinsamen Entscheidungen nicht aus dem Auge zu verlieren, ist eine der verantwortungsvollen Aufgaben der Pädagoginnen und Pädagogen. Jugendliche wissen durchaus zu unterscheiden zwischen kurzzeitigem Lustgewinn und längerfristigen Aufgaben, denen sie sich zu stellen haben. So ist es gängige Praxis, Verantwortung an Kinder und Jugendliche zu übertragen, die besonders durch Regelüberschreitungen auffallen. Jugendliche, die sich in ihren Bedürfnissen wahrgenommen fühlen und selbst für sich Sorge tragen dürfen, müssen nicht durch Regelverstöße auf sich aufmerksam machen.

Eine notwendige Voraussetzung, um die Adressaten im eigenen fachlichen Handeln fördern zu können, besteht darin, dass die Mitarbeiter/innen selbst über eigene Partizipationsmöglichkeiten verfügen.

Gründe, weshalb Beteiligung der Adressaten in der Kinder- und Jugendhilfe unbedingt erforderlich ist

a) Rechtliche Basis

Beteiligung ist nach heute üblicher Rechtsauffassung in modernen, demokratischen Gesellschaften nicht zu hintergehen. Das Recht, beteiligt zu sein an Prozessen, die die eigene Person betreffen, muss man sich nicht erst verdienen und bedarf keiner besonderen Rechtfertigung. Dies sieht man beispielsweise an den Grundsätzen der Verfassung, die der Meinungsfreiheit und dem Recht auf freie Entfaltung einen großen Stellenwert einräumt und an Urteilen des Bundesverfassungsgerichts wie zum Beispiel zur informationellen Selbstbestimmung (vgl. §19 Bundesdatenschutzgesetz¹). Darüber hinaus hat sich die Bundesrepublik Deutschland international verpflichtet, Kinder unabhängig von irgendwelchen Bedingungen an allen sie betreffenden Angelegenheiten zu beteiligen (Art. 12 der UN-Kinderrechtskonvention) und schließlich die entsprechenden Vorschriften des KJHG (s.o.), die sich sowohl auf die Kinder und Jugendlichen als auch auf die Eltern beziehen.

Um es kurz zu fassen: arbeiten wir nicht beteiligungsorientiert, so verstoßen wir gegen nationales und internationales Recht. Die Lage ist so, dass Beteiligung der Normalfall sein müsste und jede Einschränkung von Partizipation der besonderen Begründung bedarf.

b) Gesellschaftliche Veränderungen

Wir leben in einer individualisierten, globalisierten Welt, in der uns viele Optionen offen stehen, in der wir uns aber auch ständig entscheiden müssen, welche Option wir wählen. Unsere Freiheiten sind gegenüber ständischen Gesellschaften erheblich gewachsen, aber auch die Pflicht, für sich selbst und immer wieder aufs Neue einen Platz in dieser Gesellschaft zu suchen. Dies betrifft sowohl private wie berufliche Lebensbereiche. Nichts ist mehr selbstverständlich, alles müssen wir immer wieder neu herstellen. Heiner Keupp (2002, S. 7) spricht deshalb davon, dass wir zum Baumeister unseres Lebens geworden sind bzw. werden müssen. Damit wir diese Aufgabe erfolgreich meistern, brauchen wir soziale Ressourcen, müssen geübt sein in der Verantwortungsübernahme. Wir müssen den Mut aufbringen, Entscheidungen zu treffen, und die Kompetenz haben, uns auch in

¹ Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, nachfolgend kurz ISB genannt besagt, dass jeder Mensch grundsätzlich selbst darüber entscheiden darf, ob und wem er seine personenbezogenen Daten zu welchem Zweck preisgibt. Mit der Entwicklung des Rechts auf ISB stellte das BVerfG klar, dass personenbezogene Daten kein frei zugängliches Informationsmaterial sind und der Zugriff eine begründungsbedürftige Ausnahme ist. (Az.: 1 BvR 209/83; NJW 84, 419) BvG

schwierigen Situationen einbringen zu können. Um all dies und vieles andere zu lernen, brauchen wir Übungsfelder. Hierzu ist eine beteiligungsorientierte Erziehung unerlässlich, denn sie eröffnet solche Übungsfelder.

c) Pädagogisch-psychologische Gründe

Neben solchen eher allgemeinen Überlegungen gibt es natürlich auch eine ganze Reihe von fachlichen Gründen, warum es gar nicht anders möglich ist, als beteiligungsorientiert zu arbeiten. Diese sollen im Folgenden knapp skizziert werden, ausführlich sind sie dargestellt in Lenz (2005) und Pluto/Seckinger (2003).

- *Entwicklung moralischer Überzeugungen*

Die gesamte empirische Forschung zum Themenkreis der Entwicklung moralischer Überzeugungen, wie sie zum Beispiel Kohlberg (1995) beschrieben hat, zeigt, dass ein hohes Niveau moralischer Entwicklung nicht durch Sanktionen, sondern durch die Möglichkeiten einer aktiven Auseinandersetzung mit Normen und Werten erreicht wird. Normen und normative Vorgaben werden von Kindern und Jugendlichen am ehesten und dauerhaft übernommen, wenn sie selbst in den Formulierungsprozess solcher Normen eingebunden sind, wenn sie den Sinn verstehen und selbst eine Vorstellung davon entwickeln können, was geschehen würde, wenn diese Normen keine Gültigkeit hätten.

- *Das salutogenetische Modell*

Die Forschungen zur Salutogenese haben gezeigt, dass das Gefühl der Kohärenz ein wesentlicher Faktor für die Gesunderhaltung ist. Dieses Gefühl der Kohärenz entsteht dann, wenn man die innere und äußere Welt als verstehbar erlebt und ein Gefühl der Handhabbarkeit hat. D.h., dass man sich selbst zutraut, Anforderungen begegnen zu können und Bedeutsamkeit als Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens erlebt.

Die drei wesentlichen Lebenserfahrungen, die zur Bildung des Kohärenzgefühls beitragen und es stabilisieren, sind: Konsistenz in der Biografie, eine Balance zwischen Unter- und Überforderung sowie die Teilhabe an der Gestaltung von Ereignissen.

Das Kohärenzgefühl erweist sich immer mehr als generalisierte Ressource, die gerade für Kinder und Jugendliche einen hohen Stellenwert bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben hat.

- *Konzept der Selbstbildung*

Im Konzept der Selbstbildung sind Bildungsprozesse sehr stark mit Eigenaktivitäten verknüpft. Wir alle haben beobachtet, wie viel und wie ausdauernd

kleine Kinder lernen, mit welcher Energie sie sich schwierigen Aufgaben stellen. Und dies, ohne dass jemand sie dazu zwingt oder antreibt. Bildung in einem umfassenden bzw. im eigentlichen Sinne des Wortes ist gar nicht anders denkbar, als dass die zu bildende Person sich das Neue durch eine aktive Auseinandersetzung mit ihrer Umgebung aneignet. So trägt jeder auch zur Veränderungen der Umgebung bei. Dieser Einfluss, den man auf die Welt hat, muss auch erlebbar sein, jeder muss sich als wirksam erleben können. Angst und gelernte Lethargie behindern Bildungsprozesse.

- *Ergebnisse der Säuglingsforschung*

Die Säuglingsforschung kann unmittelbare Zusammenhänge zwischen der Missachtung der kindlichen Kommunikationsbedürfnisse, die selbst Neugeborene zum Ausdruck bringen (und zwar sowohl: „Ich will jetzt Aufmerksamkeit“ als auch „Ich will jetzt Ruhe“), und sich entwickelnden Beziehungsstörungen, die bis hin zu psychischen Erkrankungen reichen, beschreiben. Also selbst Neugeborene möchten an der Entscheidung beteiligt sein, mit wem sie wie lange und wann kommunizieren. Missachtet man dieses Bedürfnis nach Beteiligung, kann dies schwerwiegende Folgen haben, die wir alle bei unseren Jugendlichen aus den therapeutischen Wohngemeinschaften kennen.

- *Grundbedingung pädagogischen Handelns*

Erziehung ist, um den deutschen Philosophen Fichte zu zitieren, die Anregung zur Selbsttätigkeit. Damit ist eigentlich alles gesagt. Jeder Erziehungsprozess, der sich nicht auf das Wagnis einlässt, dass der zu Erziehende etwas anderes macht als das, was der Erziehende möchte, erzieht nicht – vielleicht dressiert er, aber mehr auf keinen Fall. Erziehung ist die Kunst, das zu fordern, was noch nicht gekonnt wird, ohne dabei zu überfordern. Erziehung ist die Anregung zu einer Auseinandersetzung mit der Welt, ohne den Anspruch zu haben, das Wie, Warum und Wozu definieren zu können und zu wissen, was das Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist. Erziehung ist also die Aufgabe, eine maximale Teilhabe an dieser Welt zu erreichen, die Bereitschaft, eine maximale Mitverantwortung für die Zukunft zu übernehmen, und das kann ohne Beteiligung nicht erreicht werden.

Ausgehend von diesen grundsätzlichen Überlegungen, warum Fachlichkeit und Beteiligung in der Arbeit therapeutischer Wohngruppen unauflösbar miteinander verknüpft sind, wurde im Workshop am Beispiel des Hilfeplans nach §36 KJHG darüber diskutiert, wie eine intensive Beteiligung der Adressaten in der alltäglichen Arbeit zu erreichen ist. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte der Diskussion dokumentiert.

Beteiligungsmöglichkeiten bei der Helferkonferenz zur Hilfeplanung

Ein im KJHG explizit genanntes Instrument zur Beteiligung der Betroffenen an der Entscheidung, welche Hilfen vom Jugendamt angestrebt werden, ist das Hilfeplangespräch.

Hier wird vom Gesetzgeber ausdrücklich auf die Beteiligung der Betroffenen hingewiesen:

„(...) Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie (die Fachkräfte des Jugendamtes) zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den erzieherischen Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist (...).“ (§36 Abs. 2 KJHG, nach BAGLJÄ, IGfH, 2003)

Wer mit Hilfeplangesprächen vertraut ist, weiß, wie komplex und schwer zu über-schauen eine solche Situation nicht nur für Jugendliche ist.

Die Teilnehmer/innen des Workshops haben den Eindruck, dass die Jugendlichen in den Hilfeplangesprächen zu wenig zu Wort kommen. Oftmals können sie auch vor lauter Aufregung im Beisein vieler Fachkräfte wenig oder nur unzusammenhängend erzählen und verstummen dann – vielleicht aus Scham – häufig ganz. Immer wieder kommt es vor, dass wohlmeinende Fachkräfte vom Jugendamt wie von Einrichtungen aber auch Eltern die betroffenen Kinder und Jugendlichen entlasten wollen, in dem sie außen vor gelassen werden. Daher kann man eigentlich gar nicht von wirklicher Beteiligung sprechen.

Wie könnten nun die Jugendlichen beim Hilfeplanprozess umfassender beteiligt werden?

a) Die Jugendlichen sollten als HilfennehmerInnen umfassend über das gesamte Hilfeplanverfahren aufgeklärt werden.

Anregungen und altersgerechte bzw. entwicklungsstandangemessene Formulierung finden sich im Ratgeber: Rechte haben – Recht bekommen (BAGLJÄ, IGfH, 2003)

b) Kinder und Jugendliche sollten das Hilfeplangespräch ausführlich mit einer Person ihres Vertrauens vorbereiten. Hierbei sollte Folgendes besprochen werden:

- Was möchte der/die Jugendliche bei der Helferkonferenz besprechen?
- Was möchte er/sie erzählen?
- Wie findet er/sie die Betreuung/Hilfe?
- Welche Wünsche hat er/sie an die Betreuer/innen, an das Jugendamt, an die Eltern?

- Wo möchte er/sie Unterstützung?
- c) Betreuer/innen bzw. andere Fachkräfte der beteiligten Institutionen könnten vorher den/die Jugendliche/n darüber informieren, welche Themen sie auf der Helferkonferenz besprechen wollen. Vorher abgefasste Berichte sollten mit dem/der Jugendlichen/m besprochen werden.
- d) Eventuell kann es für den/die Jugendliche/n hilfreich sein, eine zusätzliche Person des Vertrauens (Freund oder Freundin etc.) mit in das Hilfeplangespräch zu nehmen, die ihn/sie im Gespräch unterstützt oder für ihn/sie die Fragen, Themen und Wünsche einbringt.
- e) Welche Vorstellungen hat der/die Jugendliche vom Ablauf des Gesprächs?
 - Wo soll das Gespräch stattfinden?
 - Neben wem möchte der/diejenige sitzen, neben wem nicht?
 - Möchte er/sie alleine mit dem Jugendamt reden?

Ein in dieser Art vorbereitetes Hilfeplangespräch wäre ein wichtiger Schritt in Richtung einer wirklichen Beteiligung der Jugendlichen. In ähnlicher Weise sollten alle in der Jugendhilfe Tätigen auch andere Aspekte auf eine wirkliche Beteiligung hin untersuchen. Die Erfahrungen in den Einrichtungen und Gruppen, die sich aktiv um eine Verbesserung der Beteiligungsmöglichkeiten kümmern, zeigen, dass sowohl Mitarbeiter/innen als auch Jugendliche davon profitieren.

Unter der Internet-Adresse www.dji.de/jhsw finden Sie Literaturhinweise und einen Zwischenbericht zu einem Forschungsprojekt, das sich genau mit diesen Fragen befasst.

Literatur

- Brückner, H.R. (2001). Beteiligung in der Schule. Welchen Rahmen bietet die Schule für die Beteiligung von Schülerinnen und Schülern? In BMFSFJ (Hrsg.). *Partizipation von Kindern und Eltern als gesellschaftliche Utopie? Ideale - Erfahrungen – Perspektiven* (S. 149-155), Berlin: BMFSFJ.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter; Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.) (2003). *Rechte haben – Recht kriegen. Ein Ratgeber nicht nur für Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe*. Weinheim u.a.: Beltz.
- Keupp, H. (2002). *Identitäten in der Ambivalenz, postmoderner Gesellschaften*. Vortrag Benediktbeuern. (verfügbar unter <http://www.ipp-muenchen.de/texte/identitaeten.pdf>, am 15.07.2004)
- Kohlberg, L. (1995). *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lenz, A. (im Druck): Psychologische Dimensionen der Partizipation. Überlegungen zu einer theoretischen Fundierung eines Handlungs- und Organisationsprinzips. In M. Seckinger (Hrsg.), *Konzepte und Erfahrungen mit der Beteiligung von Adressaten*, Tübingen: dgvt-verlag.
- Pluto, L. (2003): *Partizipation in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe*, Unveröffentlichtes Manuskript. München: DJI.

Pluto, L., Mamier, J., van Santen, E., Seckinger, M. & Zink, G. (2003). *Partizipation im Kontext erzieherischer Hilfen – Anspruch und Wirklichkeit. Eine empirische Studie*. München: Eigenverlag

Pluto, L. & Seckinger, M. (2002). Die wilde 13 – scheinbare Gründe, warum Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe nicht funktionieren kann In Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V (Hrsg.), *Beteiligung ernst nehmen* (S. 59-81), München: Eigenverlag.

Claus-Peter Rosemeier, Barbara Hestermeyer

Nicht mit, aber auch nicht ohne! – Familientherapeutische Arbeit in therapeutischen Jugendwohngruppen

In der Arbeitsgruppe wurde aus zwei verschiedenen Einrichtungen mit unterschiedlicher Tradition und unterschiedlicher konkreter Arbeitspraxis – den therapeutischen Wohngruppen des Steg e.V. und denen der Koralle des Pestalozzi-Fröbel-Hauses – die familientherapeutische Arbeit vorgestellt und an Details einzelner Fälle (die wir hier nicht dokumentieren) veranschaulicht.

Dabei wurde der Schwerpunkt der Diskussion auf die in vielen Fällen zentrale Frage der Ablösungskonflikte unter den schwierigen Voraussetzungen der Beziehungs- und Bindungsgeschichte der Familien und der Jugendlichen gelegt.¹

Theoretische Orientierungslinien

Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern, selbstgefährdende, gefährdende, verweigernde und destruktive Verhaltensweisen ebenso wie psychiatrische und psychosomatische Symptomatiken der Jugendlichen betrachten wir auf zwei Ebenen:

- a) Sie sind Symptom einer familiären Konfliktdynamik (oder auch: familiärer Interaktionen), die sich auf dem Hintergrund der Beziehungsgeschichte der Familie in ihrem sozialen Kontext zu (mehr oder weniger) flexiblen oder starren Handlungs- und Deutungsmustern verfestigt haben. In diesem Sinne sind sie nicht einer Person als „Krankheit“ oder „Schuld“ o.Ä. zuzuordnen, sondern beschreiben die Beziehungsdynamik des Systems Familie – zu dem andere Personen oder auch Institutionen, insbesondere Helfer, gehören können.
- b) Aufgrund der oft viele Jahre bestehenden familiären Konflikte und traumatisierenden Erfahrungen (bzw. negativ geprägten Handlungs- und Deutungsmuster) haben viele der Jugendlichen Verhaltensweisen und Konfliktstrategien entwickelt, die selbst zum bereits chronifizierten Problem/Krankheitssymptom geworden sind.

Sie haben z.T. altersentsprechende Lernprozesse auf den verschiedenen Ebenen verweigert resp. nicht mit vollziehen können, wodurch ihre Entwicklungsmöglichkeiten massiv eingeschränkt sind. Andererseits haben sie Handlungsmus-

¹ Wir zentrieren unsere Darstellung in diesem Beitrag auf die Fragestellung der Ablösungskonflikte, wohlwissend, dass es in jedem einzelnen Fall unterschiedliche Themen gibt, die zu einem Teil Inhalt oder Hintergrund der familientherapeutischen Arbeit sind.

ter entwickelt und Problemlösungsstrategien erlernt, die ihnen ein „Überleben“ in problematischen Subkulturen ermöglichen oder sie u.U. dazu „prädestinieren“, dauerhaft einen Platz im organisierten Hilfesystem (insbesondere in psychiatrischen Einrichtungen) einzunehmen.

Aufgrund unserer Erfahrungen halten wir es für sinnvoll und notwendig, auf beiden Ebenen therapeutische Hilfsangebote zu installieren und deren Zusammenspiel auf dem Hintergrund und in enger Verflechtung mit der sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Tätigkeit in den Wohnbereichen zu integrieren.

D.h.: wir stellen mit unseren pädagogischen und therapeutischen Angeboten für alle Beteiligten einen Raum, eine Struktur oder anders formuliert: Beziehungsangebote zur Verfügung, die einen innerpsychischen Entwicklungsprozess der Jugendlichen *und* ihrer Familien ermöglichen und fördern können.

Kurz zusammengefasst wird das *therapeutische Milieu* in der gesamten Einrichtung, in der die Jugendlichen leben, geprägt durch das Herstellen und Aufrechterhalten eines therapeutischen Rahmens bzw. Settings. Es entsteht nicht nur durch die Anwesenheit und Qualifikation von psychotherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitern an sich.

Es wird vielmehr hergestellt über das systematische und kontinuierliche Zusammenwirken der pädagogischen und der psychotherapeutischen Fachkräfte und den systemischen Arbeitskontext, den diese schaffen. Das gemeinsame pädagogische und psychotherapeutische Verstehen der Konflikte der Jugendlichen und ihrer Familien und ein darauf reflektierender Umgang im Alltag sowie in der Gestaltung der Beziehungen bildet die Grundlage des therapeutischen Milieus (vgl. Ursula Lindauer, in diesem Band).

Loslösung und Individuation

Bei aller Unterschiedlichkeit im Einzelfall – die auf je besonderen Erfahrungen, konstitutionellen Voraussetzungen, Lebensbedingungen, möglichen Traumatisierungen und „Hilfekarrieren“ beruht und den Hintergrund der individuellen pädagogischen und therapeutischen Arbeit bildet (vgl. u.a. dem Beitrag von Hestermayer/Lägel in diesem Band) – ist aus unserer Erfahrung ein zentrales Thema der meisten Jugendlichen, die in unseren therapeutischen Wohngruppen leben, ein *massiver Ablösungskonflikt* in der Familie.

Aus der Perspektive der Entwicklung der Jugendlichen und der Eltern gesehen, ist dies ein „natürlicher“ Konflikt bzw. eine altersentsprechende Entwicklungsaufgabe, die auch vor und unabhängig von einer Aufnahme in einer Jugendhilfeeinrichtung besteht.

Aufgrund vielfältiger innerpsychischer und familiendynamischer Hintergründe droht der Jugendliche bzw. die Familie jedoch an der Entwicklungsaufgabe der „Loslösung und Individuation“ zu scheitern, bzw. diese nur um den Preis von „Erkrankung“, massiver Auffälligkeit und physischer/psychischer Gefährdung sowie Entwicklungsbehinderung oder extremer Konflikthaftigkeit und Kontaktabbruch zu bewältigen.

Für alle Beteiligten herrscht häufig eine große Ambivalenz und Unsicherheit, die man aus Sicht der Jugendlichen benennen kann als: „Nicht mehr mit, aber auch noch nicht ohne!“, aus Sicht der Eltern als: „Hoffentlich werden sie bald selbständig! Aber sie können es doch nicht, sie brauchen noch meine Hilfe!“ Vielfach erscheint das Bild der familiären Konflikte als: „Sie können sich wechselseitig nicht mehr ertragen, aber den anderen auch nicht loslassen.“

Die Ambivalenz der Ablösung und der Entwicklung/Individuation ist zugleich als familiensystemischer und als innerpsychischer Konflikt der Einzelnen zu verstehen und wird gemeinsam und unter „Benutzung“ der Anderen bzw. Dritter² in Szene gesetzt. Ein dabei vielfältig variiertes Thema ist die Frage der „Schuld“ und die des „Verlassens/Verlassen-Werdens“, mit wechselseitigen Zuschreibungen in Bezug auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und dem Ergebnis, den/die anderen nicht los zu lassen.

Eine der zentralen auf das Familiensystem bezogenen Fragen: *Können Eltern und Jugendliche eine selbständige Entwicklung des jeweils anderen zulassen und ertragen?* ist mit den Voraussetzungen „unserer“ Klientel für alle Beteiligten – einschließlich der Betreuer und Therapeuten der WG's – unter häufig zugespitzten Bedingungen und erheblichem Handlungsdruck zu bearbeiten und zu lösen:

- selbstschädigende, massiv selbstgefährdende und entwicklungsbehindernde Handlungs- und Denkmuster der Jugendlichen, traumatisierende Erfahrungen u.Ä. im Hintergrund psychischer, z.T. psychotischer Erkrankungen
- konflikthafte und hochproblematische Handlungs- und Denkmuster der Eltern bzw. in den Rest-Familien etc.

Systemischer Kontext / Systemisches Arbeiten

Wenn Jugendliche in einer WG aufgenommen werden, wird – ob man will oder nicht – das Familiensystem mit aufgenommen, selbst dann, wenn es als Personen in diesem Rahmen gar nicht präsent ist. Von der anderen Seite her gesehen

² Als „Dritte“ sind hier sowohl Verwandte, Freunde etc. als auch Institutionen wie Schule, Polizei, Ärzte, Kliniken, Jugendamt und Jugendhilfeeinrichtungen gemeint, die z.T. in großer Personenanzahl in „systemische Lösungsversuche“ einbezogen bzw. verwickelt werden.

wird das familiäre System um die therapeutische Wohngruppe und ihre Mitarbeiter erweitert.

In der Tendenz werden alle bisherigen Interaktionsmuster und Konflikte der Familie im erweiterten System reinszeniert, ergänzt um Strukturen und Interaktionsmuster der Wohngruppe und neue Interaktionsstrukturen der Familie, die durch die Trennung der Lebenswelten entstehen. Das macht per se die Situation und ihr Verständnis nicht einfacher!

Kooperation und Konkurrenz

In den meisten Fällen besteht ein *strukturelles* Konkurrenzverhältnis zwischen der Einrichtung und den Eltern – trotz aller Bekundungen des Gegenteils und aller Versuche, das Verhältnis positiv zu entwickeln.

Voraussetzung der Aufnahme in der therapeutischen Wohngruppe ist das „Scheitern“³ der familiären Beziehungen und mit dem Antrag auf Unterbringung beim Jugendamt das, wie auch immer begründete und inszenierte, Eingeständnis des „Scheiterns“ – und der (ambivalente) Wunsch, eine andere Lösung der familiären und individuellen Probleme zu finden.

Aus der Perspektive der Einrichtung lässt sich die Situation wie folgt beschreiben:

- Die Mitarbeiter können sich auf der Basis oben beschriebener Ambivalenz und Konkurrenz *nicht per se* auf ein kooperatives Verhalten der Eltern verlassen („Jedes „Scheitern“ der Betreuung in der Einrichtung ist ein Beleg für die „Unschuld“ der Familie“).
- Die Einrichtung kann aber auch nicht „ohne“ die Eltern mit den Jugendlichen arbeiten, weil das in der Regel verstanden würde als „gegen“ die Eltern. Dies ist nicht nur wegen der zu erwartenden Konflikte mit den Eltern problematisch, sondern vor allem kontraindiziert wegen der Ambivalenz und der innerlichen Gebundenheit der Jugendlichen.
- Dennoch gibt es manchmal den „Wunsch“ in der Einrichtung⁴: „ohne Eltern!“ – wenn diese „ganz schwierig“, gewalttätig, vernachlässigend, unerträglich, unzuverlässig sind. Aber auch in den schwierigsten Fällen gilt es, die – häufig

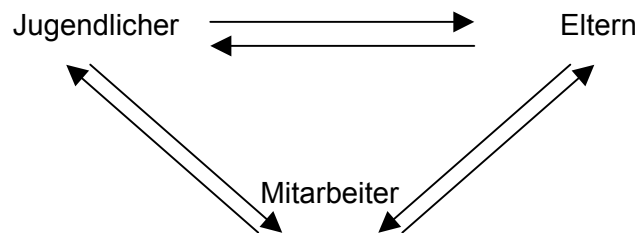
³ In der fachlichen Arbeit geht es uns mit dieser Formulierung weder um eine „moralische Bewertung“ noch um die Ablehnung einer vielfach notwendigen und hilfreichen ressourcenorientierten Sichtweise dieser Entscheidung der Familie, sondern um die Beschreibung einer strukturellen Problematik, mit der Eltern und Kinder sich innerlich auseinander setzen (müssen).

⁴ Dieser „Wunsch“ beruht neben der bisweilen „objektiven“ Schwierigkeit konstruktiver Zusammenarbeit auch auf unvermeidbaren Übertragungsprozessen, denen die Mitarbeiter, insbes. die Betreuer im pädagogischen Alltag, ausgesetzt sind.

gerade bei massiv traumatisierten Jugendlichen – starke Gebundenheit im Blick zu haben und wahrzunehmen, dass innerpsychisch keine Ablösung stattgefunden hat.

Loyalitätskonflikte

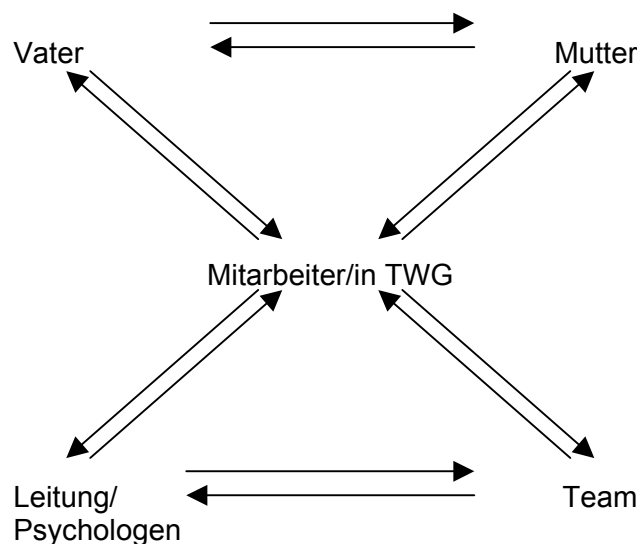
Insbesondere kommt es für die Jugendlichen, für die Eltern und für die MitarbeiterInnen zu erheblichen Loyalitätskonflikten. Das Grundmodell dieser schwierigen Loyalitäten besteht in folgendem Dreieck:



In allen drei Positionen ist es schwierig, zu den jeweils beiden anderen Positionen gleichwertige, ihrer Funktion angemessene, gleich bewertete Beziehungen zu unterhalten bzw. damit zurecht zu kommen, dass der jeweils Dritte sich u.U. ausgegrenzt, abgewertet, hintergangen, beschuldigt oder missachtet fühlt.

Das Erkennen, Aushalten (u.U. auch das beabsichtigte Aufrechterhalten) und Bearbeiten von Spaltungsprozessen, die als innerpsychische Abwehrmechanismen zu verstehen sind, in „gute“ und „schlechte“ Betreuer, gute Eltern/schlechte Betreuer, gute Erzieher/böse Therapeuten usw. stellt in der täglichen Arbeitspraxis eine der größten Schwierigkeiten dar, ist in gewisser Weise Kern der pädagogisch-therapeutischen Arbeit überhaupt.

Loyalitätskonflikte und Spaltungsmanöver, die im familiären Dreieck bestehen, setzen sich z.B. für die pädagogischen Mitarbeiter der Wohngruppe in ihren institutionellen Beziehungen fort.



Die Dynamik innerfamiliärer Konflikte mit Schuldzuschreibungen, Ausgrenzungsversuchen und vielfältigen Spaltungsmanövern findet sich u.U. in der Gruppe der Jugendlichen, im Team der Wohngruppe oder in einem Leitungs-Team-Konflikt als Spiegelung wieder.⁵

Einbeziehung der Eltern

Die Beteiligung der Eltern am Betreuungsverlauf ist eine der wenigen Möglichkeiten, diese Loyalitätskonflikte zu verstehen und zu bearbeiten. Beteiligung der Eltern hat wesentlich auch die Funktion, ihre (häufig berechtigten) Sorgen um ihre Kinder ernst zu nehmen, die Eltern in ihrer Verantwortungsrolle zu belassen und zu stärken und ihnen zu ermöglichen, am Leben ihrer Kinder weiterhin (aus unterschiedlicher Nähe oder Distanz und mit unterschiedlicher Aktivität) teilzunehmen.

Die Einbeziehung der Eltern in den pädagogischen und therapeutischen Prozess ermöglicht nicht nur vergangenheitsbezogene Informationen aus den unterschiedlichen Perspektiven zu erhalten, und so ein vielfältigeres Bild der Familienszenen zu gewinnen, sondern vor allem auch die aktuellen Beziehungen/Beziehungsstörungen wahrzunehmen und u.U. zu beeinflussen.

Insbesondere auch wahrzunehmen, inwieweit die Eltern den Entwicklungsprozess der Jugendlichen fördern oder behindern bzw. „aushalten“ und „ertragen“ können (und umgekehrt, die Jugendlichen den Veränderungsprozess des übrigen familiären Systems).

Dass die „Entwicklungsprozesse“ der Jugendlichen längst nicht immer über positive und gewünschte Verhaltensweisen und Handlungsmuster erfolgen, sei nur in Erinnerung gerufen.

Beteiligung der Eltern bedeutet i.d.R. nicht, sie in den unmittelbaren Alltag der Jugendlichen und in die Lebenswelt der Wohngruppe einzubeziehen – dies ist in unseren TWG's eher die Ausnahme.

Einbeziehung der Eltern kann auch bedeuten, überhaupt mit ihnen Gespräche über Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ihrer Kinder zu führen, auch wenn sie denken, darauf schon lange keinen Einfluss mehr zu haben, auch wenn sie ih-

⁵ Selbstverständlich – wenngleich von den Systembeteiligten schwerer wahrnehmbar – ist dies kein einseitiger „Übertragungsprozess“. Nicht selten werden Jugendliche bzw. die gesamte Gruppe in ungeklärte Team und/oder Team-Leitungs-Konflikte einbezogen. Externe Supervision ist auch an dieser Stelle notwendiger qualitätssichernder Standard.

re Kinder zumindest zur Zeit aufgrund tiefgreifender Konflikte gar nicht mehr sehen und sprechen (wollen).⁶

Für manche der Jugendlichen wäre es fachlich kontraindiziert, gemeinsame Gespräche mit ihren Eltern zu führen (z.B. bei Verdacht innerfamiliärer sexueller Übergriffe), oder Begegnungen zuzulassen. Der reale und der innerpsychische Schutz der Jugendlichen durch einen sicheren pädagogisch-therapeutischen Rahmen steht im Vordergrund der Arbeit.

Dennoch ist es auch dann sinnvoll, kontinuierlichen Kontakt zu den Eltern zu haben, um einerseits die Jugendlichen mit ihren ganzen ambivalenten Gefühlen und widersprüchlichen Handlungsweisen in den Wohnbereichen betreuen und andererseits die Entwicklung der Dynamik des Familiensystems wahrnehmen zu können.

Familienarbeit konkret

Die Familienarbeit findet sowohl im pädagogischen als auch im therapeutischen Feld mit unterschiedlichen Ausformungen statt. In beiden Arbeitsfeldern gibt es in der Regel Kontakte und Gespräche mit den Eltern bzw. mit den Jugendlichen über die Herkunftsfamilien.

Im Rahmen der interdisziplinären Fallgespräche wird im Einzelfall geklärt, wer in welchem Rahmen welche Themen bespricht bzw. an welcher Stelle den Eltern/den Jugendlichen Grenzen gesetzt und sie auf den anderen Arbeitsbereich verwiesen werden.

Die interdisziplinären Fallgespräche sind der wichtigste Ort des Zusammenwirkens, an dem ein gemeinsames Verstehen der Störungen, Symptomatiken, Verhaltensweisen und aktuellen Entwicklungen der Jugendlichen und ihrer Familien erarbeitet wird. Aus diesem Verstehen heraus werden milieutherapeutisch orientierte Handlungsstrategien für die unterschiedlichen Arbeitsfelder entwickelt.

Basis des Verstehens- und Verständigungsprozesses sind – neben der pädagogischen Kompetenz der Betreuer/-innen – das tiefenpsychologisch und familientherapeutisch-systemisch orientierte Fachwissen und die therapeutische Erfahrung der Psychotherapeuten.

⁶ In den TWG's des Steg e.V. wird die therapeutische Arbeit für jede der 5 Gruppen von einer/einem Psychotherapeuten sowohl für die Jugendlichen als auch für die Familien angeboten. In den TWG's der Koralle des PFH sind die Aufgaben der Jugendlichentherapie/Gruppentherapie und der Familientherapie/fachlichen Leitung auf zwei Personen verteilt, die gemeinsam für alle 3 Gruppen die therapeutischen Angebote zur Verfügung stellen.

Die Psychotherapeuten bieten mit den Schwerpunkten: diagnostische Einschätzung von innerpsychischen Konflikten und Entwicklungsprozessen, Therapieanbahnung/Therapiemotivation und Krisenintervention jedem Jugendlichen ein spezifisches Arbeitssetting an, welches sich im Laufe der Unterbringung dem jeweiligen Bedarf entsprechend weiterentwickelt.

Allen Familien/Eltern/Sorgeberechtigten werden von den Therapeuten regelmäßige familientherapeutisch orientierte Gespräche i.d.R. in monatlichem Abstand angeboten, die in unterschiedlichem Setting stattfinden.⁷

Inhalte/Ziele

Die familientherapeutisch orientierten Gespräche dienen der Einschätzung in Bezug auf die familiären Interaktionsmuster und die einzelnen Personen sowie der Begleitung des pädagogisch-therapeutischen Betreuungsprozesses.

Inhalte sind in erster Linie:

- die aktuelle Beziehung wahrzunehmen,
 - die Klärung der Frage, wie diese gestaltet wird (Absprachen bzgl. Besuchen, Auswertung von Besuchen/Kontakten, Grenzsetzung),
 - die Klärung der Konfliktlage, die zur Unterbringung geführt hat,
 - das Entwickeln von gemeinsamen Zielen,
- oder anders formuliert: die Unterstützung im Ablösungsprozess.

Stichwortartig benannt sind die Ziele der Arbeit in Bezug auf den Ablösungskonflikt:

- Klärung der Frage der Bedingungen und der Möglichkeiten der „Rückkehr“ in den familiären Haushalt – diese Option stellt sich als realistische Möglichkeit am häufigsten bei Jugendlichen, die in jungem Alter (12 bis 15/16 Jahre) aufgenommen werden.
- Altersbedingt ist in vielen Fällen die Perspektive der schrittweisen Verselbständigung das Hauptthema.
- In der Regel geht es (unter beiden Optionen) um Ablösung, Entwicklung eigener Grenzen, Übernahme der Verantwortung für die eigene Entwicklung, Stärkung und/oder Herausbildung von praktischen Kompetenzen – auf Seiten der Jugendlichen und der Eltern.

⁷ In den TWG's des Steg e.V. wird die therapeutische Arbeit für jede der 5 Gruppen von einer/einem Psychotherapeuten sowohl für die Jugendlichen als auch für die Familien angeboten. In den TWG's der Koralle des PFH sind die Aufgaben der Jugendlichentherapie/Gruppentherapie und der Familientherapie/fachlichen Leitung auf zwei Personen verteilt, die gemeinsam für alle 3 Gruppen die therapeutischen Angebote zur Verfügung stellen.

- Dazu muss (getrennt und gemeinsam) erfahrbar und alltagspraktisch an „neuen“ Formen des Kontakts und der Kommunikation gearbeitet werden.
- Je nach familiärem Hintergrund und aktueller Dynamik steht dabei entweder die Unterstützung der Abgrenzung und Individuation oder die Gestaltung einer (innerlichen und äußerlichen) Wiederannäherung im Mittelpunkt. In manchen Fällen geht es aber auch nur darum, die Eltern und/oder die Jugendlichen darin zu begleiten, zu ertragen, dass kein Kontakt möglich ist.

Bezogen auf den pädagogisch-therapeutischen Prozess dienen die Familiengespräche dem Wahrnehmen und Bearbeiten von Spaltungsprozessen zwischen Einrichtung, Eltern und Jugendlichen. Arbeitsprinzipien und Grenzsetzungen der Wohnbereiche gegenüber Jugendlichen und Eltern sind mit Bezug auf die Umsetzung der Hilfeplanziele häufig Gegenstand der Gespräche.

Krisenintervention

Krisenintervention ist eine der Kernaufgaben der Psychotherapeuten, wenn die Jugendlichen in zugespitzte innerpsychische Konfliktsituationen geraten. Mit allen Beteiligten wird Krisenintervention dann durchgeführt, wenn es zu Krisen in der Unterbringung eines Jugendlichen kommt, an deren Dynamik im Hintergrund vielfach die aktuellen Beziehungen zwischen Eltern und Jugendlichen beteiligt sind. Aber u.U. auch dann, wenn Eltern durch die Unterbringung ihres Kindes außerhalb der Familie und/oder dessen Handlungsweisen in eine persönliche Krise geraten.

Im hier beschriebenen Zusammenhang liegen „Krisen“ nicht nur dann vor, wenn sich Jugendliche in einer Krise befinden, sondern auch dann, wenn Eltern mit der Arbeit der Wohngruppe oder der dortigen Entwicklung ihres Kindes sehr unzufrieden sind.

Gleichermaßen kann ein Krisengespräch notwendig und als verbindlicher Termin für Eltern und Jugendliche anberaumt werden, wenn bei Betreuern und/oder Therapeuten der Eindruck entsteht, die Familie und/oder die Jugendlichen sind nicht mehr zur Fortsetzung der Zusammenarbeit bereit, dazu gegenwärtig nicht in der Lage oder haben einen Hilfebedarf, der im bestehenden Rahmen nicht sinnvoll bearbeitet werden kann.

Aufgabenbereiche der Familien- bzw. Psychotherapeuten

Stichwortartig zusammengefasst sind die Aufgabenbereiche der Familien- bzw. Psychotherapeuten in den beiden TWG-Konzepten:

- Fachliche Steuerungsfunktion/Sicherung des therapeutischen Rahmens/Milieus und der fall- und gruppenbezogenen interdisziplinären Zusammenarbeit
 - Koordination der Aufnahmeentscheidungen
 - therapeutische Gespräche mit Familien/Eltern/Jugendlichen
 - Therapiemotivation, Therapieanbahnung
 - Krisenintervention
- Einbringen psychiatrischer/psychotherapeutischer Fachkompetenz (z.B. Frühsignale, Krisenverläufe etc.)
 - Fortbildung der ErzieherInnen
 - Integrationsfunktion für das Gesamtteam
- Einige Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgaben sind:
 - Flexibilität: Zeit, Setting, Frequenz
 - Flexibilität in Bezug auf eigenen Auftrag und eigenes Handeln
 - Geduld, Anbieten und Kontakt halten, Fokussieren
 - externe Supervision

Agnes Reuter, Michael Schmude

Übergaben, Übergänge – Kooperationsprobleme zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Jugendhilfe

Jugendliche, die in Therapeutischen Jugendwohngruppen betreut werden, haben häufig eine lange Odyssee durch die Institutionen hinter sich. Häufig waren sie zuvor in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik oder wurden direkt aus dieser in die Therapeutische Jugendwohngruppe vermittelt. In der Regel bedürfen sie auch nach dem Aufenthalt in der TWG wiederum einer ambulanten Betreuung oder Psychotherapie. Diese Bewegungen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie, die ja für den Jugendlichen ein Hin- und Herpendeln des Lebensmittelpunktes und Lebensumfeldes bedeuten, erfordern eine sehr gute Zusammenarbeit an den Schnittstellen der jeweiligen Einrichtungen.

In Berlin wird diese Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Jugendhilfe von vielen Professionellen als schwierig beschrieben. Immer wieder kommt es auf beiden Seiten zu Missverständnissen und manchmal zu deutlichen Konflikten in der Zusammenarbeit.

Der Workshop widmete sich daher der Frage: Warum ist die Kooperation oft schwierig? Um sich dieser Frage anzunähern, interessierte uns zunächst, die Kooperationsbedingungen unter verschiedenen Aspekten genauer zu beleuchten.

Die *rechtliche* Situation ist durch die Zu- und Eingriffsrechte der Eltern, durch die unterschiedlichen personellen und materiellen Anspruchsvoraussetzungen der einzelnen §§ des KJHG, BSHG sowie SGB I und SGB X sowie durch eine entweder von den Eltern (§1631b BGB) oder von einer Klinik (nach PsychKG) ausgelöste Zwangsmaßnahme gekennzeichnet. Sie ist von ihrer komplexen und äußerst geringen rechtlichen Substanz her geradezu eine Einladung zu scheinbar fachlichen Konflikten zwischen wohlmeinenden Fachkräften.

Das Austragen solcher Konflikte in einer Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung kann notwendig, fachlich produktiv und nützlich für die Arbeit mit den Jugendlichen und ihren Familien sein. Hingegen kann das Austragen solcher Konflikte kaum anders als kontraproduktiv wirken, wenn die Atmosphäre von Vorbehalten, Misstrauen und Ab- bzw. Entwertung geprägt ist. Dies begünstigt Projektionsprozesse und bewahrt die Beteiligten vor kritischer Eigen- und Fremdreflexion ihrer Arbeit und Person.

Die *finanziellen* Interessen der verschiedenen Beteiligten z.B. beim Übergang von der Klinik in eine Jugendhilfeeinrichtung führen zu weiteren Konflikten in der Zusammenarbeit. Kliniken stehen häufig unter Druck der Krankenkassen, die auf eine schnelle Entlassung drängen. Die Jugendämter sehen sich andererseits bei einer Unterbringung in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft hohen und relativ überdauernden Verpflichtungen ausgesetzt. In der Regel müssen hierarchische Zustimmungen eingeholt werden. Die Einrichtungen der Jugendhilfe selbst wiederum sind auf rasche Entscheidungen angewiesen, weil sie schnell in verlustbringende Belegungssituationen kommen. Die Voraussetzung für das Eintreten der unterschiedlichen Hilfsansprüche sind auch nach Inkrafttreten des KJHG widersprüchlich genug geblieben und erschweren die optimale fachliche Entscheidungsfindung und einen reibungslosen Entscheidungsablauf.

Auch bezüglich des *theoretisch-fachlichen Verständnisses* beziehen sich beide Professionen auf unterschiedliche Menschenbilder, ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, unterschiedliche wissenschaftstheoretische Grundlagen und unterschiedliches Handlungswissen. In Anlehnung an Prof. Martin Schmidt, den Ärztlichen Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, kann man die verschiedenen Haltungen, Verstehens- und Vorgehensweisen wie folgt gegeneinander setzen:

Einrichtungen der Jugendhilfe	Einrichtungen der Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Institution im Bereich der psychosozialen Versorgung mit einem sozialpädagogisch-erzieherischen Auftrag (offizieller Versorgungsauftrag)	Institution im Bereich der psychosozialen Versorgung mit einem medizinischen Auftrag (offizieller Versorgungsauftrag)
Gesetzliche Grundlagen: Insbes. SGB VIII (KJHG) und SGB IX	Gesetzliche Grundlagen: KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) und SGB V
Ziel: „bestmögliche Entwicklung eines in seiner Entwicklung gestörten jungen Menschen zu fördern zu einer eigenverantwortlichen, selbständigen, gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit „ (Zitat aus der Kooperationsvereinbarung zw. dem Jugendamt Lichtenberg und Herzberge)	
Oftmals wenig Vorstellung davon, was im Rahmen der jeweiligen anderen Unterbringung machbar ist und wie die Betreuung/Behandlung genau aussieht.	
Langfristig angelegte komplexe Hilfeform, bei der geschützte Lebensräume zur Verfügung gestellt werden.	Akutversorgung oder zeitlich und inhaltlich begrenzte Form der Behandlung.
MitarbeiterInnen als Lobby für das Klientel. Permanentes Ausloten von Nähe und Distanz in den professionellen Beziehungen zu den betreuten Personen. Beziehungsangebot birgt die Gefahr von Abhängigkeiten.	Hohe Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit aufgrund der größeren Ansammlung von Ressourcen und der höheren Personaldichte. Geschütztes Setting. Hohes Maß an Professionalität und Klarheit in den Beziehungen (idealtypisch!).
BewohnerInnen einer JH-Einrichtung müs-	Bei unzureichenden Selbststeuerungsmöglich-

sen in der Lage sein, Betreuung anzunehmen und ein gewisses Maß an Gruppentauglichkeit vorweisen.	keiten der PatientInnen ist geschlossene Unterbringung möglich.
Die Jugendhilfeeinrichtung als momentanes Zuhause und als Ort der Alltagsbewältigung.	Psychiatrie als Ausnahmezustand. Die Psychiatrie verkörpert Autorität und ist die höhere Instanz, die sich durch Neutralität und Unparteilichkeit auszeichnet.
Aufnahme wird im Aufnahmeverfahren vorbereitet und erfolgt in Absprache mit allen an der Hilfeplanung beteiligten Personen.	Die Psychiatrie ist gemäß regionaler Zuständigkeit zur Aufnahme verpflichtet: spontane Aufnahmesituation. Bei einer geplanten Klinikunterbringung: siehe Jugendhilfe.
In der Regel besteht die Möglichkeit, das Betreuungssetting fallbezogen ein wenig zu variieren.	Festes Betreuungssetting, kaum Variationsmöglichkeiten
Multidisziplinäre Zusammenarbeit, Umsetzung des Hilfeplanes erfolgt in der Regel aufgrund eines Aushandlungsprozesses aller Beteiligten.	Multidisziplinäre Zusammenarbeit, jedoch hierarchisch strukturiert – ÄrztIn stellt nach ausweisbaren medizinischen Kriterien eine Diagnose und legt die Behandlung fest, die Vernetzung mit Außenstehenden ist hierfür nicht zwingend erforderlich. Nichtmedizinische Disziplinen werden eher als „Heilhilfsberufe“ angesehen, die den medizinischen Heilungsauftrag kompetent unterstützen, dies aber in Abhängigkeit von der ärztlichen Entscheidungskompetenz tun (Expertenkommission der Bundesregierung 1988)
Fallverständnis: Der Zugang zur KlientIn ergibt sich aus dem EntwicklungsPotenzial der KlientIn und den Zielvorstellungen aller Beteiligten. Die Hilfemaßnahme orientiert sich an der zu fördernden Entwicklung, bei der alle Kräfte im Mittelpunkt stehen, die sich zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten und Möglichkeiten der KlientIn nutzen lassen.	Ausgangspunkt der Versorgung ist die Krankheit bzw. das krankhafte Verhalten der PatientIn. Diese klare Abgrenzung zur Jugendhilfe/Pädagogik ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aber bereits in Veränderung: dem „pädagogischen Milieu“ im Klinikalltag wird eine besondere Wichtigkeit zugeschrieben.
Auch volljährige BewohnerInnen werden im Gesamtkontext der Jugendhilfe gesehen. Die Betreuung ist auf Vernetzung mit allen kooperierenden Stellen ausgerichtet. Informationsfluss und gemeinsame Aushandlung von Absprachen sind zentrale Bausteine, um die KlientIn nach einem Psychiatrieaufenthalt wieder gut in die Wohngruppe zu integrieren und weiterversorgen zu können.	Bei volljährigen PatientInnen wird in der Regel wenig Vernetzungsbedarf mit den betreuenden Jugendhilfeeinrichtungen gesehen. Informationsfluss wird insofern als weniger wichtig angesehen, da die Behandlung mit erfolgter Entlassung erst einmal abgeschlossen ist. Es gilt die Schweigepflicht.

Sind diese beiden Haltungen nicht durch eine maßvoll und adäquat abgegrenzte Einschätzung sowohl der Fähigkeiten und Anforderungen an die eigene Disziplin

und notwendiger Wertschätzung der jeweils anderen Disziplin geprägt, bergen sie die Gefahr, selbsterfüllende Prophezeiungen zu produzieren, die die Kooperation beträchtlich erschweren.

Institutionelle Veränderungen der letzten Jahre verändern zudem das Selbstbild der Einrichtungen. Einige Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken in Berlin haben die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ihrer PatientInnen immer mehr verkürzt. Sie haben sich zu Krisen-, Zwangs- und Diagnoseeinrichtungen entwickelt und damit ihren Heilungsanspruch und -auftrag aufgegeben oder zumindest eingeschränkt und fühlen sich in dieser Rolle nicht angemessen bewertet. Dieser Abwertung wird oftmals mit Abgrenzung begegnet. Dazu kommt eine institutionelle Unbeweglichkeit, die es nur schwer möglich macht, den veränderten Bedingungen Rechnung zu tragen, insbesondere in der Kooperation zum Jugendhilfebereich.

Umgekehrt ist die Fachkompetenz sozialpädagogischer Einrichtungen sehr gestiegen, zum einen durch die Veränderungen in den Ausbildungsgängen in Form zunehmender Spezialisierungen wie zum Beispiel Klinische Sozialarbeit oder Pflegefachberufe, zum anderen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im psychosozialen Feld zwischen PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, (Sonder-)PädagogInnen, SozialarbeiterInnen und ErzieherInnen. Damit verlieren die Kliniken ihre alleinige diagnostische Definitionsmacht, und die hierarchisch geprägten Zuweisungsprozesse aus der Klinik in nachgeordnete nicht-medizinische Hilfseinrichtungen funktionieren nicht mehr. Außerdem haben sich viele Jugendhilfeeinrichtungen durch Qualitätsmanagementprozesse strukturell reformiert und durch verstärkte Kundenorientierung flexibilisiert.

Dennoch benötigen gerade die schwer beeinträchtigten Jugendlichen in Therapeutischen Wohngruppen eine spezifische Abstimmung der Hilfen, die auf die jeweilige individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist und gute Kooperationen voraussetzt. Abgestimmte Fallverantwortung und ‚Hand-in-Hand‘-Handeln in den Hilfesystemen sind wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Hilfeleistungen. Der damit verbundene Zeitaufwand zieht eine erhebliche Entlastung aller Beteiligten nach sich und ermöglicht einen bedarfsgerechten und effektiven Einsatz der ohnehin knappen Hilferessourcen.

„Angesichts der Komplexität von Problem verursachenden Faktoren bei Gesundheitsstörungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Heranwachsenden wird es bei besonderen Einzelfällen immer wieder notwendig sein, die Grenzen der Versorgungssysteme zu überschreiten ... Dieser gesetzlich festgeschriebene Auftrag zur gemeinsamen Problembewältigung muss insbesondere für die in der Fachliteratur und Umgangssprache als ‚auffällig geworden‘, ‚krank‘, ‚schwer erziehbar‘, ‚verhaltensgestört‘, ‚verrückt‘ bzw. ‚schwierig‘ bezeichneten Kinder und Jugendli-

chen gelten, bei denen nicht nur pädagogische Probleme, sondern auch psychische oder psychosoziale Ursachen für ‚schwieriges‘ Verhalten anzunehmen sind“, so auch die Richtlinien zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule der Senatsverwaltung Berlin.

Im Workshop wurden Eindrücke und Erfahrungen Professioneller aus der Praxis in Jugendhilfe und Psychiatrie gesammelt und miteinander in Beziehung gesetzt. Auch vor Ort entwickelte sich eine Dynamik, welche die Konflikte der Fachkräfte aus der psychosozialen Arbeit und jener aus medizinisch-psychiatrischen Feldern als Pole und Extreme aufzeigte und die Verständigung erschwerte. Bis zur erfolgreichen Kooperation ist es also noch ein weiter Weg. Aus dieser Erfahrung wurde der Entschluss gefasst, den Gedanken der Kooperation bei der nächsten Tagung erneut aufzugreifen und gemeinsam weiter zu entwickeln.

Charlotte Köttgen

Traumata, psychische Auffälligkeiten – Drogen... verletzte Biographien¹

Es geht um komplexe Ursachen und Folgen der frühen Verletzungen in der seelischen Entwicklung von Kindern, die erst später als störende Verhaltensmuster sichtbar werden (siehe das Fallbeispiel). Mit dem sogenannten Borderline-Syndrom wird ein theoretisch-psychoanalytisches Verstehenskonzept vorgestellt sowie Beispiele der Folgen früher Störungen im Alltag. Die Paradigmen der Jugendhilfe, die benötigten Servicefunktionen durch geschulte Fachdienste vor Ort², sowie die Bedeutung des politischen Willens – unerlässlich für die Unterstützung der Kooperations-Strukturen – werden kurz gestreift. Die Entwicklung des Versorgungssystems in Hamburg könnte Anstoß sein, über Leitsätze nachzudenken.

Die Stationen un-er-hörter Not – ein Fallbeispiel

- Mit 8 Jahren wird M. wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung und Gewalt in einer Pflegefamilie untergebracht. Beide Eltern sind arbeitslos, der Vater Alkoholiker, die Mutter abhängig von Drogen. Er war schon in einem Sonderkindergarten.
- Wegen hochgradiger Unkonzentriertheit, Aggressivität und sprachlichen Retardierung ist er bei der Einschulung schwer zu integrieren, er stört den Unterricht. Er kommt in die Schule für verhaltensauffällige Kinder. Ein Psychiater beschreibt ihn als gefährdet, hyperkinetisch, er sei in Gefahr, dissozial zu entgleisen. Er bekommt Ritalin.
- Die Pflegeeltern wollen ihn mit 12 Jahren abgeben, da er stiehlt und aggressiv ist. Das Jugendamt setzt einen Amtsvormund ein, die Eltern klagen um das Sorgerecht. Der Junge äußert immer wieder Sehnsucht nach seinen Eltern. Er möchte zu seiner Mutter, obwohl er Angst vor dem gewaltbereiten Vater hat.
- Er kommt in eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe.

¹ Dieser Artikel entstammt der Quelle: Charlotte Köttgen (2004). Traumata, psychische Auffälligkeiten, Drogen – verletzte Biographien. in Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendgerichtshilfe (Hrsg.), Mitwirkung der Jugendhilfe in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz – vom Wort zur Tat, Dokumentation des 5. Bundeskongresses der Jugendgerichtshilfe vom 21. bis 23. Mai 2003 in Kassel (S. 65-85), Hannover: popp. (DVJJ-extra. 6). (Nochmaliger Abdruck mit freundlicher Erlaubnis der Geschäftsführung.)

² Beispiel: Jugendpsychiatrischer/psychologischer Dienst in Hamburg im Rahmen der Jugendhilfe tätig. Aufgabe: Zugehende Unterstützung im Hilfeplanprozess der Jugendämter, gemäß KJHG.

- Bei der Erziehungskonferenz für den Hilfeplan kommen rund 20 Personen zusammen, alle nehmen – qua Funktion – Aufgaben in der Familie wahr. Die Informationen und fachlichen Sichtweisen sind sehr unterschiedlich in Bezug auf den Bedarf des Jungen und seiner Familie.
- Als M. mit 14 Jahren einen Suizidversuch macht, wird er aus der Wohngruppe in die Jugendpsychiatrie eingewiesen. Diagnose bei Entlassung: „Borderline-Störung“.
- Von dort wird er in ein auswärts gelegenes therapeutisches Projekt weiter verlegt. Die Jugendhilfe hält ihn von nun an für einen Psychatriefall. Der Kontakt zu den Eltern und seinem Milieu bricht ab. Er wird nach 1 Jahr wegen erheblicher Drogenprobleme und wegen seiner Untherapierbarkeit entlassen. Er hat auch in der therapeutischen Einrichtung Drogen konsumiert.
- Aus Hilflosigkeit entlässt man ihn zu den Eltern. Von diesen hat er sich entfremdet. Die Probleme im Elternhaus sind unverändert, und wechselseitige Gewalt eskaliert erwartungsgemäß. Die Polizei registriert Delikte, die sich auf das Dealen beziehen. Es kommt zu weiteren Verlegungen.
- Der Junge wird wegen Delinquenz, Unerziehbarkeit, Untherapierbarkeit hin und her geschoben. Schließlich kommt er in Untersuchungshaft.

Die Diagnosen in der Akte lauten: „ADHS – Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“, „Borderlinestörung“, „Suchtmittelmissbrauch und beginnende Abhängigkeit“, „Suizidalität“, „Dissozialität/Delinquenz/Aggressivität“ und „Beginnende Psychose“. Viele Fallkonferenzen gemäß Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), später Einweisungen nach Psychiatrischem Krankengesetz (PsychKG), dann nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG), dazu immer neue diagnostische Zuordnungen haben diesen Weg begleitet. Jede Institution hat ihren Auftrag formal erfüllt, bis die Grenze erreicht war.

Über die Bewertungen und Folgen von Diagnosen, Zuschreibungen und sich anknüpfenden Projektionen und Abschiebungen (DPWV, 1988; Blandow, 1987) gibt es in der Literatur der letzten 20-30 Jahre sowohl in der Sozial-Psychiatrie (Ciompi 1994; Ciompi 1981; Dörner/Plog 1996) wie den Sozialwissenschaften (Peters 1999; Köttgen 1999b; Köttgen 1998b; Franken 1998; Schrapper 1994) und der Sozialpädagogik (Blandow 1987; Freigang 1986) Analysen, Theorien und Erklärungen.

Bei M. ist – unabhängig von oder auch bedingt durch die Diagnosen – ein spezifischer Mangel deutlich geworden: alle Institutionen – und damit wichtige Bezugspersonen – gaben ihn nach immer kürzerer Zeit auf. Die Not des Jungen, sein Ruf nach verlässlichen (Ersatz-) Eltern blieben un-er-hört. Die anfänglichen Notrufe, die Unruhe, wurden auf dem Verschiebebahnhof der gesetzlich legitimierte Maßnahmen allmählich zu einer schweren Störung, sogar schließlich mit Krankheitswert. Mit 16 Jahren bleibt M. zeitweise nur ein Bewährungshelfer. Alle

heitswert. Mit 16 Jahren bleibt M. zeitweise nur ein Bewährungshelfer. Alle anderen Ersatzeltern, Therapeuten und Erzieher sind aus seinem Leben, wie Statisten, verschwunden. Für seine Beziehungsnot ist niemand zuständig geblieben. Er ist Opfer des unkoordinierten, an Institutionen orientierten Hilfe- und Strafsystems.

Was hier am Beispiel M.'s dargestellt wurde, ist charakteristisch für viele Jugendhilfe-Karrieren (Henkel et al. 2000) im Grenzbereich der schulisch-, pädagogisch-, therapeutisch-repressiven Institutionen, und zwar immer dann, wenn das Versorgungssystem zum Verschiebebahnhof wurde, statt Kontinuität im Lebensfeld anzubieten (vgl. Schone 1991).

Ursachen seelischer und sozialer Verletzungen

Die frühe Lebensgeschichte von schwierigen Jugendlichen ist gekennzeichnet durch folgende wiederkehrende Merkmale in Heimen, im Strafvollzug und in der Jugendpsychiatrie (Köttgen 1998c):

Es fehlt an:

- sicheren Lebensorten;
- stabilen, schützenden und Sicherheiten vermittelnden Beziehungen durch Eltern oder andere Ersatz-Eltern (Bezugspersonen);
- Respekt vor den körperlichen und seelischen Grenzen.

Dazu gehören im Einzelnen:

- frühe Verlassenheit, Tod, Trennungen;
- Verlust der Heimat, Kriegserlebnisse, häufige unfreiwillige Ortswechsel;
- chronische Überforderung durch Entwertungen, Zerstören des Selbstwertgefühls und des Urvertrauens;
- Overprotection als Form der Autonomiebehinderung in der Entwicklung;
- Liebesentzug kombiniert mit Bestrafung und Leistungsstress;
- sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Gewalt, seelische/körperliche Übergriffe;
- Stigmatisierung, Deklassierung infolge kultureller und sozialer Einbrüche durch Migration, Krieg, Sucht, Krankheit, Armut und Arbeitslosigkeit;
- Unkoordinierte Sonder- und Spezialmaßnahmen, Verlegungen mit wiederkehrenden ungewollten Beziehungsabbrüchen in den Hilfesystemen.

Eine Sozialisation, die geprägt ist durch Gewalterfahrungen, Vernachlässigung und wechselnde Beziehungen, hinterlässt Wunden. Gewalttätige junge Menschen haben in der Kindheit zu mindestens $\frac{3}{4}$ selbst Grenzüberschreitungen und Gewalt (Löhr 1997) erlebt, ein Mangel an Bildung und Perspektiven verhindert den Zugang zu einem normalen Leben.

Seelische und körperliche Verletzungen

Verletzungen – auch des Säuglings – bleiben im unbewussten Gedächtnis erhalten, sind vergleichbar körperlichen Narben. Oft kommt es erst beim Heranwachsenden zu scheinbar plötzlichen Reaktionen, die für Kleinkinder durchaus adäquat waren, aber bei Jugendlichen bedrohlich, befremdend und oft völlig unangemessen sind. Dazu gehören beispielsweise: Trotzen oder auch aggressive Wutausbrüche, Weglaufen bzw. sich selbst Schädigen, sich Verletzen, durch Sucht, Prostitution: sich im Pädophilenmilieu oder auf dem Strich prostituieren und missbrauchen lassen (meistens nach eigenem sexuellem Missbrauch), Erstarren vor Angst, vor Wut, durch hartnäckiges Verleugnen der Täteranteile (nach dem Motto von Kleinkindern: der böse Tisch, an dem ich mich gestoßen habe, ist schuld; die böse Mutter, der böse Erzieher, ich bin das Opfer... etc.). Die Übernahme von Eigenverantwortung ist erschwert.

Neue – oft äußerlich geringfügige – traumatische Erlebnisse können zu Einschnitten in der Entwicklung führen.

Wenn ein Kleinkind noch keine Sprache hatte, als die Traumatisierung geschah, kann es zu einer sprachlosen, agierten Regression – einem Rückzug – auf eine frühe Entwicklungsstufe kommen, die an frühkindliche Verhaltensmuster erinnern. Alte un- oder vorbewusste kindliche Wut-, Angst-, Zerstörungs-, und Ohnmachtsgefühle können wieder aufbrechen. Hierzu hat die Psychoanalyse – besonders Rene Spitz (1968) – empirische Untersuchungen und Theorien entwickelt, die heute durch Teile der modernen Neurobiologie (Hüther 2001) im Ansatz in Tierversuchen bestätigt zu werden scheinen.

Einem Kind fehlte die Sprache, als die Gewalt geschah. Der später stattfindende Rückfall auf alte Verhaltensweisen ist eine „*Regression im Dienste des Ich*“ – so nennt dies die Psychoanalyse. Das kann eine Art (sinnvoller) Selbstschutz sein, um zerstörerische Erinnerungen abzuwehren, zu verdrängen, um zu fliehen. Solche Regressionen erfolgen in Situationen, in denen neue Verletzungen wahrgenommen werden, in der Praxis z.B. wenn ein wichtiger Erzieher plötzlich weggeht – also wenn erneut ein menschlicher Verlust droht.

Entscheidend kann dann sein, wie kompetent die Reaktionen der Umgebung, hier der Fachleute, sind, ob sie auf eine solche Dynamik, auf ein solches Drama eskalierend oder angstreduzierend und deeskalierend einwirken. Je nach vollständiger, partieller und/oder defekter seelischer „Narben“-Heilung wird eine Hilfe die Wunde schützen, nicht immer ausgleichen können.

Dies ist vergleichbar dem Phantomschmerz der an den Gliedmaßen amputierten Menschen, z.B. beim Verlust eines Beines. Natürlich wird ein Bein durch Krücken

oder durch Holz ersetzt, damit die Statik hergestellt und Freiheit bei der Bewegung erlangt wird, es wird aber nicht das alte Bein herauswachsen. Ähnlich kann die Hilfe das Ich stützen und lange unverzichtbar sein.

Diagnosen wie „Borderline-Störung“, „ADHS“ oder „soziale und emotionale Störungen“ nehmen in der Jugendhilfedebatte derzeit einen breiten Raum ein, oft dienen sie als Formel für unlösbare Konflikte der früh verstörten jungen Menschen. Sie helfen jedoch nicht besser zu verstehen, deshalb bieten sie auch keine Antworten oder gar Behandlungsrezepte.

Deutungen, Übertragungen und andere dynamische Mechanismen früher Störungen sind bei Vaillant (Vaillant 1992) so zusammengefasst: Ein Kleinkind, das verlassen wird oder Verletzungen erlebte kann dadurch existenziell bedroht sein. Dieses Gefühl ist beim Säugling real. Er kann nicht überleben ohne eine Befriedigung elementarer körperlicher und seelischer Bedürfnisse. Säuglinge ohne emotionale Zuwendung verfallen in eine Depression und nicht selten sterben sie sogar, beschrieb schon René Spitz (1968). Ein Säugling braucht Nahrung, Zuwendung, Nähe, Sprache, Schutz, Freude und Zärtlichkeit. Dies zusammen trägt erst zur Entwicklung bei. Körper, Geist und Seele bilden ein eng verflochtenes, einheitliches System das zur Bindungsfähigkeit und zum Urvertrauen nötig ist (Dornes 2001).

Theoretisches Konzept der sogenannten Borderline-Störung nach Vaillant und Winnicott u.a.

„Frühe Störungen haben viele Namen“
(Vaillant 1992)

„Ein falsches Selbst entwickelt sich als Abwehr gegen „Übergriffe“ aus der Umwelt“
(Winnicott 1985, hier interpretiert, ergänzt und zusammengefasst durch C. Köttgen)

Vaillant (1992) benennt bei seinen Patienten „personality disorders“, nicht Borderline-Störung. Dies könnte man als „ungeordnete Persönlichkeiten“ übersetzen. „Persönlichkeitsstörung“ ist eine negative Festschreibung, wie viele Diagnosen. Sie ähnelt entwertender Beschimpfung.

Die Erfahrungen und Erlebnisse früher Erinnerungsspuren bleiben erhalten, sie können mit elementarer Wucht hervorbrechen und wieder in den alten Gefühlszustand – z.B. des verlassenen, existenziell bedrohten Kleinkindes – zurückwerfen. Gefühle solch existentieller Wucht werden – aus gutem Grund – in der Regel aus dem bewussten Erleben verbannt, verleugnet und abgespalten. Sie tauchen nur mehr als solche in unkontrollierbaren Impulsreaktionen auf.

Die Mechanismen der Übertragung und Gegenübertragung und die Abwehrmechanismen früher Verletzungen

Was sind Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen? Die Verzweiflung „früh verlassener Kinder“ teilt sich dem Gegenüber mit. Das Gefühl der Verzweiflung wird auf das Gegenüber, sei es Therapeut oder Bezugsperson, übertragen. Wut, Angst, Gefühle von Ohnmacht oder Vernichtung werden auf andere Menschen projiziert. Die Gegenübertragung ist dadurch charakterisiert, dass der Helfer/Therapeut die aufgenommene Angst zusammen mit dem Patienten wieder abwehrt, um sie nicht wahrnehmen zu müssen. Er agiert die Angstabwehr mit dem Patienten zusammen. Unverständnis führt zur Eskalation.

Beispiel: Ein Jugendlicher möchte nicht an seine frühen Verletzungen erinnert werden. Er möchte nie wieder so ausgeliefert sein, wie er es früher war. Er verleugnet seine Angst, indem er Gewalt gegen andere ausübt, um sich stark darzustellen. Gleichermaßen werden die eigene Angst und die Hilflosigkeit des Opfers gewaltsam bekämpft. Zwischen den Personen, die in Beziehung zueinander stehen, kommt es nun zu einer verwirrenden Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktion heftiger Gefühle, die häufig der Hintergrund von Suizidversuchen und Gewalthandlungen sind, aber auch von Mager,- Fress, Medikamenten- und Drogensucht. Einige Reaktionen werden in der Psychoanalyse „Abwehrmechanismen“ genannt, d.h. sie werden als unerträglich empfundene, schmerzliche Erinnerungen innerlich abgewehrt.

Manchmal ist Erinnerungslosigkeit oder Abwehr zum psychischen Überleben sinnvoll und notwendig. Sie bildet eine Art Schutz-Symptom, solange es an äußerem Schutz und Vertrauen fehlt. Während „sicher gebundene“ Menschen, die einen Verlust erleben, dennoch Vertrauen haben, weil sie verlässliche Bezugspersonen hatten und wissen, dass man einen Verlust überleben und überbrücken kann, sind sogenannte „unsicher gebundene“ Menschen immer wieder bedroht, wenn eine neue Belastungssituation eintritt. Neue Gefühle des Bedrohtseins können Krisen, Symptome oder gar einen psychischen Zusammenbruch auslösen. Erinnerungen aus der frühen Kindheit werden aktualisiert und gleichzeitig unkenntlich gemacht bzw. abgewehrt.

Zu diesen typischen Abwehrmechanismen gehören:

- Splitting: Die Objekte in der Umgebung werden in „Gut“ und „Schlecht“ gespalten; die einen werden verfolgt, die anderen idealisiert; oft beides im Wechsel. Man spaltet die Menschen in seiner Umgebung in diese Extreme und polarisiert dadurch.
- Selbstverteidigung durch Phantasiegebilde: im Extrem auch Liebeswahn, Verfolgungsangst.

- Hypochondrie: Die Angst bezieht sich auf Krankheiten, die man fürchtet und über die man phantasiert, z.B. dass der Körper bedroht sei. Die Angst wird z.B. als ständige Krebsangst auf den Körper projiziert.
- Projektion: Die eigene Wut und der Zerstörungstrieb werden anderen angelastet. Man selbst fühlt sich als Opfer, nicht als Täter. Der eigene Täteranteil wird verleugnet, vom Bewusstsein abgespalten, ist der Erinnerung nicht mehr zugänglich.
- Acting out: Gefühle werden – wie beim Kleinkind – direkt ausgelebt, ohne Rücksicht auf den anderen. Sie brechen bei Frustrationen unkontrolliert und impulsartig wieder auf.
- Angst und Wut gegen sich selbst gerichtet: selbstbestrafende, masochistische oder dauerhaft quälende Mechanismen.
- Dissoziation von Wahrnehmungen durch Abspaltung und Verleugnung: Die Außenwelt wird zerlegt, jeweils ein Ausschnitt fürs Ganze genommen, der Rest geleugnet. Die Ausschnitte können nicht zusammengefügt werden. Das Weltbild besteht aus dissoziierten Fragmenten. Solche Dissoziationen der Umwelt sind oft in Wahrnehmungsstörungen enthalten.

Dies sind in der psychoanalytischen Terminologie so genannte „unreife“ Abwehrmechanismen. Es handelt sich aber vor allen Dingen um eine tiefe Einsamkeit bei Menschen, die

- eine Bemutterung suchen,
- sich in schwierige Interaktionen begeben,
- Betreuer und Therapeuten in eine Bemutterungsrolle zwingen,
- dazu neigen, dem, der ihnen die Hand gibt, in die Hand zu beißen,
- dazu neigen, Medikamente zu fordern und zu missbrauchen,
- die Grenzen nutzen, um sie zu sprengen.
- auf der vergeblichen Suche nach einem mütterlichen Haus eher Bestrafungen von außen finden und provozieren;
- sich wegen dieser unreifen Abwehrmechanismen von der Umwelt nicht verstanden fühlen und Ausgrenzung, Ablehnung und immer wieder neu produzierte Verluste erleben. In einer Art verzweifelter nie erlöster Sehnsucht, endlich alles zum Besseren zu wenden, führt dies unbewusst zu einem heillosen Ausagieren und zu Erschöpfung von Bezugspersonen, Therapeuten und Betreuern.

Nicht sinnvolle Reaktionen auf Borderline-Störungen

Vaillant warnt vor einigen Reaktionen (die nicht nur bei Therapeuten, sondern bei Helfern insgesamt, also auch in der Jugendhilfe vorkommen können):

- *Psychopharmakologische Medikation* ist häufig überbeansprucht, um solche schwierigen Menschen zu managen. Diese Menschen suchen Pillen. Sie for-

dern und missbrauchen sie. Sie versuchen, sich mit ihnen umzubringen, und sie bestrafen ihre Betreuer und Therapeuten, indem sie zu viele Pillen nehmen. Die Therapeuten versuchen oft ein Medikament nach dem anderen, ohne irgendein erfolgreiches, überzeugendes Ergebnis. Manchmal ist es wie beim Roulette. Das Schlimmste ist, dass dies zu Drogenmissbrauch künstlich beiträgt.

Viel besser wäre es, den Patienten in eine Gruppe zu integrieren, und wenn, dann sehr gezielt Medikamente zu verordnen bzw. zu helfen, ohne Pillen auszukommen.

- Eine zweite Gefahr besteht darin, dem Appell zu folgen, eine *ideale Mutter* zu sein, die diese Patienten suchen. Der Patient, der häufig bereits ein verängstigtes, aggressives und früh missbrauchtes Kind war, ergreift allzu gerne den dargereichten Finger von einem engagierten Therapeuten und beißt ihn in die dargereichte Hand, die ihn füttern wollte (vgl. Vaillant 1992). Der Patient, der häufig bereits ein verängstigtes, aggressives und früh missbrauchtes Kind war, ergreift allzu gerne den dargereichten Finger von einem engagierten Therapeuten und beißt ihn in die dargereichte Hand, die ihn füttern wollte. Die Betreuer/Therapeuten finden dann ein solches Verhalten undankbar, beantworten es mit Ablehnung und finden, dass der Patient zuviel Aggressionen und einen negativen Narzissmus habe.
- Die Betreuer/Therapeuten finden dann ein solches Verhalten undankbar, beantworten es mit Ablehnung und finden, dass der Patient zu viele Aggressionen und einen negativen Narzissmus habe. So wiederholen sich die Erfahrungen der früh verletzten Patienten: In der Hoffnung, eine gute Mutter zu finden, werden sie wieder und wieder auch durch unbewusstes eigenes Dazutun enttäuscht. Je mehr Klarheit und Stabilität Menschen in dieser Situation angeboten wird, desto besser werden diese Mechanismen direkt aufzuklären sein und allmählich umgesteuert werden können.
- *Einfordern von Grenzen*: Viele „persönlichkeitsgestörte Patienten“ werfen „Steine an die Gefängnistüren“ (Vaillant 1992), um die Grenzen, die sie haben möchten, endlich zu finden. Sobald sie innerhalb eines solchen Gefängnisses oder aber einer restriktiven Psychiatrie sind, merken sie, dass es Gift war, weil die „ersehnte gute Mutter“ auch innerhalb der Mauern nicht zu finden ist. Anstatt Grenzen von oben vorzugeben, sollten Therapeuten/Betreuer die Unterstützung durch Peer-Gruppen fördern. Das können Gruppen für Drogen, Sucht (auch Fresssucht) sein, es könne sogar eine Gang sein, sagt Vaillant. Gesucht wird eine soziale Unterstützung, die klar strukturiert ist. Eine solche Gruppenzugehörigkeit macht die Welt des Patienten sicherer und reduziert den Bedarf

an schlecht angepassten, das Image zerstörenden Verteidigungsmechanismen.

Soziale Unterstützung trägt dazu bei, die Mechanismen der Selbstbestrafung abzubauen. Während Bestrafung als pädagogische oder therapeutische Maßnahme nutzlos ist, um die Störung zu beseitigen, sind Grenzen durch eine stabilisierende Umgebung, klare Beziehungsangebote und ein Durchbrechen des destruktiven Ausagierens manchmal lebensrettend.

- *Psychodynamische Psychotherapie:* Während neurotische Patienten sehr häufig dankbar sind und selbst Psychotherapeuten werden wollen, sind Menschen mit einer unordentlichen Vorgeschichte, so genannte Persönlichkeitsgestörte, eher gekränkt, verärgert und beschämt durch Deutungen (vgl. Vaillant 1992). Die Interpretation führt dazu, dass der Therapeut angeklagt wird, herzlos, gefühllos und dumm zu sein. Jemandem während eines Erregungszustandes zu sagen, dass er gerade ausagiert, ist ungefähr so vernünftig, wie der Versuch, den aufgepeitschten Ozean einzufangen. Im Gegensatz dazu seien „empathisches“ Spiegeln und, was Vaillant "Making contact" (Ich-stützende Hilfen) nennt, sinnvoll und erlaubten es, von unreifen zu mehr neurotischen Abwehrmustern zu wechseln. Mit anderen Worten: Obwohl unreife Abwehrstrukturen verstanden und behandelt werden können, sollten sie nicht interpretiert (gedeutet) werden.

Der Therapeut soll helfen, von seinen Abwehrmechanismen zu anderen Mechanismen zu finden, z.B.: Hypochondrie kann zu Reaktionen von Altruismus führen; sadistische, passive Aggression kann in einen Witz und dann sogar in Humor münden.

Zusammengefasst heißt Vaillants Forderung damit: Menschen darin unterstützen, Selbstbestrafungen, Verletzungen, die hoffnungslose (Sehn-)Sucht nach der guten Mutter, Pillen/Drogen zu meiden, umzuverlagern, anders auszudrücken (vgl. auch Mahler 1992).

Die Bedeutung früher Störungen

Vaillant beschreibt mit einem psychoanalytischen Modell typische Übertragungsmechanismen (Gefühle), Reaktionen und Abwehrformen sowie interaktionelle Verhaltensmuster in Verbindung mit Symptomen, die u.a. Folgen früher seelischer Verletzungen (Köttgen 1998a; 1999a; 2002) sein können. Viele sind im Rahmen der Jugendhilfe und des Strafvollzuges bekannt.

Einige solche störenden Verhaltensweisen im Einzelnen:

- *Selbstbeschädigung, Autoaggressionen:* Jugendliche, die sich selbst verletzen, z.B. schneiden und körperlich misshandeln, haben i.d.R. Erfahrungen mit

körperlicher Gewalt. Sie re-inszenieren mit diesen Aktionen – meistens unbewusst – ihre alten Erfahrungen. Mit scharfen Gegenständen wird z.B. die Haut aufgeritzt, bis das Blut fließt, oft im Genitalbereich. Es ist nicht selten, dass sie hiermit demonstrieren, wie und wo ihrem eigenen Körper Gewalt angetan wurde. Sie haben keine Sprache entwickeln können für erlittene Verletzungen. Sie sind darauf angewiesen, dass jemand die nonverbale Sprache – sogenanntes Agieren – versteht.

- *Gewalt*: Jugendliche, die anderen Gewalt antun, haben erlebt, dass ihre eigene Schwäche nicht respektiert worden ist. Sie reagieren auf Schwäche der Anderen mit Gewalt. Viele Eltern, die ihre Kinder misshandeln, sind ihrerseits als Kinder misshandelt worden, sie wollen nicht schlagen, aber es passiert ihnen, es ist die eigene, mangelnde Kontrolle über selbst erlittene Verletzungen. Sie reagieren mit schlechtem Gewissen und mit neuen aggressiven Triebdurchbrüchen. Es kommt zu Rationalisierungen: "Mir hat das nicht geschadet. Weshalb sollte es meinem Kind schaden...?"
- *Provozieren und Zerstören von wichtigen Beziehungen*: besonders die Bezugspersonen, die lebensnotwendig sind, werden – ungewollt – verletzt. In der Sprache des Unbewussten heißt das: „Ich mache dir die Angst und Verzweiflung, die ich erlebt habe, als ich verlassen wurde ... Die Sorgen, die du dir machst, habe ich als Gefühl durchlitten ... Wenn du dir Sorgen machst, nimmst du mich wenigstens wahr ... Dann weiß ich, dass ich lebe...“

Kinder und Jugendliche, die Verlassensein und Abbruch von Beziehungen häufig durchlebt haben, zerstören Beziehungen lieber selbst, um sich die gefürchtete und ängstlich erwartete Enttäuschung zu ersparen. So entstehen die heftigsten Krisen im Rahmen der Jugendhilfe dann, wenn ein Kind fürchtet und ahnt, dass es abgeschoben wird. Suizidversuche, Drohungen, Drogenmissbrauch, Prostitution sind häufige Reaktionen auf das Gefühl, wieder verlassen zu werden.

Die dahinter stehende enorme psychische Energie spiegelt sich meistens in der heftig eskalierenden Dynamik der Helfersysteme.

- *Prostitution und Pädophilie*: Jugendliche und Kinder, die im Prostitutionsmilieu ihre Kontakte suchen, demonstrieren nahezu immer ein Symptom aus ihrer eigenen Geschichte. Sie haben Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch und Gewalt durch Eltern, insbesondere Väter, Brüder, nahe Bekannte und Fremde erlebt. Das Vertrauen zu den Bezugspersonen ist dadurch auf Dauer beschädigt. Sie hatten niemanden, der sie geschützt hat. Sie wurden zum Stillhalten gezwungen, erpresst durch vorgegebene Liebe, mit Geldgeschenken und – oft durch Drohungen – zum Schweigen gebracht. Sie sind auf einer unermüdl-

chen und vergeblichen Suche nach alternativen (schützenden) Eltern. Auf diesem Wege gelangen manche ins Prostitutionsmilieu, wo ihnen erneut der gleiche zerstörerische Mechanismus begegnet: Zuhälter/Freier gaukeln Zuwendung und Liebe vor, zwingen sie zum Stillhalten/Schweigen und bezahlen mit Geld. Den Wiederholungsmechanismus durchschauen die Kinder oft erst viel zu spät. Sie haben die Illusion, diesmal Macht über die Missbraucher zu haben, und hoffen, dass sie entschädigt werden. Sie sind – auch diesmal – betrogen und nicht als Person gemeint.

Als „Übersetzer“ für komplizierte, innerseelische Vorgänge bleiben oft nur die Helfer vor Ort, diese werden als ganze Person mit ihren Emotionen gefordert; ausgebildete Therapeuten finden und suchen diese randständigen Jugendlichen selten, gerade weil besonders gravierende, massive, soziale und seelische Problemlagen zusammen treffen.

Diagnosen unterscheiden sich nach sozialer Herkunft³

Aus dem bisher Dargestellten ergibt sich: Je nachdem, zu welcher sozialen Gruppierung jemand gehört und welche mehr sozialen oder mehr psychischen Auffälligkeiten er zeigt, wird dieses Verhalten – grob kategorisiert – eher als „psychische Störung“, „Erziehungsproblem“ oder als „Dissozialität und Delinquenz“ gedeutet, mit massiven Auswirkungen auf das Angebot: Hier die Therapie der Motivierten, Eigenreflektierten, freiwillig Hilfe Aufsuchenden (Felder der Medizin und Psychologie), dort bestenfalls Pädagogik, oft aber Verwahrung, Abschiebung, Strafverfolgung und Repression (Feld der Polizei und der Sozialpädagogik).

Natürlich gibt es Grenzfälle und Überschneidungen, aber es ist bekannt, dass in die Jugendstrafanstalten (Villmow/Robertz 2004⁴) überwiegend Jugendliche aus Randgruppen und von diesen deutlich mehr Ausländer (bis zu 70-80%) in U-Haft oder per Haftbefehl eingewiesen werden. Viele sollen (zwischen 20-50%) unter psychischen und psychiatrischen Störungen leiden (vgl. Villmow 2000, S. 79; FHH 2000a).

³ Vgl. Dörner 1981; Kolb 2002; Peters 1999.

⁴ „Auf der Basis der Begutachtung von 42 deutschen Insassen der JVA Hannöversand wurde der Schluss gezogen, dass mehr als die Hälfte der Gefangenen psychisch auffällig und behandlungsbedürftig sei. 10-20% der jugendlichen Inhaftierten müssten sogar stationär behandelt werden“ (ebd., S. 277 Fußnote 553); vgl. auch FHH 2000a.

Die qualifizierten Spezialisten suchen ihre Klientel aus, den anderen wird es zugewiesen

Die Therapeuten mit Spezialausbildung in der Familien-, Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse suchen ihre Klientel aus. Die randständigen Jugendlichen gehören in der Regel nicht dazu. Jugendliche werden wegen ihres dissozialen Verhaltens und als Folge der frühen, traumatisch bedingten „Erziehungsdefizite“, aber auch wegen der so erworbenen Sprachlosigkeit, gerade nicht therapeutisch behandelt.

Die Aufnahmekriterien vieler therapeutisch arbeitender Institutionen schließen Familien mit dem größten Hilfebedarf aus. Selektiv wirken schon Auswahlkriterien wie „Freiwilligkeit“, „Kommstruktur“, „Eigenmotivation für eine Therapie“ bzw. „Fähigkeit zur Selbstreflexion“. Hinzu kommt der Ausschluss besonders therapieresistenter Gruppen wie Drogenabhängiger und besonders aggressiver Jugendlicher.

Diese Kategorien dienen zur Trennung der „Spreu vom Weizen“. Die Folge ist, dass sich für randständige Jugendliche in der Regel keine Psychotherapeuten finden. Das Versorgungssystem funktioniert als ein Klassensystem.

Erzieher in der Jugendhilfe bekommen wenig Unterstützung im Hilfeprozess – trotz Rechtsanspruch im KJHG⁵ – um zusätzlich zur pädagogischen auch die oben beschriebene Psychodynamik für den Umgang im normalen Lebensfeld besser zu verstehen. Die Komplexität der Fälle und das oft kurzatmige Agieren der Politik und Fachbehörden trägt zur Zerschlagung sich entwickelnder Strukturen bei.

Die Koordination der vorhandenen institutionellen Hilfen ist aber von Fachbehörden vorzuhalten, zu organisieren und zu unterstützen, sie entsteht nicht naturwüchsig.

Derzeit ist Jugendhilfe nahezu ohne fachkundige sozialtherapeutische Unterstützung mit den psychosozial kompliziertesten Konfliktlagen auf sich gestellt, bei schlechter werdender personeller Situation.

Der Stammtisch, die Medien, die Wahlkämpfer verbreiten Parolen, als sei die Jugend- und Sozialhilfe schuldig an den sozial verursachten Problemen ihrer Klientel. Einzelfälle werden mitunter genüsslich und damit unverantwortlich dramatisiert und als Versagen der ganzen Sparte generalisiert. Wie paradox dies ist, könnte der folgende Vergleich zeigen: in Familien passieren die meisten Gewalt-

⁵ §§7ff und §§35a und 36 SGB VIII, d.h. Eingliederung seelischer Behinderung und das Hinzuziehen von Fachkräften.

delikte. Um Sicherheit zu garantieren und Gewalt zu reduzieren, müsste die konsequente Forderung lauten „Schafft doch die Familie ganz ab“. Das würde bei der Familie niemand ernsthaft wagen, der Jugendhilfe aber wird die Kompetenz abgesprochen, wenn früh verletzte Menschen nicht erreicht werden.

Dabei ist aus Untersuchungen der Bundesregierung bekannt (Thiersch et al. 1998), dass die Hilfen zur Erziehung bei 75% der Fälle zu Besserungen führen und überhaupt erst Entwicklung ermöglichen. Erfolgszahlen, die weder die Psychiatrie noch die Gefängnisse noch die GU aufweisen.

Die Hilfe und Strafsysteme

Es wurde dargestellt, dass gerade bei den am schwersten und psychosozial besonders früh verletzten jungen Menschen häufige Beziehungswechsel, mehr Repression und immer neue Gewalterfahrungen stattfinden. Siehe das einführende Fallbeispiel zu „M“.

Mehr als bei gut geförderten Mittelschichtskindern hängt von den Ersatzeltern und professionellen Bezugspersonen viel ab. Erzieher sollen eine tragfähige Beziehung anbieten, um:

- die kindliche Idealisierung und
 - die notwendige schmerzliche Entidealisierung in der Pubertät,
 - schließlich eine Ablösung und Verselbständigung
- zu ertragen und zu garantieren.

Alles dies wird unter „normalen“ Lebensbedingungen mehr schlecht als recht von Eltern geschafft. Erzieher sollen „tragfähige Persönlichkeit“, „Professionalität“, „Zeit“ für Kontinuität, absolute „Verlässlichkeit“ sowie ein hohes Maß an „Kompetenz und Fachlichkeit“ bieten, auch dann, wenn dies strukturell eher behindert als unterstützt wird. Die wichtige Beziehungsarbeit erfährt wenig Wertschätzung.

Ohne strukturelle und fachpolitische Vorgaben sowie eine bedarfsgerechte multiprofessionelle Unterstützung der professionellen Betreuer kann Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht stattfinden. Manche gescheiterte Entwicklung ist künstlich erzeugt, durch mangelhafte Kooperation (Grossmann 2002).

Rückblick: Die kurze erfolgreiche Phase der Jugendhilfe ohne Repression

Nachdem 1980 die repressiven Enden zunächst in der Jugendhilfe gekappt waren, nahmen ziemlich schnell geschlossene Maßnahmen auch in den anderen Bereichen – in Hamburg jedenfalls bis 1989 (Strafsystem und Jugendpsychiatrie) – ab. Bis es einen Politik- und teilweisen Paradigmenwechsel gab.

Reinhold Schone kommt in einem Forschungsbericht über diese Zeit zu folgenden Ergebnissen:

- Die Öffnung der geschlossenen Heime hatte weder zu vermehrtem Zugriff durch die Jugendgerichtsbarkeit noch zu mehr Aufnahmen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt. Der Verzicht auf repressive Maßnahmen in der Jugendhilfe hatte vielmehr die Abnahme von geschlossener Unterbringung und damit Repression insgesamt, in allen anderen Bereichen, zur Folge.
- Die Abschaffung der geschlossenen Unterbringung stieß auf breiten Rückhalt bei den Fachkräften beider Institutionen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.
- Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie kooperierten – zum Zeitpunkt der Befragung (1989) verglichen mit anderen Ländern – auf einem relativ hohen Niveau gegenseitiger Akzeptanz der jeweiligen Fachkompetenzen miteinander.
- Die Jugendpsychiatrischen Kliniken in Hamburg fühlten sich zu jener Zeit nicht als „Ausfallbürgen“ für unbewältigte Krisen der Heimerziehung (sie behandelten de facto auch nur 4% der Jugendlichen, die aus Heimen kommen). Das Platzangebot in den Jugendpsychiatrischen Kliniken wurde in dieser Phase von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sogar als ausreichend angesehen.
- Die Heimplätze (im staatlichen Bereich) hatten sich im Untersuchungszeitraum halbiert,
- Der Auflösung der Heimschulen folgte die Integration aller Schulpflichtigen in das Regelschulangebot, unterstützt durch schulische Erziehungshilfen.
- Die Verbesserung der materiellen Bedingungen (Budget) führte zu einer Beschäftigung von Mitarbeitern mit höherer Qualifizierung.
- Die Gestaltung des Alltags wurde für soziales Lernen genutzt, die Integrationschancen verbesserten sich dadurch.
- Beziehungsabbrüchen – soweit nicht schicksalhaft bedingt – wurde aktiv vorgebeugt, sie wurden möglichst verhindert.
- Hilfssettings sollten den Lebens- und Wohnformen anderer Menschen entsprechen. Statt der Heime gab es bald „diverse Formen“ von Lebensgemeinschaften, wie Wohngruppen, flexible Betreuung, auch erlebnispädagogische Maßnahmen, die zum ausgebauten Spektrum der Hilfen gehörten.
- Ein Jugendpsychiatrisch(er)/-psychologischer Dienst im Landesjugendamt erhielt die Aufgabe, die Jugendhilfe zu unterstützen, Konzepte zu erarbeiten sowie die Betreuer in der Jugendhilfe multiprofessionell – durch zugehende Unterstützung – zu beraten. Auch dies trug zur Verminderung von Psychiatrieeinweisungen bei.

Ergebnisse in Zahlen ausgedrückt: Von 1979 bis 1988 nahmen die Unterbringungen in Heimen in Hamburg von 2545 = 8,1% auf 1654 = 7,1% ab. Als Folge der Auflösung der geschlossenen Heime zeigte sich in nahezu allen Bereichen ein

Abbau von stationären Plätzen, insbesondere im Jugendstrafvollzug und der Jugendpsychiatrie. Die Kriminalität in dieser Zeit ist nicht nachweisbar angestiegen.

In dieser Periode von 1980 bis 1989 wurden Jugendliche zur Abwendung von U-Haft – wie andere Jugendliche auch – in öffentlicher Erziehung untergebracht. Diversionsmaßnahmen wurden von der Fachbehörde konzeptionell entwickelt. Frei werdende Gelder konnten in die Qualifizierung der Mitarbeiter der Jugendhilfe gesteckt werden (Lindenberg/Wagner 1997). Die Jugendhilfe wurde in nahezu allen angrenzenden Bereichen weiter entwickelt. Fachliches Wissen entwickelte sich durch den Umgang mit schwer integrierbaren jungen Menschen mit frühen psychosozialen Störungen.

Nachdem der Hamburger Senat beschlossen hatte, auf Repression zu verzichten, wurden bald danach auch die Abschiebungen in Einrichtungen außerhalb Hamburgs konsequent unterbunden. Lebensweltorientierung und Integration waren ein allgemeines, jugendpolitisches Ziel und wurden auch von der Kita und der Schule aufgegriffen. Alle diese Paradigmen waren – man höre und staune – erklärter politischer Wille. Eine qualifizierte Hilfe – das zeigte sich – funktioniert nur, wenn an allen Stellen Zusammenarbeit und Verbindlichkeit stattfindet. Das erfordert einen permanenten Fachdiskurs.

Für die benötigte kontinuierliche Hilfe wurde eine sinnvolle Versorgungsstruktur geschaffen, bei der eine enge Kooperation mit anderen Fachgebieten selbstverständlich wurde. Vor allem dies trug zur Qualifizierung aller Fachleute im Hilfesystem bei.

Die Unterwanderung fachlich noch geltender Leitlinien seit 1990 in Hamburg

Obwohl die ab 1980 vom Hamburger Senat beschlossene Erziehung ohne Zwang (Schone 1991) über die Jahre 1979 bis 1989 erfolgreich war, Kooperation und Integrationskonzepte auf andere Bereiche ausstrahlten, hat man diese schon seit 1990 schleichend aufgegeben. Lindenberg (1997; vgl. auch Lindenberg/Wagner 1997) untersuchte im Auftrag des Amtes für Jugend die Gründe, weshalb z.B. Auswärtsunterbringungen, d.h. wohnortferne Unterbringung, zunahmen. Es zeigte sich, dass die Leitsätze (regionale Betreuung u.a.) sich offiziell nicht verändert hatten, sie wurden aber unterlaufen. Auswärtsunterbringen, auch häufiges Abschieben, zum angeblichen Wohle des Kindes, waren wieder an der Tagesordnung.

Zwischen 1990 und 2000 stiegen die Kosten des Jugendhilfeeats von 123,3 Millionen DM (1991) auf 228,3 Millionen DM (1999) schnell an; der Jugendhilfeeat hat sich in dieser Zeit also fast verdoppelt. Zu beobachten ist in dieser Phase ein

Anstieg der Fallzahlen in der Jugendhilfe im Bereich der stationären Aufnahmen: im Jahr 2000 wurden 1882 Jugendliche stationär untergebracht, 1988 waren es nur 1664 gewesen. Die Unterbringungen bei auswärtigen Trägern sind von 120 (1990) auf 568 Fälle (2000) angewachsen (FHH 2000b). In Prozentzahlen ausgedrückt: 1991 wurden 7,2%, im Jahr 2000 30,2% der stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen bei auswärtigen Trägern untergebracht! 30% Kinder und Jugendliche aus den HzE kehren später nach Hamburg zurück, z.T. völlig enturzelt, sie landen schnell auf dem Kiez, da sie keinerlei soziales Netz mehr haben. Bei einer konsequenten wohnortnahen Betreuung bleiben soziale Netze eher bestehen.

Fazit: Schöne Untersuchung zeigt bis 1989, wie die damaligen politischen und fachlichen Paradigmen, dazu gehörten u.a. die konsequente Regionalisierung (Milieunähe) und Repressionsfreiheit auch auf andere Bereiche erweitert wurden. Vor allem die regionale Struktur trug zu gemeinsamer Verantwortung, zu Verbindlichkeit und überinstitutioneller Zusammenarbeit aller Fachkräfte bei.

Diese strukturellen wie auch die fachpolitischen Vorgaben, vor allem die gemeinsame Fachdebatte, bewirkten, dass die Fallzahlen sowohl in den stationären wie auch in den repressiven Bereichen zurückgingen. Neben der sich entwickelnden fachlichen Kompetenz kam es zu größerer Kontinuität und der Einbeziehung der Eltern in die Hilfen, so dass sogar die Kosten gesenkt werden konnten. Die ab 1990/91 einsetzende Erziehung unter lebensortfernen, abschiebenden – und auch wieder repressiven – Bedingungen waren der Sündenfall. Sie waren darüber hinaus sehr teuer:

Oft mehr als 30% der Kinder in den HzE oder auch Jugendpsychiatrien sind seit 1990 ständig wohnortfern untergebracht. Werden die regionalen Kooperationsstrukturen und fachlichen Leitsätze nicht (politisch) unterstützt, verkümmert vor Ort die fachliche Kompetenz im Umgang mit schwierigen Kindern. Der Fall ist erstmal vom Tisch. Die Medien geben wieder Ruhe (erinnert sei an die Debatte um die Crash-Kinder). Politiker atmen auf. Am Ende erfolgt dann jeweils der hilflose Ruf nach geschlossener Unterbringung, wenn die entwurzelten Rückkehrer auf dem Kiez delinquent werden.

Zusammenfassung: Art und Ziele der Hilfen

An den Folgen früher sozialer und seelischer Verletzungen tragen viele Kinder und Jugendliche, die aus der Ursprungs-Familie heraus müssen. Sie stammen häufiger aus unterprivilegierten Familien. Bestimmend ist in ihrem Leben der frühe Verlust oder Wechsel von Bezugspersonen, ein unkoordiniertes Versorgungs-

system. Auch die Pisa-Studie hat gezeigt, dass Deutschland das Schlusslicht in der Integration der sozial Schwächsten ist.

Während einige Jugendliche sich innerlich zurückziehen, suchen andere in Rebellion und in Peer-Gruppen gemeinsam Stärke und Familienersatz. Die Verletzungen der frühen Kindheit hinterlassen Spuren: seelische Narben. Die Gefahr, durch störendes Verhalten als kriminell eingestuft und bestraft zu werden, ist also für den Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien größer (vgl. Hartmann 1996). Die Chance, eine ambulante, qualifizierte Psychotherapie zu bekommen, ist gleich Null. Zum Verständnis wurde hier (siehe oben) ein Konzept von Vaillant beschrieben, das schwieriges Verhalten analysiert.

In gelungenen familiären Bindungen und Entwicklungen bestimmt ein Heranwachsender den Zeitpunkt seiner Ablösung und sucht sich allmählich einen Lebensort und Menschen, die er braucht. Die Trennung ist nicht endgültig. Gute Pädagogen verhalten sich – wenn sie können – wie Familienangehörige „zum Wohle der jungen Menschen“. Die juristische Altersgrenze ist nicht geeignet, den Zeitpunkt festzulegen, wann jemand allein fertig werden kann und muss. Erzwungene Beziehungsabbrüche aber aktualisieren ggf. immer wieder alte Verletzungen

Die Zerstörung und Aneignung von „Heiligtümern“ und „Sexsymbolen“ hat in der Regel „symbolischen“ Charakter. Jugendliche stehlen und zerstören nicht irgendetwas, sondern die emotional und sozial hoch besetzten Fetische der Erwachsenen, z.B. Autos, Klamotten, Markenartikel.

Während die Notrufe von Kindern aus bürgerlichen Familien eher durch „Symptome“ auffallen – wie Depressionen, Magersucht, Zwänge, Leistungsstörungen und Ängste –, diese i.d.R. sogar (therapeutische) Hilfe finden, neigen Jugendliche aus Randgruppen häufiger zu fremd- und selbstzerstörenden Verhaltensmustern. Das drücken sie z.B. in Sucht, Drogen, Alkohol, Ausagieren, aggressiven Gewalttätigkeiten, Krisen, Prostitution, sich Schneiden, Suizid- oder Parasuizidhandlungen, Autorasen und/oder Vandalismus, zuletzt mit delinquenten Handlungen aus. Die Ursachen für Rebellion zu verstehen, heißt nicht, sie zu billigen, das wird zu oft verwechselt. Ohne gezielte biographische Ursachenanalyse gibt es falsche Antworten und ebenso falsche Hilfsangebote. Dann ist das Weiterschieben logische Konsequenz. Abgeschoben wird überall dort, wo es erlaubt ist⁶. Das Abschieben trägt dann zum Verlust der Fachkompetenz bei.

⁶ Hamburg hatte in der letzten Koalitionsvereinbarung 1997-2001 den Passus, dass z.B. die psychisch kranken Menschen einschließlich der Alten nicht aus der Psychiatrie über die Hamburger Grenzen verschoben werden durften. Das wurde regelmäßig überprüft. Siehe Protokolle der Aufsichtskommission. Das galt bedauerlicherweise nicht für die Jugendhilfe.

Die Bedürfnisse früh verletzter und verlassener jungen Menschen sollten deshalb im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Die Frage, wie Kontinuität in den Beziehungen und am Lebensort hergestellt und erhalten werden kann, ist dann ein wichtiges, primäres fachliches Kriterium für den Hilfeplan, gültig für alle Fachkräfte einschließlich der Schulen und der Jugendämter. Die soziale Benachteiligung auszugleichen, auch Jungerwachsenen zu Autonomie zu verhelfen und ihnen bei der Verarbeitung seelischer und sozialer Konflikte behilflich zu sein, ist Aufgabe und Auftrag der Jugendhilfe. Dies verpflichtet die Jugendhilfe, alle jungen Menschen zu fördern, unabhängig davon, ob sie behindert, arm oder ausländisch sind. Die Jugendhilfe und die Jugendbewährungshilfe sollen soziale Problemlagen entschärfen, sollen helfen (Hilfen zur Erziehung), Entwicklung nachzuholen.

Strukturelle Vorgaben in der Versorgung, kommuniziertes Fachwissen, strukturell verankerte, obligatorische Kooperation, gemeinsame Versorgungsverantwortung der Fachleute in der Sozialregion für alle Gruppen sind dafür unerlässlich. Hier ist Fachpolitik gefragt.

Ein regelmäßiger Fachaustausch ist Grundbedingung für Fach-Kompetenz. Erfahrungswissen entsteht auf diese Weise.

Kinder aus benachteiligten Familien werden bei gleichen Delikten härter bestraft (Hartmann 1996), dadurch stärker ausgegrenzt; elitäre therapeutische Einrichtungen dagegen suchen sich ihr Klientel aus (Köttgen 1998c).

Leitsätze für die Strukturen zur Eingliederung verletzter junger Menschen

Für die Bearbeitung und Klärung von Trennungen, bei Konflikten, in Krisen und bei Beziehungsproblemen ist die Ursprungsfamilie und das vorhandene soziale Umfeld einzubeziehen.

Für die Einrichtungen gilt als unverzichtbares Paradigma dann:

- Hilfesysteme regionalisieren,
- zur Kooperation und Versorgung verpflichten,
- auf Repression verzichten,
- Betreuungs-Kontinuität herstellen, auch bei Ersatzeltern,
- schulische und berufliche Förderung gewährleisten;
- gemeinsame Versorgungsverpflichtung,

und je nach Bedarf im Einzelfall:

- Begleitung bis zur Verselbständigung mit Übergang in eine Betreuung,
- die äußere Umwelt stabilisieren, einen stabilen Ort zum Leben schaffen,
- die innere Umwelt allmählich verändern helfen,

- die Gegenübertragung (siehe Vaillant) zwischen Betreuer und Betreutem verstehen und zu verändern versuchen,
- „Bemutterung“, zu enge Grenzen und zu dynamische Therapie ggf. vermeiden (siehe oben),
- Unterstützung bei der Beziehungsfindung und auch Ablösung von Betreuern sowie Eltern durch kompetente Fachdienste, die das System der Jugendhilfe kennen müssen,
- Langer Atem: Zeit für Entwicklung lassen,
- Gestaltung der Freizeit und der sozialen Beziehungen im Umfeld,
- in Krisen Anbindung an ambulante Hilfen/Therapeuten vor Ort, Fachleute durch Verpflichtung zur Zusammenarbeit in ihrer Kompetenz fördern,
- klinische stationäre Hilfen nur wenn nötig und so kurz wie möglich, lebensfeldorientierte Weiterbetreuung im Rahmen der Jugendhilfe,
- Abschiebungen, Verlegungen, Auswärtsunterbringungen verhindern (Gefahr der Beziehungsabbrüche, Entwurzelung, Demotivierung),
- Regelmäßige, engmaschige Supervision für die Betreuer (Bearbeitung und Verstehen der Mechanismen, Entflechtung der übertragenen Gefühle, Einbeziehung der Biographie),
- Elternarbeit: Beratung, Versöhnung, Akzeptanz (trotz und gerade wegen der Fehler und Besonderheiten) der Eltern,
- Koordinierung der zugehenden Hilfen, Umbau der vorhandenen statt Ausbau immer neuer Spezialdienste.

Literatur

- Blandow, J. (1987). Lebensfeldwechsel als sozialpädagogisches Problem. In DPWV (Hrsg.) (1988), *Verschiebebahnhof Jugendhilfe? Tagungsdokumentation*, Essen.
- Ciampi, L. (1981). Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. *Nervenarzt* 52, 506-515.
- Ciampi, L. (1994). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich*. Neuaufl. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Dörner, K. (1981). *Diagnosen in der Psychiatrie*. 2. Aufl. Frankfurt: Campus.
- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt: Fischer.
- DPWV (Der Paritätische Wohlfahrtsverband) (Hrsg.) (1988). *Verschiebebahnhof Jugendhilfe? Tagungsdokumentation*. Essen.
- FHH Enquete-Kommission (2000a). *Jugendkriminalität und ihre gesellschaftlichen Ursachen*. Drs. 16/4000. Hamburg.
- FHH Enquete-Kommission (2000b). *Fach- und Ressourcensteuerung bei den Hilfen zur Erziehung*. Drs. 16/4918. Hamburg.

- Franken S. (1998). Ein Ort zum Leben nach Krisen. In C. Köttgen (Hrsg.), *Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Freigang, W. (1986). *Verlegen und Abschieben. Zur Erziehungspraxis im Heim*. Weinheim/Basel: Juventa.
- Grossmann, C. (2002). *Modellprojekt „Pilot“. Eine explorative Studie im Sozialraum zum Phänomen der Kinderdelinquenz. Abschlussbericht*. Studie im Auftrag der Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (BSJB). Hamburg.
- Hartmann, S (1996). Jugendgerichtshilfe und Jugendstrafverfahren bei Ladendiebstahl. *Sozialmagazin* 21(2), 42-48.
- Henkel, J., Schnappka, M. & Schrapper, C. (Hrsg.) (2002). *Was tun mit schwierigen Kindern?* Münster: Votum.
- Hüther, G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Kilb, R. (2002). Jugendkriminalität und sozialer Raum. *Sozialmagazin* 27, 42-49.
- Köttgen, C. (1998a). *Gewalt in sozial benachteiligten Familien*. Vortrag anlässlich einer Tagung der HAG 1998.
- Köttgen, C. (1998b). Lars oder wie man ein perfekter Psychiatriepatient wird. In C. Köttgen (Hrsg.), *Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Köttgen, C. (Hrsg.) (1998c). *Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Köttgen, C. (1999a). *Im Labyrinth der Spezialisten. Sexuell aggressive Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Vortrag anlässlich eines Fachkongresses der Kinderschutz-Zentren im September 1999 in Hamburg.
- Köttgen, C. (1999b). Pro und Contra Diagnostik – aus Sicht einer Kinder- und Jugendpsychiaterin im Feld der Jugendhilfe. In F. Peters (Hrsg.), *Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung* (S. 253ff.), Frankfurt: IGfH.
- Köttgen, C. (2002). Wegsperrn hilft nicht. In A. Trojahn & A. Döhner (Hrsg.), *Gesellschaft, Gesundheit und Medizin* (S. 352-363), Frankfurt: Mabuse.
- Lindenberg, M. (1997). *Bezirkweise Entwicklung der Hilfen zur Erziehung*. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (BSJB).
- Lindenberg, M. & Wagner, H.-A. (1997). *Diskussionspapier und Materialien zum Anstieg mi-lieuferner Unterbringungen nach § 34 KJHG*. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung.
- Löhr, H.E. (1997). Kriminologisch-rationaler Umgang mit Jugendlichen Mehrfachtätern. *Zeitschrift für Rechtspolitik* 30 (7), 280-286.
- Mahler M. (1992). *Studien über die drei ersten Jahre*. Frankfurt: Fischer.
- Peters, F. (Hrsg.) (1999). *Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung*. Frankfurt: IGfH.

- Pfeiffer, C & Wetzels, P. (1998). *Sieben Thesen zur Jugendgewalt*. Vortrag beim 24. Deutschen Jugendgerichtstag in der Behörde für Schule, Jugend, und Berufsbildung (BSJB) Hamburg am 30.09.1998.
- Schone, R. (Hrsg.) (1991). „Grenzfälle“ zwischen Heimen und Psychiatrie. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung.
- Schrappner, C. (Hrsg.) (1994). Der Hilfeplanungsprozess – Grundsätze, Arbeitsformen, und methodische Umsetzung. *ISA-Dokumentation 1994*.
- Spitz, R. (1968): Die anaklitische Depression. In G. Bittner & E. Schmid-Cords (Hrsg.), *Erziehung in früher Kindheit* (S. 104-135), München: Piper.
- Thiersch, H., Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A.D. (Hrsg.) (1998). *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt Jule*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. 170.)
- Uhlendorff, U. (1999). Sozialpädagogisch-hermeneutisches Fallverstehen. In F. Peters (Hrsg.), *Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung*, Frankfurt: IGfH.
- Vaillant, G. E. (1992). The Beginning of Wisdom is Never Calling a Patient a Borderline. *Journal of Psychotherapy practice and Research* 1, 117-134.
- Villmow, B. & Robertz, F. (2004). *Untersuchungshaftvermeidung bei Jugendlichen. Hamburger Konzepte und Erfahrungen*. Münster: Lit-Verlag. (Hamburger Studien zur Kriminologie und Kriminalpolitik. 33.).
- Wetzels, P. (2003). *Einfluß und Rahmenbedingungen von Jugenddelinquenz*. Vortrag bei einer Veranstaltung der SPD im Rathaus Altona in Hamburg am 15.02.2003 zum Thema: Früh – schnell – konsequent. Jugendkriminalität wirksam entgegentreten.
- Winnicott, D.W. (1985). Die Psychotherapie der Charakterstörungen. In Winnicott, D.W., *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, Frankfurt: Fischer.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
BAGLJÄ	Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BGB	Bundesgesetzbuch
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
GU	Geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen
HW	HauswirtschafterIn
HzE	Hilfen zur Erziehung
i.d.R.	in der Regel
ICD	International Classification of Diseases
IGfH	Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
m.E.	meines Erachtens
MCDD	Multiple Complex Developmental Disorder
o.g.	oben genannte/s/r/n
PFH	Pestalozzi-Fröbel-Haus
PsychKG	Psychiatrisches Krankengesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post-Traumatic-Stress-Disorder
resp.	respektive
s.o.	siehe oben
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	so genannte/r/s/n
SoJuS	Sozial- und psychotherapeutischen Wohngruppen für Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtproblemen und psychischer Erkrankung
TWG	Therapeutische Wohngemeinschaft
u.Ä.	und Ähnliches
u.a.	unter anderem
u.E.	unseres Erachtens

u.U.	unter Umständen
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
VK	Vollkraft
vs.	versus
WG	Wohngemeinschaft
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

Biographische Angaben zu den AutorInnen

Brönstrup, Anke: tätig in der Therapeutischen Wohngruppe des ajb

Düll-Esse, Ursula: Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, systemische Familientherapeutin (SG), freiberufliche Dozentin, tätig in der Therapeutischen Wohngruppe Zwischenbahnhof, CJD-Berlin

Gahleitner, Dr. phil., Silke Birgitta: Sozialpädagogin, Promotion in Klinischer Psychologie, Psychotherapeutin (A), tätig in der Therapeutischen Wohngemeinschaft ‚Myrrha‘ des EJF sowie als Dozentin und in freier Praxis

Gerstenberger, Josef: Diplom-Sozpädagoge, Betreuer und Koordinator Therapeutischen Wohngemeinschaft Koralle (TWG Johannisstraße)

Häfele, Dr. med., Günter: Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, seit 1981 Leiter der Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie beim Gesundheitsamt Reinickendorf von Berlin, seit 2001 Leiter des Leistungs- und Verantwortungszentrum (LuV)Gesundheit beim Bezirksamt Reinickendorf, Dozent an mehreren Ausbildungsstätten

Hestermeyer, Barbara: Diplom-Psychologin, Psychoanalytikerin (DGP), Familientherapeutin, tätig in der Therapeutischen Wohngruppe beim Steg

Köttgen, Dr. med., Charlotte: Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie/psychotherapie, Vorsitzende des Ausschusses ‚Kinder und Jugend‘ der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), langjährige Tätigkeit im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Hamburg, Autorin zahlreicher Publikationen zum Thema Jugendhilfe und Psychiatrie

Lägel, Saskia: Diplom Psychologin, systemische Therapeutin (SG), EMDR – Therapeutin, tätig in der Therapeutischen Wohngruppe beim Steg

Lindauer, Ursula: Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, tätig in der Therapeutischen Wohngruppe bei Gemini und in freier Praxis

Lopes, Ana: Erzieherin, Betreuerin in der Koralle (TWG Johannisstraße)

Meybohm, Ute: 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.

Mudersbach, Antje: Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, tätig in der Therapeutischen Wohngemeinschaft Wuhletal

Ossola, Elena: Pädagogin, Ergotherapeutin, Integrative Psychotherapeutin und Gestalttherapeutin (FPI) sowie Diplom-Supervisorin; langjährige pädagogische und (ergo)therapeutische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen und in der Psychiatrie, Supervision in eigener Praxis; tätig als Kreativtherapeutin in der Therapeutischen Wohngruppe Myrrha des EJF

Pillen, Gerd: Diplom-Pädagoge, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Gestalttherapeut, Projektleiter der Therapeutischen Wohngemeinschaft Sojus bei Prowo (siehe Anlage)

Rätz-Heinisch, Prof. Dr. Regina: promovierte Sozialarbeiterin/-pädagogin, Hochschullehrerin an der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin im Bereich Kinder- und Jugendhilfe, Mitglied im Redaktionsbeirat der Fachzeitschrift ‚Sozialextra‘.

Reuter, Agnes: Diplom-Sonderpädagogin, stellvertretende Gesamtleiterin des EJF Kinder- und Jugendhilfeverbund-Süd, Fachleiterin der Therapeutischen Wohngruppen Myrrha und MALE des EJF

Rosemeier, Claus-Peter: Diplom-Psychologe, Familientherapeut, fachlicher Leiter der Therapeutischen Wohngruppe Koralle im Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin

Scheel, Victor: Diplom- Sozpädagoge, Betreuer und Koordinator der therapeutischen Wohngruppe Koralle (TWG Tucholskystraße)

Schilling, Werner: tätig in der Therapeutischen Wohngruppe des ajb

Schmude, Michael: Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Mitglied des Vorstands der Psychotherapeutenkammer Berlin, fachliche Leitung der Therapeutischen Wohngruppen Gemini

Seckinger, Dr. phil., Mike: Diplom-Psychologe, wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugend Institut (DJI), Arbeitsschwerpunkte: Jugendhilfe, Kooperationsbeziehungen, Partizipation von Adressaten, Gemeindepsychologie.

Streeck-Fischer, Dr. med., Annette: Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Chefärztin der Abteilung für Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen im NLKH Tiefenbrunn, Psychoanalytikerin und Lehranalytikerin, zahlreiche Publikationen im Bereich Psychotraumatologie