

Jugendliche in Therapeutischen Jugendwohngruppen (TWGs) haben zumeist lange ‚Karrieren‘ negativer Lebensereignisse durchlaufen und leiden unter manifesten, in der Regel lebensgeschichtlich bedingten Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychiatrischen Störungen. Sie brauchen eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe und haben nach § 27 in Verbindung mit 34 oder 35a SGB VIII einen gesetzlichen Anspruch darauf.

Mit ihrem Konzept des „Therapeutischen Milieus“ machen die Therapeutischen Wohngruppen den Jugendlichen und ihren Eltern das Angebot, auf der Beziehungs- und der sozialen Ebene neue hilfreiche Erfahrungen zu machen. Sie stellen Strukturen, pädagogische/therapeutische Beziehungen und Auseinandersetzungsmöglichkeiten zur Verfügung, um für die sehr unterschiedlichen Schwierigkeiten und Konfliktsituationen konstruktive Lösungswege zu erarbeiten. Auf diesem Boden werden den Jugendlichen Chancen zur Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse eröffnet und neue Formen der Alltagsbewältigung ermöglicht.

An der Gestaltung dieses therapeutischen Milieus –im gemeinsamen Kontext von pädagogischem Handeln (Halt gebenden Strukturen und Regeln) und psychotherapeutischem Verständnis (Kenntnis über die Dynamik von Krankheitsbildern und Beziehungsmustern) sind alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams beteiligt

12,80 EUR (D)  
ISBN: 978-3-925399-15-2

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

BAND II

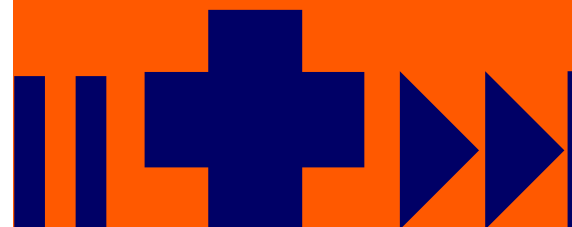
Das Therapeutische Milieu

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

# Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe

## BAND II

### Beziehungsangebote Diagnostik Interventionen



Verlag allgemeine jugendberatung



GEMINI



# Inhalt

Einleitung .....	7
------------------	---

## I ERZIEHUNG – BEHANDLUNG – BEZIEHUNG

<i>Thomas Girth</i> Diagnostiziert! Und nun? Zur Bedeutung von Diagnosen für Jugendliche und Mitarbeiter in den therapeutischen Jugendwohngruppen .....	16
<i>Oliver Bilke</i> Entwicklungspsychiatrische und psychodynamische Diagnostik als Grundlage nachhaltiger Intervention bei Kindern und Jugendlichen .....	25
<i>Helmut Pauls</i> Was ist der Fall und was ist zu tun? – Was macht psycho-soziale Diagnostik Klinischer Sozialarbeit neben der psychologischen und der psychiatrischen Diagnostik aus? .....	32
<i>Silke Birgitta Gahleitner &amp; Klaus Rajes</i> Psychosoziale Diagnostik im TWG-Bereich – Von der Theorie zur Praxis .....	47
<i>Per Wolfrum</i> Übergänge gestalten – Diagnosen im Aufnahmeprozess einer Familientherapeutischen Wohngruppe .....	63
<i>Ute Meybohm &amp; Salomea</i> Comics, ein psychoedukatives Gruppenangebot für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen .....	69
<i>Andrée Egel &amp; Annett Strutzke:</i> Haltgebende Strukturen gegen das innere Chaos – Theorie und Praxis des therapeutischen Milieus .....	85
<i>Thomas Otto</i> Störungsbild und Familienarbeit .....	98

## II Fall – Prozess – Methode

<i>Claus-Peter Rosemeier</i> Wie repariert man einen Rasenmäher? – Interventionsstrategien in therapeutischen Wohngruppen .....	108
<i>Roland Schleiffer</i> Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für Pädagogik und Therapie .....	116
<i>Silke Birgitta Gahleitner</i> ,Emotional korrigierende Erfahrungen‘ als Kernkonzept des ,therapeutischen Milieus‘ in TWGs .....	136
<i>Jutta Czapski &amp; Janice Bridger</i> „Kunst ist Therapie“ (J. Beuys) – Kunsttherapie in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen .....	150
<i>Heike Funk &amp; Wolfgang Merda</i> Gewalt und Aggressionen bei Jugendlichen in TWGs .....	162
<i>Andrée Egel &amp; Claus-Peter Rosemeier:</i> Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen .....	180
<i>Jutta Bartl, Bernd Gundacker &amp; Ute Meybohm</i> Kriseninterventionsstrategien in Therapeutischen Jugendwohngruppen ....	192
<i>Regina Nürnberg &amp; Per Wolfrum</i> Elterliche Präsenz: Gemeinsames Lernen von Pädagogen, Therapeuten und Eltern – ein Abenteuer zwischen Begeisterung und Ernüchterung .....	205
<i>Anneliese Leiner &amp; Ulrich Ehlert</i> Mut zum Ausstieg aus dem Teufelskreis: Umgang mit chronifizierter Angst und Verweigerungshaltung auf der Familienfarm Lübars .....	212
<b>Anhang</b>	
Biografien .....	224
Flyer des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin ..	228

## Einleitung

Jugendliche in Therapeutischen Jugendwohngruppen (TWGs) haben zumeist lange ‚Karrieren‘ negativer Lebensereignisse durchlaufen und leiden unter manifesten, in der Regel lebensgeschichtlich bedingten Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychiatrischen Störungen. Sie brauchen eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe und haben nach §§ 27 in Verbindung mit 34 oder 35a SGB VIII einen gesetzlichen Anspruch darauf. Das Konzept Therapeutischer Wohngruppen versucht, die vorhandenen Schwierigkeiten und Konfliktsituationen zu erarbeiten und den Jugendlichen und ihren Eltern Angebote zu machen, Alternativerfahren auf der Beziehungsebene und der sozialen Ebene bereitzustellen. Auf diesem Boden sollen in der Adoleszenz mit pädagogisch-therapeutischer Unterstützung eine Chance zur Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse angeboten und neue Formen der Alltagsbewältigung ermöglicht werden. An der Gestaltung dieses therapeutischen Milieus – im gemeinsamen Kontext von pädagogischem Handeln (Halt gebenden Strukturen und Regeln) und psychotherapeutischem Verständnis (Kenntnis über die Dynamik von Krankheitsbildern und Beziehungsmustern) sind alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams beteiligt (vgl. Band1 ‚Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe‘).

Seit 1999 haben sich die therapeutischen Wohngruppen in Berlin zu einem ‚Arbeitskreis therapeutischer Jugendwohngruppen Berlin‘ (AK TWG) zusammengeschlossen, um die fachliche Arbeit der unterschiedlichen Einrichtungen zu bündeln und interne Qualitätsentwicklungsprozesse voranzutreiben. Die Fachtagungen des Arbeitskreises haben inzwischen Tradition. Vor sechs Jahren, 2002 und zwei Jahre später, 2004, fanden die ersten beiden Fachtagungen statt. Unter dem Titel ‚Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe – Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin‘ erschien 2005 der oben genannte erste Band, der die Ergebnisse der ersten Tagungen zusammenfasste.

Angeregt durch die große Resonanz und Nachfrage aus der Fachöffentlichkeit von Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veranstaltete der Arbeitskreis im Oktober 2005 unter der Leitidee ‚Erziehung – Behandlung – Beziehung – Jugendliche im Spannungsfeld psychosozialer und psychiatrischer Diagnostik‘ die 3. und im Herbst 2007 mit dem Titel ‚Fall – Prozess – Methode – Interventionsstrategien im Beziehungsalltag der Therapeutischen Jugendwohngruppen‘ die 4. Fachtagung, deren zentrale Beiträge in diesem nun vorliegenden 2. Band veröffentlicht werden. Die zwei Teile des Bandes, die nach den

Tagungen gegliedert sind, werden jeweils durch ein einführendes Impulsreferat eröffnet, in dem der Rahmen der betreffenden Tagung abgesteckt und die Vorträge und Workshopthemen eingeordnet werden. Es folgen jeweils die beiden Hauptvorträge. Anschließend werden in unterschiedlich intensiv theoretisch durchgearbeiteten Praxisbeiträgen konkrete Problematiken bzw. Konzepte oder methodische Instrumente aus dem Arbeitsalltag der Therapeutischen Wohngruppen dargestellt und erläutert.

In seiner Einführung zu Teil I des Tagungsbandes thematisiert *Thomas Girnth* unter dem Titel ‚Diagnostiziert! Und nun? Zur Bedeutung von Diagnosen für Jugendliche und Mitarbeiter in den therapeutischen Jugendwohngruppen‘ die Bedeutung psychosozialer und medizinischer Diagnosen für jungen Menschen, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden. Er beschäftigt sich mit den Erwartungshaltungen der Menschen, die Diagnosen stellen, den Erwartungshaltungen der Betroffenen und dem daraus resultierenden Spannungsfeld. Sein Plädoyer geht in Richtung einer systematischen und dauerhaften Auseinandersetzung mit der Frage von Diagnosen und den damit verbundenen Erwartungshaltungen während des gesamten pädagogisch-therapeutischen Prozesses in den therapeutischen Jugendwohngruppen.

*Oliver Bilke* gibt in seinem Beitrag ‚Entwicklungspsychiatrische und psychodynamische Diagnostik als Grundlage nachhaltiger Intervention bei Kindern und Jugendlichen‘ einen Überblick über die Vielzahl von Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen, die neben familiären Problemen auch individuelle Auffälligkeiten, soziale Störungen und neurobiologisch zu erklärende Schwierigkeiten beinhalten. Sie erfordern seiner Ansicht nach eine multidisziplinäre und sorgfältige Mehrebenen diagnostik. Neben der internationalen Klassifikation der Krankheiten bzw. der Funktionseinschränkungen (ICD-10 und ICF) eignet sich für Therapieplanungen hier insbesondere die psychodynamisch ausgerichtete OPD-KJ. Im Kontext einer von der Jugendhilfe gestalteten therapeutischen Wohn- und Lebensumgebung kommt einer regelmäßigen multiaxialen Diagnostik zusätzliche Bedeutung für die Evaluation und die Prozessdokumentation zu. Hierfür wird von ihm ein abgestimmtes Vorgehen von unterschiedlichen Berufsgruppen angeraten, um die komplexen Lebens- und Erlebenswelten von Kindern und Jugendlichen und deren Veränderungen adäquat abzubilden.

Von einer anderen, psychosozialen Perspektive aus thematisiert *Helmut Pauls* in seinem Beitrag ‚Was ist der Fall, und was ist zu tun? – Was macht psycho-soziale Diagnostik Klinischer Sozialarbeit neben der psychologischen und der psychiatrischen Diagnostik aus?‘ die psycho-soziale Diagnostik im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit. Er schildert sie als eine notwendige Weiterentwicklung zur ganzheitlichen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Familien in Multiproblemsituationen und mit oftmals sehr schwerwiegenden psychischen Störungen. Ausgehend von einer allgemeinen Begründung und Einordnung der Klinischen Sozialarbeit als eine wichtige Spezialisierungstendenz der Sozialen Arbeit werden theoretische Zusammenhänge und Modell-

entwürfe der klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik vorgestellt. Konkrete Vorgehensweisen und Möglichkeiten der praktischen Durchführung werden beispielhaft angesprochen. Stellungnahmen zu kritischen Fragen zu Funktion und Herausforderungen klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik im interdisziplinären Kontext der TWG-Arbeit als Antwort auf den einführenden Beitrag von Thomas Girnth schließen den Beitrag ab.

Anknüpfend an den Beitrag von Helmut Pauls explizieren *Silke Birgitta Gahleitner und Klaus Rajes* in ihrem Beitrag ‚Psychosoziale Diagnostik im TWG-Bereich – Von der Theorie zur Praxis‘ die Umsetzung psycho-sozialer Diagnostik in die Praxis der TWG-Arbeit. Für die Erarbeitung der nach dem Konzept Therapeutischer Wohngruppen grundlegenden Beziehungsgestaltung und einer indikationspezifischen und situationsadäquaten Jugendhilfeplanung ist eine bio-psycho-soziale, mehrdimensionale Diagnostik hilfreich, wie sie seit Beginn der sozialen Arbeit von Alice Salomon in ihren Schrift zur Sozialen Diagnose vorgeschlagen wurde und seit einigen Jahren in der Klinischen Sozialarbeit entsprechend den aktuellen Verhältnissen ausgearbeitet und expliziert wird. Der Artikel schildert das Vorgehen an einem ganz konkreten Fall aus der Praxis einer Einrichtung und gibt einen anschaulichen Einblick in die diagnostische Arbeit vor Ort.

*Per Wolfrum* widmet sich in seinem Beitrag ‚Übergänge gestalten – Diagnosen im Aufnahmeprozess einer Familientherapeutischen Wohngruppe‘ der Frage nach den Unterschieden zwischen psychiatrischer Diagnostik und relationaler Familiendiagnostik. In der illustrierenden Falldarstellung wird diskutiert, wie beide Ansätze und ihre Unterschiede zur Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Jugendlichen, ihrer Familien und der Helfer genutzt werden können. Der Beitrag soll Anregungen geben für einen Diskurs von Erfahrungen bezüglich der Gestaltung von Übergängen in der stationären Jugendhilfe.

Den Einsatz kreativer Medien im Alltag der Arbeit mit Jugendlichen beschreiben *Ute Meybohm* und *Salomea* in ihrem illustrativen Beitrag ‚Comics, ein psychoedukatives Gruppenangebot für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen‘. Selma und Max sind die Hauptpersonen im Comic-Heft ‚Verrückt und dann... ?‘ der ajb gmbh und führen durch das psychoedukative Gruppenangebot der TWG. Die Erzählung reiht sich in die Tradition der ‚Jugendcomics‘ ein und versucht, ein individuelles Bild psychischer Erkrankung abseits spektakulärer Klischees zu zeichnen. Die psychoedukative Comicgruppe nutzt das Comic-Heft und bearbeitet die Themenschwerpunkte Pubertät und Erwachsenwerden, Krise und Krankheit und Wege in die Selbstständigkeit. Die Comics werden im Gruppenprozess als therapeutische Ausdruckform und als psychoedukatives Angebot eingesetzt. Die Identifikation mit den Comicfiguren soll den Gruppenteilnehmern helfen, ihre Erkrankung zu enttabuisieren, ihre Symptome zu erkennen und nach eigenen Hilfesystemen zu suchen.

Der Beziehungsgestaltung selbst widmen sich *Andrée Egel* und *Annett Strutzke* unter dem Titel ‚Haltgebende Strukturen gegen das innere Chaos –

Theorie und Praxis des therapeutischen Milieus'. In Therapeutischen Jugendwohngruppen werden Jugendliche betreut, denen äußere haltgebende Strukturen, in denen Adoleszenzentwicklung auf konstruktive Weise möglich ist, verloren gegangen sind und deren innere psychische Strukturen keine angemessene Bewältigung von Alltagsanforderungen und Entwicklungsaufgaben ermöglichen. Pädagogisch/therapeutische Aufgabe ist also, den Rahmen wieder herzustellen und Bedingungen zu schaffen, in denen Entwicklung, Organisation und Nachreifung psychischer Strukturen möglich wird. Aus der Perspektive einer therapeutischen Wohngruppe wird dargestellt, aus welchen entwicklungspsychologischen und systemischen Grundüberlegungen ‚Struktur‘ als Merkmal des therapeutischen Milieus abgeleitet wird und wie dieses Strukturkonzept im Alltag praktisch umgesetzt wird.

Im abschließenden Beitrag des ersten Teils schildert *Thomas Otto* unter dem Titel ‚Störungsbild und Familienarbeit‘ die Arbeit mit Familien. Aktuell gibt es zahlreiche störungsspezifische Modelle der Familienarbeit. Die Eltern-Kind-Beziehung gilt als ein wesentlicher Faktor bei der Krankheitsentstehung. Eindeutige empirische Belege für spezifische Familienbeziehungen bei psychiatrischen Diagnosen gibt es jedoch nicht. Ein Grund dafür kann in der unterschiedlichen Perspektive der psychiatrischen Diagnostik und der Familiendiagnostik liegen. Doch treten bestimmte Familienmuster bei bestimmten Erkrankungen häufiger auf als bei anderen – dies gilt es familientherapeutisch zu nutzen. Am Beispiel der Essstörungen wird ausführlicher darauf eingegangen. Anhand eines Fallbeispiels aus dieser Diagnosegruppe werden die typischen familiären Muster und die Ableitung eines familientherapeutischen Ansatzes vorgestellt.

In seinen einleitenden Worten zu Teil II des Tagungsbandes unter dem Titel ‚Wie repariert man einen Rasenmäher? – Interventionsstrategien in therapeutischen Wohngruppen‘ stellt *Claus-Peter Rosemeier* den Zusammenhang der aktuellen Tagung zu den bisherigen TWG-Tagungen her. Insbesondere wird ins Blickfeld gerückt, was konkret in den TWGs getan wird, welche Methoden eingesetzt und welche Interventionen erarbeitet werden. Auf eher praktisch-philosophischem Hintergrund wird, angelehnt an Robert M. Pirsigs ‚Zen oder die Kunst ein Motorrad zu warten‘, im Referat an einzelnen Punkten die Frage gestellt, inwieweit ein instrumentelles Verständnis von Methoden und Interventionen dem ‚Gegenstand der Arbeit‘ – den Subjekten und den Beziehungen zwischen Jugendlichen und PädagogInnen bzw. TherapeutInnen – angemessen erarbeitet werden kann. Der Autor vertritt die These, dass die Subjektivität der Beziehung zwischen Jugendlichen und Betreuern neben aller notwendigen Kenntnis und Beherrschung von methodischen Instrumenten den wesentlichsten Wirksamkeitsfaktor von Interventionen darstellt.

Anknüpfend an diese These beschreibt *Roland Schleiffer* unter dem Titel ‚Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für Pädagogik und Therapie‘ die Probleme, die sich in der Beziehungsarbeit zu Jugendlichen in stationären Einrichtungen ergeben können. Mit bindungsbeeinträchtigter Klientel ist die Be-

ziehungsaufnahme eine schwierige Aufgabe. Dieses Faktum lässt sich unter einer bindungstheoretischen Perspektive darauf zurückführen, dass diesen Kindern und Jugendlichen in der Regel in der Vergangenheit nur desorganisierte Bindungsrepräsentanzen zur Verfügung gestanden haben, die sie dann auf ihre Helferinnen und Helfer übertragen. Ihr Mentalisierungsdefizit lässt immer wieder nur eine desorganisierte Hilfekommunikation zu. Das Ziel der therapeutischen und pädagogischen Arbeit besteht daher darin, über ein Angebot bindungskorrigierender Erfahrungen deren Mentalisierungsfähigkeit zu fördern.

Auf diesen Inhalten und Erkenntnissen aufbauend, schildert *Silke Birgitta Gahleitner* die konkrete Bindungs- und Beziehungsarbeit mit einer Jugendlichen im Detail. Unter dem Titel ‚Emotional korrigierende Erfahrungen‘ als Kernkonzept des ‚therapeutischen Milieus in TWGs‘ beschreibt sie das anvisierte Ziel der Arbeit mit den Jugendlichen als das Erreichen der nächsten psychosozialen Entwicklungsstufen unter den erfahrenen erschwerten biografischen Bedingungen. Der Unterschied zwischen regulären Jugendwohngruppen und Therapeutischen Wohngruppen besteht dabei nicht in einer längeren Betreuungsdauer, sondern einer grundsätzlich anderen Betreuungsqualität. Was jedoch genau kann man sich darunter vorstellen? Welche Kompetenzen werden dafür benötigt? Wie genau gestaltet sich dieses Betreuungsverhältnis, und was bewirkt es? – In dem Beitrag fügt die Autorin Ergebnisse aus Forschung, Theoriebildung und Praxis zusammen und veranschaulicht das Kernkonzept des therapeutischen Milieus anhand der konkreten Arbeitsweise in der Einrichtung ‚Myrrha‘.

In einem weiteren Beitrag von *Jutta Czapski* und *Janice Bridger* unter dem Titel ‚Kunst ist Therapie‘ (J. Beuys) – Kunsttherapie in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen‘ werden spezifische kunsttherapeutische Methoden in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen vorgestellt. Da die Kunsttherapie im Rahmen einer TWG in enger Vernetzung mit der Pädagogik eingesetzt wird, geht es im Artikel zunächst darum, diesen spezifischen kontextuellen Rahmen formal und inhaltlich zu beschreiben. Danach wird das gezielte, methodische Vorgehen der Kunsttherapie innerhalb einer TWG anhand ausgesuchter Beispiele dargestellt. Der Beitrag verdeutlicht, wie sehr beziehungs- und ressourcenorientiertes Handeln dabei im Vordergrund steht und die Basis der Arbeit ausmacht.

Der nächste Artikel, der in Kooperation zwischen einer TWG und der Polizei entstanden ist, beschreibt das Phänomen der ‚Gewalt und Aggressionen bei Jugendlichen in TWGs‘. *Heike Funk* und *Wolfgang Merda* schildern darin ihre Erfahrungen der letzten Jahre. Sie zeigen auf, dass die Bereitschaft der Jugendlichen zur Anwendung von Gewalt und Aggressionen rapide zugenommen hat und die Betreuung der Jugendlichen insgesamt schwerer geworden ist. MitarbeiterInnen sind teilweise hilflos oder reagieren über, indem sie als Ausweg nur noch die Entlassung von aggressiven Jugendlichen sehen. Ebenso kommt es zu Konflikten, wenn die Mitarbeiter sich für die Entlassung dieser Jugendli-



chen aussprechen und seitens der Leitung eine Entlassung abgelehnt wird. Dies bot den Anlass zu einer Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema, um neue Handlungsstrategien zu erwerben und eine neue Umgangskultur in der TWG mit aggressiven Jugendlichen zu entwickeln. Ziel ist es, sich selbst, die Mitarbeiter und Jugendlichen vor gewalttätigen Übergriffen zu schützen und dafür zu sorgen, dass Konfliktpotenziale frühzeitig erkannt und entsprechend interveniert werden kann. Die intensive Zusammenarbeit mit dem zuständigen Polizeiabschnitt erwies sich dabei als sehr produktiv.<sup>1</sup>

*Andrée Egel* und *Claus-Peter Rosemeier* schildern im nächsten Artikel ‚Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen‘ die Phänomene der Gruppenarbeit in TWGs. Obwohl der Alltag in den Jugendhilfeeinrichtungen zu wesentlichen Teilen ein Gruppenalltag ist, wird über die konkrete Arbeit mit der Gruppe der Jugendlichen und die Schwierigkeit dieser pädagogischen und therapeutischen Aufgabe wenig berichtet und praxisnah reflektiert. Die Beutung der Peer-Group für die psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz ist insbesondere bei in ihrer Entwicklung gestörten Jugendlichen nicht hoch genug einzuschätzen. Gerade Jugendliche in therapeutischen Wohngruppen brauchen die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, um sich aus der oft unbewusst erheblich verstrickten Beziehung zu den Eltern lösen und sich selbst als Erwachsen-werdend erleben zu können. In den Einrichtungen findet in jedem Fall ein häufig kompliziertes, verwirrendes und lebendiges gruppenspezifisches Geschehen statt. Die entscheidende Frage ist, in welcher Weise dieses produktiv beeinflusst werden kann. Dazu entwickeln die AutorInnen konkrete Anregungen.

Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich in TWGs ist der Umgang mit Krisen. *Jutta Bartl*, *Bernd Gundacker* und *Ute Meybohm* berichten im folgenden Artikel über ‚Kriseninterventionsstrategien in Therapeutischen Jugendwohngruppen‘. Entwicklungsbedingte Krisen bei Jugendlichen gehören zur Pubertät und führen bei positiver Bewältigung zur Reifung. Um krankheitsbedingten Krisen, die zum Alltag von Therapeutischen Wohngruppen gehören, die Chance einer positiven Bewältigung zu geben, bedarf es eines differenzierten Krisenmanagementsystems und eines ressortübergreifenden Krisennetzwerks. Dieses wird im Artikel beispielhaft dargestellt. Deutlich wird auch, wie wichtig dafür die Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Jugendämtern und freien Trägern ist. Es wird angeregt, bereits positiv erprobte Kriseninterventionsstrategien in Hilfepläne aufzunehmen und die Zusammenarbeit des ressortübergreifenden Krisennetzwerks regelmäßig auszuwerten.

Unter dem Titel ‚Elterliche Präsenz: Gemeinsames Lernen von Pädagogen, Therapeuten und Eltern – ein Abenteuer zwischen Begeisterung und Ernüchte-

---

<sup>1</sup> Ein besonderer Dank sei an dieser Stelle an den Präventionsbeauftragten Herrn König des Berliner Polizeiabschnitts 63 gerichtet. Der zweite Teil des Artikels ist eine inhaltliche Zusammenfassung seines Vortrages auf der Fachtagung der TWG 2007. Eine Gewähr für die juristische Richtigkeit kann von den Autoren leider nicht übernommen werden.

rung' verbirgt sich ein lebendiges Gespräch zwischen *Regina Nürnberg* und *Per Wolfrum*, beide Familientherapeuten im therapeutischen Bereich von Neues Wohnen im Kiez, welches versucht wurde, so lebensnah wie möglich wiederzugeben. Im Austausch miteinander reflektieren die AutorInnen über Wahrnehmungen und Erkenntnisse bezüglich der Idee des gewaltlosen Widerstandes in der Erziehung und deren Umsetzung im therapeutischen Milieu. Schwerpunkte sind dabei die Auswirkungen der Umsetzung von spezifischen Konzepten in diesem Bereich auf die Beziehungen innerhalb der Familien zueinander, zum Symptom und zu den Helfern.

Einen ebenfalls sehr lebendigen Einblick gibt der Artikel ‚Mut zum Ausstieg aus dem Teufelskreis: Umgang mit chronifizierter Angst und Verweigerungshaltung auf der Familienfarm Lübars‘ von *Anneliese Leiner* und *Ulrich Ehlert*. Jugendliche mit hartnäckiger Verweigerungshaltung, Vermeidungs- und Rückzugstendenzen sowie aggressiven Ausbrüchen sind in allen Jugendhilfeeinrichtungen und auch in den TWGs eine besondere Herausforderung für ihre BetreuerInnen und das Umfeld. Lerntheoretische und systemische Konzepte bieten eine gute Grundlage zum Verstehen von Verhaltensweisen und wichtige Standbeine für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit den Jugendlichen. Ein aus beiden Konzepten abgeleitetes, individuell angepasstes Handlungskonzept wird in dem besonderen Setting der ‚Familienfarm Lübars‘ in enger Kooperation zwischen Therapeutischer Wohngruppe und Arbeitstrainingsprogramm erfolgreich umgesetzt. Ein Fallbeispiel zeigt konkret, wie das Ziel der Reintegration in ‚normale‘ gesellschaftliche Zusammenhänge und letztlich in die Familie zu erreichen ist.

Ein wesentliches Ziel dieser, wie auch der vorhergehenden, Fachtagungen war vor allem die Vernetzung mit den vielen anderen an der Versorgung, Betreuung und Behandlung der Jugendlichen beteiligten Personen und Institutionen sowie innerhalb der Therapeutischen Wohngruppen. Wir hoffen, den teilnehmenden Kolleginnen, 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 Helfer wären die 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 31.7.2008*

*Silke Birgitta Gahleitner, Ute Meybohm und Claus-Peter Rosemeier*



I ERZIEHUNG – BEHANDLUNG – BEZIEHUNG

---

*Thomas Girnth*

Diagnostiziert! Und nun?

## **Zur Bedeutung von Diagnosen für Jugendliche und Mitarbeiter in den therapeutischen Jugendwohngruppen**

### **1 Einführung in die Thematik<sup>1</sup>**

Der Fachtag des Arbeitskreises der Berliner therapeutischen Jugendwohngruppen beschäftigte sich im Oktober 2005 mit der Thematik: Erziehung – Behandlung – Beziehung. Jugendliche im Spannungsfeld von psychiatrischer und psychosozialer Diagnostik.

Das Thema der psychiatrischen Diagnostik wurde bereits auf dem Fachtag 2002 einführend diskutiert. Die erneute Beschäftigung mit diesem Thema wurde um die Fragestellungen der sozialpädagogischen/psychosozialen Diagnosen erweitert (siehe hierzu den Beitrag von Prof. Dr. Pauls in diesem Band).

Des Weiteren wurde die psychosoziale und medizinische Diagnostik (siehe hierzu in diesem Band den Beitrag von Dr. Bilke) unter einer besonderen Perspektive betrachtet. Es ging um die Erwartungshaltungen, die durch Diagnosen an die Jugendlichen, die in den therapeutischen Jugendwohngruppen leben, gerichtet werden und darum, was diese Erwartungshaltungen für die Jugendlichen und damit mittelbar auch für die Mitarbeiter der Wohngruppen bedeuten.

Die beiden Helfersysteme des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe sind von ihren Haltungen und ihren Denkkulturen her durchaus unterschiedlich. Daraus leiten sich dann auch unterschiedliche Erwartungen an die Jugendlichen und an die Mitarbeiter ab. Diese wiederum sind verbunden mit Fragen nach verschiedenen fachlichen Interventionen und Interventionsstrategien.

Eine der zentralen Aufgaben der Mitarbeiter ist es, die Jugendlichen bei der Integration der unterschiedlichen Erwartungen zu unterstützen.

Vor allem sind es natürlich zunächst einmal die Jugendlichen selbst, die diese unterschiedlichen Erwartungshaltungen integrieren müssen. Und dies ist nicht immer eine leichte Aufgabe. Zumal wenn man bedenkt, dass sie schließlich auch noch ihre eigene Erwartungshaltung, die ihrer Eltern, die der Peer Group, der Schule usw. erfüllen müssen.

---

<sup>1</sup> Bei dem Text handelt es sich um die leicht überarbeitete Vortragsfassung – entsprechende sprachliche Besonderheiten bitten wir zu entschuldigen.

In diesem einführenden Beitrag soll daher ergänzend versucht werden, die Bedeutung der Diagnosen der beiden Systeme für die Jugendlichen zu schildern.

Ich habe in meiner Funktion als Leiter der therapeutischen Jugendwohngruppen des Steg viele Erst-, Informations- und Aufnahmegespräche geführt und möchte hier aus meinen natürlich höchst subjektiven Erfahrungen darüber berichten, was es für Jugendliche bedeuten kann, mit medizinischen oder auch psychosozialen Diagnosen konfrontiert zu werden, wie sich die Jugendlichen diese Diagnosen erklären, interpretieren und was die formulierten oder auch unausgesprochenen Erwartungshaltungen für sie bedeuten können.

## **2 Die Bedeutung der medizinischen Diagnose für die Jugendlichen**

Wenden wir uns zunächst der Bedeutung der klassischen medizinischen Diagnose zu. Hier soll schwerpunktmäßig und beispielhaft über zwei Störungs- bzw. Erkrankungsbilder referiert werden: junge Menschen, bei denen eine Psychose diagnostiziert wurde und Menschen mit Verdacht auf Entwicklung einer instabilen Persönlichkeit nach Borderline-Typus.

Jugendlichen, die mit der Diagnose einer Psychose aus Kliniken in unsere therapeutischen Wohngruppen kommen, fällt es in aller Regel zunächst sehr schwer, über ihre Diagnosen zu sprechen. Ihr eigener Bezug zur Erkrankung/zum Krankenhausaufenthalt definiert sich oft über äußere Abläufe. So können Jugendliche manchmal nur den Vorgang der Aufnahme schildern oder Tagesabläufe innerhalb der Klinik. Sie können aber häufig nicht auf der Meta-Ebene über ihre Erkrankung/ihr Problem sprechen.

Um mich der Thematik überhaupt nähern zu können, stelle ich dann die Frage, wie denn der Arzt die Erkrankung benannt hat. Oft wird darauf sehr einsilbig geantwortet. Aber wenn ich höre, wie ein Jugendlicher gepresst das Wort „Schizophrenie“ sagt und dabei mit verlorenem Blick aus dem Fenster sieht, befällt mich erstmals eine Ahnung, was solch eine Diagnose und solch eine Erkrankung für einen jungen Menschen bedeuten mag.

Hier ist ja buchstäblich eine Welt zusammengebrochen. Das Maß an Verwirrtheit, Angst, Orientierungslosigkeit und wohl auch Gefühle der Scham und der Schuld, welche mit dieser Erkrankung verbunden sind, sowie der tiefe Einschnitt in die Lebenswelt der Betroffenen, ist für Außenstehende emotional wohl kaum wirklich nachvollziehbar. Der junge Mensch und seine Familienangehörigen müssen Lebenszusammenhänge und Lebensperspektiven völlig neu definieren und erarbeiten.

Die medizinische Diagnose hat hier eine entscheidende und hilfreiche Funktion. Sie erklärt das Geschehene und ordnet es für die betroffenen Patienten ein. Die Definitionsmacht über die Diagnose hat in der Regel der Arzt bzw. Facharzt. Jedoch weiß jeder, der in den Hilfesystemen arbeitet, dass damit keine Eindeutigkeit geschaffen wird. Stärker noch als in der somatischen Medizin wird sich ein behandelnder Psychiater nach Erstellung einer Diagnose im Kontakt mit dem Patienten bereits in erste Aushandlungsprozesse begeben. Er ist im besonderen Maße auf die Compliance des Patienten und seiner Familie angewiesen, wenn er therapeutische Maßnahmen vorschlägt bis hin zur Frage der Angemessenheit der Medikamentierung.

Die vielen Fragen des Patienten und seiner Familie zur Erkrankung können im Rahmen des Klinikaufenthaltes nur angerissen werden. Längerfristige therapeutische Prozesse sind kaum zu initiieren, da die akute Behandlung der Erkrankung im Mittelpunkt steht und stehen muss.

### **3 Die Betreuungsarbeit mit der Diagnose**

Hier setzt dann die Arbeit der Mitarbeiter in den therapeutischen Jugendwohngruppen ein. Die Auseinandersetzung mit der medizinischen Diagnose zieht sich durch den gesamten Aufenthalt eines Jugendlichen in den Wohngruppen.

Die Jugendlichen wünschen sich wohl nichts so sehr wie „normal“ zu sein. Sie wollen wie andere Jugendliche auch in Diskotheken gehen, Freunde haben, Beziehungen eingehen, Parties feiern, Alkohol trinken etc.

Gerade psychotisch erkrankte Jugendliche erhalten aber von ihren Ärzten im Rahmen der Diagnose oft andere Empfehlungen. Dem Konzept der Vulnerabilität folgend, wird den Jugendlichen empfohlen, Stressoren zu vermeiden (keine Überforderung im schulisch-beruflichen Bereich, keine Drogen, kein Alkohol) und protektive Faktoren zu stärken (gute Tagesstrukturierung, regelmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus, Medikamenteneinnahme).

Der Jugendliche hat hier zuweilen andere Wünsche und Vorstellungen. Er konfrontiert die Mitarbeiter dann mit Haltungen der Verdrängung und Verleugnung. Der Aufenthalt in der Klinik erscheint wie aus einer anderen Welt, vor allem wenn er schon einige Zeit zurückliegt; eine zunächst angepasste Haltung dem behandelnden Arzt und ein Respekt vor der Institution Klinik schlägt in der Wohngruppe in pubertäre Ablehnung um; es werden uns Gleichungen präsentiert wie: in der Klinik ist man krank, wenn man draußen ist, ist man gesund etc.

Gerade wenn es den Jugendlichen emotional gut geht und sie relativ stabil sind, möchten sie sich weniger mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. In Phasen von Labilität ist die Ansprechbarkeit deutlich höher. Dann ist es die

Aufgabe der Mitarbeiter, intensiver in den grundsätzlich permanent stattfindenden Diskussionsprozess einzusteigen. Sie nutzen dann diese „Inseln der Reflexionsbereitschaft“, um mit den Jugendlichen an der Bedeutung ihrer Erkrankung/ihrer Problematik zu arbeiten. Dazu brauchen sie natürlich die Kooperation und Unterstützung der Ärzte.

Notwendig ist die Fachlichkeit eines im Betreuungsverlauf und in der Wohngruppe integrierten Psychologen. Nur die in der Institution integrierten Psychologen bringen die nötige Flexibilität mit, auf diese Inseln der Reflexionsbereitschaft schnell reagieren zu können. Sie besitzen das notwendige fachliche Know-how. Sie erleben die Jugendlichen auch außerhalb des therapeutischen Settings im Alltag und sie kennen das Team, dessen Fachlichkeit sie daher auch optimal für den pädagogisch-therapeutischen Prozess nutzen können. Eine weitere wichtige Aufgabe der Psychologen ist die psychologische Diagnostik. Diese erfolgt vor der gelebten Alltagsrealität der Jugendlichen in der Wohngruppe. Sie bezieht Fragen des sozialen Umfeldes, der Ressourcen und der Entwicklungsbedarfe ein.

Auf diesem Fachtag soll daher auch die Frage gestellt werden, was denn das Neue an der psychosozialen Diagnostik neben der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik ausmacht und welchen Gewinn die Fachleute von dieser Form der Diagnostik haben.

Weiterhin wird gefragt, wie eigentlich die zukünftige Bedeutung psychologischer Diagnostik eingeschätzt wird. Besteht nicht die Gefahr, dass diese Diagnostik zwischen den beiden im Titel genannten zerrieben oder subsumiert wird?

Und: ist es eigentlich Zufall, dass diese Debatte gerade in Zeiten allgemeiner Kürzungen wieder intensiviert wird? Zugespitzt formuliert: Bekomme ich eine psychosoziale Diagnostik durch einen Sozialarbeiter, bezahlt nach BAT Vb, auf gleichem Niveau wie die eines Psychologen, bezahlt nach BAT II?

Kehren wir nach diesem Exkurs zurück zur Frage der Wirkung von Diagnosen auf die jungen Menschen.

Andere Gruppen von jungen Menschen gehen mit ihrer Diagnose häufig ganz anders um als die oben beschriebenen psychotisch erkrankten Jugendlichen. So nutzen Menschen mit der Diagnose Verdacht auf Entwicklung einer instabilen Persönlichkeit nach Borderline – Typus durchaus offensiv ihre medizinische Diagnose.

In einem Erstgespräch begrüßten mich einmal eine Mutter und ihre Tochter mit den Worten: „Herr Girnth, meine Tochter und icke wir sind beides Borderliner!! Können Sie damit umgehen??“

Nachdem ich mich von meiner Überraschung erholt hatte, erbrachte meine Frage nach der Bedeutung der Diagnose für die Familie eine äußerst blumige



Beschreibung der dramatischen Symptomatiken von Mutter und Tochter. Die Tochter beschrieb ihre Symptome sehr auf der Ebene von Gewalt gegen andere und selbstverletzendem Verhalten; die Mutter bezog sich stark auf ihren Drogenkonsum und ihr promiskuitives Verhalten. Die Situation entbehrte nicht einer gewissen Komik. Andererseits war es aber auch tragisch, zu sehen, wie sich hier eine Familie – zumindest innerhalb des psychosozialen Kontextes – nahezu ausschließlich über die Erkrankung definierte und daraus für sich selbst positive Anerkennung zog. Auch der familiäre Zusammenhalt definierte sich über die Symptomatik. Mutter und Tochter waren sich darin einig, dass sie „etwas Besonderes“ waren. Ihr positives Bild von sich selbst und ihren Leistungen definierte sich tatsächlich über die Diagnose als „Borderlinerinnen“ und den damit zu erwartenden Symptomatiken der Destruktivität.

Für diese Menschen ist es zunächst nahezu unmöglich, positive, adäquate Entwicklungsziele zu benennen und sich diese zu erarbeiten. Aber was sie können und worauf sie häufig auf eine merkwürdige Weise stolz sind, ist ihr destruktives, selbst- und fremdverletzendes Verhalten.

Diagnose funktionierte hier auch im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung (Ich bin „Borderliner“, deswegen werde ich mich selbst verletzen, mich selbst- und fremddestruktiv verhalten, Drogen nehmen etc.). Sie funktionierte als Machtmittel der Beängstigung des Gegenübers und sie funktionierte als Begründung für die scheinbare Unabwendbarkeit der dramatischen Symptomatik („ich habe diese Krankheit, deswegen muss ich mich so verhalten wie ich es schildere“). Die Selbsteinschätzung „Ich bin stolz, ein Borderliner zu sein“ zu verändern, hin zu einer positiven ressourcenorientierten Selbstwahrnehmung, ist ein sehr schwieriger und langwieriger pädagogischer und psychodynamischer Prozess.

Ich habe einmal eine junge Frau in unserer Wohngruppe an einem „Tag der offenen Tür“ sehr herzlich und auch innerlich überzeugt gelobt und dies auch noch vor dem öffentlichen Publikum. Sie hatte für den Tag wirklich sehr schöne und übersichtliche Hinweisschilder gemalt. Es war dieser jungen Frau unerträglich, so durch mich gelobt worden zu sein. Noch Wochen und Monate später überhäufte sie mich mit negativen Kommentaren zu meiner Person. Ständig drückte sie mir ihre Verachtung verbal oder mimisch aus.

Meine Interpretation dazu ist, dass sie mein echtes, von Herzen kommendes Lob nicht in ihre Selbstwahrnehmung des Versagens und Zerstörens integrieren konnte.

Nun kann ich mich als Leiter solch einer Situation leichter entziehen als ein Erzieher, der natürlich auch in solche Situationen geraten kann. Es bedarf schon einer in sich gefestigten Persönlichkeit, guter Supervision und guter psychologischer Begleitung im Team, um dieses Verhalten täglich auszuhalten und immer wieder zu versuchen, es in eine positive Grundhaltung umzuwandeln. Dies ist ein hartes Stück Arbeit und verlangt vom Betreuungspersonal einen sehr

langen Atem und große innere Ruhe. Dieser Prozess ist sehr schwierig; er verläuft in kleinen Schritten und beinhaltet häufig Rückschläge, aber er ist nicht unmöglich!

Es gäbe sicherlich noch viel über andere junge Menschen zu sagen, die z.B. ihre Angstsymptomatik zu sekundärem Krankheitsgewinn nutzen. Ich kann hier nicht auf weitere Aspekte des Themas eingehen und möchte mich nun der sozialpädagogischen Diagnose zuwenden.

#### **4 Die sozialpädagogische oder psychosoziale Diagnose**

Fragen sie einen Jugendlichen nach seiner psychosozialen Diagnose, werden sie wohl nur einen verständnislosen Blick ernten. Kein Wunder, ist doch die Notwendigkeit einer solchen Diagnose im Feld sozialpädagogischer Fachdebatten durchaus umstritten (siehe hierzu den Beitrag von Prof. Pauls).

De facto wird eine Form von Diagnostik über das Schreiben von Entwicklungsberichten und die Durchführung von Hilfekonferenzen schon lange betrieben. Sozialpädagogen machen sich ein möglichst differenziertes Bild vom Jugendlichen und seinen familiären, schulischen und privaten Zusammenhängen. Sie versuchen, diese Zusammenhänge angemessen zu bewerten und zu deuten. Diese Bewertungen und Deutungen sind natürlich auch fachlichen Veränderungen unterworfen. Verwiesen sei hier nur auf den Paradigmenwechsel weg von der Defizitorientierung hin zur ressourcenorientierten Sichtweise.

Wesentlich stärker noch als die medizinische Diagnostik ist die psychosoziale Diagnostik mit intensiven Aushandlungsprozessen verbunden. Innerhalb des Systems der Jugendhilfe sind diese Prozesse über das Instrument des Hilfeplanverfahrens sogar institutionalisiert. Leider sind Ärzte aus den verschiedensten Gründen bisher eher selten an Hilfekonferenzen beteiligt. Ich habe Hilfekonferenzen immer als wichtiges und hilfreiches Instrument erlebt, gerade für Fragen der Koordination der Hilfe und der gemeinsamen Perspektivenentwicklung. Ich würde es daher ausdrücklich begrüßen, wenn Fachärzte mehr Gelegenheit und Möglichkeiten hätten, daran teilzunehmen.

Bewertungen und Deutungen eines Sozialpädagogen innerhalb dieses Prozesses werden von den Jugendlichen häufig nicht so bereitwillig akzeptiert wie die eines Arztes. Das mag der eine oder andere bedauern, es birgt aber auch Chancen. So kann den Sozialpädagogen oder Therapeuten über den Aushandlungsprozess eine intensivere Beziehungsaufnahme gelingen, die den Erziehungsauftrag erleichtert. Sie können den Jugendlichen und ihren Familien das

Gefühl vermitteln, dass sie Einfluss auf das Geschehen haben, handelnde Subjekte sind, deren Stimmen Gehör finden.

Ich habe mich immer gefreut, wenn mir ein Jugendlicher bei der Auswertung eines Entwicklungsberichtes widersprochen hat und seine eigenen Fähigkeiten anders einschätzte, wenn er dies denn gut begründen konnte. Weniger gefreut habe ich mich, wenn er einfach seine Medikamente abgesetzt hat mit der Erklärung, er sei nun gesund.

Wenn es diese Aushandlungsprozesse also immer schon gegeben hat, ist jedoch zu fragen, ob über das dezidierte Benennen der sozialpädagogischen Diagnostik nicht neue (oder gar alte, wiederaufgelebte) Hierarchien zwischen „Hilfesuchendem“ und „Fachmann/Fachfrau“ installiert werden. Wird der Aushandlungsprozess möglicherweise sogar behindert, indem sich auf der einen Seite der diagnostizierende Fachmann positioniert, der aufgrund seines „Fachwissens“ Maßnahmen und Interventionsstrategien festschreibt und den Aushandlungsprozess darüber vernachlässigt?

## **5 Das Spannungsfeld der unterschiedlichen Erwartungshaltungen**

Die unterschiedlichen Erwartungshaltungen erzeugen ein Spannungsfeld mit durchaus intensiver Dynamik. Ich skizziere hier eine pointierte Darstellung, um Unterschiede deutlich zu machen. Mir ist durchaus bewusst, dass beide Systeme auch Elemente des jeweils anderen Systems kennen und vertreten. Es geht an dieser Stelle jedoch darum, grundsätzliche Unterschiede zu verdeutlichen.

Zu Beginn dieses Beitrags wurde der Aspekt der medizinisch begründeten Erwartungshaltungen angedeutet (die Entwicklung von Selbstschutzmechanismen wie des sich nicht Überforderns, Vulnerabilität etc.). Sie stehen im Gegensatz zum klassischen Jugendhilfedanken des permanenten Fortschrittes.

Jugendhilfe und sozialpädagogische Diagnostik orientieren sich stärker am Entwicklungsgedanken. Jugendhilfe erwartet eine zunehmende Verselbstständigung des Jugendlichen in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen.

Ich habe an anderer Stelle bereits auf zwei Bilder der Erkrankung, nämlich die Psychose und die Borderline-Störung verwiesen. Es handelt sich hierbei um Menschen mit einer seelischen Behinderung, die gleichzeitig einen hohen Bedarf an Hilfe zur Erziehung haben, wie es der § 35a SGB VIII definiert. Für diese Menschen ist es oft sehr schwer, ihren Hilfebedarf, gerade auch beim Einsetzen einer Hilfe, zu formulieren.

Wenn sie dazu noch den „normalen“ pubertären Widerstand addieren, den jeder 15-Jährige in ein Gespräch mit Erwachsenen produziert, ist es manchmal nicht möglich, sich auf wohlformulierte Zielvorstellungen für den Hilfeplan zu einigen.

Manchmal würde ich mir in einer Hilfskonferenz eine Minute der Kontemplation, der inneren Einkehr der Erwachsenen wünschen. Wie ging es uns denn selbst, als wir 15 waren? Mit wem haben wir geredet? Wem haben wir uns anvertraut? Wenn ich an meine eigene Jugendzeit denke, waren es eher nicht Menschen, die über 20 waren, mit denen ich reden wollte. Denn wer über 20 war, der war doch schon ziemlich alt.

Es ist schwierig, diese Beziehung herzustellen, aber es ist nicht unmöglich. Der Beziehungsaufbau ist eine zentrale Aufgabe der Mitarbeiter in den therapeutischen Jugendwohngruppen. Eine positive Beziehungsgestaltung ist die Grundlage jeglicher therapeutischer und pädagogischer Arbeit.

Die Jugendhilfe ist auch für junge Menschen zuständig, die ihren Bedarf an Hilfe noch nicht selbst formulieren können. Vielleicht müsste man sogar sagen, dass Jugendhilfe zuständig ist gerade *weil* die jungen Menschen ihren Bedarf nicht oder noch nicht adäquat formulieren können.

Das Spannungsfeld der Erwartungen einerseits von Schutz, eher repräsentiert durch das Gesundheitssystem, und andererseits pädagogischen Fortschritts, eher repräsentiert durch die Jugendhilfe, führt natürlich bei den betroffenen Jugendlichen zu einem Konflikt, der nicht lösbar ist und der die jungen Menschen auch stark belastet. Sie können nicht Diener zweier Herren sein, zumal sie doch am liebsten ihr eigener Herr wären.

Die Aufgabe der Mitarbeiter ist es, hier eine Mittlerposition einzunehmen. Den gesamten Betreuungsverlauf durchzieht die Frage nach den angemessenen Anforderungen.

Wenn die Jugendlichen weder über- noch unterfordert werden sollen, kann das angemessene Anforderungsprofil jedoch erst im Laufe der Unterbringung erarbeitet werden. Zunächst muss Vertrauen aufgebaut und die Beziehung gestaltet werden, bevor sich ein Jugendlicher öffnen kann. Ein Jugendlicher muss erst ein Gefühl von Sicherheit und Akzeptanz erleben und erfahren dürfen, bevor er sich traut, ehrlich über sich selbst, seine Ängste, seine Ansprüche an sich und seine Fähigkeiten zu sprechen und diese auszuprobieren. Die jungen Menschen müssen ausreichend Zeit haben, Ziele, die von außen an sie herangetragen werden, zu internalisieren, sie zu ihren eigenen Zielen zu machen. Sie müssen Erfahrungen des Erfolges und Erfahrungen des Scheiterns machen dürfen. Diese müssen erkannt und ausgewertet werden. So kann man die Frage nach dem Durchhaltevermögen eines Jugendlichen unmöglich nach drei oder sechs Monaten beantworten, da die Leistungsfähigkeit der Jugendlichen starken Schwankungen unterworfen ist.

Für diese Aufgabe brauchen die Jugendlichen Zeit und diese Zeit brauchen auch die Mitarbeiter in den Wohngruppen. Sie brauchen die Zeit, eine Beziehung zu den Bewohnern aufzubauen, die Zeit, sie und ihre Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale kennenzulernen und diese Potenziale weiter zu entwickeln. Sie brauchen Zeit, die Jugendlichen zu erziehen.

Diese Menschen sind doch kein „Kostenfaktor“. Es sind junge Menschen mit Erkrankungen bzw. Störungsbildern, aus denen schwerwiegende Defizite in der sozialen Kontaktfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit resultieren. Sie haben schwierige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, denen sie alleine nicht gewachsen sind. Sie bedürfen dabei der Unterstützung der Jugendhilfe.

Eine der zentralen Aufgaben der Mitarbeiter der Jugendhilfe besteht darin, für diese jungen Menschen zu werben, damit ihnen die notwendige Zeit gegeben wird. Sie müssen auch weiterhin dafür sorgen, dass die jungen Menschen die ihnen nach dem SGB VIII zustehende fachlich geeignete und notwendige Hilfe erhalten.

Ich möchte, dass ihnen vor allem die Zeit eingeräumt wird, sich auszuprobieren, Fehler zu machen, Erfolge zu haben, diese Erfolge zu genießen, und dass ihnen die Zeit gegeben wird, ihren Weg zu suchen und zu finden.

*Oliver Bilke*

## Entwicklungspsychiatrische und psychodynamische Diagnostik als Grundlage nachhaltiger Intervention bei Kindern und Jugendlichen

Die Vielzahl von Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen, die neben familiären Problemen auch individuelle Auffälligkeiten, soziale Störungen und neurobiologisch zu erklärende Schwierigkeiten beinhalten, erfordert eine multidisziplinäre und sorgfältige Mehrebenendiagnostik.

Neben der internationalen Klassifikation der Krankheiten bzw. der Funktionseinschränkungen (ICD-10 und ICF) eignet sich für psychodynamische Therapieplanungen hier insbesondere die OPD-KJ: die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Kontext einer von der Jugendhilfe gestalteten therapeutischen Wohn- und Lebensumgebung kommt einer regelmäßigen multiaxialen Diagnostik zusätzliche Bedeutung für die Evaluation und die Prozessdokumentation zu.

Hierfür ist ein abgestimmtes Vorgehen von unterschiedlichen Berufsgruppen unabdingbar, um die komplexen Lebens- und Erlebenswelten von Kindern und Jugendlichen und deren Veränderungen adäquat abzubilden.

### **MAS – das Multiaxiale Klassifikationsschema**

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10, WHO, 2006) und das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS, Remschmidt & Schmidt, 2004) dienen ebenso wie das in der Forschung gebräuchliche DSM-IV (APA, 1994; deutsche Bearbeitung: Saß et al., 1996) primär als Grundlage. Auch wenn ein therapie- und hilfebedürftiger Jugendlicher selbstverständlich nicht nur unter dem Aspekt von Defekten und Störungen zu betrachten ist, wie es die ICD-10 als Krankheitsklassifikation nahe legt, so ist doch eine genaue Beschreibung und Bewertung von Funktionsstörungen als Basis für weitere Interventionen gemäß den fachlichen Leitlinien (vor allem der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2006) sinnvoll.

Auch bei einer ressourcenorientierten Grundhaltung und einer an den Entwicklungspotenzialen eines Kindes orientierten Interventionsstrategie sind es nämlich die definitiv festzustellenden Einschränkungen, die jeweils bestimmte

Entwicklungsschritte hemmen. Beispielhaft seien hier die häufig wenig oder ungenau diagnostizierten Teilleistungsstörungen wie Dyskalkulie (Rechenschwäche) oder Lese-/Rechtschreibschwäche genannt, die bestimmte Übergangssituationen in Schule und Leistungsbereich erheblich erschweren können. Hierbei hilft ein regelhaftes Vorgehen nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter, das auf *sechs Achsen* systematisch auch diejenigen Auffälligkeiten, die im klinischen oder sozialen Rahmen oft nicht direkt erkennbar sind, aufzeigt und unterschiedlich bewertet.

Auf der *ersten Achse* wird festgestellt, ob überhaupt eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne vorliegt, sei es eine Persönlichkeitsstörung, sei es ein ADS, sei es eine Phobie. Nur die Klassifikation von umschriebenen Störungsbildern und die Berücksichtigung des Komorbiditätsprinzips (paralleles Auftreten von mehreren Störungen) lässt die bei einzelnen Erkrankungen immanente Dynamik, wie sie beispielsweise bei einer Magersucht oder einer bipolaren Störung auftritt, von Anfang an in die Behandlung einfließen. So sind weder Therapeuten noch therapeutisches Team noch der Patient selbst oder seine Angehörigen überrascht über bestimmte Verlaufsschwankungen, die weniger aus der psychosozialen Intervention oder dem Willen der Patienten herrühren, sondern in der Störung selbst begründet liegen, was bei Stimmungsschwankungen im Rahmen einer bipolaren Störung beispielsweise besonders auffällig ist.

Auch ist die Hinwendung zum Krankheitsbegriff in manchen Lebensbereichen für den Patienten entlastend, da nicht nur die eigene Willenskraft und die eigene Vorstellung für die Lebenssituation von Bedeutung sind, sondern auch anerkannt wird, dass genetische oder neurobiologische Risiken, die vom Einzelnen in keiner Weise zu verantworten sind, eine Rolle bei Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung spielen. Dieses traditionelle Vorgehen hat weniger mit Stigmatisierung und Festschreibung zu tun als vielmehr mit genauer und individueller Interventionsplanung, wo diese möglich ist.

Im Rahmen des MAS wird auch einzelnen, scheinbar weniger wichtigen Krankheitsbildern, wie etwa speziellen Phobien, ihre besondere Rolle zugewiesen. Darüber hinaus schützt beispielsweise die sorgsame Diagnostik einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung davor, die bei einem Patienten im Alltag vorhandenen Aufmerksamkeitsschwierigkeiten z. B. mit denen bei einer Depression oder bei einer posttraumatischen Stressstörung zu verwechseln, die völlig andere therapeutische Implikationen haben.

Auf der *zweiten Achse* des MAS wird der Frage nachgegangen, inwieweit Teilleistungsstörungen – wie die Leseschwäche, die Rechtschreibschwäche, die viel zu selten sorgfältig diagnostizierte Dyskalkulie (als schwerste Form der Rechenstörung), aber auch sensorische und motorische Integrationsstörungen – für den Patienten eine Rolle spielen. Gerade bei Jugendlichen wird häufig im Alltag der Jugendhilfe vergessen, dass motivationsunabhängige Leistungs-

schwierigkeiten erhebliche Einschränkungen der sozialen Teilhabe im Schul- und Leistungsbereich bedeuten und beispielsweise auch bei sensorischen oder motorischen Störungen die Integration in alterstypische Aktivitäten wie Sport, Tanz und Vergnügungen erheblich reduzieren können.

Ein besonders tragisches Beispiel für die Unterdiagnostizierung bei Teilleistungsstörungen findet sich beispielsweise in Jugendgefängnissen bzw. auch Drogeneinrichtungen, bei denen Teilleistungsstörungen erheblich überrepräsentiert sind. Auch wenn man im Jugendalter nur begrenzt intervenieren kann, so dient eine klare Diagnosestellung in diesem Bereich häufig zur Erklärung von seit langen Jahren bestehenden Problemen, so dass der Patient u.U. seine Einschränkungen klarer erkennt, besser akzeptieren kann und sich dann auch in Ausbildungsfragen stärker in andere Richtungen als ursprünglich geplant orientieren kann.

Das Intelligenzprofil – bei allen bekannten und allerdings überschaubaren Einschränkungen der Intelligenztests – stellt ebenfalls eine wichtige klinisch und praktisch nicht einfach zu ersetzende Grundlage für die Therapieplanung auf der *dritten Achse* dar. Insbesondere Einbrüche in einzelnen Intelligenzbereichen oder eine starke Überbetonung – beispielsweise der verbalen Intelligenz gegenüber der handlungspraktischen – haben erhebliche therapeutische Konsequenzen. Je nach eingesetztem Intelligenztest kann man – wie beispielsweise mit dem K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children), der jetzt auch für Jugendliche vorliegt – die typischen Leistungsfähigkeiten im seriellen oder ganzheitlichen Denken feststellen, um Therapieverläufe z. B. eher Stück für Stück oder eher ganzheitlich zu planen.

Auch hier geht es nicht um eine Stigmatisierung oder Zuschreibung, sondern eher um eine sachliche Beschreibung der Schwächen, aber auch der Fähigkeiten, die entsprechend zu fördern sind. Insbesondere die Kombination von Konzentrationsschwäche, nicht erkannten Teilleistungsstörungen und leichter Lernbehinderung kann i. S. einer gegenseitigen Verstärkung die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen erheblich belasten.

Auf der *vierten Achse* werden körperliche Erkrankungen diagnostiziert, die stärker in den medizinischen und neurologischen Bereich fallen. Beachtet man die geringe Inanspruchnahmequote der gesetzlich angeregten Routineuntersuchungs- und Screeninginstrumente in den kinderärztlichen Praxen, so finden sich im Bereich der stationären Jugendhilfe häufig Jugendliche, die seit fünf bis zehn Jahren überhaupt nicht mehr medizinisch untersucht worden sind und deren Hörschwierigkeiten, Sehstörungen, Impfstatus, orthopädische, urologische und nicht zuletzt auch dermatologische Probleme nie vernünftig eingeordnet geschweige denn behandelt wurden. Dadurch, dass diese Probleme aber bestanden und teilweise schamhaft verborgen wurden, haben sich zusätzliche psychologische Schwierigkeiten aufgebaut. Auch Einschränkungen der Sinnesorgane tragen nicht zur sozialen Integrationsfähigkeit bei. Da viele Eltern nicht in der Lage sind, von sich aus auf diese Probleme aufmerksam zu wer-



den, ist ein sorgfältiger – nicht unbedingt von aktuellen Symptomen geleitete – medizinischer „Check-up“ sehr hilfreich. Unabhängig davon gelingt es unter entwicklungspsychiatrischem Aspekt immer wieder einmal, eine latente Epilepsie oder auch Hirntumoren und ähnliche schwere Erkrankungen zu entdecken, die vordergründig neuropsychiatrisch und sozial mit determinierte Krankheitsbilder imitieren und selbstverständlich ein völlig anderes erstes Vorgehen erfordern.

Auf der *fünften Achse*, den sogenannten abnormen psychosozialen Umständen, werden ohne Interpretation und Wertung psychosoziale Entwicklungsrisiken genannt, die als bekannte Risikofaktoren für seelische Störungen identifiziert worden sind. In neun Unterbereichen werden heterogene Entwicklungsbedingungen kodiert, wie z. B.:

- Migration,
- sexueller Missbrauch,
- Gewalt in der Familie,
- verzerrte intrafamiliäre Kommunikation,
- psychische Erkrankung eines Geschwisterkindes,
- Trennung und Scheidung.

Insbesondere bei Langzeitfällen, die in der Kooperation und an der Schnittstelle zwischen Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Jugendhilfe stehen, sind hier sehr viele Entwicklungsrisiken die Regel.

Auf der *sechsten Achse* wird eine Globalbeurteilung der psychosozialen Funktionseinschränkung (Global Assessment of Functioning, GAF) vorgenommen. Hierbei werden die für die jeweilige Altersphase wichtigen Lebensbereiche – wie Schule, Ausbildung, Familie, Peerintegration, Funktionieren unter Stress – mit einbezogen, die sich insbesondere als Hinweis auf Verbesserungen im Verlauf benutzen lassen.

Mit dieser sechssachsigen Zugangsweise wird der Situation vorgebeugt, dass gerade bei strukturell schwachen Patienten, bei denen in der Außenwelt relativ viel „passiert“, stets den aktuellen sozialen Auffälligkeiten mehr Bedeutung geschenkt wird als längerfristig relevanten Faktoren.

## **Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter**

Unabhängig von der im Einzelfall notwendigen Pharmakotherapie und den sozialpsychiatrischen Maßnahmen sowie den bei vielen Störungsbildern notwendigen Trainingsmethoden bzw. verschiedenen verhaltenstherapeutischen Interventionen ist gerade im Bereich der stationären Jugendhilfe das tiefenpsycho-

logische oder psychodynamische Krankheits- und Störungsmodell stark verbreitet. Aufbauend auf der Psychoanalyse und deren vielfältigen Weiterentwicklungen wird dem psychodynamischen Krankheitsmodell aber häufig eine gewisse Beliebigkeit und definitorische Ungenauigkeit zugeschrieben. Aus diesem Grunde hat sich etwa Mitte der 1990er-Jahre eine Gruppe von 40 kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Wissenschaftlern, Klinikern und Praktikern zusammengeschlossen, um mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ; Bürgin et al., 2003; 2. Aufl. 2007), in Anlehnung an die OPD des Erwachsenenalters, ein Instrumentarium zu schaffen, das auf den vier Achsen

- Beziehung,
- Konflikt,
- Struktur und
- Behandlungsvoraussetzungen/Ressourcen mit altersspezifischen operationalisierten Ankerbeispielen ermöglicht, einen psychodynamischen Befund in reliabler und valider Weise so zu erheben, dass unterschiedliche Diagnostiker und Therapeuten zu höchst ähnlichen Ergebnissen kommen, trotz aller späteren therapeutischen Varianten.

Die OPD-KJ, in der mittlerweile in den drei deutschsprachigen Ländern über 1200 Therapeuten geschult wurden, hat sich in mehreren Regionen und Kliniken bzw. Praxen als Standardinstrument der Diagnostik und auch der Qualitätssicherung und Dokumentation etabliert, vor allem dort, wo es sich um langfristige Therapieprozesse handelt, bei denen stark auf das Individuum eingewirkt werden soll (Bürgin et al., 2007).

Über die *Achse Beziehung* lässt sich in drei Schritten das typische dysfunktionale und auch positive Beziehungsverhalten von Jugendlichen erfassen, sei es zum Therapeuten, zu Peers, zu Familienmitgliedern. Auf einem bidimensionalen Modell werden die Mischungsverhältnisse von emotionaler Zugewandtheit und Kontrolle und Unabhängigkeit nach bestimmten Kriterien geratet, so dass ein differenziertes Bild der unterschiedlichen Beziehungsqualitäten der Jugendlichen entsteht.

Auf der *Konfliktachse* wird – bei ausreichend guter psychischer Struktur – erarbeitet, welche die Entwicklung erheblich hemmenden intrapsychischen Konflikte ein Jugendlicher in sich trägt, die sich teilweise in den aktuellen Beziehungen äußern, teilweise aber auch sehr versteckt darunter liegen. So geht es beispielsweise bei Jugendlichen, die scheinbar um Autonomie ringen und Verselbstständigung suchen, häufig um andere Themenbereiche, wie Selbstwertkonflikte, Versorgungs-Autarkiekonflikte oder Über-Ich und Schuldkonflikte.

Auf der *Achse Struktur* werden in den drei Unterbereichen Steuerungsfähigkeit, Selbst- bzw. Objekterleben und Kommunikation ebenfalls mit altersspezifischen Ankerbeispielen die Fähigkeiten geratet, die ein Jugendlicher mitbringt, um auf Basis seiner je individuellen biografischen Erfahrung und seinen

früheren Objektbeziehungen den anstehenden Entwicklungsaufgaben und aktuellen Beziehungen gerecht zu werden und Impulse und Emotionen so zu steuern, dass sie proaktiv in eine zukünftige Beziehungsgestaltung einfließen können.

Mit der grundsätzlichen Achse der Behandlungsvoraussetzungen werden die subjektiven Krankheitshypothesen, die subjektive Einschätzung der eigenen Befindlichkeit sowie der Leidensdruck einerseits, die faktisch vorhandenen Ressourcen in den Bereichen Familie, Selbstwirksamkeit, außerfamiliäre Unterstützung und Peerbeziehungen, sowie die spezifische Therapiemotivation und der Veränderungswille ebenfalls anhand von alterstypischen Ankerbeispielen bewertet.

In ersten Interrater-Reliabilitätsstudien konnte gezeigt werden, dass insbesondere die positiven und dysfunktionalen Beziehungsmuster, aber auch die Hauptkonflikte und die Gesamtintegration der psychischen Struktur unabhängig von den stets trainierten und ausgebildeten einzelnen Ratern bei den gleichen Jugendlichen hohe Übereinstimmungen zeigten, es sich also bei diesen Beobachtungsbereichen um für das Individuum sehr wichtige zentrale Bereiche handelt.

## Methodenintegration

Unbestritten ist, dass bei mehrfach auffälligen Jugendlichen mit schwieriger Familien- und individueller Leidensgeschichte, die in der stationären Jugendhilfe zur Betreuung sind, ähnlich wie in der Jugendpsychiatrie ein Mehrebenenzugang in der Therapie vonnöten ist (Meng et al., 2002).

Dieser Mehrebenenzugang ist aber nur durch eine ebenfalls multiaxiale und multidimensionale Diagnostik zu fundieren, die neben den aktuellen Auffälligkeiten oder Symptomen auch schwerer zugängliche Langzeitphänomene – wie Teilleistungsstörungen oder innerpsychische Konflikte – mitbearbeitet.

Hierbei sind die einzelnen diagnostischen Bausteine so auf den individuellen Patienten/Klienten abzustimmen, dass nicht i. S. eines rigiden Abarbeitens von Diagnoselisten, sondern i. S. einer auf das Individuum und seine Pathografie bzw. Biografie zugeschnittenen gezielten Auswahl von wichtigen Beobachtungsbereichen eine ausreichend breite Diagnostik angelegt wird.

Es ist also stets für den Einzelfall eine Balance zwischen Vollständigkeit und Spezifizierung zu finden, was sich im multiprofessionellen Team unter Supervision (auch der Diagnostik) gut erreichen lässt. Aus der multiaxialen Diagnostik kann dann ein sequenzieller Therapieplan erfolgen, basierend auf einer Hierarchisierung einzelner Therapieziele. So könnten zunächst pharmakologische und sozialtherapeutische Maßnahmen im Vordergrund stehen, um dann auf milieutherapeutischer Ebene die Basis für eine vertiefte Psychotherapie zu liefern.

So ist u. U. ein Rückgriff auf psychiatrische Notfallintervention vonnöten, um den Jugendlichen letztlich aber wieder in seiner Jugendhilfeumgebung weiterzuentwickeln. Es ist dabei stets diagnostischen Instrumenten der Vorzug zu geben, die auch in der Lage sind, Veränderungen so abzubilden, dass dem Jugendlichen und dem therapeutischen Team Fortschritte gut rückzumelden sind.

Die Methodenintegration auf der diagnostischen Ebene erscheint damit aus dem Blickwinkel des pragmatischen Kliniklers u. U. einfacher, als die Integration auf einer therapeutischen Ebene, bei der noch viel stärker auch individuelle Faktoren des Therapeuten und der jeweiligen Institutionsgeschichte eine Rolle spielen mögen.

Die Benutzung standardisierter und operationalisierter Diagnoseinstrumente kann hierbei ein erster Schritt sein, so dass Systeme wie die ICD-10, das DSM IV, das MAS, die ICF oder auch das neu für die Jugendhilfe entwickelte MAD-J (Multiaxiales Diagnoseschema für die Jugendhilfe; Jacob & Wahlen, 2006) hier jeweils ihre eigene Bedeutung in einem angestimmten Vorgehen haben werden.

Trotz aller Objektivierungen, aller Klassifikation und aller Versuche, durch Reduktion von Komplexität das teilweise als chaotisch empfundene Feld zu ordnen, so ist es doch letztlich die einzigartige Persönlichkeit des Klienten, die in all ihren Chancen und Risiken und auch ihren unentdeckten Potenzialen und Ressourcen zu würdigen ist.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV. Washington, DC: APA.
- Bürgin, D., Resch, F. & Schulte-Markwort, M. (2007). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – OPD-KJ. Grundlagen und Manual. Bern: Huber (2. Aufl. 2003).
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2006). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jacob, A. & Wahlen, H. (2006). Das Multiaxiale Diagnoseschema für die Jugendhilfe. MAD-J. Berlin: Reinhardt.
- Meng, H., Bilke, O., Braun-Scharm, H., Zarotti, G. & Bürgin, D. (2002). Stationäre Jugendpsychiatrie. Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6, 111-119.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2004). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. (4. Aufl.) Bern: Huber.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (WHO) (2006). International Classification of Diseases. ICD-10. Genf: WHO.

*Helmut Pauls*

Was ist der Fall, und was ist zu tun?

**Was macht psycho-soziale Diagnostik Klinischer Sozialarbeit neben der psychologischen und der psychiatrischen Diagnostik aus?**

## **1 Zur Interdisziplinarität psycho-sozialer Fallarbeit und zum Gegenstand Klinischer Sozialarbeit**

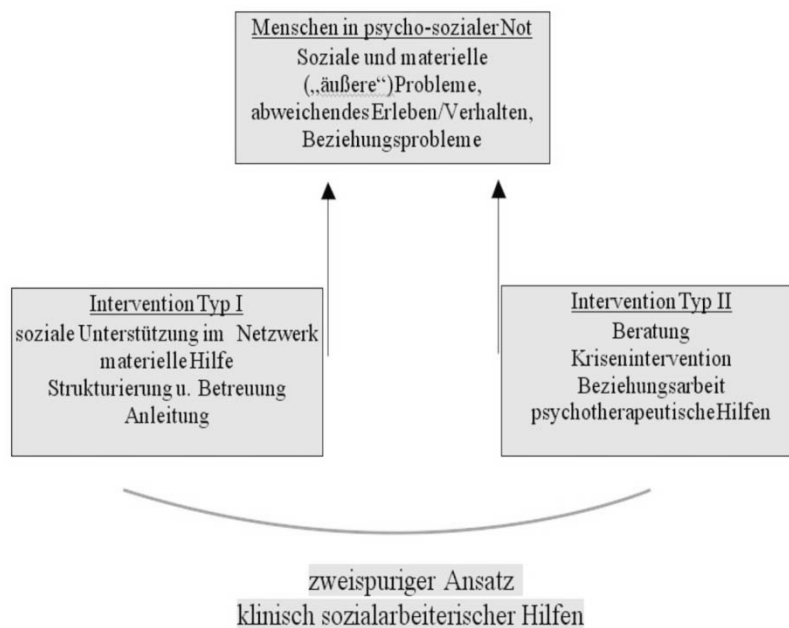
Die soziostrukturellen Veränderungen in der Gesellschaft haben nicht nur ein rasantes Tempo entwickelt, sondern insbesondere für deklassierte Personen und Gruppen dramatische Ausmaße angenommen. Der Bericht der WHO (2001) zur psychischen Gesundheit enthält zahlreiche Forschungsergebnisse bzgl. der Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen in ihrer Bedeutung für die Gesundheit und zeigt die dringende Notwendigkeit, die soziale Komponente zu stärken, und zwar nicht nur punktuell, sondern als grundlegende Umorientierung der Versorgung. Die soziale Systemebene wurde nach Ansicht der WHO in der Behandlung und Versorgung von Patienten lange Zeit zu wenig systematisch bearbeitet, Resultat: ein sog. ‚treatment gap‘.

Der Mediziner Engel (1977, 1980) hat 1977 das bio-psycho-soziale Modell in die Medizin eingeführt, das heute für unseren Gegenstandsbereich der psycho-sozialen Gesundheit als Leitmodell gelten kann und das die Komplexität und auch das Ineinandergreifen der hierarchischen Manifestationsebenen differenziert. Der Gegenstandsbereich der klinisch-interventierend/beratend-behandelnd ausgerichteten Klinischen Sozialarbeit wird als ‚person-in-environment‘ umschrieben. Die Situation überspannt die Subjekt-Objekt-Spaltung, indem sie beides, das Subjekt und die Objekte, in sich aufgenommen hat. Die Kunst der psycho-sozialen Fallarbeit bedeutet, im Rahmen kommunikativer (intersubjektiver) Prozesse das Verhältnis (die ‚Passung‘) zwischen Subjekt und ‚objektiver‘ Außen- und Innenwelt zu verbessern. Dies erfordert vertiefte und erweiterte Interventionskompetenzen und Arbeitsteilung. Die ‚Person-in-der-Situation‘ ist in der Sozialen Arbeit eine Person in psycho-sozialer Not (Rauchfleisch, 2001, 2004). Psycho-soziale Fallarbeit muss deshalb divergente Dimensionen zusammenschauen und erfordert die Arbeit an der Passung verschiedener Gegenstandsebenen.

Klinische Sozialarbeit versteht sich – darauf antwortend – als eine beratende und behandelnde Profession in unterschiedlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Sie bemüht sich um konstruktive Veränderungsimpulse für den Einzelnen im Kontext seiner Umfeld- und Lebensbedingungen und widmet sich dabei insbesondere der Unterstützung schwer erreichbarer PatientIn-

nen bzw. KlientInnen in Multiproblemsituationen (Pauls, 2004). Es bedarf dafür einer gezielten (Weiter-)Entwicklung adäquater Interventionsformen, um psychosoziale Beeinträchtigungen zu beeinflussen und der (un-)sozialen Chancenstruktur als pathogenem Faktor angemessen begegnen zu können. Ihr Interventionskonzept versteht Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung wesentlich biografisch und in soziokulturellen Milieus verankert. Bedingungen des Entstehens und Verlaufs von Beeinträchtigungen sind der Ausgangspunkt für Überlegungen zur Entwicklung dialogischer Hilfeformen (Pauls, 2004) sowie von geeigneten Setting-Projekten zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Homfeldt & Sting, 2006; Zurhorst, 2000).

Abbildung 1: Integration des Divergenten als Aufgabe Klinischer Sozialarbeit



Voraussetzung für eine Hilfeplanung in diesem Sinne ist die Entwicklung von realistischen Veränderungs- bzw. Entwicklungszielen und einer darauf bezogenen Interventionsstrategie, möglichst dialogisch mit der Klientel entwickelt. Dabei muss schon die klinisch-sozialarbeiterische Abklärung die isolierende Betrachtung von psychischen Störungen bzw. ‚isolierten seelischen Behinderungen‘ einerseits sowie Erziehungsdefiziten und sozialen Notlagen andererseits überwinden. Isolierte therapeutische, pädagogische oder sozialarbeiterische Leistungen sind in der Regel wenig geeignet, die komplexen Problemlagen zu

verbessern. Nicht zufällig ist die Dienstleistung der psycho-sozialen Fallarbeit multiprofessionell, ebenso wie die der Beratung und der Psychotherapie. Sie ist nicht Domäne einer Berufsgruppe. Vom Gegenstand her ist das auch geboten.

## 2 Klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik: Theoriehintergrund

Diagnose bedeutet ursprünglich (griechisch) ‚Auseinanderkennen‘: es geht um die methodische Erforschung der Merkmale eines Gegenstandes, einer Person oder eines Systems. Ziel ist die Beschreibung, Unterscheidung, Entscheidung zwecks Erkenntnis von Gegebenheiten eines Zustandes oder einer Situation aufgrund von Merkmalen bzw. Symptomen als Voraussetzung für Maßnahmen bzw. Interventionen. ‚Diagnostik‘ ist heute durchgängiges Hilfsmittel auch „aller klinischen, beratenden, therapeutischen, psychagogischen, heilpädagogischen, auch gelegentlich normalen erzieherischen Bemühungen“ (Brockhaus Enzyklopädie, 1968, S. 685). Interessant ist: Weder die psychologische noch die psychiatrische Diagnostik wird so grundsätzlich in Frage gestellt wie die soziale bzw. sozialarbeiterische Diagnostik. Zwar sind die sozialarbeiterischen Interventionsformen in Form von unterstützenden, fördernden, erzieherischen und therapeutischen Hilfen seit Jahrzehnten integraler Bestandteil der Jugendhilfe, jedoch wird ihre Legitimation, sich wissenschaftlich, methodisch und professionell zu konstituieren und zu positionieren, in Deutschland an einigen Stellen immer noch bezweifelt.

In Deutschland stellte Alice Salomon bereits 1926 in ihrer Schrift ‚Soziale Diagnose‘ Folgendes fest:

„Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass es sich empfiehlt, an Stelle des Wortes ‚Ermittlung‘ den Begriff der sozialen ‚Diagnose‘ einzuführen, weil darin schon eine methodische Anweisung liegt. Bringt sie doch zum Ausdruck, dass diese erste Tätigkeit des Fürsorgers in jedem einzelnen Fall eine selbstständige und vielfältige geistige Leistung erfordert. Diese Leistung besteht darin, das beschaffte Material (eigene Beobachtungen und Aussagen anderer) zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild herzustellen, das erlaubt, einen Plan für die Abhilfe (Behandlung) zu fassen. Der Ausdruck ‚Diagnose‘ ist bisher hauptsächlich in den Naturwissenschaften – in Medizin, Zoologie, Botanik – angewendet worden ... Die soziale Diagnose ... bezweckt ... den Versuch, eine möglichst genaue Darstellung der sozialen Schwierigkeiten und ein möglichst genaues, zutreffendes Bild von der Person eines Hilfsbedürftigen zu geben. Wie bei der Heilkunde ist auch hier das Ermitteln, das Untersuchen nur ein Teilvorgang der Diagnostik. ... Das Wesentliche ist die richtige Bewertung der Einzelheiten, ihr Vergleich, ihre Deutung. ... Zum Material der Ermittlung gehören daher alle Tatsachen aus dem Leben des Bedürftigen und seiner Familie, die dazu helfen können, die besondere soziale Not oder das soziale Bedürfnis des Betreffenden zu erklären und die Mittel zur Lösung der Schwierigkeit aufzuzeigen“ (Salomon, 1926/2002, S. 261).

Mehr als 70 Jahre später formulieren Germain und Gitterman (1999):

„Die soziale Abklärung [ist, Erg. H.P.] ein grundlegender Bestandteil aller Ansätze der praktischen Arbeit. SozialarbeiterInnen müssen zu Beginn des Hilfeprozesses einvernehmlich bestimmen, an welchen Punkten und wie sie auf die Situation eines Individuums, einer Familie oder einer Gruppe eingehen, welche Modalität von Hilfe und welchen zeitlichen Rahmen sie ansetzen wollen, welche Mitteilungen des Klienten sie explorieren und ob sie an objektiven Gegebenheiten oder auf der Gefühls-ebene oder mit verbalem oder nonverbalem Material oder an den Zielsetzungen oder daran arbeiten wollen, was die nächsten Schritte sind.“ (ebd., S. 61)

Intervention ist ohne diagnostische Abklärung nicht möglich. Die Grundfrage ist: *Was ist der Fall?* Zu deren Beantwortung werden relevante Merkmale zu Beginn, im Verlauf und am Ende einer Maßnahme erfasst. Dabei handelt es sich um Schnittstellenaufgaben zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltags-situativen Dimensionen. Die interventionsbezogene Diagnostik fragt weiter: *Was ist zu tun?* Zu ihrer Beantwortung werden in einem Interaktionsprozess zwischen Klient, Umgebung und Praktiker problemrelevante Informationen in eine interventionsrelevante Formulierung der Problematik in Form eines Befundes, einer Diagnose und einer Behandlungsplanung gebracht. Diese systematische und im Interventionsprozess brauchbare psycho-soziale Diagnostik ist eine interventionsrelevante, erlebens-, verhaltens- und situationsnahe Diagnostik, die die klassifikatorische Diagnostik und die störungsorientierte Diagnostik ergänzt.

Klassifikatorische Diagnostik (z.B. nach DSM oder ICD-10) ermöglicht es, die Symptome von Patienten einer Diagnose zuzuordnen (z.B. Bulimia nervosa; Borderline-Störung) und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Für die klinisch orientierte Soziale Arbeit und Pädagogik sind Klassifikationssysteme wie die International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO (2000) durchaus bedeutsam. Das ICD-Klassifikationssystem ist zuständig für Fragen der Pathologie und insofern der kurativen Perspektive zugeordnet, wenn es eine somatische oder psychopathologisch/psychiatrische Diagnostik zur Feststellung von Störungen mit Krankheitswert durchzuführen gilt, als Grundlage für die medizinische, psychotherapeutische oder sozialtherapeutische Behandlung und (sozial-)pädagogische bzw. sozialarbeiterische Hilfen (vgl. Schmidt et al., 1995; Fegert, 1995).

Inzwischen werden auch Klassifikationssysteme für den Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt. Zu nennen sind u.a.:

*Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* der WHO, die eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person entwickelt. Erfasst werden: Behinderungen und Beeinträchtigungen der Person, ihrer Aktivitäten und Situationen im Alltag.



*Das Person-in-Environment-System (PIE)* (Karls & Wandrei, 1994), ein bio-psycho-soziales Assessmentsystem für die Einzelfallarbeit und -analyse, das erstmals ein Modell für die spezifische Klassifikation in der Sozialarbeit formuliert (vgl. Hey, 2000). Die Einschätzung der Situation, der Ressourcen und der Probleme des Klienten bildet die Grundlage für die Planung der Hilfe. Das PIE soll die systematische Identifizierung und Codierung von psychosozialen Problemen in der Praxis erlauben – also die Diagnostik und Klassifikation sozialer Funktionsstörungen, um darauf basierend eine Systematik sozialarbeiterischer Interventionen zu ermöglichen.

Eine interventionsorientierte klinisch-soziale Diagnostik jedoch ist nicht nur phänomenologisch, sondern prozessual, d.h. sie untersucht zu Beginn, im Verlauf und am Ende von Maßnahmen, ‚was der Fall ist‘. Dazu ist eine Sichtweise nötig, die sich für Schnittstellenaufgaben zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltags-situativen Dimensionen eignet. Der psychische Befund des ICD oder PIE wird von klinisch sozialarbeiterischer Seite konsequent in einen sozialen Zusammenhang gestellt – übrigens ebenso wie somatische Erkrankungen – mit dem Ziel der psycho-sozialen bzw. erzieherisch-therapeutischen Intervention. Qualitätskriterium ist ihre multidimensionale und prozessuale Anlage, die helfen soll, ein Arbeitsmodell im Einzelfall zu entwickeln, das folgende Funktionen erfüllt:

*Planung und Steuerung:* Maßnahmen bzw. Interventionen müssen indiziert sein (selektive und adaptive Indikation);

*Begründung:* Maßnahmen psycho-sozialer Beratung und Intervention müssen gegenüber Klienten und Kostenträgern nach Art, Umfang und Notwendigkeit begründet werden;

*Dokumentation:* das Vorgehen und seine Effekte müssen nachprüfbar dokumentiert werden;

*Kontrolle/Transparenz:* Maßnahmen müssen nachvollziehbar sein für Fachkollegen, Betroffene, Kostenträger;

*Beteiligung (informed consent):* Erklärung und Begründung der Hilfe erfolgt im Dialog, damit für Klienten Einsicht in Problemzusammenhänge und Verhalten verknüpft sind.

In einer klinisch orientierten psycho-sozialen Diagnostik geht es also prinzipiell um die multidimensionale Erfassung von problem- bzw. störungsrelevanten Merkmalen von Belastungen *und* Ressourcen der in konkreten Kontexten lebenden und handelnden Personen. Dazu gehören psychische ebenso wie soziale und materielle Bedingungen: Defizite, Verluste, Störungen, Konflikte und Traumatisierungen, psycho-soziale und materielle Ressourcen, förderliche Umweltbedingungen und psychische Kompetenzen, die mildernd, korrigierend und

kompensierend wirken. Erleben, Verhalten, Situation und Ereignis, Beziehung und systemischer Kontext werden als Anteile der Person-Umwelt-Transaktionen herausgearbeitet.

Abbildung 2: Inzidenzformel (in Anlehnung an Becker 1992, 1997)

<b>Belastungen, Defizite, schädigende Einflüsse</b>		
<b>Inzidenz psycho-sozialer Störungen</b>	=	<b>angeborene/erworbene Vulnerabilität</b> * <b>belastende Lebensereignisse, chronisch negative soziale Einflüsse</b>
		<b>psycho-soziale Kompetenzen und individuelle Resilienz</b> * <b>förderliche Umweltbedingungen, soziale Integration</b>
<b>Stärken, Ressourcen, protektive Faktoren</b>		

Klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik ist damit eine Mehrebenen-Diagnostik, die grundsätzlich interventionsorientiert ist. Sie liefert Grundlagen für die Veränderungsarbeit einschließlich der Indikationsstellung: Was ist bei welcher Problematik und welcher Situation wann und wie von wem zu tun?

### 3 Klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik: Praktische Durchführung

Für die psycho-soziale Intervention ist zu klären, was angemessen getan werden sollte und getan werden kann. Dabei lassen sich folgende Bereiche unterscheiden:

*direkte Einflussnahme* (z.B. durch aufsuchende Maßnahmen, Einbeziehung des Umfeldes),

*Unterstützung in Beziehungen* (z.B. Partnerberatung, Familienberatung/-therapie, Peergroup),

*Förderung innerpsychischer Veränderungen* (z.B. emotionale und kognitive Umbewertung durch Beratung),

*Training* (z.B. Verhaltenstraining, Anleitung, Qualifizierungsmaßnahmen),

*Evasion/aus dem Felde gehen* (z.B. Arbeitsplatzwechsel, Trennung, Milieuwechsel, Institutionalisierung).

Voraussetzung für eine differenzierte Hilfeplanung ist die Entwicklung von realistischen Veränderungs- bzw. Entwicklungszielen und einer darauf bezogenen Interventionsstrategie, möglichst gemeinsam mit der Klientel (siehe für die praktische Durchführung anhand eines Fallbeispiels Gahleitner & Rajes, in

diesem Band). Folgende Perspektiven sollte psycho-soziale Arbeit zur Erreichung des Oberziels – der Befähigung der Betroffenen zur eigenständigen Lösung ihrer gegenwärtigen Probleme – fachlich kompetent einnehmen können:

*Belastungs- und Störungsperspektive:* Wie reagieren die Menschen auf welche Belastungen durch externe (soziale und materielle – z.B. Marginalisierung – soziale Isolation) und interne (psychische) Bedingungen (z.B. Demoralisierung, Traumatisierung, Vernachlässigung)?

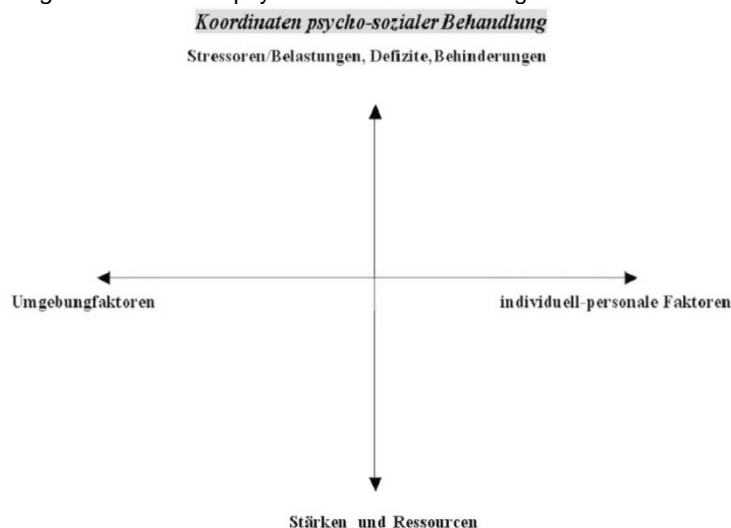
*Ressourcenperspektive:* Welche sozialen, ökonomischen und personalen Ressourcen haben Betroffene, welche können aktiviert werden, bzw. wie können sie Zugang zu förderlichen Umweltbedingungen finden, welche müssen ggf. neu aufgebaut werden?

*Beziehungsperspektive:* Wie kann eine tragfähige professionelle Bindungsbeziehung aufgebaut und welche Beziehungskontexte der Klienten müssen aktiv in die Arbeit einbezogen werden?

*Person-in-der-Umgebung-Perspektive* (,person-in-situation', ,person-in-environment' = PIE): Wie kann bei der Behandlung der ,Person-in-ihrer-Umgebung' soziale Unterstützung im sozialen Netzwerk genutzt bzw. aufgebaut werden?

*Soziale Interventionsperspektive:* Problemorientierte Beratung, soziotherapeutische Unterstützung des Alltaghandelns, Situationsorientierung, Entwicklungsbegleitung (z.B. Erziehungsbeistandschaft).

Abbildung 3: Koordinaten psychosozialer Behandlung



Alle diese Perspektiven beinhalten spezifische diagnostische Aufgabenstellungen. Zu allen diesen Perspektiven gibt es Wissen und Know How. Folgende Systematik kann bei der Ordnung und Bewertung der Befunde und bei der Planung der Maßnahmen sehr hilfreich sein.

Wie jedoch gelangt man aus möglichst komplexer Information zu einer derart kondensierten Zusammenschau der jeweiligen Faktoren? In der klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik wird dabei mit verschiedenen Instrumenten gearbeitet, deren vollständige Darstellung diesen Rahmen sprengen würde (vgl. u.a. Pauls, 2004; Pantucek, 2005). In Anbetracht der begrenzten Möglichkeiten soll hier exemplarisch ein Schwerpunkt klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik vorgestellt werden: neben der Abklärung gestörten Verhaltens (Schwerpunkt ‚Lebensweise‘) geht es zentral um die Abklärung und Veränderung gestörter Verhältnisse (Schwerpunkt ‚Lebenslage‘). Isolierte psychotherapeutische Leistungen sind in der Regel wenig geeignet, die komplexen Problemlagen zu verbessern. Ein wichtiger Teil dieser Arbeit wird bereits bei der Formulierung eines Behandlungskontraktes geleistet, unter Beachtung des Zeitdrucks (z.B. bei akuten Krisen) sowie der individuellen Ressourcen: Welche Zielsetzungen sind auf welchen Ebenen anzustreben? Wozu ist der Klient-in-seiner-Situation bereit und in der Lage? Welche Interventionsformen sollen/können in welchem Setting durchgeführt werden? Welche Aussichten bestehen für die Erreichung welcher Ziele? Intervenierende und zu beachtende Variablen dabei sind:

*Individuelle Entwicklung:* genetische & konstitutionelle Faktoren, physiologische Faktoren, Temperament, Ich-Entwicklung, Kognitive Entwicklung, moralische Entwicklung;

*Familie:* Familienstruktur und Rollen, Stadium im Lebenszyklus der Familie, Qualität und Angemessenheit der Ernährung und Versorgung, Familiendynamik;

*Rollen:* Differenzielle Rollenerwartungen (Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Kultur, ethnische Zugehörigkeit, Rasse); Zugang zu Rollenkompetenz; berufliche Rollen; instrumentelle und affektive Aufgabenerwartungen; Soziales-Unterstützungs-Netzwerk; Gruppenzugehörigkeit; organisationsbezogene Rollen;

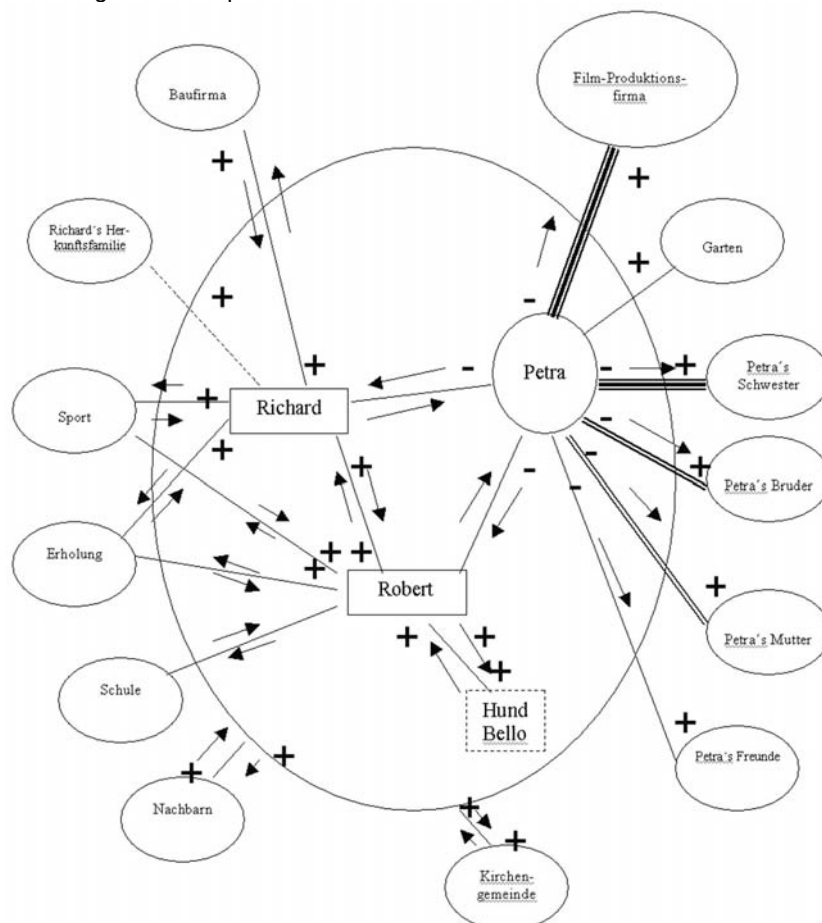
*Kultur und Werte:* Rasse, Klasse, Religion, Ethnie, Gemeinde;

*Zugang zu institutionellen Ressourcen:* soziale Dienste; Gesundheitsdienste, formelle und informelle Erziehungsdienste, Schutz- und Rechtsdienste, Beschäftigung und ökonomische Sicherheit, Kultureinrichtungen;

*Grundlegende menschliche Ansprüche:* körperliche und emotionale Gesundheit, lebenslanges Lernen, Schutz, Soziale Gerechtigkeit, Arbeit und ökonomische Sicherheit, ästhetische Befriedigung, Selbstverwirklichung.

Weniger bekannt als das Genogramm, jedoch ebenfalls ein äußerst hilfreiches Instrument zur Abklärung der komplexen Beziehungs- und Interaktionsgeflechte ist die ‚Ecomap‘ (Cournoyer, 1996; Pauls, 2004): ein geeignetes Verfahren, mit Hilfe dessen förderliche und belastende Beziehungen zwischen Mitgliedern eines primären sozialen Systems (z.B. Familie) und dessen umgebender Welt repräsentiert werden können (zum praktischen Vorgehen an einem Beispiel vgl. Gahleitner & Rajes, in diesem Band).

Abbildung 4: Ecomap



(zur destillierten Beschreibung vgl. Pauls, 2004; zum praktischen Vorgehen an einem Beispiel vgl. Gahleitner & Rajes, in diesem Band)

Besonderer Wert in der psychosozialen Diagnostik wird auf sozialpathologische Risikofaktoren gelegt, die innerhalb psychologischer und psychistischer Diagnostik häufig vollständig ausgeblendet wird: ökonomische Deprivation/Armut, Agismus, Rassismus, Sexismus, Soziogenese von Störungen und Erkrankungen. Auch die differenzierte Erarbeitung dieser sog. sozialen Chancenstruktur lässt sich mit Hilfe der Ecomap kreativ und in Berücksichtigung ihrer Komplexität erheben und veranschaulichen.

Für die Qualität des Netzwerkes sind folgende Dimensionen zu berücksichtigen:

<b>Erreichbarkeit</b>	Wie gut bzw. wie schlecht sind Angehörige des Netzwerkes zu erreichen (einschließlich räumlicher Distanz)? Wie viele Zwischenstationen sind notwendig, um eine bestimmte andere ‚Einheit‘ zu erreichen?
<b>Haltbarkeit</b>	Wie ist der zeitliche Bestand der Beziehungen?
<b>Häufigkeit</b>	Wie häufig sind die Kontakte (als Maß für die soziale Aktivität)?
<b>Reichweite</b>	Wie umfangreich ist das Netzwerk (wie viele Personen bzw. ‚Einheiten‘) und wie ist es zusammengesetzt? Eine eher heterogene Zusammensetzung (Alter, Geschlecht, soziale Lage) dürfte in der Regel eine größere Tragfähigkeit bedeuten.
<b>Inhalt</b>	Wie ist sind Qualität und Inhalt der Beziehungen (z.B. verwandtschaftlich, freundschaftlich, nachbarschaftlich; feindselig, abhängig, warm, unterstützend etc.)?
<b>Zugänglichkeit</b>	Sind Personen des aktuellen Netzwerkes für einen konkreten Kontakt erreichbar und ansprechbar? Zwei Aspekte wirken auf die Erreichbarkeit ein: die persönliche Bereitschaft des Einzelnen und die Auswirkung von Arbeits- und anderen Belastungen auf die Bezugsperson.

Die Ecomap dient damit der systemischen und systematischen Abklärung der Situation einer Person in Bezug auf die familiäre und soziale Lebenssituation. Sie erstellt ein Diagramm, das die umgebende soziale Welt repräsentiert und erlaubt anschließend einen Überblick über den Kontext einer Person, einer Familie oder eines Haushaltes. Diese Information fließt in die oben genannten Koordinaten psycho-sozialer Behandlung ein, ebenso wie eine Reihe weiterer Instrumente, deren Darstellung hier den Rahmen sprengen würde.

Abschließend soll daher im Folgenden Bezug auf konkrete, für den TWG-Bereich spezifizierte Fragen genommen werden.

## 4 Diskussion spezifischer Fragestellungen für den TWG-Bereich

Welchen Gewinn haben Fachleute von klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik?

Je weniger die Sozialarbeit eine eigene klinische Diagnostik praktiziert, umso mehr verstellte der Rückgriff auf meist psychiatrische Diagnosen den Blick für soziale Zusammenhänge und verhindert, psychische Devianz als soziales Problem zu erkennen. „Diese Blickverlagerung kann zugleich den Verzicht auf sozialarbeiterische Hilfe bedeuten“ (Kling-Kirchner, 2002, S. 325) und führt – in der Jugendhilfe nicht selten – zu einer unangemessen einseitigen Psychiatrisierung der Betroffenen. Die klinisch-sozialarbeiterisch geprägte psycho-soziale Intervention geschieht in der Regel im Lebensfeld. Klinische Sozialarbeit trägt die klinische Haltung aus den ‚klinisch‘ reinen Zusammenhängen hinaus in den ‚Schmuddelalltag‘. Sozialarbeit hat mit den Menschen zu tun, die nicht mehr mitgekommen sind. Sozialarbeit lässt ‚Schmuddelkinder‘ nicht nur niedrigschwellig in Beratungsstellen kommen, sie sucht auch auf oder – wie im Falle stationärer und halbstationärer Einrichtungen – teilt mit ihnen partiell den Alltag.

Die psychiatrische Sozialanamnese erfasst nicht zentral die Lebenswelt des Kindes. Soziale Arbeit erfasst, ‚was der Fall ist‘, zu einem wesentlichen Teil über den eigenen Eindruck, den Augenschein, das Miterleben. Im Hausbesuch fährt und geht man durch den Stadtteil, im Gespräch mit dem Lehrer besucht man die Schule. Die dabei gewonnenen ‚subjektiven‘ Eindrücke werden in der Reflexion und systematischen Auswertung zu ‚Erfahrungen‘. Die Nähe, die die Kinder- und Jugendpsychiaterin mit dem Kind und seinen Eltern und ggf. sonstigen Bezugspersonen im diagnostischen Prozess herstellt, ist eine andere als die des Sozialpädagogen. Da gibt es soziale Bereiche, Lebensumstände in der konkreten Lebenssituation, zu denen die Psychiatrie und auch die Psychologie in der Art und Weise, wie Praxis in diesen Disziplinen gelebt wird, nicht vordringt, sondern die sie sich allenfalls vorstellt.

Werden durch unsere Diagnostik Hierarchien zwischen uns als ‚Fachkräften‘ und den ‚Hilfesuchenden‘ etabliert?

Wenn der Mangel an Fachwissen vor einer abzulehnenden ‚Hierarchisierung‘ schützen sollte, wäre dann die Konsequenz, dass wir die Fachkräfte möglichst lückenhaft ausbilden sollten? Ist diese Frage nur für Klinische Sozialarbeiter relevant oder auch für Psychologen, Psychotherapeuten etc.? – Für alle Disziplinen gilt: Die Rolle einer diagnostizierenden Fachkraft sollte diejenige einer ausgebildeten Fachkraft sein. Insofern verfügt sie über ein Mehr an Hintergrundwissen als die Klientel. In der Regel wird dies von Hilfesuchenden auch gewünscht. Wenn wir zum Arzt gehen, wünschen wir uns auch, dass der Chirurg über professionsorientierte Kompetenzen verfügt. Diagnostische Befunde haben daher immer auch Konfrontationscharakter. Kinder, Jugendliche und Eltern haben ein Recht darauf, zu erfahren, was nach Einschätzung der Fachkraft der Fall ist und wie

vorgegangen werden soll – hier finden dann z.B. im Hilfeplangespräch auch Aushandlungsprozesse statt. Aber mit fachkompetenten, ausgebildeten Fachkräften, nämlich psychiatrischen, psychologischen und sozialarbeiterischen.

Die ExpertInnenschaft der klinisch-sozialarbeiterischen Fachkraft muss notwendigerweise auch auf einer fundierten Befähigung zur klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik fußen. Dabei sollten wir von ideologischen Positionen Abschied nehmen. Natürlich sind ‚Aushandlungsprozesse‘ im Spiel. Aber selbst der Anteil der Partizipation kann nur von einer Expertin oder einem Experten bestimmt werden. Wer sonst als ein(e) ExpertIn kann etwas anfangen mit einer Haltung ‚phänomenologischer Unvoreingenommenheit‘, ‚nichtwertender Offenheit‘ oder ‚Diagnostik als Prozess‘, angesichts einer Familie, die in einer akuten Krise in die Beratungsstelle mit klinisch-sozialarbeiterischen Ressourcen kommt? Da muss z.B. rasch die Suizidalität und/oder eine andere Gefahr im Verzug (z.B. akute Gefährdung des Kindes) handlungsrelevant abgeschätzt werden.

Ich unterscheide zwischen dem ‚top-down‘- und ‚bottom-up‘-Prozess: es gibt diagnostische Prozesse und Befunde, die von Expertenseite aktiv ein- und nahegebracht werden müssen (top down), und solche, die gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet und ausgehandelt werden müssen und können (bottom up). Verfahrensweisen, die sich beide Prinzipien zunutze machen, z.B. die Zielerreichungsanalyse, sind von ihrer Konstruktion und ihren prozeduralen Regeln expertengesteuert (top down), aber von den erarbeiteten Inhalten her bottom-up gefüllt – im Hinblick auf die erzeugten ‚items‘, die Situationsbeschreibungen, die Entwicklung und Beschreibung von Veränderungszielen, die Benennung und Gewichtung der Zielbereiche.

Die Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit ist jedoch grundsätzlich einem dialogischen Vorgehen verpflichtet, das Transparenz, Kontrollierbarkeit, Mitsprache und Evaluation möglich werden lässt und damit das Machtgefälle mit dem Ziel einer offenen gemeinsamen Interventionsplanung durch maximal mögliche Beteiligung durchbricht. Implizite und idiosynkratische Diagnostik dagegen schafft eine unkontrollierbare und intransparente ‚Hierarchie‘.

Wird über die diagnostisch fundierte Festschreibung von Maßnahmen und Interventionsstrategien der ‚Aushandlungsprozess‘ zwischen Fachkraft und Betroffenen vernachlässigt?

Eine Teilantwort auf diese Frage findet sich in der vorherigen Antwort. Vielleicht noch ergänzend: Jeder Hilfe- bzw. Veränderungsprozess muss durch adaptive Indikationsentscheidungen gesteuert werden und ist damit von Grund auf prozessual. Der Aushandlungsprozess ist ein Teil von Diagnostik und Contracting (Cournoyer, 1996, S. 247ff.; Pauls, 2004). Festschreibung ist insofern erwünscht, als sie Verbindlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Wirksamkeitsprüfung meint. Die Zielformulierung und kooperative Kontrakterarbeitung ist jedoch wegen der notwendigen Mitwirkung der Klienten eine Schlüsselstelle. Der Kontrakt folgt aus diagnostischen Abklärungen und beinhaltet (a) möglichst klar identifizierte Problembereiche, (b) spezifische Ziele für die ge-



meinsame Arbeit, (c) ein Konzept für die Arbeitsschritte bzw. einen Veränderungsplan, (d) eine Vereinbarung mit dem Klienten über die Art der Zielerreichungskontrolle. Zentrales Prinzip ist die maximal mögliche Einbeziehung des Klienten: Wie erlebt der Klient seine Probleme? Was will er verändern? Welche Art von Hilfe sucht er? Aber auch: Welche Art von Hilfe braucht er – ggf. unabhängig davon, ob dies in seiner Selbstwahrnehmung präsent ist.

Wie wird die zukünftige Bedeutung psychologischer Diagnostik eingeschätzt? Besteht nicht die Gefahr, dass diese Diagnostik zwischen psychiatrischer und klinisch-sozialer zerrieben oder subsumiert wird?

Gibt es Raum für mehr als eine Profession? – In der psycho-sozialen Fallarbeit müssen die Professionen zusammenwirken. Teilweise überschneiden sich psychologische und sozialarbeiterische psycho-soziale Diagnostiken und Vorgehensweisen, teilweise gibt es klare Abgrenzungen. Zunächst ist dafür die Frage zu klären: Welche Psychologie ist gemeint? Und: Welche Grenzen setzt sich die Psychologie selbst. Die Kassenpsychotherapie ist mit ihren störungsorientierten Konzepten und Einengungen immer weniger die Adresse einer psycho-sozial orientierten Arbeit; die Neuropsychologie, die Biopsychologie und Kognitionspsychologie schon gar nicht. Übernimmt nicht künftig eine Klinische Sozialarbeit auch Aufgaben einer immer weiter auf dem Rückzug befindlichen psycho-sozial orientierten Psychologie? Wer versorgt die schwerer erreichbare Klientel?

Im deutschen Sprachraum existiert bisher leider keine kohärente Scientific Community für die wirksame Gestaltung psycho-sozialer Hilfeprozesse – vielleicht sollte man eine interdisziplinär angelegte neue Handlungswissenschaft der ‚Psycho-sozialen Fallarbeit‘ ins Leben rufen. So lange dies nicht der Fall ist, müssen wir nach dem Vorbild der Clinical Social Work in den USA (siehe [www.centercsw.org](http://www.centercsw.org)) eine sozialarbeitswissenschaftliche Subdisziplin entwickeln, deren Gegenstand die Praxis der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Sozialen Unterstützung ist. Sie hätte die Aufgabe, schulenübergreifend die sich in der Praxis als wirksam erweisenden Paradigmen, Handlungskonzepte und Theorien zu bearbeiten und weiterzuentwickeln, unabhängig von den spezifischen institutionellen Zielen bzw. den Diensten, in denen entsprechende psychosoziale Leistungen erbracht werden. Je nach institutionellem Kontext sind dafür Bezeichnungen wie Beratung (in den vielfältigen Formen sozialer Arbeit), Case Management, Jugendhilfe bei komplexen Problemlagen, Suchttherapie, Kinder- und Jugendlichenherapie, verschiedene advokatorische Funktionsbeschreibungen, Mediation, rehabilitative Betreuung usw. gebräuchlich.

Ist es eigentlich Zufall, dass diese Debatte gerade in Zeiten allgemeiner Kürzungen wieder intensiviert wird? Flapsig gefragt: Bekomme ich eine psychosoziale Diagnostik durch einen Sozialarbeiter, bezahlt nach Vb, auf demselben Niveau wie die eines Psychologen nach Bat II?<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Durch einen auf dem Beitrag von Thomas Girnth beruhenden Fragekatalog, der hier zu Grunde gelegt wurde, sind vereinzelte Parallelen der beiden Beiträge zu erklären.

Das ist eine berufspolitische Frage: (a) soll die Soziale Arbeit auf ihre Eigenentwicklung verzichten?; (b) höher qualifizierte klinisch-sozialarbeiterische Fachkräfte mit Master-Abschluss und Qualifikation zum Höheren Dienst werden künftig auf gleichem Niveau zu bezahlen sein – erste Einzelfälle gibt es bereits.

Fragt man einen Jugendlichen nach seiner psycho-sozialen Diagnose, so wird man wohl nur einen verständnislosen Blick ernten.

Kein Wunder, ist doch die Notwendigkeit einer solchen Diagnose im Feld sozialpädagogischer Fachdebatten durchaus umstritten. Inwiefern nehmen Jugendliche an ‚Fachdebatten‘ teil? – Dies ist stärker eine Frage des professionellen Selbst- und Partizipationsverständnisses der Einrichtungen und ihrer MitarbeiterInnen als eine professionspolitische.

## Resümee

Die multiprofessionelle Vielfalt der psycho-sozialen Versorgung im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Grundverständnisses für unversorgte Klientel darf nicht länger von anachronistischen Besitzstandshürden zementiert werden – stammen sie nun aus dem psychiatrischen, psychologischen oder sozialarbeiterischen Lager. Wir brauchen Akteure in den Ausbildungs- und Versorgungssystemen, die bereit und in der Lage sind, neue Wege zu gehen. Diese Akteure finden wir an und in progressiven Praxiseinrichtungen, Hochschulen, Verbänden und auch bei einer wachsenden Zahl von Berufspraktikerinnen und Berufspraktikern.

## Literatur

- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: P. Paulus (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S. 91-107. Köln: GwG.
- Becker, P. (1997). Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. 1. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Cournoyer, B. (1996). The social Work skills workbook. (2<sup>nd</sup> ed.). Pacific Grove Brooks/Cole Publishing.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Fegert, J. M. (1995). Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. Münster: Votum.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. (1999). Praktische Sozialarbeit. Das „Life Model“ der Sozialen Arbeit. Fortschritte in Theorie und Praxis. Stuttgart: Enke. (Englisches Original 1996).

## I Erziehung – Behandlung – Beziehung

---

- Hey, G. (2000). Klinische Sozialarbeit. Zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*, S. 163-175. Weinheim: Juventa.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Karls, J. M. & Wandrei, K. E. (Eds.) (1994). *Person-In-Environment System. The PIE Classification System for Social Functioning Problems*. Washington, DC: NASW Press.
- Kling-Kirchner, C. (2002). Diagnostik als Bestandteil klientenbezogener Sozialarbeit. *Soziale Arbeit*, 9, 322-330.
- Pantucek, P. (2005). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau Verlag.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2004). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Sammlung Vandenhoeck).
- Salomon, A. (2002). *Soziale Diagnose*. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule. (Original erschienen 1926).
- Schmidt, M. H., Holländer, A. & Hölzl, H. (Hrsg.) (1995). *Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe. Zur Umsetzung von § 35a KJHG*. Freiburg: Lambertus.
- World Health Organisation [WHO] (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Perspectives*, New Hope. Genf: WHO Library.
- Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In: S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*, S. 41-54. Weinheim: Juventa.

*Silke Birgitta Gahleitner & Klaus Rajes*

## Psychosoziale Diagnostik am Beispiel der Arbeit in therapeutischen Jugendwohngruppen – von der Theorie zur Praxis

Eine soziale Diagnose ist eine „Diagnose ... , die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und die Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt.“ (Alice Salomon, 1926, S. 260 )

Hamid ist heute 14 Jahre alt. Er ist seit einem Jahr in der therapeutischen Einrichtung. Der im Folgenden dargestellte psychosoziale Diagnostikprozess spiegelt die Erkenntnisse wider, die zu Beginn und im Verlauf der bisherigen Maßnahme gewonnen werden konnten.

Hamid ist der älteste von drei Brüdern aus erster Ehe und einem Halbbruder aus der zweiten Ehe der Kindesmutter. Die Eltern waren aus der Türkei immigriert, Hamid und seine Brüder sind in Deutschland geboren und aufgewachsen. Aufgrund ihrer geringen Ausbildung und Sprachkenntnisse hatten die Eltern nur ein gelegentliches Einkommen und waren auf staatliche Unterstützung angewiesen. Hamid wuchs unter materiell wie emotional belasteten Verhältnissen auf. Beide Eltern waren häufig alkoholisiert, und es kam immer wieder zu häuslicher Gewalt in der Familie. Hamid war als ältester Bruder davon am meisten betroffen.

Die erste Ehe zerbrach, als Hamid zehn Jahre alt war. Hamid lebte mit seinen drei Brüdern nach der Scheidung eineinhalb Jahre lang beim Kindsvater, der Hamid für die Probleme der Familie verantwortlich machte. Er musste sich um den Haushalt und seine Geschwister kümmern. Hamid berichtet über diese Lebensphase von viel Gewalt durch den Kindsvater und sexuellen Missbrauch durch Bekannte des Kindsvaters. Ein regelmäßiger Schulbesuch fand seit diesem Zeitpunkt nicht mehr statt.

Die Kindesmutter begann zu trinken. Nach etwa einem Jahr jedoch stabilisierte sich ihre Situation. Sie erstritt aufgrund der Verwahrlosung der Kinder durch den Kindsvater sowie den emotionalen und von Hamid berichteten körperlichen Missbrauch das Sorgerecht für die Kinder vor dem Familiengericht. Die Situation bei Gericht überforderte Hamid erheblich und war geprägt von Gewaltandrohungen durch den Kindsvater, der Hamid damit einschüchterte, ihn aufgrund seines ‚Verrats‘ umzubringen.

Die Kindesmutter lernte in dieser Phase ihren jetzigen Ehemann kennen, der aus der Türkei nach Deutschland zog. Hamid beschreibt diese Phase als sehr problematisch, da er sich um die inzwischen schwanger gewordene Kindesmutter kümmern musste, die erneut zu trinken begann. Zwischen dem ‚neuen Vater‘, der einen patriarchalisch geprägten Erziehungsstil ausübte, und

Hamid gab es starke Spannungen, da Hamid sich erneut nur ausgebeutet und mit seinen Problemen nicht verstanden fühlte. Er entwickelte körperliche Beschwerden, wurde mit dem 13. Lebensjahr in eine Klinik eingewiesen, die keine körperlichen Erkrankungen feststellen konnte und die Überweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung empfahl.

Dem Klinikaufenthalt wollte die Kindesmutter anfangs nicht zustimmen. Inzwischen war eine Familienhelferin des Jugendamtes damit beschäftigt, die Familie zu unterstützen. Angesichts der weiteren Schuldistanz von Hamid, Gewaltausbrüchen gegenüber seinen Geschwistern, erneuten körperlichen Beschwerden und mehreren Suizidversuchen wurde der zuständige KJPD eingeschaltet.

Die Familie war mit der Eskalation der Schwierigkeiten von Hamid überfordert und stimmte einer Unterbringung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu. Im Anschluss an die mehrwöchige klinische Behandlung und Diagnostik wollte Hamid auf keinen Fall in die Familie zurückkehren. Diesen Wunsch unterstützte die Klinik aufgrund der Vorgeschichte. Hamid wurde im Rahmen einer ‚Clearing-Phase‘ in einer Kriseneinrichtung untergebraucht und zog im Anschluss an diese dreimonatige Unterbringung in die ihn derzeit betreuende Einrichtung.

Wie Hamid haben Jugendliche in Therapeutischen Jugendwohngruppen zumeist lange ‚Karrieren‘ negativer Lebensereignisse durchlaufen. Frühe Bindungsstörungen, Versorgungs- und Förderungsdefizite, z.T. auch manifeste Misshandlung verursachen multiple Entwicklungsstörungen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene (Streeck-Fischer, 1999) und bedingen bereits im Jugendalter chronische Beschwerden, Belastungen und Störungen. Frühe traumatische Erfahrungen durch Versorgungs- und Bindungspersonen werden nicht aufgefangen, basale Abwehrstrategien verselbstständigen sich und führen zu chronifizierten Störungen, da keine Verarbeitung der frühen Defizite und Überforderungen erfolgen kann.

Als Antwort darauf versucht das Konzept Therapeutischer Wohngruppen (TWG), Alternativverfahren auf der Beziehungsebene und der sozialen Ebene bereitzustellen. Auf diesem Boden sollen in der Adoleszenz mit pädagogisch-therapeutischer Unterstützung eine Chance zur Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse angeboten und neue Formen der Alltagsbewältigung ermöglicht werden. 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. Dieses ‚geschulte Verständnis‘ für die Jugendlichen bestimmt die Haltung ihnen gegenüber sowie die Art der Intervention (Gahleitner et al., 2004).

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 übungs-, erlebnis- oder konfliktzentriert, netz-

werkbezogen und medikamentengestützt – wobei das Schwergewicht mal mehr auf der einen, dann wieder mehr auf einer anderen Modalität liegt. Das Team aus SozialpädagogInnen, (Sonder-)PädagogInnen, ErzieherInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen arbeitet dafür in unterschiedlichen Settings (Einzelsetting, Gruppensetting oder Teilgruppensetting) und mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten.

Für die Erarbeitung der indikationsspezifischen und situationsadäquaten Jugendhilfeplanung ist eine bio-psycho-soziale, mehrdimensionale Diagnostik hilfreich, wie sie seit Beginn der sozialen Arbeit von Alice Salomon in ihrer Schrift zur Sozialen Diagnose (1926) vorgeschlagen wurde und seit einigen Jahren in der Klinischen Sozialarbeit entsprechend den aktuellen Verhältnissen ausgearbeitet und expliziert wird (Pauls, 2005; vgl. Gahleitner, 2005).

## 1 Psycho-soziale Diagnostik

„Eine Diagnose dient der Feststellung eines psycho-sozialen Problems bzw. Problemkomplexes mit dem Ziel, Verfahrensweisen zuzuordnen und zielbezogen anzuwenden, um die Problematik zu beseitigen, zu lindern und/oder zu kompensieren“ (Pauls, 2005, S. 31). Es geht darum zu erkennen, was der Fall ist; zu erkennen, was förderlich, gesund und hilfreich ist; zu erkennen, was belastend, gestört bzw. krank ist. Dazu gehört das Erkennen, über welche Ressourcen die Betroffenen und ihr Umfeld verfügen und in welchem Verhältnis diese zu Belastungen stehen. Vor diesem Hintergrund können Ressourcen und Potenziale, Defizite und Störungen mit dem Begriff der Passung aufgefasst werden: „Bio-psycho-soziale Probleme sind Passungsprobleme im Sinne von Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen zwischen verschiedenen Dimensionen“ (ebenda). Dazu gehören biologische Konstitution, psychische Potenziale, Entwicklungsanforderungen und Belastungen, Entwicklungsziele des Individuums, Entwicklungs- und Unterstützungsangebote in der Umwelt, die soziale Chancenstruktur etc.

„Im günstigen Falle bilden diese Dimensionen ein System fördernder Anregungen und Unterstützungen, die für die Entwicklung optimale Diskrepanzen aufweisen, sodass die Person durch Mobilisierung eigener Bewältigungskompetenzen neue, reifere Lösungen entwickeln und integrieren kann. Im ungünstigen Fall wirken diese Dimensionen stark gegeneinander, sodass eine Blockierung der Entwicklung erfolgt, mit regressiven bzw. defizitären und gesundheitsgefährdenden Bewältigungsversuchen. In diesem Fall kommt es im komplexen Zusammenspiel zu erheblichen Spannungen, Inkongruenzen oder Diskrepanzen ... Das ‚Psycho-Soziale‘ ist in diesen Prozessen nicht nur ‚Folge‘, sondern auch Ursache von Erkrankungen, Behinderungen und sozialen Problemen“ (Pauls, ebenda, S. 31f.).

Die Auswahl der diagnostischen Verfahren ist insoweit als eklektisch anzusehen, als sie aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Diagnoseverfahren ausgewählt

werden. Wesentliche Kriterien für die Auswahl sind in diesem Fall, dass die Verfahren, mit Ausnahme der Zielerreichungsanalyse, ohne große Vorkenntnisse anwendbar sind. Die Verfahren ermöglichen die Einbeziehung und Beteiligung des Klienten in den Diagnoseprozess und sind dadurch zugleich Diagnose und Intervention. Dies impliziert einen wichtigen Grundsatz psycho-sozialer Diagnostik, die eigene Sicht des Klienten zu erfassen, seine Selbstständigkeit im Erkennen und in der Veränderung seiner Situation zu fördern.

Standardisierte diagnostische Verfahren erlauben schließlich in der Summe eine Strukturierung der komplexen Informationen, beinhalten in den Aussagen die Dimensionen ‚Individuum – soziale Umwelt‘ sowie die Dimensionen ‚Defizite – Ressourcen‘. Insgesamt ermöglichen sie die Klärung der Frage, welche Hilfebereiche in der Dimension ‚Klient – primäres soziales System‘ bearbeitet werden sollten, mit welchen Ressourcen der beiden Dimensionen gearbeitet werden kann und welche Defizite auf die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung verweisen. Die Erkenntnisse aus diesem diagnostischen Prozess sind damit Grundlage und Ausgangspunkt für die Fallbearbeitung.

Neben der phänomenologischen Psychodiagnostik sind daher eine entwicklungsorientierte Diagnostik, eine soziale und Lebensweltdiagnostik sowie eine ausführliche Ressourcenanalyse hilfreich, um einen indikationsspezifischen Behandlungsplan zu entwickeln. Dieses Vorgehen soll im Folgenden an dem bereits eingeführten Fallbeispiel dargestellt werden.

### *1.1 Phänomenologische Psychodiagnostik*

Nach dem in Deutschland als Klassifikationsschlüssel verwendeten ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000) wird der Komplex an Problematiken, die für eine Person entstehen können, wenn es in dem eben benannten komplexen Zusammenspiel zwischen Entwicklungsanforderungen und überfordernden äußeren Umständen zu erheblichen Spannungen kommt, unter der Kategorie der ‚Anpassungsstörungen‘ zusammengefasst. Frühe Bindungs-, Versorgungs- und Förderungsdefizite verursachen durch maßlose Überforderungen so Entwicklungsstörungen auf der ganzen Variationsbreite der bio-psycho-sozialen Ebene. Einfache Entwicklungsaufgaben werden zu unüberwindlichen Hürden und chronifizieren sich bereits im Jugendalter.

Nach der von Kindheit an wirkenden, chronischen Belastung der innerfamiliären Alkohol- und Gewaltproblematik zeigt Hamid daher auf den ICD-Achsen für Kinder und Jugendliche erwartungsgemäß eine schwere depressive Anpassungsstörung mit chronischer emotionaler und kognitiver Überforderung (F 45.1). Auf der Achse des Intelligenzniveaus ist eine mittelgradige Intelligenzminderung (F 71) bei einem messbaren IQ von 46 zu verzeichnen. Die Achse der psychosozialen Umstände kann nach ICD mit abnormen intrafamiliären Beziehungen (1.1 Disharmonie der Eltern, 1.3 Kindesmisshandlung) und die Ach-

se des psychosozialen Funktionsniveaus mit der Klassifikation 5 als beträchtlich gemindert beschrieben werden. Die beiden letzten Achsen sind jedoch nach ICD sehr grob verschlüsselt und damit nur bedingt aussagekräftig und daher möglichst durch weitere diagnostische Dimensionen zu ergänzen.

Die diagnostische Einschätzung und prozessuale weitere Ergänzungen erfolgten auf der Grundlage des interdisziplinären Konzepts der Einrichtung, d.h. sie ist auch abhängig davon, ob die Familie die Hilfeangebote der Einrichtung annimmt und der Jugendliche zu einer Therapie bereit und in der Lage ist. Im vorliegenden Fall wurde der Fall mit der Familie durch das Angebot von Familiengesprächen/Familientherapie durch den Familientherapeuten und im Bereich der Kindesmisshandlung durch eine Langzeittherapie, in deren Verlauf sich diagnostische Kriterien verfeinern ließen, mit bearbeitet. Beide Ebenen wurden diagnostisch durch wöchentliche sog. ‚interdisziplinäre Fachgespräche‘ im Gesamtteam erörtert und die weitere Interventionsplanung jeweils schrittweise daraus abgeleitet.

### *1.2 Entwicklungspsychopathologische Diagnostik*

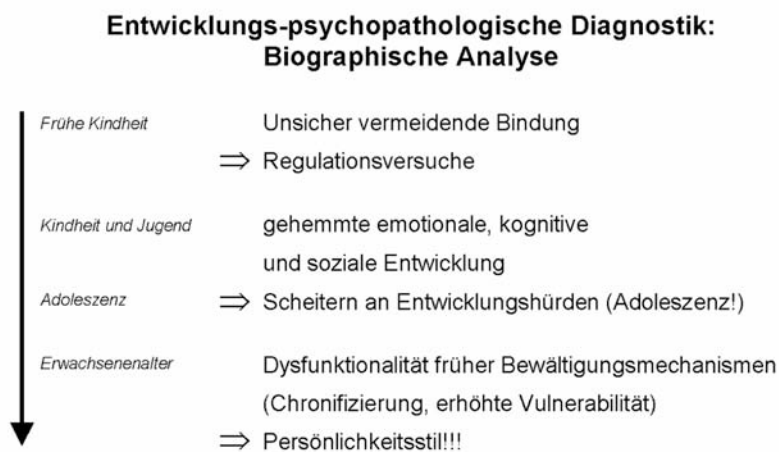
Eine komplexe frühe Störung entfaltet ihre Wirkung im Spannungsfeld subjektiver und objektiver Faktoren. Zu den subjektiven Faktoren gehören die kognitive, affektive, physische und soziale Entwicklung nebst angeborenen oder erworbenen konstitutionellen Faktoren. Vor diesem individuellen Hintergrund, der durch entwicklungstypische Verletzlichkeiten wie auch individuelle und psychische Vorerfahrungen geprägt ist, erlebt das Kind die traumatogenen objektiven Faktoren. Jede Entwicklungsstufe stellt das traumatisierte Kind vor neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 241) – geprägt sind (vgl. Gahleitner, 2005; für eine ausführliche Übersicht vgl. Crittenden, 1997; Ferrara, 2002, S. 135ff.). Die Entwicklungsmatrix bietet daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik früher Defizite (*siehe Abbildung 1*).

Anstelle einer frühen positiven Bindungserfahrung, die zentrale Orientierungspunkte schafft, bewirkt frühe und dauerhafte traumatische Überstimulierung komplexe Bindungs- und Entwicklungsstörungen, wie mangelnde Selbstregulation, Affektdysregulationen und eine verzögerte Kognitions- und Sprachentwicklung (Kolk, 1999). Das Kind bildet frühe Abwehrmechanismen aus, wie z.B. dissoziative Fähigkeiten, überagiles oder apathisches und Vermeidungsverhalten (Riedesser et al., 1999). Traumabezogene innere Schemata 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 (Streeck-Fischer, 1999). Für traumatisierte Jugendliche bedeutet dies häufig die krisenhafte Aufdeckung der kumulativ erlittenen Traumata. Probleme in der Identitätsentwicklung führen zu Essstörungen, Schlafstörungen, Unruhezuständen, Schwierigkeiten mit Sexualität und Freundschaften etc. Natürliche Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz werden dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Der Wunsch, alles ungeschehen zu machen und es anderen gleich zu tun, und die Unfähigkeit, diesen Wunsch zu realisieren, stürzt sie 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 (Hankin, 1997).

Abbildung 1: Entwicklungspsychopathologische Diagnostik (biografische Analyse)



Die biografische Kontextualisierung schützt jedoch auch vor einer der Diagnostik immanenten Problematik. Die Gefahr jedes diagnostischen Prozesses ist es, individuelles Leiden von Menschen schnell unkritisch zu objektivieren und in ‚medizinische Fälle‘ zu transformieren. Für eine kritische Auseinandersetzung damit bietet sich der verstehende Zugang aus der rekonstruktiven Biografiefor schung an. „Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Kompetenz, eine ‚diagnostische Situation‘ in Form einer gelingenden Verständigung so zu gestalten, dass lebensweltliche Selbstdeutungen der AdressatInnen systematisch berücksichtigt werden ... mit einem methodisch offenen und rekonstruktiven Blick werden sog. ‚klinische‘ Phänomene kontextualisiert und historisiert und in ihrer dy-

namischen Interdependenz betrachtet.“ (Schulze, 2006) Mit diesem Zugang kann sich Soziale Arbeit entsprechend ihrer Lebenswelt- und Alltagsorientierung im klinischen Handlungsfeld theoretisch und methodisch positionieren und die theoretisch eingeforderte hermeneutische Kompetenz in ein beruflich habitualisiertes Alltagshandeln überführen (Loch & Schulze, 2002).

So kann bei Hamid von einem stark desorganisierten Bindungsverhalten ausgegangen werden, welches i.d.R. bei derart multiplen Entwicklungsdefiziten in den ersten Jahren auftritt. Im direkten Kontakt und in den Gesprächen mit ihm wird jedoch deutlich, dass er durchaus auch Ressourcen in der Beziehungsgestaltung hat. Seine Ambivalenz im Bindungsverhalten zeigt sich als starkes Bedürfnis nach Nähe, Vertrautheit, Gemochtwerden und dem Zweifel daran, dass dies möglich sein könne. Zu viel Nähe wirkt für ihn bedrohlich. Somit ist wichtig, darauf zu achten, in welchen Situationen und durch welche Personen er Vertrautheit und Nähe zulassen kann und wann er zu seiner emotionalen Sicherheit Distanz benötigt.

Entsprechend dieser Symptomatik sucht Hamid Nähe, um sich dann urplötzlich aggressiv abzugrenzen, ‚testet‘ ihm wichtige Bezugspersonen, ob diese trotz seines aggressiven und z.T. destruktiven Verhaltens (Suizid, Weglaufen, Beleidigen) zu ihm halten. Phasenweise werden unterschiedliche BetreuerInnen, unabhängig von ihrem Verhalten gegenüber Hamid, in ‚Gut‘ und ‚Böse‘ unterteilt und müssen mit seinem abschätzigen Verhalten und seinen Beleidigungen umgehen.

Versuche, die Grenzen des Professionellen zu überschreiten, sind ein weiterer Bestandteil dieses extremen Wechsels zwischen Ablehnung und Suche nach Schutz und Nähe. So wünscht er sich sehr, von einer Mitarbeiterin adoptiert zu werden, sucht Mitarbeiter in der Wohnung auf, um zu sehen, wie weit diese bereit sind, seine Bedürfnisse ernst zu nehmen und sich mit diesen auseinanderzusetzen.

Es dauerte ungefähr ein Jahr, bis sich mit Hilfe inzwischen installierter medikamentöser, therapeutischer und pädagogischer Intervention eine Stabilisierung in der Bindung zum Bezugsbetreuer feststellen ließ, die sich auf der Grundlage von gegenseitigem Vertrauen und dem gemeinsamen Durchleben vieler ‚Tests‘ aus Sicht des Jugendlichen als verlässlich erwies. Die beiden Dimensionen von Bindung und Exploration verschoben sich in der Phase allmählich auf die für Jugendliche wichtige Ebene, die ihnen ermöglicht, auf der Basis einer stabilen Bindung explorativ die anstehenden Aufgaben der allmählichen Verselbstständigung, des vermehrten Kontakts zur Außenwelt, in Angriff zu nehmen.

Dennoch scheiterte Hamid bereits früh an altersangemessenen Kompetenzanforderungen und Entwicklungshürden in Kita, Schule und anderen Sozialisationsinstitutionen. Die Abschottung der Familie führte zu einer sozialen Isolation, die sich bis heute in sozialen Rückzugstendenzen und verminderter Bezogenheit zeigt. Hamid konnte die Adoleszenzphase jedoch nutzen, um sich an das Jugendhilfesystem 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 ihm mit gestaltet werden.

Dies verweist auf die vorhandenen Ressourcen von Hamid. Er verfügt über eine hohe soziale Kompetenz, die er seit seiner Kindheit erlernen musste, in Form der Sorge für und um die Familie als ältester Sohn – eine Rolle, die in türkischen Familiensystemen mit einem starken Verantwortungsgefühl einhergeht. Hamid verfügt über ein stabiles inneres Wertesystem, das auf positive Lernerfolge in der Familie verweist. Er hat gelernt, zwischen gut und schlecht zu unterscheiden und vertritt diese Position auch nach außen. Er hat Ressourcen, mit deren Hilfe er seine Interessen durchsetzt. Nicht gelernt hat er, dies in sozialer und z.T. altersgemäß adäquater Form zu tun. Dabei helfen ihm aber sein Charme und seine Fähigkeit, andere für sich einzunehmen, zumindest in emotional stabilen Phasen, zu einer sympathischen Ausstrahlung.

### 1.3 Soziale und Lebensweltdiagnostik

Die soziale und Lebensweltdiagnostik ist ein zentrales Element der psychosozialen Intervention. Sie findet in allen Phasen des Arbeitsprozesses statt, unstrukturiert oder in der nachfolgend vorgeschlagenen Strukturform. Sowohl zu Beginn als auch im Verlauf der jeweiligen Maßnahme wird damit untersucht, ‚was der Fall ist‘, aber auch, wie sich ‚der Fall‘ im Prozess entwickelt, was verändert, ergänzt werden muss (Pauls, 2004).

#### 1.3.1 Familiendiagnostik/Genogramm

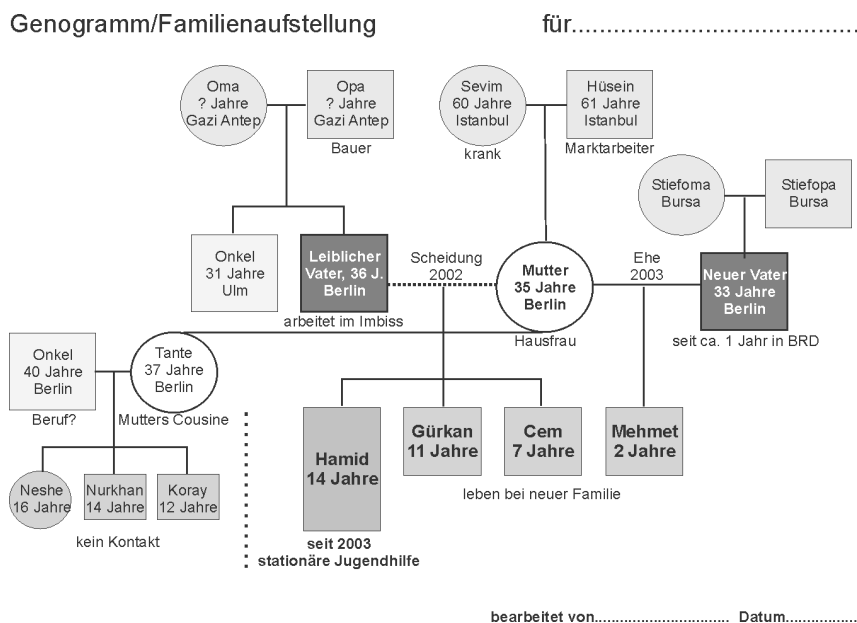
Die Mitwirkung der Familie, zumindest deren Akzeptanz der Maßnahme, ist eine wichtige Grundlage dafür, dass Jugendliche sich auf die Hilfe einer TWG einlassen können. Das nachfolgende Genogramm zeigt u.a., dass Hamids Familie kaum nennenswerte soziale Unterstützung kennt, isoliert ist und die Hilfeangebote als Einmischung in innerfamiliäre Angelegenheiten wahrnimmt.

Der Kontakt zum Bruder der Mutter, der in einer anderen Stadt lebt, ist durch Ablehnung seitens des Onkels geprägt. Die Verwandtschaft der Mutter lebt in der Türkei, ebenso die der beiden Väter. Zum Kindesvater besteht seit zwei Jahren kein Kontakt mehr. Die Familie steckt in der Ambivalenz, den Sohn nicht gehen lassen zu wollen, ihn aber auch nicht zu verstehen und somit ihm auch nicht helfen zu können. Sie benötigt vor allen Dingen Hilfe, das Verhalten des Sohnes ohne Schuldzuweisung zu verstehen, um ihm besser gerecht werden zu können.

Das Genogramm macht deutlich, dass die Familie kaum soziale Unterstützung hat, um ihre Aufgaben zu bewältigen. Vor dem kulturellen Hintergrund wird deutlich, dass der Wunsch des Sohnes nach Hilfe als Loyalitätsbruch verstanden wird und die Sorge besteht, die Familie könne durch das, was der Junge der Einrichtung (und damit vielleicht auch den Behörden) erzählt, weitere

Probleme bekommen. Aufgabe der TWG ist es daher, zwischen den ‚berechtigten‘ Interessen des Jugendlichen und der Familie mediativ und informativ zu wirken und dies als Auftrag mit beiden Seiten zu vereinbaren.

Abbildung 2: Genogramm (Familiendiagnostik; nach Schlippe, 1984; Scheib & Wirsching, 1994; Bodenmann, 1998)



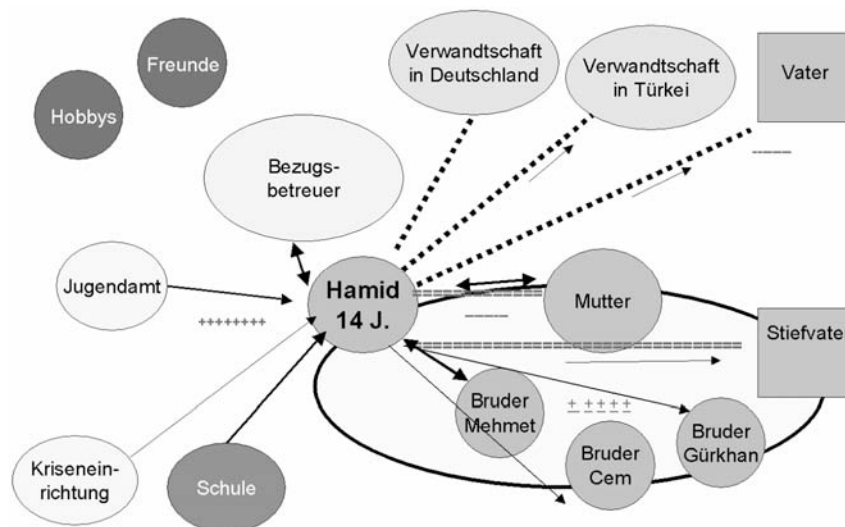
### 1.3.2 Soziale Kontextanalyse/Ecomap

Neben der Familienaufstellung ist die Ecomap ein geeignetes Verfahren, mit Hilfe dessen der soziale Kontext einer Person vergegenwärtigt und grafisch erfasst werden kann. Grafisch repräsentiert ist die den Klienten umgebende soziale Welt. Die Beziehungen der Mitglieder werden in ihrer Qualität wahrnehmbar. Mit Hilfe der Ecomap werden die Bereiche sichtbar, in denen ein Veränderungsbedarf besteht. Des Weiteren wird die Natur der Beziehungen deutlich. Diese wird als energiebereichernd, marginal oder energieabziehend durch Linien und die Zeichen +/- dargestellt. Deutlich wird auch, ob es sich um eine wechselseitige Beziehung handelt oder ob sie einseitig geprägt ist (Pauls, 2004).

Im Gegensatz zur Familiendiagnostik war Hamid bereit, an der Erstellung der Ecomap mitzuarbeiten. Er konnte benennen, was ihm im sozialen Umfeld fehlt, was durch negative Energiebilanz aus seiner Sicht ‚schlecht für ihn ist‘ und

durch wen er positive Energie im Sinne von produktiver Hilfe und Unterstützung erfährt. Mit Hilfe der Ecomap ließ sich verdeutlichen, wer zum Zeitpunkt der diagnostischen Erfassung im primären sozialen System von Hamid vorhanden ist bzw. wer fehlt. Dies ist in diesem Fall durch die dunkelgraue Farbe kenntlich gemacht. Die Bewertung der Beziehungen entspricht zunächst der subjektiven Wahrnehmung des Klienten, in diesem Fall die von Hamid. Widersprüche in der Bewertung bieten für die Fachkraft die Möglichkeit, diese zu hinterfragen bzw. auch die eigenen Einschätzungen zu überprüfen. Im konkreten Fall deckten sich die Einschätzung von Hamid mit den Eindrücken und Informationen, die im Diagnoseprozess erfolgt waren.

Abbildung 3: Ecomap (Kontextanalyse; nach Cournoyer, 1996)



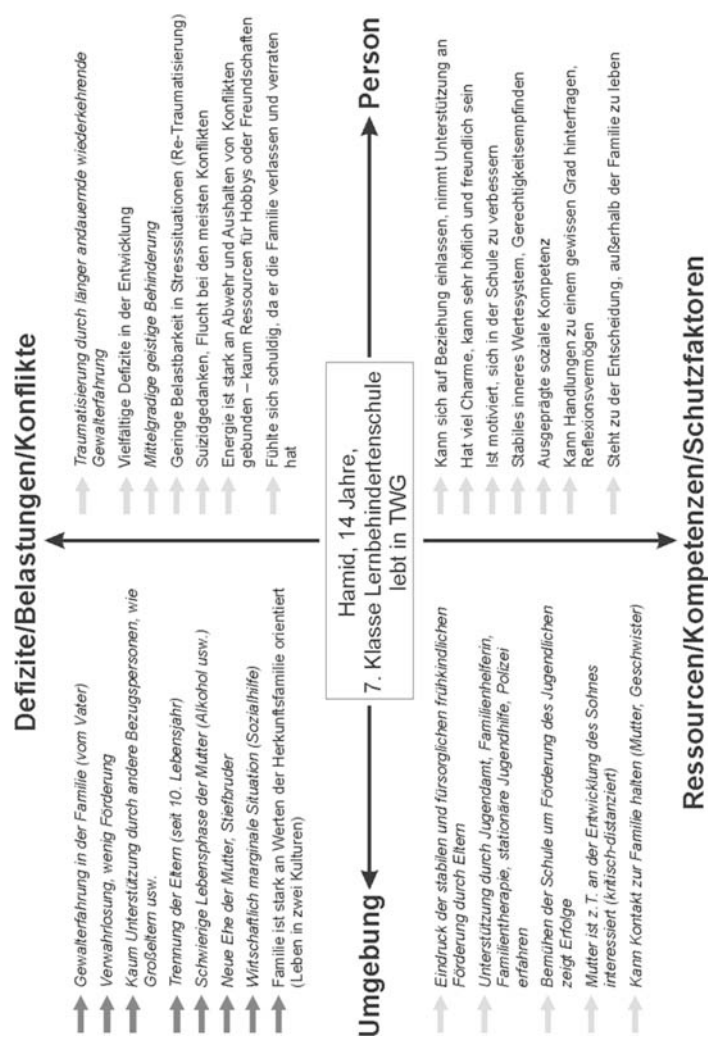
### 1.3.3 Problem- und Ressourcenanalyse

Bei der Problem- und Ressourcenanalyse handelt es sich um eine Mehrebenen-Diagnostik, die auf unterschiedliche, in den verschiedenen Abschnitten dargestellte diagnostische Daten zurückgreift. Dadurch wird sie zum strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell für die Interventionsplanung. Kennzeichen der psycho-sozialen Fallarbeit ist die Arbeit an den Schnittstellen: Person – Umwelt sowie an den Schnittstellen: Defizite, Belastungen, Vulnerabilität – Ressourcen, Kompetenzen, förderliche Umweltbedingungen. Alle Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. Die Gesamtzahl und die spezifische Dynamik in der Kombination von sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren scheint eine we-

sentlich größere Rolle für die Entwicklung eines Menschen zu spielen als einzelne Faktoren (Pauls, 2004).

Die zentralen Aspekte der unterschiedlichen diagnostischen Verfahren lassen sich mit Hilfe der Problem- und Ressourcenanalyse in den jeweiligen Dimensionen übersichtlich darstellen.

Abbildung 4: Problem- und Ressourcenanalyse (Basis für die Interventionsplanung; nach Pauls, 2004)



#### 1.3.4 Von der Diagnose zur Interventionsplanung

Die mit Hilfe der mehrdimensionalen Problem- und Ressourcenanalyse erarbeiteten zentralen Aspekte der psycho-sozialen Situation von Hamid führen nun zur vorläufigen Beantwortung der generellen Frage im diagnostischen Prozess, ‚was der Fall ist‘. Daraus lässt sich ableiten, was zu tun ist, an der Erreichung welcher Ziele mit Hilfe welcher Ressourcen (beim Klienten, im primären sozialen System) vorrangig gearbeitet werden soll.

Im interdisziplinären Hilfesystem kann mit Hilfe des diagnostischen Prozesses zudem erkennbar gemacht werden, welche Zielsetzungen auf welchen Ebenen der Intervention angestrebt werden sollten; d.h. wer woran arbeitet und wie ein koordiniertes Handeln, z.B. mit Klient und Familie erfolgen sollte.

Die kooperative Mitarbeit des Klienten ist dabei ein zentraler Aspekt der Interventionsplanung. Die Einbeziehung in das diagnostische Verfahren ermöglicht dem Klienten nicht nur andere und für ihn neue Einsichten in seine Situation, sondern lässt für ihn auch deutlich werden, dass er nicht nur Defizite oder Probleme hat, sondern auch Ressourcen und Hilfen, auf die er zurückgreifen kann.

Abbildung 5: Zielerreichungsanalyse I

### Zielerreichungsanalyse im TWG-Bereich I

---

- Personenbezogene Ziele
  - ☑ Stärken/Ressourcen fördern
  - ☑ Unterstützen bei der Abgrenzung/Ablösung von der Familie
  - ☑ Lernen fördern ohne ihn zu überfordern – Grenzen?
  - ☑ in Stresssituationen „sicheren Rückzugsort“ ermöglichen
  - ☑ Techniken des Spannungsabbaus üben
  - ☑ ergänzende Hilfen implementieren (Therapie usw.)

Dieser Arbeitskontrakt wurde mit Hamid gemeinsam erarbeitet und ist unterteilt in die Dimension der Person und der Situation. Die Arbeit mit Hamid sollte in der hier beschriebenen Phase (ca. 5 Monate) darin bestehen, seine Stärken und Ressourcen im Alltag zu fördern, ihn bei der Ablösung von der Familie zu unterstützen, z.B. durch vereinbarte Kontaktsperren und Übernahme des Familienkontaktes durch den Familientherapeuten. Angesichts der diagnostizierten

Lernbehinderung und seines Wunsches nach einer Verbesserung seiner Leistung in der Schule war zu klären, wo die Grenzen seiner kognitiven Leistungsfähigkeit liegen und mit Hilfe welcher Verfahren ihm im schulischen Bereich geholfen werden kann. Zentral war für uns, ihm in Situationen, die traumatische Erfahrungen auslösen können, einen sicheren Rückzugsort zu bieten und ihm Möglichkeiten des Spannungsabbaus zu vermitteln.

Die situationsbezogenen Ziele, die uns in dieser Phase primär erschienen, bestanden darin, dass Hamid die Möglichkeit zur Veränderung erkennt und sich aktiv an Veränderungen beteiligt – dies könnte auch als ‚das Prinzip Hoffnung‘ bezeichnet werden, denn dieses musste er entwickeln. Die Veränderungen bezogen sich z.B. auf Aspekte wie: bei Nervosität nicht an den Fingernägeln kauen, bessere Hygiene, Änderung des Schlafrhythmus, um morgens leichter aufstehen oder nicht – entgegen unserer Absprache – zur Mutter gehen.

Die Verbesserung der Energiebilanz der Ecomap bestand vor allen Dingen darin, die energieabziehenden Beziehungen zu reduzieren und solche zu fördern, die sich energiebereichernd auswirken. So versuchten wir, den Kontakt zu einer Gruppe von Jugendlichen, die ihn häufig hänselten, einzudämmen. Auch den Kontakt zum Kindesvater untersagten wir, um damit unsere Position deutlich zu machen. Therapieanbahnung und -verlauf wirkten sich positiv auf Hamid aus.

Ein weiterer Bereich war der Versuch, Hobbys und Kontakte zu Gleichaltrigen und zu Vereinen zu entwickeln. Die Teilnahme an Klassenfahrten, die bessere Integration in die Schule durch enge Zusammenarbeit mit der Klassenlehrerin und viele Gespräche sind ein Beispiel für die gelungene Umsetzung dieses Ziels.

Abbildung 6: Zielerreichungsanalyse II

---

## Zielerreichungsanalyse im TWG-Bereich II

---

- Situationsbezogene Ziele
  - ☑ Veränderungswünsche provozieren
  - ☑ „Energiebilanz“ in der Ecomap verbessern
  - ☑ Hobbys entwickeln
  - ☑ Kontakte zu gleichaltrigen Jugendlichen fördern



## 2 Perspektiven einer psycho-sozialen Diagnostik in TWGs

Die psychosoziale Diagnostik als Begriff geht von der Möglichkeit einer umfassenden wissenschaftsorientierten Aufklärung der Situation von Adressaten aus. Dieses Gesamtbild zu erstellen, ist ein Prozess, an dem im Bereich der TWGs mehrere Akteure mit unterschiedlichen fachlichen Blickrichtungen (auf den Fall), unterschiedlichen diagnostischen Verfahren und auch unterschiedlichen Zielakzentuierungen beteiligt sind (Scheffold, 2004, S. 87ff.).

Das Gemeinsame ist die Biografie, die individuelle Lebensgeschichte des Jugendlichen vor dem Hintergrund seines Heranwachsens in seiner primären sozialen Gruppe, i.d.R. der Familie. Diagnostik bzw. die Frage: ‚was ist der Fall?‘, verstanden als ‚Kommunikation über Biografien‘ kann die Komplexität der Lebensgeschichte, der Entwicklungspotenziale und Entwicklungsbeeinträchtigungen von Jugendlichen in ihren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der notwendigen Breite erfassen.

Dieser Ansatz einer psycho-sozialen Diagnostik im Sinne einer ‚Kommunikation über Biografien‘ bedeutet, dass ‚unterschiedliche Erzählungen über den Fall‘ aus den unterschiedlichen fachlichen Perspektiven erfolgen und damit auch unterschiedliche Hilfeansätze möglich sind. Rechtliche Rahmenbedingungen, Kostenfragen, Nachhaltigkeit der Hilfen und nicht zuletzt das Wahlrecht der Betroffenen führen im Aushandlungsprozess auf der Grundlage einer vorläufigen diagnostischen Klärung zu einer Entscheidung. Fallspezifisch bedeutet dies den Einbezug von Konzeptionen zu Lebenslage, Lebenslauf, Biografie und subjektiver Perspektive, Lebensbewältigung, Lebenswelt und Sozialraum.

An der Vielzahl der Konzepte zeigt sich, wie vielschichtig die diagnostischen Blickwinkel jeweils sein können. Von Fall zu Fall werden daher andere Konzepte in den Vordergrund treten und diagnostische Verfahren im Kontext dazu ausgewählt werden. Die Komplexität psycho-sozialer Diagnostik und die Vielzahl an Verfahren setzen voraus, dass bereichsspezifisch ein Methodenrepertoire verfügbar ist und MitarbeiterInnen darin geschult sind, die unterschiedlichen Verfahren anzuwenden. Der hier vorgestellte Fall und die angewandten Verfahren sollen deutlich machen, dass dies möglich ist, und Mut machen, diagnostische Verfahren in der Praxis anzuwenden.

An dem ausgeführten Fallbeispiel wird außerdem deutlich, wie sehr das im Therapeutischen Wohngruppenbereich erforderliche ‚treatment‘ unter einem breiten personen-, umfeld- und sozialstrukturellen Fokus auf die Kernkonzepte Klinischer Sozialarbeit verweist. Mit ihrem bio-psycho-sozialen Ansatz: ‚therapy plus‘ of ‚persons in situations‘ ermöglicht Klinische Sozialarbeit das geschilderte indikationspezifische, dialogische und kontextorientierte Vorgehen (Pauls & Mühlum, 2004). Diese grundlegende paradigmatische Veränderung gegenüber den AdressatInnen gesundheitsbezogener Dienstleistungen löst die Forderung

nach einer partizipativen und dialogischen Vorgehensweise ein, ohne sich in diffusen Konzepten zu verlieren. Der komplexe Behandlungsansatz ermöglicht eine kontextnahe Therapie unter Berücksichtigung des Umfeldes nach dem Vorgehen der Klinischen Sozialarbeit. Dadurch kann gemeinsam eine Tragfähigkeit im sozialen Alltag entwickelt werden, in den alle KlientInnen letztendlich zurückkehren.

## Literatur

- Bodenmann, G. (1998). Ansatzpunkt interpersonelle Systeme: Paar- und Familientherapie. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*, S. 468-482. Bern u.a.: Huber.
- 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.
- Courmoyer, A. (1996). *The social work skills workbook*. (2. ed.) Pacific Grove: Brooks/Cole.
- 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.
- Ferrara, F. F. (2002). *Childhood sexual abuse. Developmental effects across the lifespan*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Gahleitner, S. B. (2005). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. In: U. Klein (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens*. Psychosozial 101, 28 (3), 43-57.
- Gahleitner, S. B., Ossola, E. & Mudersbach, A. (2005). Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext. In: Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: AJB Eigenverlag.
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In: A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, S. 357-384. Berlin: Springer.
- Kolk, B. A. van der (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma*, S. 32-56. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Loch, U. & Schulze, H. (2002). Biographische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*, S. 559-576. Opladen: Leske + Budrich.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2004): *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung Klinischer Sozialarbeit*. Sozialmagazin, 12, 22–27.
- Pauls, H. (2005). Psycho-soziale Mehrebenenendiagnostik zwischen gestörtem Subjekt und gestörten Verhältnissen. In: U. Klein (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens*. Psychosozial 101, 28 (3), 31-41.
- 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.

## I Erziehung – Behandlung – Beziehung

- Röper, G. & Noam, G. (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.
- Salomon, A. (2004). Soziale Diagnose. In: A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung*. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948, S. 255-314, Neuwied: Luchterhand. (Original erschienen 1926).
- Schefold, W. (2004). Fallabklärung bei Hilfen zur Erziehung: Das Modell der versierten Fachkraft. In: M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der sozialen Arbeit*, S. 85-96. Berlin: Eigenverein des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Scheib, P. & Wirsching, M. (1994). Diagnostik in der Familientherapie. In: P. L. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik*, S. 165-195. Stuttgart: G. Fischer.
- Schlippe, A. v. (1984). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*. Paderborn: Junfermann.
- Schulze, H. (2006). Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (2), 10-12.
- 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, A. (Hrsg.) (1999). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

*Per Wolfrum*

## Übergänge gestalten – Diagnosen im Aufnahmeprozess einer Familientherapeutischen Wohngruppe

„Einschätzen und diagnostizieren heißt Abgrenzungen vornehmen.  
Einige Therapeuten unterscheiden zwischen Gesundheit und Krankheit,  
andere zwischen Wohlergehen und Leiden  
und wieder andere zwischen Problem und Lösung“

(Boscolo & Bertrando, 1977, S. 62).

Das vorangestellte Zitat macht deutlich, wie unterschiedlich Diagnosen ausfallen können, ohne dass die Diagnostizierenden über „wahr“ und „falsch“ in Streit geraten müssen. Aus verschiedenen Gründen können sie sich für ebenso verschiedene Abgrenzungskategorien entscheiden. Sicherlich sind diese Entscheidungen auch geprägt durch weltanschauliche bzw. schulenspezifische Sichtweisen. Insofern können sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer familientherapeutischen Wohngruppe natürlich der Aussage von Spitzcok von Brisinski, (2002, S. 286) anschließen: „Im Allgemeinen bevorzugen systemische Therapeuten die Unterscheidung zwischen Problem und Nichtproblem, und diese Abgrenzung nimmt möglichst die Familie vor und nicht der Therapeut.“ Allerdings hat dies u.a. auch mit einem Handlungsspielraum zu tun, der ihnen von ihren Kooperationspartnern eingeräumt wird. Spitzcok von Brisinski beschreibt nämlich weiterhin, dass diese Haltung leicht einzunehmen ist, „wenn sich alle einig sind (Kind, Eltern, Schule, Jugendamt, Krankenkasse und Therapeut), auch wenn die Krankenkasse in der Regel davon ausgeht, dass ein Experte die Behandlungsbedürftigkeit objektiv feststellt. (a.a.O.)“ Dies beschreibt einerseits einen Aushandlungsprozess, dem Therapeutische Jugendwohngruppen in Berlin nicht zwangsläufig unterworfen sind, da sie durch die Jugendhilfe und nicht durch Krankenkassen finanziert werden. Zum anderen verdeutlicht es einen der Gründe, der Psychiater und Psychiaterinnen veranlasst, vorrangig die Abgrenzung zwischen Krankheit und Gesundheit zu ziehen und damit den Fokus auf den/die Jugendliche(n) und deren Defizite zu richten. Darüber hinaus ist es die tradierte Aufgabe von Krankenhäusern, sich um Heilung von Krankheiten zu bemühen. Voraussetzung für die Heilung ist in diesem Kontext und Denken das Unterscheiden der Krankheiten.

*M. war ein 15-jähriger Junge, der seit seinem 7. Lebensjahr in einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe aufgewachsen war. Er lebte dort, weil seine Mutter psychisch erkrankte und sich vom Vater getrennt hatte. Sie verschwand nach dem Aufenthalt in Kliniken förmlich aus seinem Heimatort und war zeitweise selbst für Behörden nicht auffindbar. Der alkoholranke Vater sah sich mit der Erziehung und Pflege seines Sohnes überfordert. In den 8 Jahren seines Le-*

*bens in einer Heimgruppe war er insgesamt 5 Mal in stationärer und in den letzten Jahren kontinuierlich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Anlässe dafür waren aggressive Impulsdurchbrüche und tätliche Angriffe auf andere Personen, Diebstähle und Schulschwänzen, Alkohol- und Drogenmissbrauch.*

*In der Epikrise wurde eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Hinweise auf eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten und der schädliche Gebrauch von Alkohol und Canabinoiden diagnostiziert. Als wesentlich für das ausgeprägte Störungsbild sah die Klinik die Entwurzelung des Jugendlichen von seiner Familie bei Gewalterfahrungen durch den alkoholkranken Vater, Kontaktverlust zur psychisch kranken Mutter über mehrere Jahre und mangelnde Bindung an komplementäre Bezugspersonen.*

*Schlussfolgernd kam die Klinik zu folgenden Empfehlungen:*

*Regelmäßige (nach Möglichkeit tägliche) Gespräche mit Bezugspersonen sollten fortgesetzt werden. Dabei sollte die Alkoholproblematik aufmerksam beobachtet werden.*

*In kritischen Situationen sollte sofortige Grenzsetzung erfolgen (Time-out im Zimmer, Kontakt- und Ausgangssperre, schriftliche Äußerung zur Situation). Im schulischen Rahmen mit größerer Klassenstärke sollte die Konzentrationsfähigkeit von M. beobachtet und überprüft werden. Bei Schwierigkeiten sollte die erneute Stimulanzientherapie überdacht werden.*

An diesem Beispiel wird ein weiterer Einflussfaktor für die Diagnose erkennbar. Sie wird auch geprägt durch institutionelle Bedingungen für eventuelle Interventionen. Am deutlichsten wird dies bei den Empfehlungen „Kontakt- und Ausgangssperre“ und „Stimulanzientherapie“, da sie mögliche Interventionen im Rahmen eines stationären, klinischen Settings sind, aber in einer therapeutischen Jugendwohngruppe nicht realisiert werden können, bzw. die Wohngruppe dafür kein zwingend notwendiges Setting ist. Die psychiatrische Diagnose ist also in diesem exemplarischen Fall, wenn auch möglicherweise zutreffend, nicht hilfreich bei der Entwicklung von Interventionen im Jugendhilfebereich. Nichtsdestotrotz kann sie eine wesentliche Informationsquelle bezüglich Verhaltensbeobachtungen, Interventionserfolgen und anderen anamnestischen Daten darstellen, wenn man dabei ihren klinischen Kontext stets beachtet.

Welche Abgrenzungen und Unterscheidungen erweisen sich nun aus der Sicht einer systemisch-lösungsorientierten Einrichtung als hilfreich für die Arbeit mit den Jugendlichen und deren Familien? Vielleicht wird dies am deutlichsten an der Frage, die an die Anfragenden (Jugendämter/Kliniken) bzw. die Familien gestellt wird: „Wer ist aus Ihrer/ Deiner Sicht am Problem und/oder möglichen Lösungen beteiligt?“ Die Antwort ist zum einen die erste Diagnose, welche die Familie trifft, und nimmt zugleich wesentlichen Einfluss darauf, wer zur Teilnahme am Aufnahmeverfahren eingeladen wird. In einem ersten Gespräch wird die Einrichtung, ihre Struktur, Angebote und Erwartungen vorgestellt. Für eine ausführlichere Darstellung dieser Inhalte sei auf Juchmann & Nürnberg (1999) verwiesen. Dieses Gespräch wird oft damit eröffnet, dass erkundet wird, wer

die Idee zur Unterbringung in einer familientherapeutischen Wohngruppe hatte und was er/ sie sich davon erwartet. Die Gesprächsteilnehmer wiederum stellen Fragen, deren Beantwortung ihnen ermöglichen soll, anschließend die Entscheidung treffen zu können, ob sie ein zweites Gespräch haben wollen. D.h. sie treffen eine Entscheidung zwischen „das Angebot könnte für uns hilfreich sein“ und „das Angebot ist nicht hilfreich für uns“.

*M. beantwortete die Frage nach den zum Aufnahmegespräch einzuladenden Personen mit der Nennung von Mutter, Vater und seiner langjährigen Betreuerin in seiner bisherigen Gruppe. Somit hatten wir eine Beziehungsdiagnose durch M. selbst. Er fühlte sich (wie auch immer) beiden Eltern und den MitarbeiterInnen an seinem bisherigen Hauptlebensort verbunden. Wir luden ebenfalls die zuständige Sozialarbeiterin zum ersten Gespräch ein.*

*Der einzige, welcher der Einladung nicht folgen konnte, war der Vater, der mit seiner Lebenspartnerin und seinen beiden kleinen Kindern im Berliner Umland lebte. Bei diesem Gespräch folgte M. sehr aufmerksam dem Verlauf. Seine Haupterwartung war die räumliche Nähe zu seiner Mutter, während das Jugendamt eine Fortführung der Therapie wünschte, um M. einen alkohol- und gewaltfreien Umgang mit Stresssituationen zu ermöglichen. Dem schloss sich die Betreuerin an, die auch erwartete, dass M. lernen solle, Wünsche zu äußern und ehrlicher zu werden. Benannt wurden auch die Erwartungen der Therapeutin der Klinik, die sich wünschte, dass die Probleme beim Bindungsaufbau bearbeitet würden. Die Mutter wünschte sich, dass M. einen Schulabschluss schaffe.*

Erachten die Jugendlichen und deren Familien das Angebot als möglicherweise hilfreich, findet ein zweites Gespräch statt, in dem Fragen gestellt werden, die darauf abzielen, möglichst verschiedene Perspektiven auf das Problem zu erfahren. Insofern sind sowohl die Sicht des Jugendlichen, der Familie und anderer Beteiligter (Jugendamt, Klinik) Gesprächsgegenstand als auch die jeweilige Sicht der Beteiligten auf die Sichtweisen der anderen. Damit verbunden sind auch Fragen nach den Erwartungen aneinander und die Wohngruppe. Die zirkuläre Art des Fragens (und damit auch des Denkens) sorgt oft für Irritationen, verstärkt aber auch den Prozess der „Eigendiagnose“ und erweitert den Fokus vom Jugendlichen als Symptomträger auf ein umfassenderes, sich gegenseitig beeinflussendes und auf der Suche nach Lösungen befindliches System.

*Nach wenigen Tagen rief M. aus der Klinik, in der er momentan lebt, an und teilte seine Entscheidung mit, dass er ein zweites Gespräch wünsche. Der Kreis der Teilnehmer und Teilnehmerinnen war der gleiche wie beim ersten. Hier erzählten nun sowohl die Jugendamtsmitarbeiterin als auch die Betreuerin vorrangig ihre Sicht auf die Familiengeschichte von M. Deutlich wurden inhaltlich als auch in den Reaktionen von M. seine hohe Loyalität gegenüber seinem Vater und sein großer Wunsch nach Kontakten zu seiner Mutter. Die Betreuerin*

wurde von uns auch nach den Stärken von M. befragt, auf die sie mit einer langen Liste von Angeln über Humor bis kreativer Zimmergestaltung antwortete.

Nach diesem Gespräch entschied sich M. für einen Einzug in die Wohngruppe. Diese Entscheidung wurde vom Jugendamt (welches auch die Vormundschaft hatte) befürwortet, von seiner Mutter und seiner bisherigen Gruppenerzieherin gut geheißten.

Im Vorfeld der Aufnahme trafen wir uns noch mit der Therapeutin und den Pflegern, die M. über die letzten Jahre immer wieder betreut hatten. Selbstverständlich standen dabei deren diagnostische Einschätzungen und Interventionsideen im Mittelpunkt. Dabei bestritten wir deren Diagnose nicht, sondern machten sie zum Gegenstand der Frage, inwieweit die Störung als sinnvolle oder kreative Reaktion auf gegebene Umstände betrachtet werden könnte. Insofern fand im Beisein von M. kein Diskurs der unterschiedlichen Einschätzungen statt, sondern eher ein Austausch über Möglichkeiten und Veränderungs-ideen. Im Rahmen dessen gelang es, die Aufträge und Erwartungen der Klinik bezüglich der Umsetzung der oben beschriebenen klinischen Interventionsstrategien zu verändern.

Das Ergebnis solcher Gespräche ist keine Diagnose im gängigen Sinne einer Zustandsbeschreibung und Aussage, wie die Dinge liegen. Was sich ergibt, ist eine Konstruktion von Problembeschreibungen aus verschiedensten Perspektiven. Und sie ist damit eine Momentaufnahme, die eher aussagt, wie die Dinge liegen könnten. Im günstigsten Falle ist damit ein beständiger „Diagnose-Prozess“ angestoßen, durch den alle Mitglieder der Familie bzw. des Problemsystems angeregt werden, im Austausch miteinander Unterschiede zu erkunden und zunehmend eigenverantwortlich zu handeln. Dieser Prozess wird durch die Herangehensweise des Personals der familientherapeutischen Wohngruppe angeregt. Er ist aber nur veränderungswirksam, wenn er von der Familie und dem Hilfesystem aufgenommen und fortgeführt wird. Die gemeinsame Erweiterung der Beschreibung des Realitätsraumes über das psychiatrische Krankheitskonzept hinaus erweitert auch die Beschreibungen des Möglichkeitsraumes für alle an diesem Prozess beteiligten Personen. Dies betrifft neben den Jugendlichen und ihren Familienangehörigen eben auch die Fachkräfte, die mit den Jugendlichen zusammenarbeiten.

Auch wenn der beschriebene Prozess eher durch fließende Übergänge z.B. zwischen Diagnose und Intervention gekennzeichnet ist, kann es hilfreich sein, eine Zäsur zu setzen. Dies hilft, die von Schlippe & Schweitzer (2003, S. 111) „therapeutische Kette“ benannte Organisation psychiatrischer Versorgungssysteme aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Familien offener zu machen. Die Zäsur soll verdeutlichen, dass Unterschiede hergestellt wurden bzw. werden. Diese bestehen eben nicht nur aus dem Wechsel des Lebensortes der Jugendlichen, wenn sie in eine Jugendwohngruppe ziehen. Sie ergeben sich darüber hinaus aus den beschriebenen Veränderungen der Wahrnehmung hinsichtlich der Probleme und der Lösungsmöglichkeiten. Die familientherapeu-

tische Wohngruppe nutzt für die Kennzeichnung dieses Einschnittes das Einzugsritual. Arbeit mit Ritualen zur Verdeutlichung von Übergängen ist konzeptioneller Bestandteil dieser therapeutischen Einrichtung und zielt auf eine physische und nonverbale Verstärkung von Veränderung (vgl. Juchmann, 2002).

*Zum Einzug von M. erschienen neben M. seine Mutter und ein Mitarbeiter seiner bisherigen Wohngruppe. Sie wurden vom Familientherapeuten, dem Sozialarbeiter und dem neuen Bezugsbetreuer begrüßt. In der Willkommensrede des Therapeuten wurden die Stärken von M. und die Bereitschaft seiner Mutter, ihn beim Aufnahmeprozess zu begleiten, als gute Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit benannt. Mit dem Willkommen für M. und seine Mutter wurden auch Blumen an die bisherigen Erzieher überreicht und eine Karte an den Vater unterschrieben, der am Ritual nicht teilnehmen konnte. Beides symbolisierte die Wertschätzung ihrer Bedeutung für M. Um die Idee der Neuorientierung an einem anderen Lebensort und in sich verändernden Beziehungen zu verdeutlichen, erhielt M. einen Kompass und eine Karte von Berlin. Auch seine Mutter hatte Raum, ihrem Sohn ein symbolisches Geschenk zu übergeben. Der schlichte beobachtbare Akt des Einzuges erhielt so eine darüber hinausgehende Bedeutung im Sinne eines Paradigmenwechsels aller Beteiligten.*

Das Einzugsritual bildet weder den Abschluss des Diagnoseprozesses, noch stellt es den Beginn der Interventionen dar. Wie die bisherige Schilderung verdeutlichen sollte, enthalten alle Fragen im Aufnahmeprozess ein Veränderungspotenzial bezüglich des Denkens und Handelns. Man könnte also durchaus sagen, dass Interventionen somit weit vor dem Ritual gesetzt werden. Und wenn das Ritual auf die Verstärkung dieser Veränderungen abzielt, so führt dieses wiederum zu sich ständig verändernden Grenzen zwischen Problem und Nicht-Problem. Dieser Diagnoseprozess kann also als permanenter Bestandteil der Arbeit aller beteiligten Personen bzw. Institutionen bezeichnet werden. Das Spannungsfeld zwischen psychosozialer und psychiatrischer Diagnostik, welches im Mittelpunkt dieses Fachtages stand, könnte dann als eine von mehreren Stadien dieser Permanenz betrachtet werden, in der es nicht um „wahr“ und „falsch“ geht, sondern um die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten.

## Literatur

- Boscolo, Luigi & Bertrando, Pietro (1997). *Systemische Einzeltherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Furman, Ben & Ahola, Tapani (2001). *Die Zukunft ist das Land, das niemandem gehört... Probleme lösen im Gespräch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Juchmann, Ulrike (2002). *Über sieben Brücken musst Du geh'n... Rituale in der stationären Jugendhilfe*. In: Manfred Vogt-Hillmann & Wolfgang Burr (Hrsg.), *Lösungen im Jugendstil*.



## I Erziehung – Behandlung – Beziehung

---

- Systemisch-lösungsorientierte kreative Kinder- und Jugendlichkeitstherapie*, S. 311-344. Dortmund: Borgmann.
- Juchmann, Ulrike & Nürnberg, Regina (1999). Eine therapeutische Wohngruppe für Jugendliche – oder das Zusammenwirken von Pädagogik und Therapie. *Unsere Jugend* 12/99, S. 534-540.
- Schlippe, Arist von & Schweitzer, Jochen (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spitzcok von Brisinski, Ingo (2002). *Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört?* In: W. Rotthaus, *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, S. 278-298. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

*Ute Meybohm & Salomea*

## Comics, ein psychoedukatives Gruppenangebot für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

### **1 Zum Begriff der Psychoedukation**

Der Begriff der Psychoedukation kommt nicht aus der Jugendhilfe, sondern entstand im Rahmen des Enthospitalisierungsprogrammes der Psychiatrie. Psychisch kranke Langzeitpatienten, die früher Jahrzehnte in Kliniken verbrachten, wurden seit den 80er-Jahren in der Gemeinde in Wohngemeinschaften oder dem Betreuten Einzelwohnen untergebracht und vom niedergelassenen Psychiater medizinisch begleitet. Da seit den 60er-Jahren im Rahmen der psychiatrischen Behandlung die medikamentöse Behandlung insbesondere bei psychotischen Erkrankungen eine immer bedeutendere Rolle einnimmt und damit auch ein Leben außerhalb von Kliniken zur Normalität wurde, benötigt man kompetente Patienten, die sich selbst mit medikamentöser Unterstützung helfen können. Der Slogan „Hilfe zur Selbsthilfe“ bekommt so einen wesentlichen Stellenwert, insbesondere in Zeiten sich verknappender Mittel im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung und des Abbaus von staatlichen Unterstützungen. Die psychoedukativen Programme wurden zunächst im Rahmen der Behandlung von psychotischen Erkrankungen bei Erwachsenen angewandt. Später wurden sie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bzw. Borderline-Störungen z.B. im Rahmen von Dialektisch Behavioraler Therapie weiterentwickelt. Sie werden heute in der stationären Behandlung wie in der ambulanten Betreuung eingesetzt und zeigen gute Erfolge.

### **2 Was sind die Merkmale von Psychoedukativen Programmen?**

- Sie werden immer in Gruppen durchgeführt.
- Sie enthalten ein Erklärungsmodell für die Entstehung des Störungsbildes (meist als eine erhöhte Verwundbarkeit, die durch Stress oder andere psychische, soziale oder biologische Faktoren Krankheitsphasen auslösen).
- Sie klären auf über Frühwarnsysteme (erste Krankheitssymptome oder Veränderungen im Befinden, im Denken, in der Konzentration etc.)

- Sie erklären Medikamente, ihre Wirkstoffe, Nebenwirkungen und Gefahren in Verbindung mit Alkohol bzw. anderen Suchtmitteln, aber auch ihre Hilfe für die Alltagsbewältigung.
- Sie enthalten Aufgaben zur Selbst- und Fremdwahrnehmung.
- Sie enthalten Selbsterfahrungsanteile in der Gruppe.
- Sie erarbeiten Problemlösungen im Umgang mit Hilfesystemen.

### 3 Was heißt psychoedukative Arbeit im Rahmen der Jugendhilfe?

Bei jungen Menschen mit psychischen Störungen, die wir in unseren Einrichtungen betreuen, haben wir es mit oft noch nicht klar entwickelten Krankheitsbildern zu tun und zunehmend mit multi-morbiden Problemfeldern. Wir erleben bei ihnen psychotische Episoden, suizidales und selbstverletzendes Verhalten, Depressionen, heftige aggressive Durchbrüche, dramatische Suizidversuche, dissoziales Verhalten und all dies gepaart mit heftigem Substanzmittelgebrauch.

Neben all diesen Symptomen befinden sich die jungen Menschen in der **Pubertätskrise, dem Ablösungsprozess** von ihren oft selbst psychisch kranken bzw. sozial defizitären Eltern, mit Missbrauchs- und Gewalterfahrungen und vor dem Schritt, sich ins eigenständige Leben zu trauen, aber oft ohne Schulabschluss und ohne Aussicht, in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit einen Ausbildungsplatz oder Job zu finden. Sie müssen herausfinden, wer sie sind und was ihnen gut tut und wovon sie sich besser fernhalten. Sie wollen die Liebe kennenlernen und Freunde finden, auf die sie sich verlassen können, nicht peer-groups zum Konsum von Drogen.

Wir sagen immer, sie haben zwei Aufgaben zu lösen

- *erwachsen zu werden und*
- *ihre Krankheit zu bewältigen oder damit leben zu lernen*

Hierbei haben wir es dann auch mit dem Auftrag der Hilfe zur Erziehung /Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen von SGB VIII und der Gesundheits-erziehung zu tun, wie wir die Psychoedukation bezeichnen möchten. Unseres Erachtens darf deshalb ein psychoedukatives Gruppenangebot für junge Menschen nicht allein krankheits- bzw. gesundheitsorientiert sein, sondern muss den erzieherischen Auftrag der Persönlichkeitsentwicklung einbeziehen. Wir wollten also nicht allein den Schwerpunkt auf das Thema Frühwarnsymptome und den Umgang mit Medikamenten lenken, sondern auf die Fragestellungen:

- wie kann ich mit oder trotz meines Verrücktseins einen Job finden,
- einen Freund oder eine Freundin finden,

- ein vollwertiges Mitglied in der Gruppe der Gleichaltrigen sein,
- mein Verhältnis zu meinen Eltern klären,
- wo wird mir wie geholfen.

Wir beziehen viele weitere Fragen ein, die junge Menschen beim Prozess des Erwachsenwerdens nach einer Erkrankung beschäftigen.

Wir haben hier bewusst den Begriff des Verrücktseins gewählt, weil unsere Erfahrung zeigt, dass junge Menschen ihre Erfahrung, erkrankt zu sein, sehr unterschiedlich bewerten. Das Spektrum reicht von völliger Leugnung „Das Problem hatten ja nur meine Eltern und die Ärzte“ bis hin zu einer völligen Identifikation mit der Diagnose „Ich bin ein Borderliner“. Der Begriff des Verrücktseins bietet ihnen eine Distanzierungsmöglichkeit und damit den ersten Schritt zur Verarbeitung. Hier wirkt die symbolisch-bildliche Herangehensweise „Nichts ist mehr an seiner vertrauten Stelle, alles ist verrückt. Wo soll es seinen neuen Platz finden?“ Diese Frage begleitet die Gruppe während des gesamten Prozesses.

Unser Gruppenangebot beginnt also nicht unbedingt bei den Erklärungsmodellen der Entstehung von psychischen Erkrankungen und deren Symptomen, sondern setzt an bei den Entwicklungsaufgaben wie Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Beziehung zu Gleichaltrigen, Ablösung vom Elternhaus. Bei den jungen Erwachsenen mit wiederholten stationären Erfahrungen wird zunehmend die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung in den Vordergrund gestellt. Bei den Jüngeren setzen wir eher die symbolische Auseinandersetzung über Comics ein.

## **4 Die Bedeutung von Comics in der Gruppenarbeit**

Gruppenarbeit mit schwerstgestörten Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ist eine Kunst für sich. Besonders im Prozess der Ich-Findung, der hohen Identifikation mit Idolen, Helden, Stars und den tiefen Schluchten des Selbsthasses, der Ablehnung des eigenen Körpers und der strengen Selbstbewertung sind Themen wie psychische Erkrankung in der Gruppe hochgradig mit Scham besetzt und oft tabuisiert. Insofern halten viele Jugendliche Gruppen mit diesen Themen kaum aus und benötigen Hilfsmittel, um sich diesen Themen anzunähern.

Comics gehören zur Alltagswelt von Jugendlichen, sei es über Bücher/Hefte oder Video-Spiele, Filme oder Tonträger. Mit den Comicfiguren identifizieren sie sich und leben über sie Wünsche, Größenfantasien und Abenteuer aus. Comicfiguren können auch Teil ihrer irrealen Welt darstellen, die den Weg in psychische Erkrankung beschreibt.

Für uns Betreuer bilden Comicfiguren aber auch die Möglichkeiten, Brücken zu bauen, um Jugendliche zu erreichen ohne ihr so zerbrechliches Ich im Gruppenprozess zu beschädigen. Denn die Figuren der Comic-Welt sind oft

verrückt und trotzdem sind sie Helden. Sie trauen sich, sie geben nicht auf, auch wenn sie gerade eine dicke Schaufel auf den Kopf bekommen haben. Sie sind anders, aber gehören doch dazu oder sind anerkannte einsame Helden. Sie fliegen im Weltraum, machen Grenzerfahrungen, helfen anderen Menschen. Sie scheitern und werden von guten Freunden gerettet. Sie sind Außenseiter, aber keine Ausgestoßenen.

Das Verrücktsein ist Teil des Daseins der Comic-Figuren und damit hat es in ihrem Leben einen Platz. Diesen Platz müssen Jugendliche ihrer „verrückten“ Seite auch geben, wenn sie gesund werden wollen. Deshalb denken wir, dass Psychoedukation und Ich-Findung eng miteinander verknüpft sind. Unsere Comic-Figuren sind Übergangsobjekte oder symbolische Freunde, die im Gruppenprozess immer wieder neu zur Identifikation genutzt werden. Sie bauen Brücken zu den anderen Teilnehmern und ermöglichen auch, schwerst traumatisierte Situationen symbolisch auszudrücken und so dafür eine Sprache zu finden. Außerdem erlauben sie einen humorvollen Umgang mit den behandelten Problematiken, ohne das Gefühl zu vermitteln, diese nicht ernst zu nehmen oder nicht zu verstehen.

## 5 Exkurs über die Modelle der Comic-Welt

### *Comic und Straße*

Das Comic an sich kommt von der Straße, es arbeitet mit Klischees und Übertreibungen. Die Vorläufer des Comics waren Karikaturen, Bilderbögen, Groschenromane. Es war in der Regel die Sicht von unten auf die Oberen, die hier als Perspektive angelegt war. Die ersten beiden offiziellen Comics spielen um 1900 in New York in der Lower East, einer ärmlichen Gegend, in der viele Einwanderer lebten, die gerade aus Europa angekommen waren, auf der Suche nach Arbeit und dem amerikanischen Traum. Derb waren die Späße, die Sprechblasen beinhalteten oft einen Mix aus Englisch und den verschiedenen Einwanderungssprachen.

### *Comic als Spiegel der Gesellschaft*

Während der Zeit der Depression in Amerika der 30er Jahre wurden Helden wie Superman und Tarzan erfunden, und diese Comics hatten sofort großen Erfolg: Die Menschen flüchteten sich vor dem realen Leben in Armut gerne in die schillernde exotische Welt des starken, unbesiegbaren Tarzan. Nach dem Krieg boomte der Comicverkauf weiter, auch die Anzahl von Erwachsenencomics, die Crime und Horrorthemen behandelten, nahm beträchtlich zu. Es kam zu erbitterten Streitigkeiten zwischen Comicbefürwortern und Comicgegnern, ob die Comics jugendgefährdend seien oder nicht. Schließlich verpflichteten

sich die Verlage selbst zur Zensur. Allerdings war diese so weitreichend, dass nicht einmal mehr Scheidungen im Comic gezeigt werden durften. Der Comicverkauf ging dementsprechend zurück. In dieser Zeit galten Comics in der DDR – bezogen auf die westdeutschen Comics – ebenfalls als jugendgefährdend. Da Comics aber sehr beliebt waren, wurden sie dennoch gedruckt, allerdings – in Abgrenzung zum westlichen Comic – meist nicht mit Sprechblasen sondern mit Bildunterschriften.

Es gibt immer wieder Bemühungen, Comics als neunte Kunst aufzuwerten, die Themen werden seit vielen Jahren anspruchsvoller (z.B. Literaturadaptionen wie „Der Richter und sein Henker“ von Dürrenmatt, wunderbar gezeichnet von einer Berner Schulklasse), Tabus werden gebrochen: Im Comic „Maus“ von Art Spiegelmann wird die Geschichte des Vaters nacherzählt, der Auschwitz überlebte. Die Nazis werden hier als Katzen, die Juden als Mäuse dargestellt. Art Spiegelmann hat es geschafft, das Grauen des Holocausts eindringlich in Comicform zu erzählen.

Ein weiteres Beispiel ist Joe Saccos Comic „Palästina“, eine Reportage über den Nahostkonflikt, in Schwarz/Weiß – Schraffur und mit viel Perspektive gezeichnet, was die Dramatik der Bilder verstärkt, einfühlsam und spannend erzählt. Oder das jüngste Beispiel, das Furore machte: Die Exiliranerin Marjane Satrapi erzählt ihre Kindheit im Iran in Comicform.

#### *Comics und Jugend*

Tradition: Auch wenn es seit langem Comics für jedes Alter gibt, so richtete sich die Mehrzahl der Comics lange Zeit vorwiegend an Jugendliche. In den 50er-Jahren gab es einen regelrechten Boom, dementsprechend groß war die Diskussion zur Frage der Jugendgefährdung. Auch in heutiger Zeit werden Jugendliche als Zielgruppe für Comics stark umworben.

Themen: Viele Comics thematisieren typisch jugendliche Themen: Sexualität, der erste Freund, Schule, Auszug von zu Hause. So schlägt sich z.B. Spiderman in seinem wahren Leben mit den Ärgernissen der Pubertät herum. Die Welt der Erwachsenen wird hier aus Sicht der Jugendlichen oft als irrational, zuweilen als verlogen und verrückt erlebt. Gerade der normale Alltag birgt Gefahren und Tücken und zeigt sich nicht selten äußerst bizarr.

Abgrenzung: Jugendliche lesen gerne die Comics, die die Erwachsenen ablehnen. So waren gerade Mangas in den ersten Jahren ihres Erscheinens aufgrund der Physiognomie der Gesichter (große naive Puppenaugen) bei den Erwachsenen vom ästhetischen Standpunkt aus verpönt; umso beliebter und heißer begehrt waren sie bei den Jugendlichen.

#### *Comics und psychische Erkrankung*

Psychische Erkrankung an sich wird im Comic wenig thematisiert. Und wenn, dann ist dies meist reduziert auf das – in Film und Fernsehen ebenso gern –

benutzte Bild des gewalttätigen Psychopathen, immer gut für die Einhaltung des Spannungsbogens. Oft sind die „Spinner“ die Bösen, so auch der in einem der Batman Filme von Jack Nicholson grandios gespielte „Joker“. Auch im Science-fiction Comic „Anarcho-Psychoten“ von Janjetov und Jadorowsky werden die Anarcho-Psychoten als ziemlich unansehnliche und zu Brutalität neigende anarchistische Spinner gezeichnet, wobei hier vorsätzlich mit Satire gearbeitet wird. Generell verwendet das Comic für den Wiedererkennungswert gerne Klischees. In neuerer Zeit wurden erfreulicherweise auch Themen wie Essstörungen oder sexueller Missbrauch zunehmend anspruchsvoller in Comicform thematisiert. Es gibt vereinzelt Beispiele, in denen z.B. Depressionen – nicht um des Effektes willen, sondern als eine Lebensphase des Erzählers – im Comic präsent sind. Ansonsten findet man bei den Comicfiguren eher leichte Neurosen, oder einfach „irre Typen“, verrückte Szenen, verrückte Bildsprachen etc. Dabei eignet sich der Comic mit seinen Bildern ausgezeichnet, um das Innenleben, Ängste, Halluzinationen und Wahnvorstellungen zu visualisieren. Hier gibt es eine lange Tradition von Malern wie Hieronymus Bosch, über Munch, Goya, bis hin zu Francis Bacon. Wobei Goya mit seiner grafischen Arbeit der Bildkomposition des Comics am nächsten steht.

## 6 Unsere Comicfiguren heißen Selma und Max

Das Comic „Verrückt ... und dann?“ reiht sich in die Tradition der „Jugendcomics“ ein und versucht über Selmas und Max' Erzählung ein individuelles Bild psychischer Erkrankung abseits spektakulärer Klischees zu zeichnen. Selma und Max sind die Hauptpersonen in unserem Comic-Heft „Verrückt und dann?“ und führen durch unser psychoedukatives Programm:



Sie berichten in ihrer Sprache und aus ihrer Sicht von dem, was sie erlebt haben auf ihrem abenteuerlichen Weg, erwachsen zu werden. Manches haben sie dabei gut bewältigt, manches hat nicht geklappt, wie im richtigen Leben eben auch. Selma scheint einigermaßen den Durchblick zu haben, Max wirkt

ein bisschen verrückter. Sie schlagen sich mit ihren beruflichen Träumen und ihren beruflichen Möglichkeiten herum. Sie versinken in ihrem äußeren und inneren Chaos, streiten sich mit ihren Eltern und beschäftigen sich mit der Frage „Wer ist verrückt? Ich oder die anderen!“. Sie verlieben sich und wissen nicht wohin mit ihren Gefühlen. Sie fragen sich, warum es ihnen so schlecht geht, während alle anderen „gut drauf“ sind.

### *Selma und Max und das psychoedukative Programm*

Selma und Max sind die Hauptpersonen unserer psychoedukativen Comicgruppen. Wir nutzen das Comic-Heft und bearbeiten drei Themenschwerpunkte:

- Pubertät und Erwachsenwerden,
- Krise und Krankheit,
- Wege in die Selbstständigkeit.

In 8-10 Sitzungen beschäftigen wir uns mit dem Thema „Wie will ich leben, wenn ich erwachsen bin? Und welche Probleme muss ich dabei lösen?“ Als Methode dient die Identifikation mit Selma und Max. Was sie erleben, wie sie fühlen und wie sie sich verhalten, dient als Diskussionsgrundlage für den Einzelnen und die Gruppe mit Fragen wie:

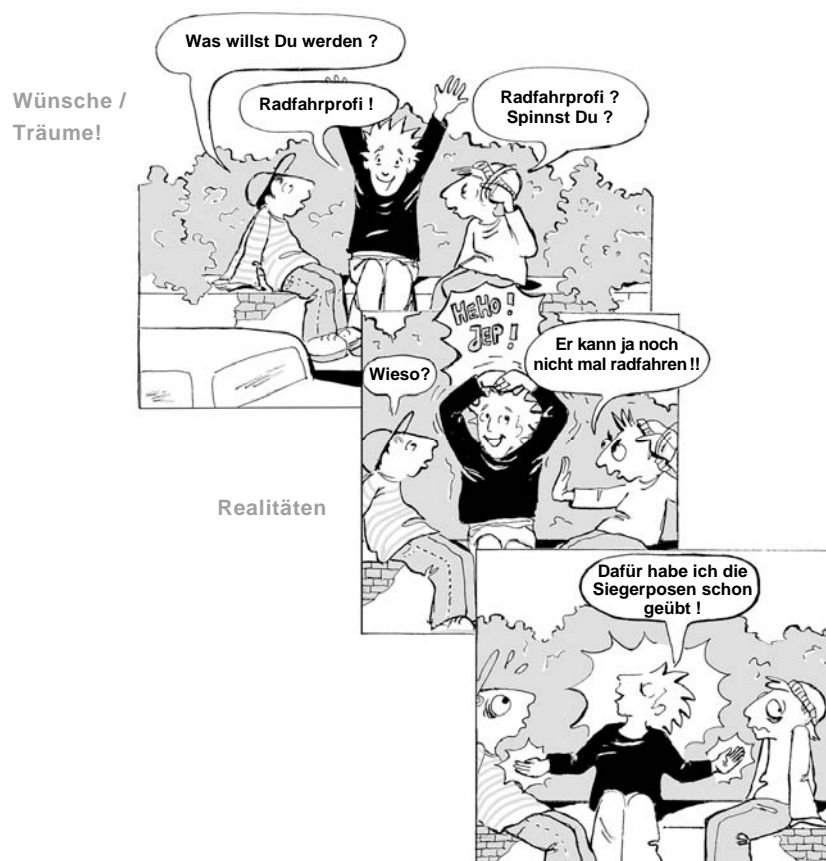
- Wie ergeht es Dir in so einer Situation?
- Wie würdest Du das machen?
- Was läuft hier richtig?
- Was läuft hier falsch? Und warum? Und viele Fragen mehr.

Wir beginnen meist mit unverfänglichen Themen.



*Berufliche Träume und berufliche Realität*

Hier wird das Comic illustrativ und als Textauflockerung verwendet:



Das Thema der Peergroupentwicklung wird im Comic „**Meine Beziehung zu Gleichaltrigen**“ aufgegriffen. Hier bearbeiten wir soziale Ängste in Gruppen: „Warum sind immer alle so gut drauf und nur mir geht es schlecht?“ und machen Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung. Erfahrungsgemäß wirkt das Wissen, dass es noch viel mehr Gleichaltrigen so geht wie Selma und Max und vielleicht einem selbst, entlastend für den einzelnen Gruppenteilnehmer:



Gerade in der Phase der Ablösung nimmt das Thema „**Meine Familie und ich**“ einen wesentlichen Raum ein:



Fragen und Übungen zu Nähe und Distanz, Wunsch und Wirklichkeiten begleiten den Gruppenprozess, auch mit dem Ziel, in Familiengesprächen Problemlösungen zu finden.

Das Comic „inneres und äußeres Chaos“ greift hier das Bild des Chaos auf, verdeutlicht visuell den Begriff des Chaos und stellt die Frage „Sind das Pubertätsprobleme oder werde ich psychotisch?“



Dieses Bild bildet den Übergang zum Thema Krise und Krankheit, das Max und Selma auf ihrem Weg zum Erwachsenwerden begleitet.

Selmas Symptome (depressive Schübe, Selbstverletzung) ergeben kein eindeutiges Bild, die Diagnose wird offengelassen:



Selma stellt die Frage „Bin ich nun krank, behindert, entwicklungsverzögert, frühreif, pubertär-rebellisch, wohnungslos, erziehungs-bedürftig?“ In diesem Spektrum bewegt sich auch der Grad der Verunsicherung des Jugendlichen und der Grad der Bewertung je nachdem, ob er/sie ins System der Jugendhilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Psychiatrie gerät.



Das Comicbild dient als Einstieg in das Thema:



Wenn dabei über Max gelacht wird oder über die Krawatte des Arztes diskutiert wird, nähert sich die Gruppe doch dem Thema an. Keiner will sich schließlich eine Blöße geben. Hilfreich, wenn das im ersten Schritt Max, die Comicfigur, übernimmt.

Durch die Bilder wird der Text anschaulicher. Die Inhalte werden über die Bilder transportiert. Besonders im Comic, da dieses ja vornehmlich eine Funktion beinhaltet. Es erzählt.

Im letzten Teil „**Wege in die Selbstständigkeit**“ arbeitet die Gruppe an der Stärkung der Ressourcen und dem Aufbau eines individuellen Hilfenetzes. Offensichtlich hat Selma ihr Handwerkszeug gefunden.



## 7 Welche Möglichkeiten bieten unsere Comicgruppen

Das Verrücktsein, die Rebellion, das Überschreiten von Grenzen und Regeln ist oft Teil des Daseins von Comic-Figuren, hier auch von Selma und Max. Es ist ihre Normalität und damit hat es in ihrem Leben einen Platz. Es gehört aber auch zum Zustand der Pubertät und begleitet den Prozess des Erwachsenwerdens. Diesen Platz müssen Jugendliche mit psychischen Störungen ihrer verrückten Seite geben, wenn sie gesund werden wollen. Deshalb denken wir, dass die Psychoedukation mit unseren Comicfiguren Jugendliche bei ihrer Identitätsfindung helfen kann, ihre Verwundbarkeit, ihre Symptome zu erkennen und sich ihre Hilfssysteme aufzubauen. Sie (Selma und Max) setzen sich aber auch mit dem Grundthema dieses Alters auseinander:

- Wie will ich leben, wenn ich erwachsen bin?
- Was sind meine Träume und meine Möglichkeiten?
- Wen will ich lieben, von wem will ich mir nichts sagen lassen?
- Wie werde ich sein, wenn ich erwachsen bin?

Für uns gibt es zwei Arten der Auseinandersetzung mit Comics **als therapeutische Ausdruckform (Zeichnen von Comics)**

- zum Ausdrücken und Gestaltung von inneren Prozessen (Gefühle), die noch nicht verbalisierbar sind,
- aber auch zur „künstlerischen“ Darstellung der inneren verrückten Welt,
- zum Abbau von Aggressionen,

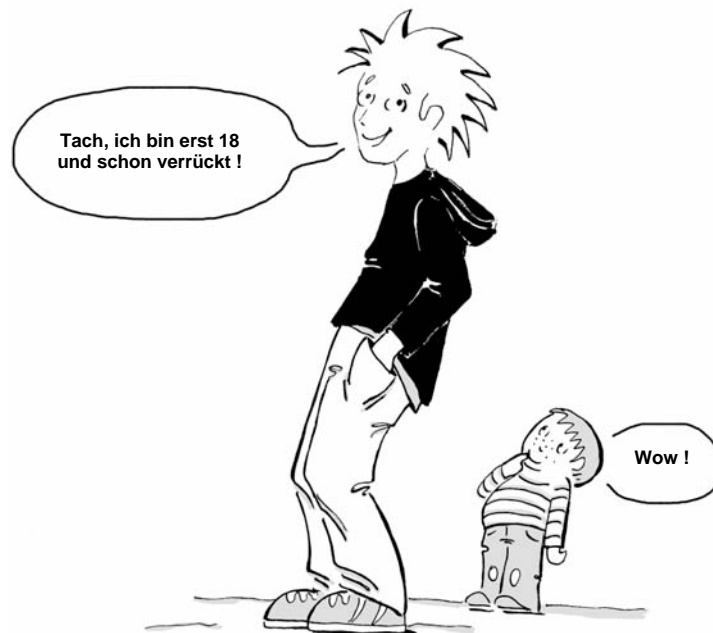


- zum Symbolisieren von Spaltungsprozessen Gut und Böse/Vernichtung und Rettung,
- zur Entwicklung von Problemlösungsstrategien

**und als psychoedukatives Angebot zum Thema**

- psychische Erkrankung,
- ErwachsenwerdenBeides dient der Identitätsbildung, um schließlich sagen zu können:

„und übrigens ich bin Max“



## Literatur

- Dürrenmatt, F. (1988). *Der Richter und sein Henker*, 8. Aufl. Bern: Zytglogge Verlag.
- Janjetov, Z. & Jodorowsky, A. (1999). *Anarcho – Psychoten*, John Difoool vor dem Incal, Bd.10, 2. Aufl. Stuttgart: Feest Comics (Ehapa).
- Sacco, J. (2004). *Palästina*. Frankfurt: Zweitausendeins.
- Satrapa, M. (2000). *Persepolis*, Zürich: Edition Moderne.
- Spiegelmann, A. (1999). *Maus*, 5. Aufl. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch.

## Filmliste

Batman, USA 1989, Regie: Tom Burton, Darsteller: u.a. Jack Nickolson

*Andrée Egel & Annett Strutzke*

## Haltgebende Strukturen gegen das innere Chaos – Theorie und Praxis des therapeutischen Milieus

Die Forderung nach „Struktur“ für Jugendliche, die von seelischer Behinderung bedroht sind, findet sich explizit oder implizit in fast jedem psychiatrischen oder psychologischen Gutachten sowie in Hilfeplänen und es herrscht unter allen Beteiligten des Hilfeprozesses Übereinstimmung hinsichtlich ihrer Notwendigkeit.

Der Begriff „Struktur“ beschreibt den inneren Aufbau von Systemen, die Art und Weise, wie Teile eines Systems untereinander und zu einem Ganzen verbunden sind.

In dieser allgemeinen Definition ist „Struktur“ ein offener und interpretierbarer Begriff, unter dem durchaus Verschiedenes gemeint sein kann, so dass es trotz übereinstimmender Begrifflichkeit zu Missverständnissen und enttäuschten gegenseitigen Erwartungen im Hilfeprozess kommen kann.

Wir wollten aus der Perspektive einer therapeutischen Jugendwohngruppe vorstellen, was wir unter „Struktur“ als wesentlichem Merkmal des therapeutischen Milieus verstehen und mit Kollegen und kooperierenden Hilfesystemen in Austausch dazu treten.

In unserem Workshop trafen sich drei große Gruppen von Interessenten am Thema mit unterschiedlichem Arbeitsfokus:

- Mitarbeiter aus Jugendämtern, deren Arbeit sich durch Hilfen zur Erziehung auf die Wiederherstellung äußerer Strukturen richtet.
- Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich in Psychodiagnostik und Therapie mit inneren Strukturen befassen
- Mitarbeiter aus therapeutischen Wohngruppen, deren Arbeit sich darauf richtet, einen Rahmen wieder herzustellen, in dem Entwicklung möglich ist, und die im „Übergangsraum“ zwischen äußeren und inneren Strukturen angesiedelt ist.

## 1 „Innere“ und „äußere“ Strukturen

Jugendliche, die in einer TWG leben, haben in der Regel eine lange Vorgeschichte mit traumatischen Lebenserfahrungen. Etwa drei Viertel der Bewohner unserer TWG haben stationäre Psychiatrieerfahrungen, 90% haben eine psychiatrische Diagnose, die übrigen kommen aus anderen Jugendhilfeeinrichtungen, in denen sie aufgrund ihrer psychischen Auffälligkeiten nicht adäquat betreut werden konnten. Dass eine stationäre Hilfe zur Erziehung notwendig wurde, bedeutet in jedem Fall, dass die Struktur der Familiensysteme und die Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit der Eltern nicht angemessen und/oder durch die psychische Störung der Jugendlichen überfordert war.

Was den Jugendlichen gemeinsam ist, lässt sich beschreiben als äußerer und innerer Strukturverlust, wodurch altersentsprechende Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben nicht mehr bewältigt werden konnten.

Für die Begründung pädagogischer und psychotherapeutischer Interventionen bzw. die Gestaltung eines therapeutischen Milieus hat es sich für uns als hilfreich erwiesen, sowohl innere als auch äußere Strukturmerkmale zu analysieren.

„Innere Strukturen“ werden durch entwicklungspsychologische Theorien beschrieben: aus den Umweltinteraktionserfahrungen im Verlauf der Entwicklung eines Menschen entstehen innere Abbilder, die diese Erfahrungen repräsentieren. Der Mensch entwickelt also eine innere Struktur, die der Organisation des Verhaltens dient.

Die Entwicklung psychischer Struktur entsteht durch zunehmende Differenzierung und Integration der repräsentativen Schemata. Strukturelle Störungen können als Folge von umweltbezogenen Entwicklungsdefiziten durch Mangel- oder traumatische Erfahrungen verstanden werden, aber auch durch hirnanorganische oder neurobiologische Prozesse, die Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung und Speicherung bewirken (siehe AK OPD-KJ, 2003, S17ff.).

Bei der Entwicklung und Organisation der psychischen Struktur als einer Disposition des Einzelnen, die Welt, sich selbst und andere zu erleben und sich zu verhalten, kommen der Ausdifferenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Kommunikation und Bindung sowie der Affektsteuerung und der Fähigkeit, mit Hilfe von Abwehrmechanismen mit äußeren und inneren Belastungssituationen angemessen umgehen zu können, besondere Bedeutung zu. Zur Diagnose struktureller Störungen werden im Rahmen der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik auf der „Achse Struktur“ die Dimensionen Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung und Abwehr sowie kommunikative Fähigkeiten herangezogen (AK OPD-KJ, 2003, S. 123ff.).

„Äußere Strukturen“ der realen Welt beziehen sich auf die Systeme, in denen Jugendliche Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen.



Folie 1: Krisenmodell: innerer und äußerer Strukturverlust

## 2 Modell des therapeutischen Milieus als „Übergangsraum“ zwischen innerer und äußerer Welt

Dieses Denkmodell entstand in der Gründungsphase unserer TWG 1998/99 in einer gemeinsamen Projektgruppe mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Evangelischen Diakoniewerkes Königin Elisabeth Herzberge. Es leitet sich ab aus dem von der damaligen Chefärztin Dr. Agathe Israel (1999) konzipierten Strukturmodell einer „genügend guten“ psychotherapeutischen Institution für früh gestörte Kinder und Jugendliche. Auf unserem heutigen Kenntnisstand eignet sich das Modell auch für die Betreuung traumatisierter und durch die Entwicklungsanforderungen der Adoleszenz doppelt belasteter Jugendlicher mit drohender Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen (vgl. Streeck-Fischer, 1998 und 2006).

Das Grundproblem ist, dass solche Jugendliche aufgrund von Störungen im Affektsystem, niedriger Toleranz für Kränkungen, unreifer Abwehrstrukturen und sprachlosem Ausagieren dazu verurteilt sind, Helfersysteme durcheinander zu bringen. Sie wecken Rettungsfantasien, überfordern Helfer und werten sie massiv ab.

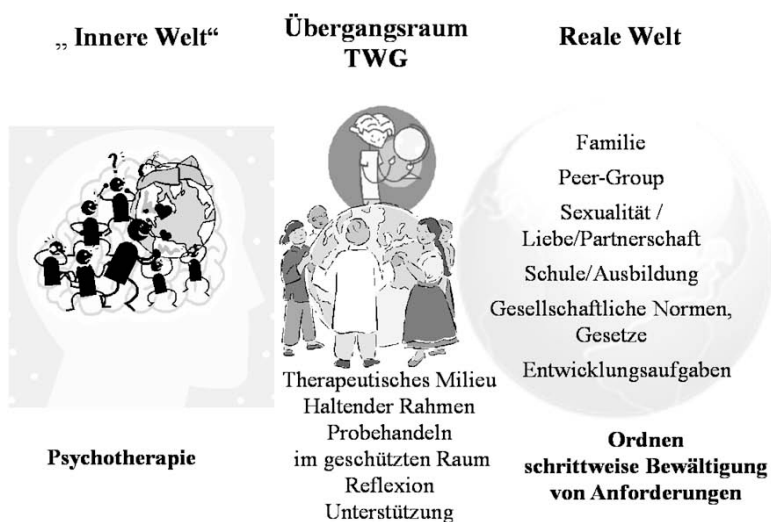
Eine Möglichkeit, dem zu begegnen sieht Israel (1999) in einem gut strukturierten Mehrpersonensetting und klarer Abgrenzung von Rollen und Funktionen, in dem verhindert wird, dass ein Einzelner vollkommen vereinnahmt wird oder die Lehrerin plötzlich zur Therapeutin wird, die Erzieherin zur Freundin und die Therapeutin sich gezwungen sieht, gegen die schreckliche WG zu intervenieren, so dass am Ende alle zerstritten und hilflos sind.

Israel (1999) unterscheidet drei „Daseinsräume“: die innere und die reale Welt sowie den Übergangsraum.

Die innere Welt ist Gegenstand der Psychotherapie, damit ist gesichert, dass seelische Nöte nicht an jedem Ort, an dem sie geäußert werden, bearbeitbar sind und dass z.B. TWG-Betreuer sich nicht therapeutisch verführen lassen dürfen, selbst wenn sie auch therapeutisch denken.

Die reale Welt ist tatsächlich real und ihre Gesetze und Anforderungen sind nicht durch Fantasien außer Kraft zu setzen. Genau das versuchen Jugendliche, die mit realen Anforderungen hoffnungslos überfordert sind und geraten dadurch noch tiefer in die Krise.

Es muss also, damit es eine Chance gibt, reale Anforderungen wieder zu bewältigen, einen Übergangsraum geben, in dem Anforderungen kleinschrittig und entwicklungsangepasst sind, in dem Entlastung, Halt, Reflexion, Probehandeln und Unterstützung beim Ordnen aus den Fugen geratener Systeme, wie Familie oder Schule, möglich sind.



Folie 2: TWG als Übergangsraum zwischen innerer und realer Welt

Wir verstehen deshalb die TWG als entwicklungsangepasstes, funktionstüchtiges Modell von realer Welt, mit verantwortlichen, verlässlichen Erwachsenen, klaren Grenzen, nachvollziehbaren und vorhersehbaren Regeln und Abläufen, angepassten, aber unumgänglichen Forderungen, erfüllbaren Aufgaben und dem Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit sowie befriedigenden sozialen Erfahrungen mit Konfliktlösungen ohne Gewalt und Weglaufen.

Therapeutisches Milieu bedeutet dementsprechend sozialpädagogisches Handeln im Übergangsraum auf der Grundlage entwicklungspsychologischer und systemischer Erklärungsmodelle mit dem Ziel, aus dem Teufelskreis von Reinszenierungen auszusteigen und korrigierende Erfahrungen und Entwicklung zu ermöglichen.

Streeck-Fischer prägt in vergleichbarem Zusammenhang Begriffe wie „Spielraum“ (1998, S. 184ff.) oder „entwicklungsförderlicher Laufstall“ (2006, S. 199ff.).

### **3. Was meinen wir praktisch mit „Strukturen“ in der TWG – Beispiele aus dem Alltag der TWG „Respect Yourself“**

Alltagsstrukturen sind verbindliche, begründbare und an den Betreuungszielen orientierte Regeln und Abläufe, die den haltgebenden Rahmen für die pädagogische Arbeit und therapeutische Interventionen bilden.

Sie werden mit den Jugendlichen besprochen, gegebenenfalls verhandelt und konsequent praktiziert. Entscheidend – aber extrem schwierig in der Arbeit mit traumatisierten und strukturgestörten Jugendlichen – ist, die Strukturen auch in Krisensituationen weitgehend aufrechtzuerhalten.

Dazu gehören:

#### *3.1 Mit Ritualen gekoppelte Zeitstrukturen*

Tagesplanung: individuelles Aufstehen, Frühstück, Schule/Ausbildung oder tagesstrukturierende Beschäftigung, Ämter/Termine/Hausaufgaben, Freizeit, begrenzte Fernseh- und Computerzeiten, 18 Uhr gemeinsames Abendessen, Nachtruhe 22 Uhr u.a.

Wochenplanung: Fester Gruppenversammlungstermin, Aufräumtag, verbindliche Planung von Wochenendbeurlaubungen, gemeinsames Frühstück am Wochenende, gemeinsame Einstimmung auf die Woche mit Sonntag-Abendessen u.a.

Jahresplanung: Geburtstagskaffee in der Gruppe mit Familie, Feste im Jahresverlauf, Zeugnisfeier, Sommergrillfest mit Familien, Ferienprogramm mit Wechsel von freier Gestaltung und Pflichtveranstaltungen, erlebnispädagogische Sommerreise und 2 Wochenendfahrten, Abschiedsfeier u.a.

### 3.2 *Haushaltsstruktur*

Ämter (Einkaufen, Müll entsorgen, Küche wischen, Wohnzimmer säubern, Wäsche waschen, abendliches Kochen für die Gruppe) dienen dem Erlernen von Fähigkeiten zur Selbstversorgung, Bewältigung von notwendigen Anforderungen, Umgang mit Geld.

Die gemeinsame Haushaltsführung erzwingt auf einer elementaren Ebene Kommunikation und Kooperation innerhalb der Gruppe: wird nicht eingekauft oder gekocht, gibt es wenig zu essen. Auch bindungsgestörte Jugendliche, die den Kontakt eher meiden würden, sind durch Haushaltspflichten zur Anwesenheit in der Gruppe gezwungen. Werden solche Aufgaben vergessen oder verweigert, müssen sich die Jugendlichen nicht nur mit den Betreuern, sondern auch mit den davon betroffenen Mitbewohnern auseinandersetzen. Das Kochen mit Unterstützung eines Betreuers ermöglicht über das gemeinsame Handeln Gespräche und Beziehungsaufbau und führt unmittelbar zu einem Erfolgserlebnis und Anerkennung durch die Gruppe.

### 3.3 *Versorgung*

Wir vermitteln den Jugendlichen, die oft kein Gefühl für ihre körperlichen Grundbedürfnisse haben oder in autoaggressiver Weise schlecht mit ihrem Körper umgehen, dass es uns wichtig ist, Voraussetzungen für eine körperlich gesunde Entwicklung zu schaffen (Hygiene, Gesundheitserziehung, Impfkontrolle, Arzttermine, gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf, wetterangemessene Kleidung, Empfängnisverhütung, Behandlung von Krankheiten u.a.) und dass Selbstfürsorge auch zu psychischer Stabilität beitragen kann.

Diese Dialektik von Fürsorge und Selbstfürsorge schließt die Spannweite von kleinkindlichen Versorgungsbedürfnissen und jugendlichen Autonomiebestrebungen ein und soll im Einzelfall möglichst entwicklungsförderlich gestaltet werden.

### 3.4 *Regeln/Konsequenzen*

Die Hausordnung: keine Waffen, keine Gewalt, kein Alkohol, keine Drogen in der Wohngruppe, Rechte, Pflichten, Regeln des Zusammenlebens wird zu Beginn besprochen und in schriftlicher Form überreicht und unterschrieben.

Da unsere Bewohner aufgrund ihrer Lebenserfahrungen in der Regel kein Vertrauen in die Ernsthaftigkeit von Vereinbarungen haben und unangenehme Realität verleugnen oder uminterpretieren, hat der „Kampf um die Regeln“ einen hohen Stellenwert bei der Aufrechterhaltung von Alltagsstrukturen. Wichtig ist eine zeitnahe konsequente Reaktion unabhängig von der persönlichen Toleranzgrenze des Betreuers. Nach dem Konzept der „elterlichen Präsenz“ (Omer, v. Schlippe, 2002) nehmen die Betreuer bei Regelübertretungen sofort direkt oder bei Abwesenheit telefonisch Kontakt zu den Jugendlichen auf.

Für vorhersehbare Regelverstöße gibt es regelhaft einsetzende Konsequenzen, z.B: Bei Zerstörungen praktische und finanzielle Beteiligung an Reparaturen. Bei spätabendlichem oder nächtlichem Fernbleiben erfolgt eine Vermisstenmeldung bei der Polizei und zur „Wiedergutmachung“ wegen zusätzlicher Arbeitsstunden der Erzieher muss ein finanzieller Beitrag zur Gruppenkasse geleistet werden. Dienste für die Gruppe, die nicht erledigt wurden, werden in der Gruppenversammlung besprochen und es wird eine Ersatzlösung verhandelt. Jugendliche, die die Schule unregelmäßig besuchen, erhalten ihr Taschengeld u.U. – analog zum „Arbeitslohn“ – erst dann in voller Höhe ausgezahlt, wenn die Anwesenheit durch die Schule bestätigt wird u.v.m.

Selbstverständlich wird die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit von Konsequenzen für einzelne Jugendliche überprüft und gegebenenfalls modifiziert.

### 3.5 Gruppenstruktur

Genau genommen ist eine TWG-Gruppe eine Zwangsgemeinschaft mehr oder weniger beziehungsgestörter Individuen, was in Extremen zu heftiger Gruppendynamik mit Ausagieren von Aggression, Rivalität und gegenseitig negativer Verstärkung, ebenso wie zu beziehungslosem Nebeneinander oder Weglaufen, weil die Jugendlichen sich gegenseitig nicht aushalten, führen kann.<sup>1</sup> Damit die Gruppe ein sicherer Ort förderlicher sozialer Erfahrungen werden kann, müssen Gruppenprozesse gut beobachtet und moderiert werden.

Vorgegebene gemeinsame Aufgaben, wie z.B. Haushaltsführung, gemeinsame Nutzung von Küche, Bad, Waschmaschine, Wohnzimmer, Fernseher, Computer sowie gemeinsame Unternehmungen und erlebnispädagogische Aktionen erzwingen lösungsorientierte Kommunikation und Kooperation. Persönliche Interessen müssen mit denen der Gruppe in Einklang gebracht werden, die Gruppe funktioniert als Korrektiv, Bestätigung und Unterstützung.

Einzelzimmer bieten Rückzugsmöglichkeiten und einen geschützten privaten Raum, der nur mit Einverständnis betreten werden darf. Für die Betreuer gelten dabei angekündigte Ausnahmeregelungen, z.B. bei Verdacht auf Drogen- oder Waffenbesitz, Suizidgefahr o.ä.

---

1 vgl. in diesem Band den Beitrag von Egel & Rosemeier, Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen, S. 181.



Die Gruppenversammlung ist ein Forum gemeinsamer Planung und Konfliktbewältigung.

Die Betreuer fördern prosoziales Verhalten, wie gegenseitige Unterstützung, Toleranz, die Wahrung von Grenzen anderer, aber auch den achtsamen Umgang mit eigenen Grenzen. Soziale Regeln wie Gewaltlosigkeit, respektvoller Umgang und die Vereinbarung, dass jeder an seinem eigenen Problem arbeiten muss, werden konsequent eingefordert.

### 3.6 Beziehungsstruktur

Wenn wir von „haltgebenden“ und „verlässlichen“ Beziehungsangeboten, die korrigierende Erfahrungen ermöglichen sollen, sprechen, so ist das für schwer gestörte Jugendliche durch einzelne Personen nicht realisierbar. Die Unmöglichkeit liegt sowohl in der Psychodynamik von Jugendlichen, die zwischen extremen Erwartungen und Abwertungen schwanken bzw. Bezugspersonen teilobjekthaft nur als gut oder böse erleben können, als auch in der Realität, in der Betreuer Feierabend haben, krank werden oder den Arbeitsplatz wechseln können.

Wir verstehen das Team als „multipersonales Beziehungsangebot“ (Israel, 1999), das eine Art Beziehungsraum darstellt, in dem der Jugendliche agieren kann, der als „Container“ für alle heftigen Gefühle fungiert und in dem Spaltungen wieder zusammengeführt werden können. Israel (1999) beschreibt als Ziel, um den Klienten herum einen Ring aus verantwortlichen Personen zu bilden, die zwar zunächst von diesem teilobjekthaft erlebt, ein ganzes multipersonales Beziehungsobjekt darstellen können, vorausgesetzt, diese Personen kommunizieren, koexistieren und ergänzen sich. Halt entsteht dadurch, dass das Team in seiner Gesamtfunktion immer verlässlich unter professioneller Wahrung von Grenzen zur Verfügung steht.

Jeder Jugendliche hat in unserer TWG zwei Bezugsbetreuer, Mann und Frau. Konzeptionell stehen dahinter sowohl eine Simulation von elementaren Elternfunktionen, als auch das Angebot der Identifikation bzw. Auseinandersetzung mit weiblichen und männlichen Rollenmodellen in der Adoleszenz. Das doppelte Bezugsbetreuermodell unterstützt auch das „haltende“ Beziehungsangebot. Die Wahrscheinlichkeit der Ansprechbarkeit eines Bezugsbetreuers ist viel höher und die Bezugsbetreuer können durch gegenseitige emotionale und sachliche Unterstützung und Entlastung mehr „aushalten“. Wenn möglich, gibt es regelmäßig Dreiergespräche. Durch diese Dreiecksbeziehung können Konflikte zwischen Jugendlichen und einem Bezugsbetreuer durch den jeweils anderen moderiert sowie Spaltungen im Idealfall konstruktiv bearbeitet werden.

Erwachsene Präsenz ist ein wichtiger Teil des TWG-Konzepts: es ist immer ein Betreuer als Ansprechpartner in der Gruppe, wenn möglich sind am Nachmittag zwei Betreuer im Dienst, so dass neben der Sicherung des Gruppenalltags Einzelgespräche, Familiengespräche, Begleitung zu Terminen oder andere Formen individueller Betreuung möglich sind.

### 3.7 Kooperation mit dem System Familie

Das Grundkonzept unserer Arbeit mit den Familien besteht darin, Ressourcen der Familien aufzuspüren und zu stärken und damit den Jugendlichen ihre Wurzeln erlebbar und als reale und moralische Unterstützung für ihren weiteren Lebensweg nutzbar zu machen. Es geht uns um die Akzeptanz der eigenen Familie, da es keine andere gibt. Wir vermitteln den Jugendlichen, dass sie für uns weiter Teil ihrer Familie bleiben, auch für ihr weiteres Leben, während wir sie nur auf einem kurzen Lebensabschnitt begleiten.

Wir stärken gegenüber den Jugendlichen soweit wie möglich die Rolle der Eltern, indem wir davon ausgehen, dass sie grundsätzlich eine gute Entwicklung für ihre Kinder wünschen und wir in ihrem Auftrag handeln. Wir fordern und unterstützen respektvollen Umgang und lösungsorientierte Kommunikation. Wir behandeln Eltern als verantwortliche Erziehungsberechtigte, die über wesentliche Ereignisse informiert werden, deren Meinung gehört wird und deren Zustimmung bei wesentlichen Entscheidungen eingeholt werden muss.

Wir sorgen auch für Schutz der Jugendlichen vor elterlichen Übergriffen. In den Anfangsgesprächen klären wir, dass Jugendliche, damit Veränderung möglich wird, bei uns einen geschützten Entwicklungsraum benötigen, den Eltern respektieren müssen.

Es gibt zwischen Bezugsbetreuern und Eltern mindestens einen telefonischen Kontakt in der Woche, bei dem die Wochenendbeurlaubung besprochen wird, bei Notwendigkeit auch öfter. Monatlich findet ein Elterngespräch mit Bezugsbetreuern und der psychologischen Fachleitung statt, danach werden die Jugendlichen gemeinsam über Absprachen informiert und können eigene Anliegen in die große Runde verantwortlicher Bezugspersonen einbringen. Bei Bedarf sind kurzfristig Krisengespräche und eine psychologische Beratung für Eltern möglich. Bei wichtigen Terminen bieten wir eine gemeinsame oder arbeitsteilige Wahrnehmung durch Eltern und Bezugsbetreuer an.

Beurlaubungen haben das Ziel guter Kontakterfahrungen mit der Familie und werden auch so besprochen und flexibel gestaltet. Wir beurlauben Minderjährige grundsätzlich zu den Eltern und überlassen diesen die Entscheidung, ob im Urlaub auch an anderen Orten übernachtet werden darf. Wir intervenieren, wenn Urlaubsregelungen Jugendlichen nicht gut tun und versuchen, mit der Familie eine geeignetere Lösung zu finden.

Unser Denkmodell ist, dass TWG und Familie ein erweitertes System bilden, in dem der Jugendliche agiert, und das im Idealfall Containerfunktion entwickelt. In diesem Systemverbund erleben wir häufig gesetzmäßige Verläufe: durch die Verlagerung der Alltagsauseinandersetzungen aus der Familie in die TWG kommt es zur Entlastung der familiären Beziehungen und damit fast immer zu einer Annäherung zwischen Eltern und Jugendlichen. Manchmal ist das der Beginn einer guten Arbeitsbeziehung, oft aber agieren Jugendliche und Familien ihre Konfliktmuster nun unter Einbeziehung des Teams aus, schließen sich

z.B. gegen den vermeintlichen gemeinsamen Feind zusammen oder spalten Beziehungen. Wir entwickeln und überprüfen im Team laufend Hypothesen zur jeweiligen Familiendynamik und leiten daraus Interventionen im Rahmen unseres Grundkonzeptes zur Elternarbeit ab, die der Entwicklung des Jugendlichen dienen sollen.

Die Kooperation mit den Familiensystemen erfordert auch deshalb hohe Kompetenz und Flexibilität, weil das Spektrum unserer Familien von der arbeitslosen allein erziehenden Alkoholikermutter bis zum Hochschullehrerehepaar reicht und uns Eltern mit eigenen schweren Traumatisierungen, psychischen Auffälligkeiten, eingeschränkter Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit, aber auch mit vielen Kompetenzen und hohem Engagement für ihre Kinder begegnen.

### 3.8 Teamstrukturen

Das zuverlässige Funktionieren des Systems TWG erfordert gut strukturierte Arbeitsabläufe. Schwerpunkte sind dabei:

Kommunikation: wöchentliche Teambesprechungen mit organisatorischen Absprachen, pädagogisch-psychologischen Fallbesprechungen, Supervision. Dienstübergaben sichern die Kontinuität von Prozessen.

Bezugsbetreuer-Kommunikation: Reflexion der Zusammenarbeit und Rollenverteilung.

Kooperation: neben Aufgaben, die jeder Betreuer im Dienst erfüllt, gibt es Zuständigkeiten und Aufgabenteilungen sowie unterschiedliche Rollen.

Wichtig ist, dass auch die Jugendlichen lernen, ihre Wünsche an die zuständigen Personen zu richten. Entscheidungen müssen mit Bezugsbetreuern abgestimmt, Taschengeldforderungen mit den dafür Verantwortlichen besprochen werden usw. Das bedeutet eine Vorbereitung auf die reale Welt, in der man nur erhält, was einem zusteht, wenn man die dazu nötigen Wege einhält.

Dokumentation: dient im Wesentlichen drei Zielen: Erstens der zuverlässigen gegenseitigen Information, durch die Aufgaben weitergeführt werden und die verhindert, dass Jugendliche Absprachen unterlaufen oder Betreuer untereinander ausspielen. Zweitens der Dokumentation von Entwicklungsverläufen, Ereignissen, Interventionen für einzelne Jugendliche. Drittens dem Festhalten eher subjektiver Informationen, von Eindrücken, Gefühlen, Erfahrungen zu einzelnen Jugendlichen, Familien sowie der Gruppe, was ermöglicht, Erfahrungen „zusammenzudenken“, Hypothesen zu bilden und ein übergreifendes Verständnis zu entwickeln.

### 3.9 Individuelle Betreuungsplanung

Da Hilfepläne eher allgemeine Ziele enthalten, werden diese in regelmäßigen Fallgesprächen in Handlungsschritte übersetzt, durch die Bezugsbetreuer ein Betreuungsplan für jeden Jugendlichen erstellt und regelmäßig aktualisiert.

TWG-spezifisch ist dabei die Entwicklung von Konzepten im Umgang mit Störungsbildern, wie z.B. emotionale Instabilität, Essstörungen, Selbstverletzungen, als auch mit der individuellen Symptomatik einzelner Jugendlicher.

Hier ist eine wichtige Schnittstelle zur Psychotherapie. Strategien, die Jugendliche in der Therapie erarbeitet haben, können im TWG-Alltag erprobt werden.

Mit Jugendlichen, die aus der Klinik zu uns kommen, knüpfen wir an positive stationäre Behandlungserfahrungen an und ermutigen sie, diese mit unserer Unterstützung weiterzuführen. Gute Erfahrungen haben wir z.B. mit dem DBT-A Skills-Training (Böhme et al., 2001). Die Anwendung individuell erworbener Fähigkeiten zur Emotionsregulation und Stressbewältigung oder die Nutzung des „Notfallkoffers“ werden von den Betreuern eingefordert und das Konzept der Achtsamkeit nach Möglichkeit in den Alltag integriert.

Weitere Beispiel für symptombezogene Betreuungsplanung wäre ein Konzept spezifischer Tagesplanung für ADS-Jugendliche oder kognitives Training für Jugendliche nach Psychosen.

Gemeinsam erarbeitete Regeln geben Betreuern und Jugendlichen Sicherheit, fördern Kompetenzen und begrenzen das Ausagieren von Krisen.

### 3.10 Normalität vor Krise

Abweichend vom Prinzip „Störungen haben Vorrang“ geht es in Krisensituationen, wie Affektdurchbrüchen, Aggressionen, Selbstverletzungen, Suizidalität usw. im TWG-Alltag immer um Festhalten an normalen Abläufen bzw. deren Wiederherstellung, sowohl für den Jugendlichen als auch die Gruppe. Eine Kollegin hat einmal treffend zusammengefasst: „Wenn das Blut in Strömen fließt muss trotzdem gekocht werden“. Es geht um die Erfahrung, dass in Zuständen höchster innerer Not der äußere Rahmen sich gerade nicht auflöst, sondern „Normalität“ erhalten bleibt, in die man zurückkehren kann.

Das bedeutet nicht, dass Krisen ignoriert werden, aber dass sachlich-pragmatisch damit umgegangen wird, also Gefahren abgewendet, bei Bedarf Hilfestellung bei Lösung von auslösenden Problemen gegeben und der Jugendliche ermutigt wird, Fähigkeiten, die er bereits erworben hat, anzuwenden, um selbst zur Lösung beizutragen.

Eine Analyse innerer Ursachen gehört in die Therapie und muss dahin verwiesen werden.

Eine konstruktive Bewältigung von Krisensituationen erfordert neben Kompetenz aber auch die personelle Präsenz eines zweiten Betreuers.

## 4 Funktionen von Strukturen in der TWG

Strukturen bilden das Grundgerüst für ein funktionsfähiges soziales System TWG, das als Container für Psychodynamik und Gruppendynamik dienen kann.

Sie sichern Normalität und Alltagsbewältigung unter den Bedingungen psychischer Störung. Sie machen besonders für traumatisierte Jugendliche die Welt vorhersehbarer und kontrollierbarer und sichern Geborgenheit und Schutz.

Sie fördern das Erleben von Selbstwirksamkeit und ermöglichen konsistente Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert werden kann.

Sie bieten Reibungsfläche, erzwingen Realitätsbezug.

Für die Betreuer bieten Strukturen Orientierung im turbulenten Arbeitsalltag und ermöglichen verlässliches, aufeinander bezogenes Handeln. Sie ermöglichen real ein haltgebendes Beziehungsangebot, ohne die professionellen und persönlichen Grenzen des Einzelnen zu überfordern und erleichtern professionellen Abstand.

## 5 Zusammenfassung der Diskussion

Die Diskussion während des Workshops zeigte, dass die Strukturmerkmale verschiedener Therapeutischer Wohngruppen sowie von Kriseneinrichtungen einen hohen Grad an Übereinstimmung zeigen und nur in Details variieren.

Viel diskutiert waren Fragen, wie Jugendliche das im Grunde nicht altersgemäße Regelsystem erleben bzw. was ist, wenn Regeln nicht eingehalten werden. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass Jugendliche, die in Kliniken schon einmal die heilsame Wirkung eines strukturierten Settings erlebt haben, sich gut auf uns einlassen können und dass es bei bindungsgestörten Jugendlichen bis zu einem Jahr dauern kann, bis erkennbar ist, ob sie sich wirklich einlassen. Regeln sind aus unserer Sicht dabei erst in zweiter Linie dazu da, eingehalten zu werden, primär sind sie Austragungsort der pädagogischen Arbeit.

Mitarbeiter aus Jugendämtern zeigten sich in der inhaltlichen Diskussion sehr interessiert an den Details der Arbeit, benannten aber als Problem, dass der Preis für die Arbeit der TWGs, die sie als qualitativ sehr gut schätzen, aufgrund der notwendigen Präsenz qualifizierter Mitarbeiter ihr Budget oft übersteigt.

Vertreter der Jugendpsychiatrie wiesen darauf hin, dass es eine (kleine) Gruppe schwerst gestörter Jugendlicher gibt, für die das vorgestellte Strukturkonzept nicht ausreichend ist und die eine kleine überschaubare Einrichtung

benötigen, in der Psychiatrie, Psychotherapie, Wohnen und Schule gemeinsam einen Rahmen bilden. Ein solches Angebot gibt es in Berlin nicht.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual, Bern: Verlag Hans Huber.
- Böhme, R./Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F. & Schulz, E. (2001). Arbeitsbuch: Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A). Freiburg: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg.
- Israel, Agathe (1999). Strukturen als Funktion. Einführungsreferat zur Fachtagung: Wenn der Rahmen nicht mehr hält. Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit frühen Störungen. Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge am 8.1.1999.
- Omer, Hayyim & von Schlippe, Arist (2002). Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. „Elterliche Präsenz“ als systemisches Konzept. Göttingen: Verlag Vandenhoeck und Ruprecht.
- Streeck-Fischer, Annette (1998), Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, Annette (2006). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Verlag Schattauer.

*Thomas Otto*

## Störungsbild und Familienarbeit

### 1 Einführung

Stellen Sie sich vor, ein Erstgespräch mit einem Klienten und dessen Eltern steht an. Sie haben bereits mündliche und schriftliche Informationen über den Klienten von den überweisenden bzw. vorher zuständigen Einrichtungen erhalten. Darunter auch eine psychiatrische Einschätzung mit einer Diagnose nach ICD 10 – vielleicht ist sogar die 5. Achse „Belastende Erziehungsbedingungen“ ausgefüllt.

Gehen Sie anders in das Gespräch, wenn eine Diagnose vorliegt bzw. nicht vorliegt? Verändern Sie Ihre Herangehensweise im Erstkontakt in Abhängigkeit von der Art der Diagnose? Generieren Sie symptomorientierte Hypothesen über die Art der Familienbeziehungen und der damit eventuell zukünftig verbundenen Eltern- und Familienarbeit? Verändert sich Ihr Blick auf die Familie, wenn belastende Erziehungsbedingungen diagnostiziert sind?

In Ableitung eines bekannten Kommunikationsaxioms möchte ich die Fragen wie folgt beantworten: man kann nicht nicht reagieren.

Dies bestätigte auch die Mehrzahl der Teilnehmer des entsprechenden Workshops im Rahmen der Fachtagung 2005 des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen Berlins.

### 2 Familienbezogene Sichtweisen auf psychische Probleme

Es ist schwer zu bestimmen, wo erstmals die Familie eines Klienten in die Behandlung mit einbezogen wurde. Der hier folgende kurze Abriss folgt weitestgehend der Darstellung von Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe (1997) sowie von Michael Buchholz (1995). Erste Anstöße gaben wohl die psychoanalytische Pädagogik und die Kindertherapie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die Erfahrungen, dass elterlicher Widerstand zum Abbruch der Therapie des Kindes führen kann, machte dies notwendig. In den dreißiger Jahren desselben Jahrhunderts entstand der Begriff der Familienneurose. Das klinische Interesse an Familie beschränkte sich auf zwei Perspektiven: die Familie konkret als Hin-

derungsgrund für eine erfolgreiche Behandlung eines ihrer Mitglieder und die Familie allgemein als Ort der Weitergabe von kultureller Repression an die Kinder.

Erst allmählich wechselte der professionelle Blick auf die Familie: nun weniger als Ort der Unterdrückung und mehr als Ort der Beziehungsstörung. Das wissenschaftliche Interesse an der Familie blieb trotzdem lange bei der Suche nach der linearen Ursache der psychischen Störung in der Familie. Entsprechend waren auch die Ergebnisse der zunehmenden Familienstudien ab den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts: die Entdeckung der „pathogenen“ Mutter. Es wurde ja weiterhin nach einer innerhalb einer Person liegenden Ursache gesucht.

Doch ab den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts konnten das psychoanalytische Denkschema und Setting mehr und mehr erweitert bzw. verlassen werden. Es entstanden nicht nur neue Arbeitsmethoden im Umgang mit Familien, sondern auch völlig neue Ansätze, die Probleme von Menschen in ihrem Kontext zu verstehen. Als ein Beispiel dafür sei hier nur das 1959 von Don Jackson, Jules Riskin und Virginia Satir gegründete „Mental Research Institute“ in Palo Alto genannt und deren Studien zur Schizophrenie im sozialen Kontext (u. a. mit der Double-bind-Theorie).

Es folgte eine umfassende und umfangreiche Entwicklung der Familientherapie und der systemischen Arbeit mit Familien. Diese Veränderung kann hier nur in Stichworten angerissen werden. Neue Theorien wurden entwickelt, bestehende wieder entdeckt und integriert: Kybernetik 1. und 2. Ordnung, Homöostase, Autopoiese, Systemtheorie und Konstruktivismus – um nur einige zu nennen. Ähnlich sieht es bei den Methoden aus: Hypothesisieren, Zirkularität, Allparteilichkeit versus Neutralität, Kontextualisierung, Ressourcenorientierung, Gender-Sensivität u. a.

Die systemischen Ansätze hielten Einzug in fast alle medizinischen, psychologischen und sozialen Arbeitsfelder. Ihr großer Verdienst ist die Überwindung der Idee von linear-kausalen Ursache-Wirkungsgefügen durch zirkulär-systemische Modelle. Dieses bezieht nicht nur die interpersonelle Interaktion und Kommunikation, sondern auch eine prozessorientierte Perspektive auf unterschiedlichen Phänomenbereichen (biologische, neuronale, kognitive, intrapsychische und soziale Prozesse) ein.

Auch die psychoanalytischen Ansätze veränderten sich vom Blick auf die „pathogene“ Mutter hin zur Beobachtung von familiären Interaktionen und Kommunikationen mit dem Fokus auf die Binnenstruktur der Familie.

Aktuelle Ansätze der Familiendiagnostik und der Familienpsychologie können als ein Prozess der Informationssammlung von Kriterien und Kriteriums-ausprägungen angesehen werden. Die erfassten Daten sollen Aussagen über die Struktur und die Prozesse von intimen Beziehungssystemen und damit eine Beurteilung der Funktionalität von Familien ermöglichen. Es gibt keine einheitlich festgelegten Kriterien. Doch ihnen allen gemein ist der Versuch der Abbil-



derung der familiären Interaktions- und Kommunikationsprozesse. Als Beispiel von häufig angewandten Kriterien seien die des familiendiagnostischen Inventars „Die Familienbögen“ genannt: Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme sowie Kontrolle und Werte/Normen (Cierpka, 1995, S. 3ff.).

### 3 Diagnose und Familie

Die Eltern-Kind-Beziehung ist ein wesentlicher Faktor bei der Krankheitsentstehung. In unterschiedlichen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Familienbeziehungen und psychischer Erkrankung bei den Kindern/Jugendlichen aufgezeigt werden. Besonders Ablehnung und psychischer Druck durch die Eltern stellten sich als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Störungen im Jugendalter dar (Titze et al., 2005, S. 140). Allerdings differenzierten sich die Art der Störungen nicht durch ihre Zusammenhänge zu den Risiko- und Schutzfaktoren der von den Jugendlichen berichteten Familienbeziehungen. Es scheint eine noch offene Frage zu sein, ob und wenn ja welche spezifischen Zusammenhänge zwischen den erlebten Familienbeziehungen und spezifischen Störungsbildern es gibt.

Ein wesentlicher Grund dafür mag in der unterschiedlichen Diagnostik von Familien und in der Psychiatrie liegen. In der Psychiatrie werden Krankheiten bzw. psychische Störungen deskriptiv-phänomenologisch nach einem vorgegebenen Klassifikationsschema (ICD 10 oder DSM IV) eingeteilt. Dabei kommt einerseits ein Experten (Begutachter/Arzt) – Laien (Patient) – Verhältnis zum tragen und andererseits wird von einer „objektiven“ und zeitlich stabilen Einschätzung ausgegangen.

In der Familiendiagnostik finden wir eher ein topografisch-diagnostisches Modell vor. Die Familie wird nicht als ein Gegenstand betrachtet, sondern der Diagnostiker wird während der Erhebung Teil des Familiensystems und hat dies bei der Auswertung zu berücksichtigen. Außerdem ist das System Familie wesentlich komplexer und es ist nur möglich einen querschnittartigen Ausschnitt der Familienstruktur, -organisation und -dynamik zu erhalten. Familiendiagnostik ist prozessual.

Nichtsdestotrotz konnten zu unterschiedlichen Störungsbildern charakteristische Beziehungsmuster in den Familien und entsprechende erfolgreiche therapeutische Interventionen nachgewiesen werden (Schweitzer, 2006, S. 43ff.).

Sind diese familiendynamischen Muster nun spezifisch? Ein empirischer Beleg fehlt bis heute und doch scheinen bestimmte Familiendynamiken bestimmte Symptome wahrscheinlicher zu machen als andere. Diese Kenntnisse halte ich für ein Verständnis familiendynamischer Prozesse und für die therapeutische Ar-

beit äußerst wichtig. Denn die therapeutische Arbeit mit Familien, die ein psychisch erkranktes Familienmitglied haben, unterscheidet sich von der Arbeit mit anderen Problemfamilien. Oft besteht in der Familie, vorgegeben durch den Indexpatienten, das Erklärungsmuster: es geschieht mir/uns; ich/wir können es nicht beeinflussen. Meist geht damit ein besonderer Kommunikationsstil in der Familie einher. Entsprechend anders und möglichst störungsspezifisch sollte die Familienarbeit aufgebaut sein. Es liegen ausgearbeitete familientherapeutische Ansätze zu verschiedenen Störungsbildern, speziell zu Essstörungen, Psychosen, Depression und Sucht vor. Die Erfolge solcher Arbeitsansätze bestätigen die störungsspezifische Herangehensweise (Helmes, 1999, S. 65).

## 4 Familienbeziehungen und Essstörungen

### 4.1 Familiäre Einflüsse

Auf die Entstehung von Essstörungen haben Familien hauptsächlich über zwei Wege Einfluss: erstens direkt – über den familiären Umgang mit Essen, Gewicht und Aussehen und zweitens indirekt – über das Selbstwert-, Selbstwirksamkeits- und Autonomiegefühl in der Familie.

Empirische Befunde dafür hat Reich (2003, S. 47ff.) zusammengetragen:

- Familienmitglieder entwickeln ähnliches Essverhalten (Modelllernen).
- „Gezügelter Essverhalten“ wird besonders von Müttern an Töchter weitergegeben.
- In betroffenen Familien finden sich stärkere Körperunzufriedenheit und stärkere Orientierung auf soziales Ansehen und Leistung sowie
- häufiger kritische und abwertende Bemerkungen über Figur, Gewicht und Essverhalten.
- Es finden sich signifikant mehr Essstörungen in Familien von essgestörten Eltern als in Familien mit anderen psychiatrischen bzw. ohne psychiatrische Erkrankungen.
- Essgestörte Mütter füttern ihre Babys eher nach Plan (als nach deren Bedürfnissen) wie nicht-essgestörte Mütter.

### 4.2 Familiäre Beziehungen

Bezüglich des familiären Beziehungsgefüges kann gesagt werden (a.a.O., S. 47ff.):

- Die Familie wird von den Betroffenen oft als wenig funktional erlebt.
- Die Atmosphäre und der Stellenwert gemeinsamer Mahlzeiten sind negativ besetzt.

- Die Familien sind oft schlechter organisiert.
- Der familiäre Zusammenhalt ist beeinträchtigt.
- Die Familien ermutigen Unabhängigkeit weniger und üben mehr Kontrolle aus.
- Die Eltern setzen die Probleme ihrer Kinder in ihrer Bedeutung herab oder sind nicht bereit, sie wahrzunehmen.
- In den Familien ist der Ausdruck von Gefühlen meist gestört.

Hierbei sind durchaus Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Formen der Essstörungen und zwischen den Geschlechtern zu beachten (siehe weiter unten). Vieles trifft jedoch auch auf alle Formen der Essstörung zu.

Die Einbeziehung des Kindes in elterliche Konflikte geschieht wie bei anderen Störungsbildern ähnlich durch folgende 3 Wege. Erstens durch Triangulation: das Kind kann sich nicht äußern, ohne dabei einen Elternteil gegen den anderen zu unterstützen. Zweitens durch eine Eltern-Kind-Koalition: das Kind ist mit einem Elternteil, oft in einer feststehenden Koalition, verbündet. Und drittens durch die Vermeidung von Konflikten: die elterlichen Konflikte werden vermieden, indem die Eltern dem kranken Kind helfen.

#### 4.3 *Familiäre Unterschiede bei der Magersucht (Anorexie) und der Ess-Brech-Sucht (Bulimie)*

Über die Familiendynamik bei Anorexie können folgende Aussagen getroffen werden (a.a.O., S. 25ff.):

- Familien sind harmoniebetont und vermeiden Konflikte.
- Negative Gefühle werden kaum geäußert.
- Beziehungen sind extrem eng und intensiv.
- Es bestehen starke Loyalitätsbindungen über Generationen hinweg.
- Autonomiebestrebungen werden eher entmutigt.
- Es gibt eine übermäßige gegenseitige Fürsorge.
- Trennungen/Verluste machen Angst und Schuldgefühle.
- Veränderung und Wachstum werden als bedrohlich erlebt.

Auslöser einer Anorexie können äußere oder innere Trennungsschritte gegenüber der Familie oder auch sexuelle Impulse oder sexuelle Annäherungen an andere sein. Anorexie kann somit als ein Lösungsversuch verstanden werden, in der Familie zu verbleiben, bei gleichzeitiger Abgrenzung von der Familie durch Essensverweigerung.

In der Familiendynamik bei Bulimie können oft beobachtet werden (a.a.O., S. 34ff.):

- offene und heftig ausgetragene Familienkonflikte – ohne Lösung,
- Beziehungsabbrüche,
- aggressive Impulshandlungen (Substanzmissbrauch, spontanes und unüberlegtes Einkaufen, impulsive Entscheidungen treffen),
- Depressionsneigungen, Übergewicht und auch Substanzmissbrauch bei Eltern bzw. Großeltern,
- starke Außenorientierung und Selbstdefinition über Leistung,
- konflikt- und spannungsreiche Elternpaarbeziehung,
- Gegensätze zwischen den familiären Defiziten und dem Wunsch nach Außenbestätigung und in Folge dessen eine „doppelte Wirklichkeit“ mit Familiengeheimnissen,
- unerfüllte emotionale Bedürfnisse,
- Abwehr von Gefühlen wie Verlust, Trauer oder Angst und Unsicherheit
- Regulierung dieser Affekte durch Substanzmissbrauch oder Impulshandlungen und
- Grenzüberschreitungen durch die Eltern.

Auslöser einer Bulimie können Situationen mit dem gleichzeitigen Gefühl von Bewährungsdruck und Unzulänglichkeit sein. Dieses geschieht oft in der Verselbstständigungsphase. Bulimie kann somit als eine Lösung verstanden werden, eine unangenehme Spannung durch Handlung und Substanzmissbrauch zu beseitigen und den empfundenen Makel kurzzeitig zu verbergen. Es handelt sich um eine pseudoautonome Bedürfnisbefriedigung ohne Elternkonflikte.

Als weitere empirische Befunde für störungsspezifische Beziehungsmuster seien hier genannt (a. a. O., S. 47–50):

#### *Anorexie*

- unsichere Bindung und unsicher-vermeidender Bindungsstil
- hoher Anteil an unverarbeiteten Verlusten bei den Müttern
- Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf und der Qualität familiärer Beziehung
- Tendenz zu einem kontrollierten, affektiv zurückgenommenen Familienstil

#### *Bulimie*

- Dysfunktionalität
- vermehrte Indifferenz
- Mangel an Fürsorge
- Antipathie
- körperliche Misshandlungen
- geringere Kohäsion
- Tendenz zu einem impulsiv-konflikthaften Stil und zu einer affektiven Instabilität

Bei beiden Essstörungsformen zeigen die Familien eine starke Leistungsorientierung.

#### 4.4 *Familiendynamik bei männlichen Anorektikern und Bulimikern*

Essstörung ist keine Erkrankung mehr, die nur das weibliche Geschlecht betrifft. Jeder zehnte Betroffene ist ein Mann – Tendenz steigend. Als Grund wird auch hier die Zunahme der Wichtigkeit des Aussehens genannt und der dahinter stehenden Selbstwertproblematik. Ein Mann zu sein bezieht verstärkt auch das Aussehen mit ein und bedeutet, einen athletischen Körper zu haben.

Unterschiede im Krankheitsbild bei den Männern im Gegensatz zu den Frauen gibt es nur wenige. Das durchschnittliche Auftretsalter liegt mit 18 bis 26 Jahren höher als bei Frauen. Die Krankheitseinsicht ist bei Männern schwieriger, da sie ja an einer „peinlichen Mädchenkrankheit“ leiden und dementsprechend spät kommen sie zu einer Behandlung.

Familiäre Beziehungen, welche bei Männern mit Essstörung beobachtet werden können (a.a.O., S. 52ff.):

- enge und kontrollierende Mutter-Sohn-Beziehung;
- Identifikation als „feminin“;
- offene und verdeckte Ablehnung und Abwertung der Väter durch die Mütter;
- ablehnende oder distanzierte Beziehung zum Vater;
- schwache männliche Identität der Väter;
- Ablehnung der Söhne durch den Vater aufgrund deren Nähe zur Mutter und ihrer femininen Art;
- Störung der sexuellen Kernidentität;
- Schwierigkeiten der Betroffenen, sich als sexuell begehrendes Wesen zu erleben – Richtung „asexuelles Neutrum“;
- bei Bulimikern vermehrt homosexuelle Objektwahl;
- ausgeprägter Perfektionismus;
- verstärktes interpersonelles Misstrauen.

## 5 Familienarbeit bei einem Jugendlichen mit Anorexia nervosa

Bei der Betreuung und Behandlung eines männlichen anorektischen Jugendlichen in unserer Einrichtung halfen die Annahmen über mögliche familiendynamische Muster bereits in der Diagnostikphase. Zum einen, um sich in der Komplexität der familiären Informationen nicht zu verstricken und zum anderen, um die richtigen Fragen zu stellen. Außerdem half, neben den hier nicht be-

schriebenen Einzelmaßnahmen mit dem Jugendlichen, das Wissen um einen familientherapeutischen Ansatz bei diesem Störungsbild als Leitfaden für die Behandlungs- und Betreuungsplanung. Denn der Jugendliche kam ja nicht nur nach mehreren Klinikaufenthalten, sondern auch mit weiterhin massivem Untergewicht in unsere WG und machte damit ein schnelles Handeln notwendig. Die Diagnose der Klinik lautete: Anorexia nervosa mit aktiver Gewichtsabnahme. Weitere Achsen der Klassifikation nach ICD-10 waren nicht bezeichnet.

Es folgte in unserer Einrichtung eine ausführliche Familienanamnese mit Genogrammarbeit und den Familienbögen (Cierpka, 1995). Es konnten zum Teil die dem Familienmodell vergleichbaren familiären Beziehungen gefunden werden, zum Teil aber auch nicht. Entsprechend modifizierten wir den familientherapeutischen Ansatz für Essstörungen: das Göttinger Drei-Phasen-Modell (Reich, 2003, S. 72–76). Dieses Modell stellt typische Ziele in den Mittelpunkt der Arbeit wie

- Polarisierungen zwischen Betroffenen und Eltern reduzieren,
- elterliche Kritik und Abwertung abbauen,
- klarere Hierarchie in der Familie aufbauen,
- Ausmaß von Rigidität und Verstrickung verringern und
- Ausmaß an Expressivität vergrößern.

Darüber hinaus waren uns vor allem und gleich mit Beginn der Familientherapie die Bearbeitung von ungelösten Konflikten auf der Elternpaarebene und die Stärkung der väterlichen Rolle wichtig. Dazu wurden Elternpaargespräche mit dem Psychologen und dem Bezugsbetreuer der Einrichtung sowie parallel Vater-Sohn-Gespräche, ebenfalls begleitet durch den Psychologen, durchgeführt.

Es ist nun schwer zu sagen, welcher der Behandlungsansätze die erfolgreiche Beendigung der Hilfe bewirkte: die pädagogische Betreuung, der WG-Alltag mit seinem therapeutischen Milieu, die Familienarbeit, die pädagogische Begleitung beim Umgang mit Schule und Leistungserbringung oder die Ressourcen des Jugendlichen selbst. Der mittlerweile junge Mann konnte jedenfalls nicht nur sein Körpergewicht dauerhaft stabilisieren, sondern auch wieder die Regelschule besuchen und sich in eigenem Wohnraum verselbstständigen.

## Literatur

- Buchholz, Michael B. (1995). Die unbewusste Familie. Lehrbuch der psychoanalytischen Familientherapie. München: Pfeiffer.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1995). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, Manfred (Hrsg.) (1996). Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer.
- Helmes, Dankwart et al. (1999). Instruieren oder dialogisieren – was wirkt wie? Eine katamnestische Untersuchung. *System Familie*, 12, 64-73.

## I Erziehung – Behandlung – Beziehung

---

- Reich, Günter (2003). Familientherapie der Essstörungen. Göttingen. Hogrefe.
- Reich, Günter (2005). Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 318-336.
- Schweitzer, Jochen & Schlippe, Arist v. (1997). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, Jochen & Schlippe, Arist v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Titze, K. et al. (2005). Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 126-143.

II Fall – Prozess – Methode

---



*Claus-Peter Rosemeier*

## Wie repariert man einen Rasenmäher?

### Interventionsstrategien in therapeutischen Wohngruppen<sup>1</sup>

Für den Arbeitskreis der Therapeutischen Wohngruppen in Berlin habe ich in der Vorbereitung auf die Tagung einige Gedanken und Überlegungen entwickelt.

Es geht weniger um Rasenmäherreparatur als darum, das Thema „Interventionsstrategien im Beziehungsalltag der TWGs“ in einigen Aspekten zu beleuchten.

Immer wieder stellen Eltern von Jugendlichen entweder am Anfang interessiert, manchmal skeptisch, oder in schwierigen Phasen kritisch-misstrauisch die Frage:

*Was machen Sie denn in der TWG mit den Jugendlichen?*

Häufig ist damit die Erwartung verbunden, sehr konkrete Antworten über pädagogische Handlungen/Tätigkeiten, klare Regeln und Konsequenzen (z.B. Hausarrest), psychologische „Tricks“ u.ä. zu erhalten.

Der Vater einer Jugendlichen mit einer spezifischen, sehr hartnäckigen Angststörung, erklärte mir, er sei Elektriker und stelle sich das, was wir als Experten tun, ähnlich vor: Man sucht den Fehler in der Schaltung oder der Verkabelung, klemmt dann z.B. die Drähte um oder verlegt neue Kabel, und dann müsste das Problem doch behoben sein. Das kann doch für Fachleute nicht so schwierig sein.

Der Vater einer anderen Jugendlichen mit erheblich agierendem, regelverletzendem Verhalten sagt sehr ärgerlich: „Sie tun ja gar nichts, die (seine Tochter) kann doch machen was sie will.“ – „Das ist doch nur ein Machtkampf, die will mich klein machen – und jetzt hat sie in der WG, was sie schon immer wollte!“

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen aus den Jugendämtern und Ärzte und Ärztinnen aus Kliniken fragen uns meist interessiert-neugierig, manchmal auch skeptisch, was wir den Jugendlichen konkret anbieten, was wir mit ihnen machen, wie wir mit den Jugendlichen arbeiten.

Die Jugendlichen sind meistens eher defensiv-abwartend und formulieren ihre Frage anfangs eher in der Richtung: was **muss** ich tun und was **darf** ich tun? In schwierigen Situationen sind sie aber auch verzweifelt-vorwurfsvoll: „Ihr helft mir gar nicht! Ihr tut ja gar nichts – ihr redet ja nur!“ „Ich brauche nur eine Tablette, damit ich schlafen kann – und die gebt ihr mir nicht!“

---

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

Die sicherlich auf ganz verschiedenen Hintergründen beruhenden Fragen der unterschiedlich beteiligten und betroffenen Gruppen sind sehr berechtigt.

Auf die eine oder andere Art geraten meine Kollegen und ich durch diese Fragen dennoch immer wieder unter äußerlichen und innerlichen Legitimationsdruck. Meine eigenen Antworten finde ich bisweilen unklar, ausweichend, langatmig, nebulös – am klarsten sind sie sicher im Verhältnis zu den Jugendlichen!

Wir sprechen dann häufig über Beziehungsaufbau, Konfliktgespräche, individuelle Begleitung, Gruppenstrukturen, Betreuungsverträge, therapeutisches Milieu u.ä. – wahrscheinlich ist das alles nicht falsch, aber es ist wenig konkret und vor allem nicht unbedingt verständlich und nachvollziehbar.

Wie lässt sich nun aber konkretisieren und verstehbar-anschaulich machen, was in TWGs passiert, was dort gemacht wird?

Denn klar ist: Was wir im pädagogisch-therapeutischen Betreuungsalltag und in den therapeutischen Gesprächen tun oder nicht tun, ist ja eindeutig nicht beliebig, es ist auch nicht belanglos-willkürlich und zumindest meistens nicht einmal zufällig.

D.h. auch aus unserer Sicht sollte es die fachliche Anforderung an benennbare Methoden und Interventionsstrategien geben. Es muss sie, praktisch gesehen, geben, um den pädagogisch-therapeutischen Alltag zu regulieren und gezielt möglichst wirksam zu arbeiten und: es gibt sie auch!

Bei den bisherigen Tagungen des Arbeitskreises haben wir darüber berichtet:

Auf der ersten Tagung 2002 wurde u.a. das Konzept des „Therapeutischen Milieus“ als inhaltliche Verbindung der Therapeutischen WGs des Arbeitskreises in einem Vortrag dargestellt.

2004 wurde in den AGs z.B. über Familienarbeit, Beziehungsarbeit – konkret, Partizipation, die Arbeit mit psychotischen Jugendlichen, gearbeitet und erneut diskutiert, was das „T“ der therapeutischen WGs ausmacht.<sup>2</sup>

Während der letzten Tagung, 2005, wurde die Frage der Diagnostik aus psychiatrisch-psychotherapeutischer und aus sozialpädagogischer Perspektive bearbeitet. In den AGs wurden darüber hinaus methodische Elemente, wie der Einsatz von Comics, haltgebende Strukturen, Gestaltung von Übergängen/Ritualen und erneut die Arbeit mit den Familien dargestellt.

Heute machen wir Interventionsstrategien in den Arbeitsgruppen noch einmal ausdrücklich zum Thema der Diskussion.<sup>3</sup>

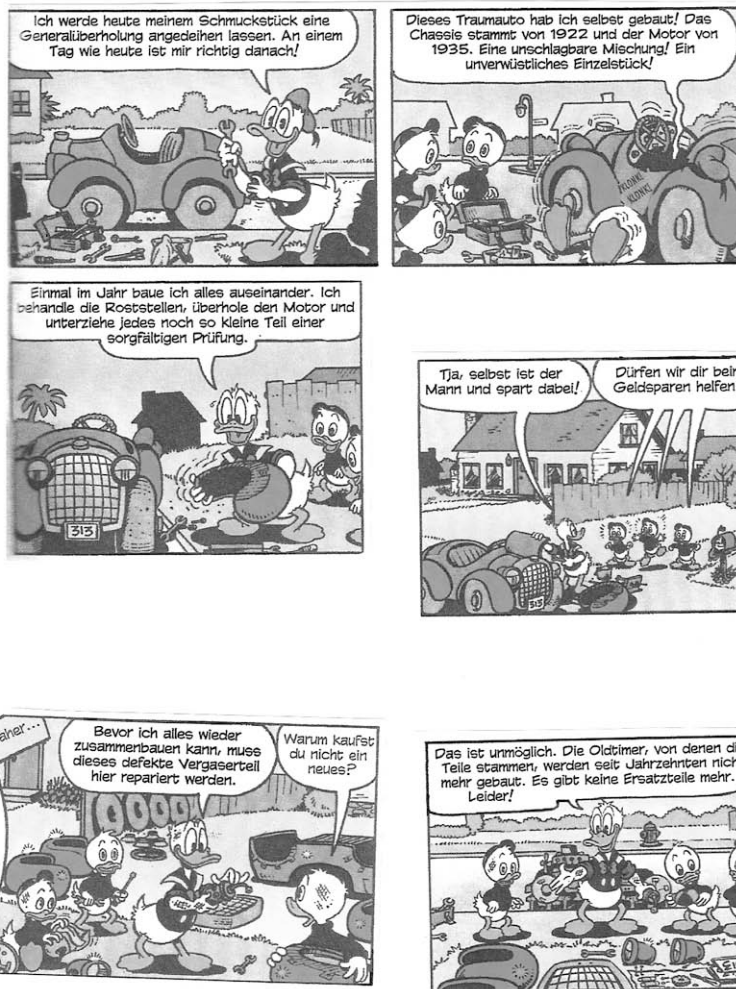
Sie wissen, dass wir in den verschiedenen TWGs, die diese Tagungen veranstalten, nicht alle das gleiche denken und auch nicht das gleiche tun.

---

2 Beiträge der Fachtagungen sind in dem Band veröffentlicht: Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe, Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) 2005, Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung

3 Siehe die Beiträge der beiden Tagungen im vorliegenden Reader.

Walt Disney  
**Donald Duck**  
**Selbst ist der Mann**



Ich habe nach Gemeinsamkeiten bezüglich der Interventionsstrategien gesucht und dabei als erste vielleicht Folgende gefunden:

Eine – vorsichtig formuliert – nicht unerhebliche Skepsis, nicht gegenüber dem praktischen Anwenden, sondern gegenüber einem rein instrumentellen Verständnis methodengeleiteten Handelns, gegenüber einer Überschätzung der Wirksamkeit strategischer Interventionen und gegenüber einer Überbewertung der Bedeutung von „Methoden-Etiketten“.

Diese Skepsis resultiert aus theoretischen Einsichten, vor allem aber aus z.T. leidvoller praktischer Erfahrung.

Bei der Suche nach illustrativem Material habe ich bei meinen Kindern leider keine Rasenmäher-Geschichte gefunden, aber als Gewährsmann für kompetente Verwicklungen im Handlungskontext: Donald Duck!

Mit Donald Duck im Hintergrund möchte ich kurz – und sicher verkürzt – in die Fragestellung einsteigen:

Der Begriff Interventionsstrategien verweist auf strategisch – das heißt vor allem auch: auf ein bestimmtes Ziel hin – überlegtes Eingreifen und geplantes Handeln und damit auch auf beschreibbare Methoden, die zur Zielerreichung führen. Methoden sind strukturierte und geplante, spezifisch auf das zu bearbeitende Problem hin eingesetzte Handlungsmuster von Fachkräften, die diese Methoden beherrschen.

Ein zentraler kritischer Punkt dieser Betrachtung ist, dass ein solches Verständnis eine eindeutige Subjekt-Objekt-Trennung voraussetzt und unterstellt. Als wäre es klar, dass ein Subjekt (Pädagoge, Therapeut) überlegt, gezielt und gesteuert auf ein Objekt (Jugendlicher, Familie) einwirkt und die Ergebnisse seiner Strategie eindeutig feststellen könnte. Ein solcherart instrumentelles Verständnis beinhaltet eine relativ eindeutige Ursache-Wirkungs-Logik und/oder die Idee einer im Voraus planbaren, mehr oder weniger einseitigen Beeinflussbarkeit des Objekts incl. der Möglichkeit, die Ergebnisse der Beeinflussung den eingesetzten Methoden zuzuordnen.

Auf dem Hintergrund von Systemtheorie, Psychoanalyse etc. und vor allem aufgrund der praktischen Arbeitserfahrungen ist klar, dass dem nicht so ist. In der pädagogisch-therapeutischen Arbeit haben wir es eben nicht mit Rasenmähern oder Autos zu tun, sondern mit sich selbst steuernden, selbstreflexiven jungen Menschen, die sich in systemisch verwickelten Kontexten in einem vielfach beeinflussten, zeitlich ausgedehnten Entwicklungsprozess befinden – und wir als die „Profis“ sind nicht wirklich anders – abgesehen von unserem Alter!

Bei der Entwicklung der Fragestellung zu den Interventionsstrategien beziehe ich mich auf ein vielleicht etwas ungewöhnliches Buch: **Zen oder die Kunst ein Motorrad zu warten** von Robert M. Pirsig. Darin geht es um westliche und östliche Philosophie, um Motorrad-Wartung, um die Motorrad-Reise eines Vaters mit seinem Sohn, um die Annäherung des zuvor psychotisch erkrankten und mit Elektroschocks behandelten Vaters an seine frühere Geschichte und wesentlich um den Versuch des Vaters, eine „wirkliche“ Beziehung zu seinem

Sohn herzustellen, der ihn als „Verrückten“ und dann als „Fremden“ viele Jahre mit vielen Ängsten und existenziellen Unsicherheiten erlebt hat.

Das Besondere an diesem Buch ist, dass dort am konkreten Objekt: Motorrad-Wartung sehr klar dargelegt wird, dass es auch bei technischer und handwerklicher Arbeit an Gegenständen, z.B. einem Motorrad, neben dem Beherrschen der handwerklichen Techniken, d.h. der Methoden, vor allem auf die innere Haltung des Handwerkers gegenüber dem Objekt und gegenüber seiner Arbeit ankommt, also auf die Beziehung zwischen den Beiden.

Ich möchte einige Aspekte aus dem Buch zitieren, die im Zusammenhang mit der Frage von instrumentellem Methodeneinsatz und Beziehung zum Gegenstand bzw. zum Gegenüber deutliche Analogien zu unserer Arbeit mit den Jugendlichen in den Wohngruppen haben:

**Ichbezogenheit:** „Wenn Sie eine hohe Meinung von sich haben [oder von Ihren Interventionsstrategien oder Ihren methodischen Instrumenten, Anm. cpr], ist Ihre Fähigkeit, neue Tatsachen zu erkennen, herabgesetzt ... Wenn die Tatsachen zeigen, dass Sie eindeutig Blödsinn gemacht haben, sind Sie weniger geneigt, es zu glauben. Und wenn falsche Informationen zu Ihren Gunsten sprechen, werden Sie wahrscheinlich dieses schmeichelhafte Bild Ihrer selbst für richtig halten. Bei jeder Reparaturarbeit an einer Maschine ist man übel dran, wenn man zu sehr ichbezogen ist“ (Pirsig, 2006, S. 332).

„... Ich wollte gerade sagen, dass die Maschine nicht auf Ihre Persönlichkeit reagiert, aber in Wirklichkeit reagiert sie doch auf Ihre Persönlichkeit. Es ist nur so, dass sie auf ihre wirkliche Persönlichkeit reagiert, diejenige, die tatsächlich hinter Ihren Gefühlen und Gedanken und Handlungen steht ....“ (ebd., S. 333).

**Richtig oder falsch:** „Ja und nein ... dies oder das ... eins oder null. Auf dieser elementaren dualistischen Unterscheidung baut alles menschliche Wissen auf. ... Weil es uns ungewohnt ist, bleibt uns im Allgemeinen verborgen, dass es noch einen dritten möglichen logischen Terminus gibt, der dem Ja oder Nein ebenbürtig ist und unser Denken in eine unerwartete Richtung zu erweitern vermag. Wir haben dafür nicht einmal einen Ausdruck, weshalb ich das japanische *Mu* verwenden muß.

*Mu* bedeutet „nichts“, aber jenseits von Ja oder Nein. ... *Mu* besagt einfach:

keine Klasse; nicht eins, nicht null, nicht ja, nicht nein“. Es besagt, dass der Kontext der Frage so beschaffen ist, dass die Antwort „ja“ oder „nein“ ein Irrtum wäre und nicht gegeben werden darf. ... *Mu* ist immer dann angebracht, wenn der Kontext der Frage für die Wahrheit der Antwort zu eng wird.“ (Pirsig, 2006, S. 338f.)

Ich denke, wir erleben in unserer Arbeit häufiger Situationen, die uneindeutig sind. Manchmal ist die Frage, die wir z.B. in einer Teamdiskussion in Bezug auf das regelverletzende Verhalten eines Jugendlichen stellen, tatsächlich in einem Kontext formuliert, der zu klein ist und einer Erweiterung z.B. in Bezug auf die Bedeutung im Rahmen der familiären Beziehungen bedarf, um zu einer sinnvollen Handlungsentscheidung beizutragen.

Manchmal – auch das verstehe ich unter *Mu* – ist die Zeit für eine Antwort nicht reif, d.h. man muss als „aktive Handlung“ abwarten und Zeit vergehen

lassen. Nicht selten tritt die „Antwort“ eine Weile später ganz offensichtlich zu Tage. Dies ist letztlich unumgebar, wenn wir darauf schauen, dass die Jugendlichen in einem durch viele Ambivalenzen gekennzeichneten Entwicklungsprozess stecken – die Zeit für innerpsychische Entwicklung spielt bei ihnen eine erhebliche Rolle und diese Zeit verläuft nicht kontinuierlich immer gleich schnell wie der Sekundenzeiger einer Uhr, sondern manchmal unerträglich verlangsamt und dann wieder sprunghaft schnell.

Nicht nur in Bezug auf die Arbeit mit den Jugendlichen, sondern auch in Bezug auf uns selber erweist sich der altgriechische Begriff *Kairos* als nützlich – der „Glückliche Moment“. Dinge, die überhaupt nicht vorwärts gehen, wo, trotz großer Anstrengung, nichts klappt, wo nichts zusammenpasst, lösen sich manchmal plötzlich in einem Moment auf – alles funktioniert, wenn man in dem glücklichen Moment in der Lage ist, die Umstände zu erkennen und zuzugreifen.

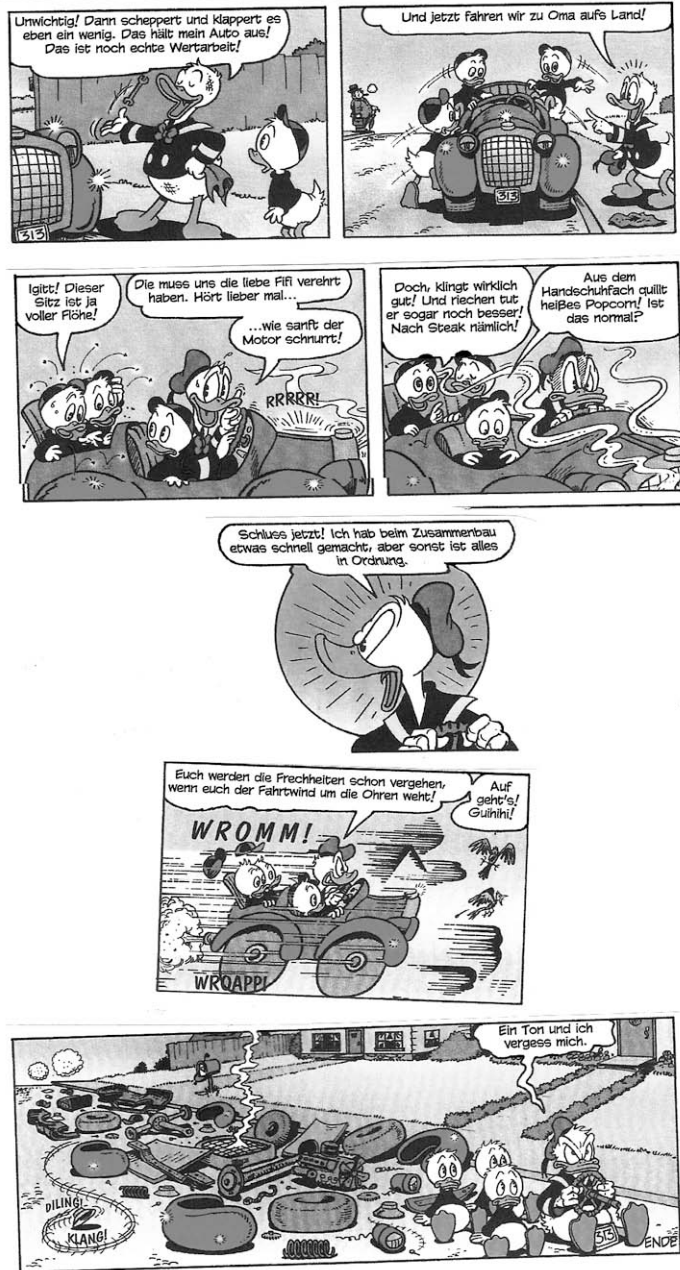
Ein letzter Aspekt, der mit der Anwendung von Methoden und Techniken verbunden ist: „Es gibt so etwas wie ein „**technisches Fingerspitzengefühl**“, das jedem, der weiß, worin es besteht, ganz selbstverständlich, ansonsten aber schwer zu beschreiben ist; und wenn man einem, der es nicht hat, bei der Arbeit an der Maschine zusieht, leidet man meistens mit ihr“ (Pirsig, 2006, S. 342). „Das „technische Fingerspitzengefühl“ bezieht sich nicht nur auf die Elastizität, sondern auch auf die Weichheit des Metalls. Im Innern eines Motorrads gibt es Oberflächen, die in manchen Fällen auf ein tausendstel Millimeter genau bearbeitet sind. ... Beim Arbeiten an Präzisionsteilen, die festsitzen oder schwer zu handhaben sind, wird einer, der technisches Fingerspitzengefühl besitzt, jede Beschädigung der Oberfläche vermeiden und seine Werkzeuge nach Möglichkeit an den weniger empfindlichen Stellen desselben Teils ansetzen“ (ebd., S. 343).

Soviel zur Motorrad-Wartung!

Ein Blick auf Donald zeigt, dass es offenbar doch wichtig ist, Methoden zu beherrschen und Interventionen zu planen.

Sicherlich arbeiten alle therapeutischen Wohngruppen auf der Grundlage aktiv sich entwickelnder Beziehungen zwischen den Betreuern/Therapeuten und den Jugendlichen, auch wenn kein einheitliches Bezugssystem zu Grunde gelegt werden kann.

Das spezifisch strukturierte „Therapeutische Milieu“, kurzgefasst: die Integration von pädagogischer, sozialpädagogischer und psychotherapeutischer Betreuung/Behandlung als zentraler Teil des Alltagslebens, die Strukturierung des Lebens in den TWGs, die intensive individuelle pädagogisch-therapeutische Betreuung/Behandlung der Jugendlichen etc. bilden den konzeptionellen Rahmen der Arbeit in allen unseren therapeutischen Wohngruppen.



Die Entwicklung der Beziehung, das aktive Gestalten dieser Beziehung durch die Betreuer/Therapeuten bzw. das Team im Rahmen der inhaltlichen Konzeption ist die Basis, auf der und gleichzeitig das Medium mit dessen Hilfe Interventionen geplant und methodische Instrumente angewandt werden. Nur wenn es gelingt, die Qualität der Beziehungen zwischen den Jugendlichen und den Betreuerinnen und Betreuern, die Beziehungen in der Gruppe der Jugendlichen, die Beziehungen innerhalb des Teams (Kooperation) und die Beziehungen zwischen Team und Jugendlichengruppe konstruktiv zu entwickeln, können Interventionen und methodische Instrumente wirkungsvoll und entwicklungsfördernd eingesetzt werden.

Die Beiträge von Herrn Prof. Schleiffer und Frau Prof. Silke Gahleitner in diesem Band stellen ein Stück der wissenschaftlichen Hintergründe und der Bindungs- und beziehungstheoretischen Basis der pädagogisch-therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen vor.

## **Literatur**

Pirsig, Robert M. (2006). Zen oder die Kunst ein Motorrad zu warten. Frankfurt/M.: Fischer-Verlag (Original erschienen in New York 1974).



*Roland Schleiffer*

## Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für Pädagogik und Therapie

### **1 Die besondere Klientel therapeutischer Wohngruppen**

Bei der Inanspruchnahmepopulation therapeutischer Jugendwohngruppen dürfte es sich insofern um eine besondere Klientel handeln, als sich mit ihnen eine besondere Hilfebeziehung etabliert. Viele der in einer therapeutischen Wohngruppe betreuten Jugendlichen zeigen ein dissoziales, emotional instabiles, selbstverletzendes und suizidales Verhalten oder neigen zum Drogenkonsum (Rosemeier, 2006). Im psychiatrischen Jargon ließe sich sicherlich von „schwierigen Patienten“ sprechen, die daher besondere Angebote erforderlich werden lassen. Offensichtlich machen diese Jugendlichen ihren professionellen Helferinnen und Helfern Schwierigkeiten. Angesichts dieser Schwierigkeiten besteht die Gefahr, dass die Helfer selbst zu schwierigen Helfern geraten, die also ihrerseits ihren Klienten Schwierigkeiten bereiten (Reimer, 1996, S. 66).

So handelt es sich bei dissozialen und aggressiven Kindern und Jugendlichen, mithin bei „Kindern, die hassen“, um Personen, die eigentlich keiner haben will (Redl & Wineman, 1986). Patienten, die sich selbst verletzen und so ihre Kommunikation über diese besondere Form der Körperadressierung sicherzustellen versuchen (Schleiffer, 1998a), stoßen letztlich auf Unverständnis, wenn sie auf eine solche Weise ihre Helfer zwingen, sie versorgen zu müssen. Suizidale Jugendliche demonstrieren mit ihrem Verhalten, dass sie von ihrer personalen Umwelt wenig oder gar nichts erwarten (Schleiffer, 1995) und stellen so die Kompetenz ihrer professionellen Helfer in Frage. Das Vorliegen einer Drogenproblematik ist in der Regel gar ein Ausschlusskriterium und Entlassungsgrund und legt die Überweisung in eine Fachklinik nahe. Für Patienten mit der Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ ist ein häufiger Therapeutenwechsel geradezu die Regel (Bateman & Fonagy, 2000). Sie sind eher unbeliebte Patienten. Da sie zumeist intensive Beziehungswünsche haben, erzeugen sie bei ihren Helfern ein schlechtes Gewissen, sollten diese sie loswerden wollen.

Schwierige Klienten machen Hilfe schwierig und bringen so ihre Helfer in Schwierigkeiten. Sie provozieren bei diesen negative Affekte. Sie machen ihre Helfer immer wieder selbst hilflos, indem sie deren Professionalität und so deren persönlichen Selbstwert gefährden. Die Helferin weiß sich von ihrer Klientel in der Hilfekommunikation nicht ausreichend sicher als Helferin adressiert. Oh-

ne klar formulierten Hilfeauftrag verliert sie leicht ihre Orientierung. Ihr Hilfeangebot wird dann für sie selbst zum Risiko. Angesichts dieser schwierigen Klientel konstituiert sich eine besondere Hilfebeziehung, die selbst als desorganisiert imponiert.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass sich diese schwierige Hilfebeziehung unter einer bindungstheoretischen Perspektive mit Gewinn als desorganisierte Hilfebeziehung beschreiben lässt. Es soll die These ausgeführt werden, dass sich diese besondere Hilfebeziehung deswegen ausbildet, weil dieser Klientel in der Regel nur desorganisierte Bindungsrepräsentanzen bzw. „innere Arbeitsmodelle von Bindung“ zur Verfügung stehen. Dementsprechend desorganisiert gestaltet sich dann die Hilfekommunikation. Ein solcher bindungstheoretischer Ansatz bietet sich insofern an, als diesem unter den Paradigmen der heutigen Beziehungsforschung (Asendorpf & Banse, 2000, S. 141ff.) eine herausragende Bedeutung zukommt. Bei der Bindungstheorie handelt es sich geradezu um die Beziehungswissenschaft par excellence, „die nicht nur als Erklärungsrahmen für die Dynamik von Eltern-Kind-Dyaden, sondern für vielfältige Beziehungsnetzwerke im Laufe der Entwicklung dient“ (Suess, 2003). Nach Mikula (1993) ist eines „der Themen, das von Vertretern verschiedener Disziplinen aufgegriffen wurde und wo sich so etwas wie eine Integration von Erkenntnissen verschiedener Disziplinen abzeichnet, ... das Konzept der Bindung, oder allgemeiner die Bedeutung frühkindlicher Beziehungserfahrungen für zwischenmenschliche Beziehungen in späteren Lebensphasen“ (ebd., S. 306).

## **2 Einige Grundannahmen der Bindungstheorie**

John Bowlby (1969/1975, 1975/1976, 1980/1983), zusammen mit Mary Ainsworth Begründer der Bindungstheorie, formulierte folgende fünf Grundannahmen:

1. Bindung ist eine besondere, anhaltende, emotional begründete Beziehung eines Kleinkindes zu seinen Eltern oder beständigen Bezugspersonen. Bei der Bindung handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Eltern-Kind-Beziehung.
2. Die Bindungsbeziehung ist zu unterscheiden von Abhängigkeit.
3. Das Bindungssystem ist bei höheren Tieren und beim Menschen eines der biologisch fundierten Verhaltenssysteme mit evolutiven Vorteilen.
4. Die Erfahrungen des Kindes mit seinen Bindungspersonen finden ihren Niederschlag in psychischen Repräsentationen, den sogenannten inneren Arbeitsmodellen.

5. Bestimmte Repräsentationen von frühen Bindungserfahrungen weisen einen Zusammenhang auf mit späterer psychopathologischer Auffälligkeit.

Auch wenn dieses biologisch begründete Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsperson, die in Situationen von Kummer, Angst und Stress als sichere Basis zur Verfügung steht, im Kindesalter am deutlichsten zu beobachten ist, gibt es dieses doch lebenslang, „von der Wiege bis zum Grab“ (Bowlby, 1979/1982, S. 159f.). Mit zunehmendem Alter besteht die Funktion des Bindungssystems dann darin, ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln in der Überzeugung, dass eine solche Bindungsperson grundsätzlich zur Verfügung steht (Sroufe & Waters, 1977). Bindungsbeziehungen sind typisch asymmetrisch konfiguriert. Schutz und Fürsorge sind nur von einem Menschen zu erwarten, der als „stronger and wiser“ (Bowlby, 1979/1982, S. 159) erlebt wird.

Das Bindungsverhaltenssystem ist ein primäres Motivationssystem, das nicht isoliert von anderen Verhaltenssystemen funktioniert. So besteht zum Erkundungssystem ein antagonistisches Verhältnis. Die Kindern angeborene Neigung zur Exploration der Umgebung wird gehemmt, wenn das Bindungsverhaltenssystem aktiviert ist. Eine ausreichend sichere Bindung ist die Basis für Neugier und Erkundungsbereitschaft und damit für Lernen. Sie setzt die Aufmerksamkeitsressourcen frei, die für die volle Entfaltung kognitiver Fähigkeiten nötig sind (Main, 1991). Insofern wäre es verkürzt, die Funktion von Bindung nur auf die Affektregulierung bei Trennung oder starkem Stress zu begrenzen. Das Bindungssystem ist nicht nur und auch nicht primär ein Notfallsystem. Vielmehr besteht seine nicht minder bedeutsame Funktion darin, dem Kind eine angstfreie Neugier und Erkundungsbereitschaft zu ermöglichen. In ihrem Plädoyer für eine erweiterte Perspektive der Bindungstheorie schlagen Grossmann und Mitarbeiter (1999) daher vor, Explorationssicherheit als einen integralen Bestandteil des Konzepts von Bindungssicherheit aufzufassen. Demnach zeichnet sich ein explorationssicheres Kind dadurch aus, dass es im Vertrauen auf die Verfügbarkeit der Bindungsperson kompetent mit Neuem umgeht, d.h. sich angemessen – also weder über- noch unvorsichtig – den ungewohnten Anforderungen stellt. Auch diese Balance zwischen Bindung und Neugier besteht lebenslang.

Das Kind wird die ersten Bindungsbeziehungen zu den Personen eingehen, von denen es anfänglich versorgt wird. In der Regel sind dies die Eltern. Bindungsbeziehungen bestehen aber auch zu anderen Menschen. Es sind dies Verwandte und Freunde, auch professionelle Helfer wie etwa Psychotherapeuten oder Erzieher und Lehrer. In bestimmten Situationen, etwa wenn Bindungspersonen ausfallen wie beim Verlust der primären Bezugsperson(en) anlässlich einer längerfristigen Fremdunterbringung oder stationären Behandlung, kann sich dieses Bedürfnis in der Suche nach Ersatz durch alternative Bindungspersonen äußern. Voraussetzungen für die Übernahme der Rolle einer Bindungsperson sind nach Howes (1999) (1) deren Sorge in körperlicher und emotionaler Hinsicht, (2) ihre kontinuierliche oder konsistente Bedeutung für das Leben des Kindes und (3) deren Bereitschaft zu einer affektiven Investition.

Ob und wie sich diese Suche nach weiteren Bindungspersonen bei Kindern und Jugendlichen ausdrückt, hängt ab von deren Bindungskonzepten, die das Resultat der Bindungserfahrungen mit ihren frühen Bezugspersonen sind. Die Beschaffenheit dieser Konzepte, die Bindungsrepräsentanzen oder „inneren Arbeitsmodelle“ von Bindung, ist also erfahrungsabhängig. Man darf davon ausgehen, dass es nicht beliebig viele solcher Konzepte gibt. Wird das Bindungsverhaltenssystem aktiviert, lässt sich aus dem Verhalten des Kindes auf die ihm zur Verfügung stehenden internen Arbeitsmodelle schließen. Ainsworth und Mitarbeiter (1978) beschrieben drei Bindungskategorien: das Muster der sicheren Bindung, das der unsicher-ambivalenten Bindung sowie das der unsicher-vermeidenden Bindung. Die Entwicklung dieser sogenannten organisierten Bindungsmuster lässt sich auf die Besonderheiten der affektiv getönten Erfahrungen der Kinder mit ihren primären Bezugspersonen zurückführen. Ein Kind, dessen Mutter seine Bindungs- als auch Erkundungsbedürfnisse aufmerksam vernimmt und darauf feinfühlig reagiert, lernt, dass es sich auf sie verlassen kann. Auf dieser sicheren Basis kann es sich dann auch vertrauensvoll Neugier leisten. Dagegen lernen Kinder, deren Mütter sich durch die Bindungsbedürfnisse eher bedrängt fühlen, dass vor allem ihre Autonomie geschätzt wird. In Erwartung einer kommenden Enttäuschung vermeiden sie es, ihre Bindungswünsche offen zu äußern, obwohl ihr Bindungssystem durchaus aktiviert ist. Die Bindungsqualität dieser Kinder wird unsicher-vermeidend genannt. Zuletzt gibt es Kinder, denen es nicht gelingt, die Antwortbereitschaft ihrer Mutter hinreichend sicher einzuschätzen, weil diese sich in Abhängigkeit von ihrer aktuellen eigenen Befindlichkeit unterschiedlich verhält. Eine solche Mutter wird für ihr Kind in hohem Maße unvorhersehbar. Da das Bindungsverhaltenssystem dauernd aktiviert ist, können sich diese Kinder Neugier kaum leisten. Vielmehr sind sie damit beschäftigt, ihre Bezugsperson zu kontrollieren. Sie suchen die Nähe zur Mutter, auch um ihre Wut und Enttäuschung an dieser auszulassen, weshalb dieses Bindungsmuster als unsicher-ambivalent bezeichnet wird.

Im 2. Lebensjahr haben sich diese Muster so weit verfestigt, dass sie im Forschungslabor unter standardisierten Bedingungen zu erfassen sind. Bei dem Beobachtungsverfahren der „Fremden Situation“ (Ainsworth et al., 1978) trennt man das Kind für kurze Zeit von der Mutter, wobei vor allem darauf geachtet wird, wie sich das Kind verhält, wenn es anschließend wieder mit seiner Mutter zusammenkommt. Sicher gebundene Kinder spielen in Anwesenheit der Mutter und explorieren. Ist die Mutter nicht anwesend, weinen sie, lassen sich aber schnell trösten, wenn die Mutter wiederkommt. Ihr Konzept einer verlässlichen Mutter wird durch diese kurze Trennung nicht nachhaltig beeinträchtigt. Unsicher-vermeidende Kinder weinen nicht, wenn die Mutter den Raum verlässt. Sie spielen weiter und verändern ihr Verhalten auch kaum, wenn sie wiederkehrt. Die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder verhalten sich in dieser Stresssituation dagegen ängstlich, hilflos, aber auch wütend. Weil ihr Bin-

dungsverhaltenssystem stark aktiviert ist, vermögen sie nicht konzentriert zu spielen. Die mit diesem Untersuchungsverfahren gewonnenen empirischen Befunde gaben zudem Anlass für die Konstruktion einer vierten Kategorie, der desorganisierten Bindung (Main & Solomon, 1986). Im Gegensatz zu den drei organisierten Bindungsmustern zeigen die betreffenden Kinder widersprüchliche Affekte und ein bisweilen bizarres Verhalten, das dafür spricht, dass es ihnen nicht gelungen ist, den mit der Trennungssituation verbundenen Stress zu bewältigen.

Ab der Pubertät lassen sich die Bindungskonzepte nicht mehr auf der Verhaltensebene erfassen, sondern nur noch auf der Ebene der Repräsentationen. Bei diesen handelt es sich um einen organisierten Komplex teils unbewusster, im prozeduralen Gedächtnis gespeicherter, teils dem Bewusstsein zugänglicher, episodischer Gedächtnisinhalte bezüglich bindungsrelevanter Erfahrungen. Das Adult Attachment Interview (AAI), das von George, Kaplan und Main (1985) entwickelte Erwachsenenbindungsinterview, hat sich als Standardmethode zur Erfassung dieser Bindungsstrategien bei Jugendlichen und Erwachsenen bewährt. Mit diesem halbstrukturierten, narrativen Interviewverfahren werden die gegenwärtigen Bindungsrepräsentationen von Jugendlichen und Erwachsenen zu rekonstruieren versucht. Erfasst wird also die im Hier und Jetzt wirksame mentale Organisation der vergangenen Bindungserfahrungen. Bei diesen Repräsentationen handelt es sich um einen organisierten Komplex teils unbewusster, im prozeduralen Gedächtnis gespeicherter, teils dem Bewusstsein zugänglicher, episodischer Gedächtnisinhalte. Diese Erinnerungen betreffen bindungsrelevante Sachverhalte wie die Interaktion mit den wichtigen Bindungspersonen bei Krankheit, Verletzung, Kummer, Ablehnung, Trennung oder deren Verlust.

Die Bindungsrepräsentationen werden analog zu denen von Kindern beschrieben und klassifiziert. Bei einer sicher-autonomen Bindungsrepräsentation wird Bindungsbeziehungen grundsätzlich ein hoher Wert beigemessen. Der Bericht über bindungsrelevante Erlebnisse sicher gebundener Personen erscheint daher nachvollziehbar, die geäußerten Gefühle glaubhaft. Sie spiegeln eine reflexive Distanz zu diesen Kindheitserlebnissen wider. Das innere Arbeitsmodell wird dann unsicher-vermeidend oder distanziert genannt, wenn sich eine Tendenz zu einer emotional eher unbeteiligten Abwertung oder aber zu einer nicht überzeugenden Überidealisation der primären Bindungspersonen beobachten lässt. Die Bindungsrepräsentation von Personen, deren Antworten auf eine noch immer konfliktuöse Beziehung zu ihren früheren Bezugspersonen verweisen, wird als unsicher-verstrickt bezeichnet. Diese traditionelle Einteilung der Bindungsmodelle in die drei Hauptklassifikationen wird ergänzt durch die Kategorie der unsicher-unverarbeiteten Bindungsrepräsentation, die dann vergeben wird, wenn sich Anzeichen für unbewältigte psychische Traumata oder den Verlust einer Bindungsperson finden, sowie der nicht-klassifizierbaren Bindungsrepräsentation. Letztere Kategorie wird gewählt, wenn bindungsvermeidende

wie auch verstrickte Passagen im Interview eine eindeutige Zuordnung nicht zulassen. Im Gegensatz zur unsicher-unverarbeiteten Bindungsrepräsentation, die nur auf eine thematisch begrenzte Schwierigkeit verweist, lässt die nicht-klassifizierbare Bindungsrepräsentation darauf schließen, dass es der betreffenden Person noch nicht gelungen ist, eine ausreichend kohärente Bewertung der Bindungserfahrungen insgesamt vorzunehmen.

Auch wenn die Bindungskonzepte grundsätzlich veränderbar sind, darf man doch von einer beträchtlichen Stabilität ausgehen in Anbetracht der Tendenz, sich die zu den bewährten Erwartungsstrukturen passende Umwelt zu schaffen oder zu suchen. Die Bindungskonzepte werden sich in Richtung Unsicherheit ändern, vor allem nach kritischen Lebensereignissen wie etwa Scheidung der Eltern, Tod eines Partners oder anderen traumatisch wirkenden Ereignissen, in Richtung zunehmender Sicherheit etwa bei einer Partnerschaft mit einem Menschen, für den die hohe Wertschätzung von Bindung außer Frage steht, oder auch anlässlich psychotherapeutischer und/oder pädagogischer Interventionen. Insofern ziehen problematische Bindungserfahrungen in der Kindheit nicht umstandslos eine unsichere Bindungshaltung im Erwachsenenalter nach sich.

Die jeweiligen Bindungskonzepte im Kindes- und Jugendalter sind nicht nur für deren aktuelle psychische Befindlichkeit von Bedeutung, sondern haben auch Einfluss auf deren weitere psychosoziale Entwicklung. Letztlich entwickelt sich das Selbstkonzept komplementär zum Bindungskonzept. Der Selbstwert eines Kindes, das gelernt hat, in Notzeiten sich eben nicht auf die Hilfe von Seiten seiner erwachsenen Bezugspersonen verlassen zu können, wird deutlich eingeschränkt sein. Es hat lernen müssen, im Zweifelsfall nicht ausreichend der Rede und der Aufmerksamkeit seiner Bezugspersonen wert zu sein. Umgekehrt wird ein Kind, das die Erfahrung hat machen dürfen, jederzeit auf die Unterstützung seiner Bezugspersonen bauen zu können, sich der Resonanz in seiner sozialen Umwelt sicher sein können. So ließen sich Beziehungen zwischen den aktuellen Bindungsrepräsentationen von Jugendlichen und einer Reihe von Anpassungsvariablen in diesem Alter nachweisen, etwa bezüglich des Umgangs mit Belastungen, der Gestaltung von Beziehungen nicht nur zu den Eltern, sondern auch zu den Gleichaltrigen und damit auch künftiger Partnerschaften. Vor allem für die Regulierung subjektiver Unsicherheit und negativer Gefühle innerhalb eines Beziehungskontextes ist Bindung von großer Bedeutung (Allen & Land, 1999; Zimmermann & Becker-Stoll, 2001). Die Bindungshaltung ist auch verantwortlich für die häufig zu beobachtende intergenerationale Transmission von Bindungserfahrungen. Sicher gebundene Bezugspersonen werden in der Regel ihren Kindern auch eine sichere Bindung ermöglichen.

### 3 Desorganisierte Bindung

Der Bindungstyp der desorganisierten Bindung ist aus entwicklungspsychopathologischer Sicht von besonderem Interesse. Den betreffenden Kindern gelingt es nur schwer, sinnvolle innere Arbeitsmodelle von Bindung zu entwickeln. Als Ursachen hierfür werden neben biologischen, etwa genetischen oder hirneurobiologischen Faktoren, vor allem psychosoziale Faktoren diskutiert. So zeigen die meisten misshandelten Kinder, aber auch Kinder von depressiven Müttern oder solchen Müttern, die selbst als Kind ein, immer noch unverarbeitetes, Bindungstrauma erlitten, ein solches widersprüchliches Bindungsverhalten, das sich den oben beschriebenen drei organisierten Bindungstypen nicht zuordnen lässt. Diese Erfahrungen sind für diese Kinder offensichtlich zu widersprüchlich, als dass es ihnen gelingen könnte, bezüglich ihrer Bezugspersonen eine eindeutige Erwartungsstruktur zu entwickeln. Muss ein Kind die Erfahrung machen, von einem Elternteil misshandelt oder grob vernachlässigt zu werden, gerät es insofern in ein kaum lösbares Dilemma, als die Person, von der es Schutz und Hilfe erwartet, die mithin nur als einzige das aktivierte Bindungssystem deaktivieren kann, gerade die Person ist, die Schmerzen zufügt und somit das Bindungssystem maximal aktiviert. Steht die Bindungsperson außerdem noch unter dem Einfluss eines noch nicht hinlänglich verarbeiteten Bindungstraumas, kommt es anlässlich der Äußerungen von Bindungsbedürfnissen seitens ihres Kindes zur Wiederbelebung der mit diesem Trauma verbundenen Gefühle von Schmerz und Hilflosigkeit. Dann besteht die Gefahr, dass die Bezugsperson nicht als Bindungsperson zur Verfügung steht. Das Kind macht dann die nur schwer in eine sinnvolle Erwartungsstruktur zu fassende paradoxe Erfahrung, dass es gerade die Äußerungen von Bindungswünschen sind, die Schutz und Sicherheit verhindern und insofern genau das Gegenteil bewirken. Es kann so nicht lernen, sein eigenes bindungsrelevantes Verhalten zu verstehen.

Es entwickelt sich dann eine desorganisierte Hilfskommunikation, zumal das desorganisiert gebundene Kind die Bedeutung der Handlungen seiner Bindungsperson nicht zu verstehen vermag, wenn diese nicht in der Lage und auch nicht willens ist, ihre Handlungsweisen ihrem Kind verständlich zu machen. Gerade in der Unfähigkeit der Bezugsperson zu einem Mentalisieren, d.h. in ihrer Unfähigkeit, eine reflektive Haltung bezüglich des eigenen Verhaltens einzunehmen, dürfte der eigentliche pathogenetisch bedeutsame Faktor anlässlich solcher Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung auszumachen sein (Fonagy & Bateman, 2007). Mentalisieren meint dabei die Fähigkeit, beim Anderen und bei sich selbst eine verlässliche Verbindung zwischen dem von außen beobachtbaren Verhalten und den inneren mentalen Zuständen und Vorgängen wie Gedanken, Wünschen oder Fantasien herzustellen. Diese entwicklungspsychologisch bedeutsame Fähigkeit wird durch eine

sichere Bindung befördert, gewährt Bindungssicherheit doch nicht nur eine sichere Basis für die Exploration der Außenwelt, sondern auch für die der Innenwelt (Fonagy et al., 2002).

Inzwischen besteht eine breite Übereinstimmung darüber, dass es sich bei der unsicher-desorganisierten Bindung im Unterschied zu den beiden organisierten Typen von Bindungsunsicherheit, welche die bestmögliche Passung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen darstellen, um einen bedeutenden Risikofaktor handelt, der also die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die psychosoziale Entwicklung des Kindes ungünstig verläuft (Ijzendoorn et al., 1999). Eine Reihe von Längsschnittstudien belegen für sogenannte Hochrisikogruppen, d.h. für Kinder, die noch zusätzlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind, einen Zusammenhang mit externalisierenden Störungen, also mit aggressivem und dissozialem Verhalten, aber auch mit der Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vor allem die Regulation negativer Affekte gelingt ihnen nur schlecht.

Mit zunehmendem Alter können desorganisiert-unsicher gebundene Kinder ihre gereiften kognitiven und sozialen Fähigkeiten einsetzen, um Strategien zu entwickeln, mit deren Hilfe sie das Zuwendungsverhalten ihrer Bezugspersonen doch noch zu kontrollieren vermögen. Dies tun sie auf sehr unterschiedliche Weise. Man spricht von einer Bimodalität (Lyons-Ruth et al., 1999). Manche Kinder legen ein geradezu fürsorgliches Verhalten gegenüber der Bindungsperson an den Tag, um so negative Affekte zu vermeiden, die deren Abwendung nach sich ziehen würde. Diese Kinder organisieren ihr Verhalten um die Bedürfnisse ihrer Mütter, werden quasi Bindungsperson für diese und versuchen, sich irgendwie unentbehrlich zu machen. Dabei kann es zu einer regelrechten Rollenkehr kommen im Sinne einer Parentifizierung. Eine andere Gruppe verhält sich dagegen ausgesprochen feindselig-aggressiv. Während die „kontrollierend-versorgenden“ Kinder eher internalisierende Störungsmuster zeigen, tendieren die „kontrollierend-feindseligen“ Kinder stärker zu externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Sie entwickeln sich daher häufig dissozial. Dabei nutzen sie die besondere Anschlussfähigkeit negativer Affekte, um ihre kommunikative Resonanz zu sichern. Diese feindselige Kommunikation ist dann gekennzeichnet durch eine grundsätzlich ablehnende Haltung seitens der Bezugspersonen, denen es an emotionaler Wärme mangelt und die die Autonomie ihrer Kinder missachten. Dieses Kommunikationsmuster ist von der Arbeitsgruppe um Patterson (1996) als „coercive cycle“ beschrieben worden. Diese Kinder bekommen von ihren Bindungspersonen vor allem negative Attribute zugesprochen und werden daher nur diese Form der Kommunikation in ihr inneres Arbeitsmodell einbauen können. Dodge (1993) hat diese rigide, kognitive Verzerrung bei der Informationsverarbeitung dissozialer Kinder anschaulich beschrieben. Diese neigen dazu, ihren Kommunikationspartnern erst einmal feindliche Absichten und Motive zuzusprechen. Unklare Sachverhalte werden von ihnen im Zweifelsfall als Angriff erlebt, den es dann abzuwehren gilt.



Beide Verhaltensmuster, das fürsorglich-kontrollierende wie auch das strafend-kontrollierende, sind funktional äquivalent. Beide Male besteht die Funktion des Verhaltens darin, den Kontakt zur Bindungsperson zu sichern und somit die Bindungskommunikation erwartbar zu gestalten. Es entwickelt sich allerdings ein transaktionaler Teufelskreis: Je rigider die Kinder diese kontrollierenden Strategien einsetzen, desto schwerer wird es ihren erwachsenen Bezugspersonen fallen, die frustrierten Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und deeskalierende Maßnahmen zu ergreifen. Angesichts einer dauernden Aktivierung ihres Bindungssystems bleibt diesen Kindern zudem auch zu wenig psychische Energie, um ihr Explorationssystem zu mobilisieren. So sind sie im Lernen behindert, vor allem wenn ihnen noch von vornherein eine nur geringe intellektuelle Grundausstattung zur Verfügung steht (Lyons-Ruth et al., 1997). Offensichtlich behindert ein solches Kontrollverhalten die Entwicklung effektiver metakognitiver Strategien (Moss et al., 1999; Moss & St. Laurent, 2001).

Der Mentalisierungsansatz vermag somit sowohl die intergenerationale als auch die intraindividuelle Kontinuität zu erklären. In ihrer Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkte Kinder und Jugendliche haben gelernt, gerade in bindungsrelevanten Situationen auf Mentalisierung zu verzichten, weil es ihnen nicht zumutbar war, sich mit den Motiven und Absichten ihrer Bezugspersonen auseinanderzusetzen. Vielmehr richten sie ihre Aufmerksamkeit auf von außen wahrnehmbare Gefahrensignale, um so ihr Wohlbefinden zu sichern. Insofern ist eine Abwendung von der Mentalisierung durchaus als Anpassungsleistung zu verstehen. Allerdings impliziert diese Art der Anpassung eine Steigerung ihrer Vulnerabilität. Schließlich besteht die psychologische Funktion der Mentalisierung darin, die personale Umwelt verstehen und somit als vorhersehbar und beeinflussbar erleben zu können. Der Mentalisierungsansatz bietet also zumindest einen Erklärungsansatz für den empirisch belegten Zusammenhang zwischen dem Bestehen einer desorganisierten Bindungsrepräsentation und dem erhöhten Risiko, dass sich bei den betreffenden Kindern und Jugendlichen eine psychische Störung ausbildet.

#### **4 Die desorganisierte Hilfebeziehung**

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass die erfahrungsabhängigen Inneren Arbeitsmodelle von Bindung die Beziehungen im späteren Leben insofern mehr oder weniger beeinflussen, als diese anlässlich der Interaktion mit den frühen Bezugspersonen erlernten Erwartungsstrukturen später auf die Interaktionen mit anderen Personen übertragen werden. Dies ist insbesondere in bindungsrelevanten Kontexten der Fall. Bei einer Hilfebeziehung, wie sie sich etwa in Therapeutischen Jugendwohngruppen etabliert, handelt es sich um einen solchen bindungsrelevanten Kontext. Eine derartige Hilfemaßnahme dürfte das Bin-

dungssystem des Klienten aktivieren, zumal sie außerhalb seiner vertrauten Umgebung durchgeführt wird. Der Bedarf an Hilfe, mithin die Probleme, welche diese stationäre Therapiemaßnahme erforderlich werden lassen, wie auch das Angebot von Hilfe implizieren eine asymmetrisch konfigurierte Situation, die Bindungsbeziehungen und Bindungskommunikation auszeichnet.

Auch wenn die Beziehung zwischen einem Klienten und seinem professionellen Helfer nicht ohne Weiteres als eine Bindungsbeziehung im engeren Sinn aufgefasst werden kann, dürfte sie dennoch Bindungsanteile aufweisen. Zumindest ist zu erwarten, dass die Jugendlichen etwa in einer Therapeutischen Wohngruppe immer wieder Bindungsverhaltensweisen zeigen oder zeigen sollten. Schließlich lässt sich Bindungsverhalten mit Bowlby verstehen als „jede Form des Verhaltens ..., das dazu führt, dass eine Person die Nähe eines anderen differenzierteren und bevorzugten Individuums, das gewöhnlich als stärker und/oder klüger empfunden wird, beizubehalten versucht“ (Bowlby, 1979/1982, S. 159f.). Ist das Bindungssystem des Klienten aktiviert, wird dieser in seinem Bindungsverhalten auf die ihm zur Verfügung stehenden Strategien zurückgreifen müssen. Dementsprechend wird sich die Hilfebeziehung gestalten. Es stellt sich dann die Frage, ob und wie der Klient sich um Hilfe bemüht, wenn er seine Inneren Arbeitsmodelle von Bindung auf die Helferin oder den Helfer überträgt.

Den bislang noch recht spärlichen empirischen Befunden zum Thema Bindung und therapeutische Beziehung (Strauß, 2006; Strauß & Schwark, 2007) lässt sich zumindest ein eindeutiger Befund entnehmen: Sicher gebundene Personen sind am besten in der Lage, Hilfe anzunehmen. Für Bowlby, den Begründer der Bindungstheorie, war ein wesentliches Charakteristikum einer gesunden Persönlichkeit gerade „die Fähigkeit, auf andere zu vertrauen, wenn es die Situation so erfordert, sowie zu wissen, auf wen man sich verlassen kann“ (Bowlby, 1989; zit. nach Schmidt & Strauß, 2002, S. 269). Allerdings muss man davon ausgehen, dass bindungssichere Klienten in stationären Therapieeinrichtungen, mithin auch in einer Therapeutischen Wohngruppe, doch eher selten anzutreffen sind. Von der Klientel stationärer Einrichtungen der Jugendhilfe ist bekannt, dass sie in der Regel über unsichere Bindungsrepräsentanzen, häufig lediglich über desorganisiert-unsichere Innere Arbeitsmodelle von Bindung verfügen (Schleiffer, 2001; Wallis & Steele, 2002; Zegers, 2007).

So impliziert eine bindungsvermeidende Haltung die Verleugnung jeden Hilfebedarfs zugunsten der Betonung eigener Autonomie, während beim Vorliegen einer bindungsverstrickten Haltung Hilfe durchaus akzeptiert wird, allerdings zu Lasten der Autonomie, was die Gefahr einer endlosen Hilfekommunikation impliziert. Auf Hilfe angewiesen zu sein, wird häufig als kränkend und beschämend erlebt. Hilfe kann mithin von Klienten der Jugendhilfe weniger als Problemlösung denn als Problem erlebt werden. Hilfe wird für die Hilfeempfänger vor allem dann zur Gefahr, wenn sie nicht über ein ausreichend sicheres Selbstkonzept verfügen. Hingewiesen werden soll in diesem Zusammenhang

auf das der Pädagogik geläufige Hilfeparadox, wonach diejenigen, die der Hilfe am meisten bedürfen, auch am wenigsten in der Lage sind, eine solche Hilfe anzufordern und zu nutzen, gemäß dem seit alters her bekannten Matthäus-Prinzip „Denn wer da hat, dem wird gegeben werden, und er wird die Fülle haben; wer aber nicht hat, dem wird auch, was er hat, genommen werden“ (Matth. 25, 29). Mit Hilfe lässt sich bekanntlich drohen. Auf Hilfe angewiesen zu sein, ist riskant, gerät man doch damit unweigerlich in eine Abhängigkeit von demjenigen, der die Hilfe anbietet. Angesichts dieser Bedrohung bietet es sich an, die eigene Autonomie und das Nicht-Angewiesensein auf anderer Leute Hilfe zu betonen. Hilfe annehmen zu können, setzt mithin das ausreichende Vertrauen voraus, als Hilfsbedürftiger nicht vollends als hilflos erscheinen zu müssen.

Eine Möglichkeit, mit diesem narzisstischen Problem fertig zu werden, besteht auch darin, den Anspruch auf Hilfe besonders betont vorzutragen mit dem Argument, dass einem Hilfe doch schließlich zustehe. Eine solche provokativ vorgetragene Anspruchshaltung wird die Autonomie der Helfer bedrohen und diese bezüglich einer Hilfeleistung eher demotivieren. Kommt es dann zu einem Abbruch der Hilfekommunikation, lässt sich die Ursache für dieses Scheitern leicht den Helfern attribuieren. Auch mag von einem rational kontrollierten Ausnutzen der Hilfeleistung ein narzisstischer Ausgleich zu erhoffen sein. In einem solchen Fall werden sich die Helfer ausgebeutet vorkommen. Beide Verhaltensstrategien lassen sich als funktional äquivalent beobachten.

Wenn solchermaßen hilflos gemachte professionelle Helfer und Helferinnen nicht helfen können, besteht dennoch die Möglichkeit, dass sie von der sie nicht um Hilfe bittenden oder gar hilfeverweigernden Klientel als Gefahr erlebt werden. Da diese Jugendlichen in ihrer Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt sind, werden sie kaum verstehen können, warum die Hilfe ausbleibt. Sie werden dann ihre Enttäuschung externalisieren, d.h. die Ursache den professionellen Helfern und der Institution anlasten, wodurch der Hilfeprozess zumindest stagniert. Diese Situation erinnert an den Mechanismus, der für die Ausbildung desorganisierte Bindungsrepräsentation im Kleinkindalter verantwortlich gemacht wird. Damals war das Kind in eine ausweglose Situation (Cassidy & Mohr, 1991) geraten, als es mit seinen Bindungswünschen seine Bezugsperson ängstigte und dann durch diese selbst ängstliche und damit als Bindungsperson ausfallende Bezugsperson noch mehr geängstigt wurde. In der therapeutischen Institution weist nun die Hilfebeziehung Merkmale einer desorganisierten Bindungsbeziehung auf. Auf der einen Seite erzeugen die Helferinnen und Helfer mit ihren Hilfebemühungen bei den Klienten Angst. Auf der anderen Seite erleben sie jene Klienten, die ihr Hilfeangebot nicht in Anspruch nehmen, als eine Gefahr für ihren Selbstwert. Dann ist das bereits erwähnte Hilfeparadox Ausdruck einer desorganisierten Hilfebeziehung.

## 5 Konsequenzen für hilfreiche Interventionen

Um zu verhindern, dass sich ein desorganisiertes Bindungsverhalten unverändert auch im therapeutischen Kontext fortsetzt, muss die Qualität der Hilfebeziehung sorgsam überprüft werden. Eine Reflexion der Hilfebeziehung (Schleiffer, 2006) ist daher Voraussetzung für eine erfolgreiche Hilfe. Vis-à-vis einer nur desorganisiert unsicher gebundenen Klientel wäre das erste Ziel die Herstellung und Sicherung einer organisierten Hilfebeziehung. Die Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung lassen keinen Zweifel daran, dass der Erfolg von Psychotherapien in hohem Maße von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängt (Grawe, 1995), auf die sich auch die Begriffe hilfreiche oder therapeutische Allianz (Luborsky et al., 1985; Green, 2006) beziehen. Zwei Aspekte lassen sich hierbei unterscheiden, zum einen eine persönliche Allianz, welche die besondere Beziehung zwischen Patient und Therapeut widerspiegelt, zum anderen eine zielorientierte Allianz aufgrund einer gemeinsamen Verständigung über die Ziele der Therapie, über die Behandlungsmethoden und die Intensität der Behandlung (Hougaard, 1994). Eine solche vertrauensvolle Beziehung ist für den Erfolg nicht nur psychodynamisch orientierter Psychotherapieformen eine kritische Variable, sondern offenbar für den Erfolg aller psychotherapeutischen Interventionen. Insofern lässt sich für die therapeutische Allianz ein „pantheoretischer“ Anspruch reklamieren (Bordin, 1979).

Nach Frank (1992) kennzeichnen folgende Merkmale eine erfolgreiche psychotherapeutische Einflussnahme:

- eine intensive, emotional geladene, vertrauensvolle Beziehung zu einer hilfreichen Person;
- ein Grundprinzip oder Mythos, das eine ursächliche Erklärung für die Not des Patienten umfasst und vom Patienten als Ausdruck der Kompetenz des Helfers erlebt wird (Orientierungsvermittlung der Therapie);
- Informationen über die Natur und den Ursprung der Probleme des Patienten und die daraus ableitbaren Wege und Möglichkeiten, mit den Problemen umzugehen (Orientierungsvermittlung und Problemlösungen);
- die Bekämpfung der Demoralisierung des Patienten durch Eingeben von Hoffnung und Aufrichten seiner Moral (Sinnstiftung);
- die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die weiter seine Hoffnung fördern und dem Patienten die Sicherheit geben, seine Probleme meistern zu können (Problemlösung) (Bozok & Bühler, 1988).

Diese „allgemeinen Faktoren“ lassen sich unschwer bindungstheoretisch begründen (Schleiffer, 1998b; Strauß, 2006). Um überhaupt hilfreich sein zu können, muss dem Therapeuten von seinem Patienten, zumindest in Bezug auf dessen in der Therapie zur Sprache kommendes Lebensproblem, ein gewisser Kompetenzvorsprung eingeräumt werden können. Er sollte, ähnlich wie es Bowlby für

die die primären Bindungspersonen gefordert hat, zumindest diesbezüglich „stärker und/oder klüger“ (Bowlby, 1979/1982, S. 159) sein. Der Patient sollte die Beziehung zu seinem Therapeuten als hilfreich erleben können. Dabei dürfte sich gerade in der Anfangsphase einer Therapie entscheiden, ob und wie der Patient seinen Therapeuten auch unter einem Bindungsaspekt wahrnimmt und ihm zumindest zeitweise die Funktion einer Bindungsperson überträgt. Das Nachsuchen um Psychotherapie ist eine bindungsrelevante Situation, in der es zu einer Aktivierung des Bindungssystems kommt. Die aktivierten Inneren Arbeitsmodelle von Bindung bestimmen dann die Ausgestaltung der therapeutischen Allianz.

Bei der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sollte man besonders sorgsam prüfen, inwieweit eine tragfähige therapeutische Allianz besteht. Überhaupt unterscheidet sich die therapeutische Allianz bei Kindern und Jugendlichen in mancher Hinsicht von der bei erwachsenen Klienten (vgl. Zack et al., 2007). Im Unterschied zur Psychotherapie mit Erwachsenen suchen Kinder und Jugendliche doch eher selten von sich aus einen professionellen Helfer auf. Vielmehr werden sie in der Regel geschickt, zumeist von ihren Eltern, aber auch von professionellen Pädagogen. Daher lässt sich eine Übereinstimmung zwischen dem Helfer und seinem jungen Klienten bezüglich des Ziels des Hilfeunternehmens nicht unbedingt voraussetzen. Umso wichtiger ist daher der affektive Beziehungsaspekt des therapeutischen Arbeitsbündnisses: „Die Chemie muss stimmen!“

Dies dürfte zudem ein besonderes Problem im Bereich der Jugendhilfe darstellen, erscheint es doch hier immer wieder schwierig, den eigentlichen Auftraggeber für den Hilfeprozess zu identifizieren (vgl. Schleiffer, 2006). Insofern ist von einer Freiwilligkeit nicht unbedingt auszugehen. Psychotherapie mit Erwachsenen, die auf einen Vertrag gründet, kann zudem relativ problemlos beendet werden, während dies bei Maßnahmen der Jugendhilfe nicht ohne Weiteres möglich ist. Da Kinder und Jugendliche noch in hohem Maße abhängig sind von ihren Eltern, reflektiert die therapeutische Allianz auch deren gegenwärtige Beziehung zu ihren Eltern. Die hilfreiche Allianz mit dem Jugendlichen kann daher auch eine gänzlich andere Qualität annehmen im Vergleich zu der mit den Eltern. Dies lässt die Einbeziehung der Eltern in den Hilfeprozess notwendig werden.

Bekanntlich werden stationäre Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zumeist wegen externalisierender Probleme der Klienten ergriffen. Gerade bei der Behandlung dissozialer Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die bekanntlich in hohem Maße therapieresistent sind, kommt der Qualität der therapeutischen Allianz zwischen dem jungen Patienten und seinem Helfer wie auch zwischen diesem und dessen Eltern besonders große Bedeutung zu (Kazdin et al., 2005; Green, 2006). Wie lässt sich nun eine ausreichend stabile therapeutische Allianz mit einer Klientel erreichen, der nur ein desorganisiertes Inneres Arbeitsmodell von Bindung zur Verfügung steht und bei der daher eine mehr oder weniger ausgeprägte Hilfeintoleranz zu erwarten ist?

Lassen sich unter einer bindungstheoretischen Perspektive auch die Probleme der Hilfebeziehung auf ein Mentalisierungsdefizit zurückführen, dann be-

steht das eigentliche Ziel des Hilfeprozesses in einer Förderung der Mentalisierungsfähigkeit. Diesbezüglich lässt sich profitieren von den jüngsten Bemühungen der Bindungsforschung, ihre Erkenntnisse für eine bindungstheoretisch inspirierte psychotherapeutische Behandlungsmethodik fruchtbar zu machen und damit einer bereits vor geraumer Zeit von Bowlby geäußerten Forderung nachzukommen. Dieser sah bekanntlich in der psychotherapeutischen Beziehung die paradigmatische alternative Bindungsbeziehung. So nannte er als Hauptaufgaben des Psychotherapeuten:

„Erstens muss er als verlässliche Basis fungieren, von welcher aus der Patient (frühere wie aktuelle) bedrückende und schmerzliche, ihm kognitiv bislang weitgehend unzugängliche Szenen zu hinterfragen vermag, darauf vertrauend, im Therapeuten einen geistig wie seelisch adäquaten Partner gefunden zu haben, der ihn versteht, ermutigt und gelegentlich auch führt. Zweitens muss der Therapeut den Patienten animieren, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet, welche Gefühlserwartungen beide Seiten hegen, mit welchen unbewussten Vorurteilen er an enge Beziehungen herangeht und wie es ihm ein ums andere Mal ‚gelingt‘, bestimmte Situationen zum eigenen Nachteil zu gestalten. Vor allem aber, und damit sind wir bei der dritten Aufgabe, ist der Patient zur Prüfung der therapeutischen Beziehung zu ermuntern, weil dieses besondere Verhältnis all seine von den Selbst- und Elternrepräsentanzen geprägten Wahrnehmungen, Annahmen und Erwartungen widerspiegelt. Die vierte therapeutische Aufgabe besteht in der behutsamen Aufforderung, der Patient möge seine aktuellen Wahrnehmungen, Erwartungen, Gefühle und Handlungen mit den ihm aus der Kindheit und Jugend erinnerlichen Erlebnissen bzw. Situationen vergleichen und sich dabei vor allem auf die Rolle der Eltern und deren vielfach wiederholte Äußerungen konzentrieren. Bei diesem ebenso schmerzlichen wie schwierigen Prozeß muß der Patient in Bezug auf die Eltern immer wieder ihm bislang unvorstellbare, ungebührliche Gedanken und Gefühle zulassen dürfen, die ihn womöglich ängstigen, erschrecken, befremden oder unannehmbar dünken und den Eltern oder dem Therapeuten gegenüber unerwartet stark agieren lassen. Fünftens ist dem Patienten die Einsicht zu erleichtern, daß seine den eigenen bitteren Erfahrungen oder den fortgesetzten elterlichen Verzerrungen entstammenden (in der Literatur leider allzu oft als ‚unbewußte Phantasien‘ des Kindes qualifizierten) Selbst- und Objektrepräsentanzen vielleicht überholt sind oder von vornherein unzutreffend waren. Hat der Patient Struktur und Entstehungsgeschichte dieser ‚Leitrepräsentanzen‘ nachvollzogen, so wird ihm deutlich, welche Gefühle, Gedanken und Handlungen sein heutiges Welt- und Selbstbild geformt haben. Über den Kontakt und die Beziehungen zu emotional bedeutsamen Menschen, etwa dem Therapeuten oder den Eltern, kann er sodann die Stimmigkeit und Gültigkeit jener Repräsentanzen prüfen, einschließlich der daraus resultierenden Vorstellungen und Handlungen. Ist dieser Prozeß erst einmal in Gang gekommen, vermag er die ursprünglichen Repräsentanzen richtigerweise als vormals unvermeidliche Ausformungen eigener Erlebnisse bzw. fortwährender elterlicher Verzerrungen zu begreifen und sinnvolle Alternativen zu entwickeln, wobei ihm der Therapeut die Ablösung von den alten, unbewußten Schemata erleichtert und zugleich neue Gefühls-, Denk- und Handlungsebenen zu erschließen trachtet.“ (Bowlby, 1988/1995, S. 130f.).

Diese Forderungen fanden Berücksichtigung in dem eigens für Borderline-Patienten entwickelten Behandlungsprogramm, der mentalisierungsbasierten The-

rapie (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2007; Bohn, 2007). Dieses auf den Erkenntnissen der Bindungsforschung basierende psychodynamisch orientierte Therapieprogramm verfolgt das Ziel, dem Patienten zu einer verbesserten Mentalisierungsfähigkeit zu verhelfen, d.h. ihm einen verbesserten Umgang mit Gedanken, Gefühlen und Wünschen bei sich selbst wie auch bei dem Anderen im Kontext von Bindungserfahrungen zu ermöglichen. Es geht mit anderen Worten um bindungskorrigierende Erfahrungen.

Da es sich bei den Inneren Arbeitsmodellen von Bindung um erfahrungsabhängige Erwartungsstrukturen handelt, müssen bindungskorrigierende Erfahrungen die Erwartungen grundsätzlich enttäuschen, sollen sie bindungskorrigierend sein, d.h. eine Veränderung in Richtung einer höheren Bindungssicherheit initiieren. Julius (2001, 2002) hat für den schulischen Kontext Vorschläge für pädagogische Strategien vorgestellt, die beim Umgang mit unsicher gebundenen Kindern im Rahmen von Lehrer-Kind-Beziehungen empfehlen, dosierte Diskontinuitätserfahrungen herzustellen mit dem Ziel, „neue Bindungserlebnisse zu ermöglichen, damit sich das Kind von früheren Bindungsmustern lösen kann und ein internes Arbeitsmodell von anderen als responsiv und sorgend und von sich selbst als wertvoll und lebenswert aufbaut“ (Julius, 2002, S. 606).

Diese Strategien sollten sich auch im Rahmen einer pädagogisch-therapeutischen Hilfemaßnahme als nützlich erweisen können. Grundsätzlich zeichnen sich bindungskorrigierende Erfahrungen also dadurch aus, dass sie den gewohnten Bindungskonzepten zuwiderlaufen. Ein komplementäres, mithin erwartungskonformes Verhalten von Seiten des professionellen Helfers wäre nur dazu geeignet, ein weiteres Mal das unsichere Bindungskonzept des Klienten zu bestätigen. Dass ein solches erwartungsenttäuschendes Vorgehen für die Helferin mühevoll ist, dürfte außer Frage stehen, versucht das Kind oder der Jugendliche doch oft genug mit Mitteln, die sich in Unkenntnis der zugrunde liegenden Psychodynamik lediglich als Verhaltensstörungen beobachten lassen, gerade erwartungskonforme, d.h. zu seinen inneren Arbeitsmodellen passende Reaktionen bei seiner personalen Umwelt zu provozieren. Für den Jugendlichen lässt sich dann die Welt doch wieder als ausreichend sicher vorhersehbar erleben, sind ihm diese komplementären Verhaltensweisen doch aus seinem familiären Kontext nur allzu vertraut. Allerdings kann ein solches Vorgehen das Selbstkonzept des Helfers und der Helferin stark strapazieren.

So ist es für die Helferin oder den Helfer durchaus riskant, immer wieder Hilfe- und damit Beziehungsangebote einem bindungsvermeidenden Jugendlichen gegenüber zu machen, wenn dieser sie mehr oder weniger aggressiv erst einmal ausschlägt. Dann besteht die Gefahr, dass sich die Helfer schon aus Gründen des Selbstschutzes von dem Jugendlichen zurückziehen und sich so an dessen bindungsabwertendes Verhalten anpassen. Dadurch wird allerdings dessen inneres Arbeitsmodell ein weiteres Mal bestätigt und gefestigt, zumal bindungsabwertende Attitüden in diesem Alter auch noch subkulturell favorisiert werden. Eine solche kollusive bindungsvermeidende Einstellung von Seiten der Helfer lässt

sich zudem leicht rationalisieren mit dem Hinweis auf eine zu fördernde Selbstständigkeit des Jugendlichen. Hier gilt es, die Angst des Klienten zu mindern, eine auch gefühlsbetonte Beziehung einzugehen, und ihn davon zu überzeugen, dass das Zeigen von Gefühlen nicht Schwäche bedeutet. Die Helfer sollten feinfühlig auf die Autonomie- und Kontrollbedürfnisse des Klienten reagieren und diesen den Grad von Nähe bzw. Distanz selbst bestimmen lassen. Sie sollten die Bindungsbedürfnisse ihrer Klienten, werden sie schon einmal geäußert, auch nicht auf eindringliche Weise befriedigen. Das Wissen um die Funktionalität des gezeigten Bindungsverhaltens sollte es ermöglichen, dieses positiv zu konnotieren. Andernfalls riskierte man eine symmetrische Eskalation, kommt doch dem bindungsvermeidenden Verhalten die Funktion zu, die eigene Kränkungsgefahr zu kontrollieren und somit die Integrität des Selbstkonzeptes zu bewahren.

Auch ambivalent-bindungsverstrickte Manöver der Jugendlichen belasten die therapeutische Beziehung. Ohne zureichendes Vertrauen regulieren diese die Distanz ohne Rücksicht auf die Befindlichkeit ihres Gegenübers. Heftige, aber ambivalente Gefühle prägen diese Beziehung, oft genug auf beiden Seiten. Je mehr die Helfer aber den Wunsch verspüren, den Jugendlichen loszuwerden, desto mehr betont dieser seine Hilfsbedürftigkeit und erzwingt so seine dann aber nur noch unwillig vorgenommene Versorgung. Im Unterschied zum bindungsabwertenden Modus vermag das gefühlsbetonte Verhalten solcher Jugendlicher aber die Betreuer durchaus in ihrer Bedeutung für ihre Klienten zu bestätigen. Die damit verbundene narzisstische Gratifikation lässt sie auch eine schlechte Behandlung durch die Jugendlichen lange Zeit aushalten. Bisweilen erscheinen sie geradezu ausbeutbar. Setzt der Jugendliche allerdings negative Affekte wie Wut und Ärger zu stark ein, um seine Bindungsbedürfnisse zu befriedigen, besteht die Gefahr eines Teufelskreises, wenn der Helfer die funktionale Bedeutung dieses Verhaltens nicht versteht oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, einen solchermaßen geäußerten Wunsch zu erfüllen. Dann etabliert sich im Heimkontext eine besondere Form des bereits erwähnten Hilfe paradoxes. Mit ihren provokativen Bindungsverhaltensweisen sorgen die Jugendlichen gerade dafür, dass ihre Helfer, wiewohl dazu durchaus bereit, ihnen als Bindungsfiguren doch nicht zur Verfügung stehen. Wird der Helfer mit einem ambivalent-bindungsverstrickten Verhalten seitens des Klienten konfrontiert, sollte er sich darum bemühen, diesem die therapeutische Institution als eine Umwelt zu vermitteln, die von ihm als hinreichend konsistent und vorhersehbar erlebt werden kann. Die angemessene entwicklungsfördernde Strategie bestünde dann darin, zu einem Verzicht auf sein regressiv-kleinkindhaftes Verhalten und zu einem konstruktiveren Umgang mit Enttäuschung zu ermutigen im Vertrauen auf eine „trotzdem“ zuverlässige Zuwendung seitens seiner Helfer. Die Feinfühligkeit der Helfer zeigt sich auch darin, inwieweit es ihnen gelingt, ihre Klienten auf letztlich unvermeidliche Enttäuschungen der Bindungswünsche vorzubereiten und ihnen ihre Wut verständlich zu machen, wobei sie



durchaus ihre eigenen Ärgergefühle verbalisieren und damit beispielhaft den Umgang mit negativen Affekten zeigen können.

Hilfeeinrichtungen wie etwa Therapeutische Wohngruppen dürften grundsätzlich durchaus geeignet sein, bindungskorrigierende Erfahrungen zu vermitteln. Die professionellen Helfer und Helferinnen sollten, weil „stronger and wiser“ als ihre ihnen anvertraute Klientel, Bindungsfunktionen übernehmen können, zumal sie im Vergleich zu einer ambulant durchgeführten Psychotherapie recht viel Zeit gemeinsam mit diesen verbringen. Allerdings bringt die Gruppensituation auch Erschwernisse mit sich, da es – anders als in der hochartifizialen und intimen Situation einer Einzeltherapie – gerade in der Gruppe kaum möglich ist, das bisweilen idiosynkratische, etwa hochaggressive, Bindungsverhalten zu tolerieren. Schließlich hat man immer damit zu rechnen, auch von anderen beobachtet zu werden. Insofern ist das Angebot von Eins-zu-Eins-Interaktionen sinnvoll. Zudem muss in Rechnung gestellt werden, dass im Unterschied zur hilfreichen Beziehung zu einem Psychotherapeuten die Beziehung zum Pädagogen nicht frei gewählt wurde. Bekanntlich spielen gerade in der Adoleszenz Autonomiebedürfnisse eine wichtige Rolle (Allen et al., 2002). Daher wird von den Jugendlichen in einer stationären Einrichtung nur allzu oft – und nicht selten von den Helfern argwöhnisch als nicht entwicklungsfördernd betrachtet – die Erfüllung von Bindungsbedürfnissen in und durch Beziehungen zu Gleichaltrigen, eben den Mitpatienten, erwartet und gesucht, weil sich solchermaßen frei gewählte Bindungsbeziehungen besser mit den Autonomiewünschen vertragen. Demgegenüber wird eine nicht frei gewählte Beziehung zu einer Helferin leicht als vermeintlich selbstwertgefährdendes Eingeständnis von Hilflosigkeit angesehen und vermieden.

Kinder und Jugendliche, die ihre Helfer als feinfühlig wahrnehmen, werden zu ihnen eine Beziehung mit sicherer Bindungsqualität aufbauen können. „Ausreichend bindungskompetente“ Helfer sind fürsorglich und wertschätzend, engagiert und affektiv kompetent. Sie verfügen neben Taktgefühl über einen ausreichenden Selbstwert, der es ermöglicht, die allfälligen Kränkungen, die sich im entwicklungsfördernden Umgang mit bindungsunsicheren Kindern und Jugendlichen zwangsläufig einstellen, ohne nachhaltige Beschädigung zu überstehen. Sie kennen deren Biografien. Sie verfügen über tiefes entwicklungspsychologisches Wissen sowie über eine ausreichende Selbsterfahrung bezüglich ihrer eigenen Reaktionstendenzen im Umgang mit Kindern, in deren Verhalten sich ihre unsicheren und häufig desorganisierten Bindungsstrategien ausdrücken. Zweifellos hängt die Qualität der therapeutischen Allianz immer von beiden Interaktionspartnern ab. Es lässt sich vermuten, dass Erzieher und Therapeuten, die sich bei ihrer Beziehungsarbeit auf eigene sichere Bindungsrepräsentanzen stützen können, am besten geeignet sind, ihren Klienten bindungskorrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Ist dies nicht der Fall, sollten sie zumindest die ablaufenden Beziehungsprozesse reflektieren können, um nicht zu schwierigen Helfern zu geraten. So sollten sie auch bemerken, wann die Funktion einer alternativen Bindungsperson sie persönlich überfordert.

Auch sollten sie ihre Einflussmöglichkeiten realistisch einschätzen können und insofern mit sich selbst auch ausreichend fürsorglich umgehen.

Besondere Anforderungen bringt die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Jugendlichen mit sich, denen es aufgrund ihrer chaotischen Lebenserfahrungen nicht gelungen ist, eine ausreichend organisierte Bindungsrepräsentation zu entwickeln, und die deshalb die therapeutische Beziehung sowohl mit bindungsvermeidenden als auch mit bindungsverstrickten Manövern belasten. Sie sind in ihrem Verhalten für die Betreuer in hohem Maße schwer vorhersehbar. Diesen kann es nur schwer fallen, in einem solchen Verwirrspiel eine eindeutige Haltung einzunehmen, müssen sie doch erleben, dass sie von ihren Klienten das eine Mal als wohlmeinende Helfer, das andere Mal als feindselige Verfolger wahrgenommen werden. Mal werden sie sich dann mit den Jugendlichen identifizieren, mal sich aber auch als deren Opfer fühlen im Sinne einer konkordanten bzw. komplementären Gegenübertragung. Gelingt es ihnen nicht, für ihre jungen Klienten eine kohärente pädagogisch-therapeutische Strategie anzubieten, werden sie sich selbst in der desorganisierten Hilfebeziehung immer als reagierend erleben. Dieses Erleben kann ihren Selbstwert nur gefährden. Gerade in solchen Fällen erweist sich das Konzept der desorganisierten Bindung als eine gute und daher praktische Theorie, ist sie für die Helferinnen und Helfer doch auch von beträchtlichem psychohygienischen Nutzen.

## Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford.
- Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, C., Jodl, K. M. & Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 56-66.
- Asendorpf, J. & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung*. Bern: Huber.
- Bateman A. W. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bohn, T. (2007). Mentalization-based treatment (MBT). *Psychotherapie im Dialog*, 8, 336-341.
- Bordin, E. S. (1979). The generability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler. (Englisches Original erschienen 1969).
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler. (Englisches Original erschienen 1975.)
- Bowlby, J. (1983). *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt/M.: Fischer. (Englisches Original erschienen 1980).

- Bowlby, J. (1982). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Konzepte der Humanwissenschaften.) (Engl. Original erschienen 1979).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter. (Englisches Original erschienen 1988).
- Bozok, B. & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 56, 119-132.
- Cassidy, J. & Mohr, J. J. (2001). *Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology. Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275-298.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorders and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101.
- Fonagy, P., Jurist, E., Geggely, G. & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: The Other Press.
- Frank, J. D. (1992). *Die Heiler*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Green, J. M. (2006). The therapeutic alliance. A significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425-435.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: stability and change during the years of immaturity. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 760-786). New York: Guilford.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance. A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 671-687). New York: Guilford.
- IJzendoorn, M. H. van, Schuengel, C. & Bakermans-Kronenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood. Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Julius, H. (2001). Bindungstheoretisch abgeleitete, schulische Interventionen für verhaltensauffällige Kinder. *Heilpädagogische Forschung*, 27, 175-187.
- Julius, H. (2002). Beziehungsorientierte Interventionen für verhaltensauffällige Kinder. *Erziehung & Unterricht*, 152, 601-617.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L. & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 726-730.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G., O'Brien, C. & Auerbach, A. (1985). Therapist's success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A. & Cibelli, C. D. (1997). Infant Attachment Strategies, Infant Mental Lag, and Maternal Depressive Symptoms. Predictors of Problems at Age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parson, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3), 67-96.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In: C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.

### Schleiffer: Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für Pädagogik und Therapie

- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*, pp. 121-160. Chicago: University of Chicago Press.
- Mikula, G. (1993). Epilog: Ausgewählte Anmerkungen zur Beziehungsforschung. In: A. E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen*, S. 301-317. Göttingen: Hogrefe.
- Moss, E., St. Laurent, D. & Rarent, S. (1999). Disorganized attachment and developmental risk at school age. In: J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization*, pp. 160-186. New York: Guilford.
- Moss, E. & St. Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.
- Patterson, G. R. (1996): Some characteristics of a developmental theory of early-onset delinquency. In: M. F. Lenzenweger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology*, pp. 81-124. New York: Oxford University Press.
- Redl, F. & Wineman, D. (1986). *Kinder, die hassen*. München: Piper.
- Reimer, C. (1996). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, *Psychotherapie*, S. 9-77. Berlin: Springer.
- Rosemeier, C.-P. (2006). Perspektiven der Entwicklung in der Koralle – therapeutische wohngruppen. Unveröffentlichter Vortrag während der Fachtagung „Perspektiven der Entwicklung in der Koralle – therapeutische wohngruppen“, Berlin, 6.9.2006.
- Schleiffer, R. (1995). Selbsttötung als Versuch der Selbststrettung. Zur Funktion suizidaler Handlungen bei Jugendlichen. *System Familie*, 8, 243-254.
- Schleiffer, R. (1998a). Zur Funktion selbstschädigenden Verhaltens. *System Familie*, 11, 129-137.
- Schleiffer, R. (1998b). Bindungstheorie und Psychotherapie. In: S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen KörperPsychotherapie*, S. 143-158. Frankfurt: Brandes & Apfel.
- Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Weinheim: Juventa. (3. Aufl. erschienen 2007).
- Schleiffer, R. (2006). Über hilfreiche Beziehungen in der Jugendhilfe. In: C. R. Montag (Hrsg.), *Rückblicke – Perspektiven. Festschrift zum 65. Geburtstag von Theo Eckmann*, S. 97-129. Bonn: C. R. Montag Förderstiftung.
- Schmidt, S. & Strauß, B. (2002). Bindung und Coping. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung*, S. 255-271. Stuttgart: Schattauer.
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51, 5-14.
- Strauß, B. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 405-425.
- Suess, G. J. (2003). Stärkung der Beziehungsfähigkeit als Antwort auf Gewalt in der Gesellschaft und in der Familie. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 125, 151-156.
- Wallis, P. & Steele, H. (2001). Attachment representations in adolescence. Further evidence from psychiatric residential settings. *Attachment and Human Development*, 3, 259-268.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G. & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance. A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 278-288.
- Zegers, M. (2007). *Attachment among institutionalized adolescents*. Amsterdam: Institute for the Study of Education and Human Development.
- Zimmermann, P. & Becker-Stoll, F. (2001). Bindungsrepräsentation im Jugendalter. In: G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter*, S. 251-274. Bern: Huber.

*Silke Birgitta Gahleitner*

## „Emotional korrigierende Erfahrungen“ – Kernkonzept des „therapeutischen Milieus“ in TWGs

### **Einleitung**

Jugendliche, die eine Therapeutische Jugendwohngruppe (TWG) als Lebensort benötigen, leiden unter manifesten, in der Regel lebensgeschichtlich bedingten Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychiatrischen Störungen. Dazu gehören schwere Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Psychosen, Essstörungen, Selbstverletzung, Sucht, soziale Störungen usw. Ein erheblicher Anteil der aufgenommenen Jugendlichen war zuvor mehrfach in psychiatrischen Kliniken untergebracht oder wurde/wird ambulant jugendpsychiatrisch behandelt.

Das anvisierte Ziel der Arbeit mit den Jugendlichen ist das Erreichen der nächsten psychosozialen Entwicklungsstufen unter den erfahrenen erschwerten biografischen Bedingungen, letztlich die schrittweise Heranführung an ein selbstverantwortliches Leben unter Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und Einschränkungen. Die Jugendlichen sollen mit diesen Einschränkungen leben lernen, neue Copingstrategien erlernen und in die Lage versetzt werden, sich in einer krisenhaften Situation zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle Hilfen zu holen. Abhängig von der individuellen Situation der Jugendlichen und der Familien kann das Ziel die Rückkehr in die Familie, die Selbstständigkeit in eigenem Wohnraum oder der Umzug in eine sozialpädagogisch begleitete Wohnform oder aber auch die Behandlung in einer Klinik sein.

Jugendliche mit tiefgreifenden Problematiken brauchen für diese Schritte eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe – und haben nach §§ 27 in Verbindung mit 34 oder 35a SGB VIII einen gesetzlichen Anspruch darauf. Der Unterschied zwischen regulären Jugendwohngruppen und Therapeutischen Wohngruppen besteht dabei nicht in einer längeren Betreuungsdauer, sondern einer grundsätzlich anderen Betreuungsqualität. Die Arbeit beinhaltet die Einbeziehung eines professionellen Verständnisses von Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken, jedoch auch von Ressourcen in der Wahrnehmung der Jugendlichen durch das interdisziplinäre Betreuungsteam.

„Therapeutisches Milieu“, so könnte man also sagen, „bedeutet ... die Wahrnehmung der Jugendlichen durch das Betreuungsteam vor einem professionellen Hintergrund“ (Gahleitner et al., 2005). Was jedoch genau kann man

sich darunter vorstellen? Welche Kompetenzen werden dafür benötigt? Wie genau gestaltet sich dieses Betreuungsverhältnis, und was bewirkt es? – Obwohl Therapeutische Jugendwohngruppen inzwischen einen festen und unumstrittenen Bestandteil der Berliner Jugendhilfelandchaft darstellen, gibt es bisher keine umfassenderen Untersuchungen zu diesem spezifischen Jugendhilfesektor und der Frage, was die Einrichtungen im Einzelnen leisten. Im Folgenden werden einige Ergebnisse aus Forschung und Theoriebildung aus angrenzenden Gebieten referiert und anschließend das Kernkonzept des therapeutischen Milieus anhand der konkreten Arbeitsweise einer Einrichtung veranschaulicht.

## Ergebnisse aus der Forschung

Für bisherige Forschungsergebnisse muss man auf Übersichtsstudien der allgemeinen Jugendhilfe zurückgreifen. Die Jugendwohngruppe gehört in Deutschland in den übergreifenden Bereich der Heimerziehung, zu dem höchst unterschiedliche Praxiskonzepte – Jugendwohngruppen, geschlossene Unterbringungen, betreutes Einzelwohnen, aber auch Kleinstheime und Kinderdörfer – gezählt werden (Gabriel, 2001).

Den größten Bekanntheitsgrad haben in den letzten Jahren die Untersuchungen des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe erlangt. Das Institut hat in den vergangenen Jahren – unter anderem gefördert vom BMFSFJ – zwei große Untersuchungen durchgeführt bzw. begonnen, die in vielen Teilaspekten die vorliegende Thematik berühren: 1995-2000 die Jugendhilfe-Effekte-Studie<sup>1</sup> (JES) und die noch laufende Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS).<sup>2</sup>

---

1 Ziel der JES (Schmidt et al., 2002) waren ambulante Hilfen und Heimerziehung (§§ 28, 30, 31, 32 und 34 SGB VIII) auf der Basis einer mittelgroßen Stichprobe aus fünf Bundesländern mit N=233 Kindern im Alter zwischen viereinhalb und 13 Jahren. In einem Verlaufsdesign wurden die Ausgangslage der Kinder und ihrer Familien und der Verlauf der Hilfemaßnahme dokumentiert sowie eine Katamnese ein Jahr nach Abschluss der Hilfe durchgeführt. Interviewleitfäden dienten dem Erfassen psychosozialer Problemlagen und Ressourcen, mithilfe einer modifizierten Child-Behavior-Checkliste für die Eltern wurden psychische Auffälligkeiten der Kinder erhoben. Zusätzlich gab es einen Fragebogen zur Elternzufriedenheit, außerdem einen Fragebogen, in dem Kinder und Jugendliche zu ihrer Lebensqualität befragt wurden, sowie Interviewleitfäden zur Ermittlung der Struktur- und Prozessqualität in den Angeboten. Damit ist diese Studie die bisher intensivste im Bereich der Hilfen zur Erziehung.

2 Die Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) + WOS (Macsenaere, 2007) erfasste 20.000 Hilfen in 16 Bundesländern mit 600 Leistungsträgern. Dabei wurden trägerübergreifend 14 Hilfearten in 250 Einrichtungen aus Deutschland, Österreich und Luxemburg erfasst. Als Zielsetzung wird hier eine wirkungsorientierte Steuerung im Dialog zwischen Jugendamt und Leistungserbringer anvisiert. Man erhofft sich dadurch mehr Effizienz der Hilfeleistung, eine kritische Reflexion der Stärken und Schwächen, neue Erkenntnisse bzgl. Wirkungsweisen spezifischer Interventionen und eine sachgerechte Einschätzung der aufzuwendenden Kosten, eine Optimierung des Hilfepro-

Nach der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) haben in der BRD 2002 ca. 77.000 Jugendliche und junge Erwachsene erzieherische Hilfen in Form von Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen nach § 34 SGB VIII in Anspruch genommen. 28.667 Jugendliche und junge Erwachsene haben im selben Jahr Maßnahmen der Heimerziehung und sonstiger betreuter Wohnformen begonnen. Von 2001 bis 2002 hat die Zahl der Hilfebedürftigen in diesem Bereich um ca. 4,6 Prozent zugenommen – mit einer steigenden Tendenz. Die jährlichen Kosten pro Fall in der Heimerziehung beliefen sich auf durchschnittlich 36.704 Euro.

Abgeschlossene Hilfen weisen eine deutlich höhere Erfolgsquote auf als abgebrochene, und die Dauer der Hilfeleistung wirkt sich positiv auf den Effekt aus (Institut für Kinder- und Jugendhilfe, 2004). Insbesondere Hilfen, die deutlich über ein Jahr andauerten, zeigten nach der Studie positive Effekte (Macse-naere & Herrmann, 2004). „Klinisch bedeutsame Verringerungen der Auffälligkeiten werden nur bei planmäßig abgeschlossenen Hilfeprozessen erreicht. Bis auf die Hilfeform Erziehungsbeistandschaft sind die erzielten Reduktionen klinisch sehr bedeutsam, wobei die Heimerziehung mit Abstand am besten abschneidet: ... hier werden im zweiten Hilfeabschnitt deutlich größere Veränderungen erzielt“ (Schmidt et al., 2002, S. 233).

Eine der umfassendsten Studien spezifisch im stationären Bereich, die von 1993-1997 durchgeführte Untersuchung zu Leistungen und Grenzen von Heimerziehung<sup>3</sup> (JULE), bestätigt insbesondere letzteres Ergebnis. Die AutorInnen Baur, Finkel, Hamberger und Kühn (1998) arbeiteten Funktions-Typen des Leistungsspektrums stationärer Erziehungshilfen heraus: Stationäre Erziehungshilfen als längerfristige Lebensform, als intensive therapeutische Hilfe und Aufarbeitung belastender Erfahrungen, als die Bereitstellung stabiler Strukturen und eines schützenden Rahmens, als Krisenintervention und Situationsklärung und als gezielte Hilfe zur Unterstützung der Verselbstständigung der jungen Menschen. In einer deutlichen Mehrheit von fast drei Viertel der Fälle wird das Handeln der Einrichtungen als fachlich qualifiziert bewertet. Als eines der wesentlichen Ergebnisse zum Erfolgsspektrum gilt jedoch auch hier die „Dauer der Hilfe“ (ebenda, S. 64), als kritische Grenze wird abermals der Scheidepunkt von einem Jahr beschrieben.

Als wesentlicher Indikator für die Inanspruchnahme der Leistung werden schwierige sozioökonomische Verhältnisse und familiäre Gewalt ermittelt. Fast in der Hälfte der Herkunftsfamilien waren die Kinder massiven Gewalterfahrun-

---

zesses bei Ressourcen schonendem Mitteleinsatz, eine Transparenz der Hilfeverfahren und Einsparungspotenziale zur Erzielung von Wirksamkeitssteigerungen.

3 Die vom Evangelischen Erziehungsverband e.V. Hannover (EREV) unter der Leitung der Universität Tübingen in Persona von Hans Thiersch (Abschlusspublikation: Baur et al., 1998) durchgeführte retrospektive Aktenanalyse und Bewertung von Hilfeverläufen umfasste die Hilfeleistungen §§ 32, 34 und 41 SGB VIII. Eine mittelgroße Stichprobe von N=287 Fällen wurde auf ihr Nutzerverhalten, typische Problemlagen, Hilfeanlässe und Entwicklungsverläufe in Heimen und Tagesgruppen untersucht.

gen, in einem Drittel der Familien einer Suchtproblematik ausgesetzt. Rund 80% der Familien können den Kindern keine förderlichen psychosozialen Bedingungen bieten (unter dieser Kategorie werden Phänomene wie ambivalente, ausbeutende oder belastende Beziehungsverhältnisse verstanden), bei rund 20% der Eltern wurde deutlich ablehnendes Erziehungsverhalten eingeordnet.

Das Betreute Wohnen wurde explizit in 14 der 45 durchgeführten Interviews thematisiert. „In ihrer Einschätzung der Hilfe kommen neun der jungen Menschen zu einer eindeutig positiven Bilanz, in 3 Interviews ist die Gesamteinschätzung ambivalent und bei 2 der Befragten überwiegen die negativen Einschätzungen“ (ebenda, S. XXVII). Besonders hervorgehoben wird der „gute Draht“ (ebenda, S. XXVII) zum Betreuer oder zur Betreuerin. „Das Verhältnis zum Betreuer, zur Betreuerin ist in der Einschätzung der AdressatInnen für das Gelingen der Hilfe von zentraler Bedeutung. Sie müssen AnsprechpartnerInnen sein und Orientierungshilfe bieten in einer Zeit des Übergangs.“ (ebenda, S. XXVIIIf.)

Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangte auf ganz anderem Wege eine retrospektive Interviewstudie (Gahleitner, 2005a). Befragt man Erwachsene nach ihren Erfahrungen als Kind mit dem professionellen Umfeld, zeigen sich bei Opfern komplexer Traumatisierung gravierende Lücken im psychosozialen Hilfenetz. Gemäß den Ergebnissen eines Forschungsprojektes zur Bewältigung sexueller Gewalt, basierend auf 25 biografischen Interviews,<sup>4</sup> wurde das Helfersystem in keinem der Fälle seiner Aufgabe gerecht. Alle Befragten berichteten ausnahmslos, dass während ihrer Kindheit und Jugend auf den Missbrauch nicht angemessen reagiert wurde. Der professionelle Umgang mit dem Thema Gewalt in der Familie bleibt insgesamt deutlich hinter den Erwartungen der Betroffenen zurück, die Jugendhilfe versagt gänzlich.

Auch wenn der retrospektive Rückblick ein sichtlich anderes Zeitfenster der Jugendhilfe beleuchtet und man die Hoffnung entwickeln könnte, dass die aktuelle Helfelandschaft heutzutage grundsätzlich andere Möglichkeiten bietet, wirken die daraus abgeleiteten Forderungen der Interviewten dennoch hoch aktuell. Auch hier werden die wenigen ‚schützenden Inseleerfahrungen‘ durch positive und unterstützende Begegnungen in ihrem Leben als überaus bedeutsam für den Heilungsprozess eingeschätzt. Als zentrale Qualität beschreiben die Interviewten ein Grundgefühl des Angenommenseins, „einfach, dass jemand an Sie glaubt“ (ebenda, S. 92). Die Arbeit an der Beziehung stellt aus der Sicht der Betroffenen eine grundlegende Voraussetzung für die Überwindung des erlittenen traumatischen Vertrauensverlustes durch die Misshandlung dar und erforder-

---

4 Die meisten der 25 UntersuchungsteilnehmerInnen stammten aus stark frequentierten Therapie- und Beratungseinrichtungen im Berliner Raum. Zu zwei Dritteln wurden Frauen und zu einem Drittel Männer befragt. Das Durchschnittsalter beträgt 41 Jahre mit einer Streuung von 27 bis 75 Jahren. Das Bildungsniveau liegt deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt, nicht jedoch der materielle Lebensstand. Drei der UntersuchungsteilnehmerInnen sind aufgrund der Folgeerscheinungen bereits frühberentet, ca. ein Drittel sind arbeitslos bzw. ohne eigenes Einkommen (ebenda).



dert eine empathische, machtsensible Atmosphäre, in der der Helfende sich auf einen aufrichtigen Dialog einlassen und unmittelbare Menschlichkeit im Hilfeprozess leben.

## Ergebnisse aus der Theorie

Wie in der Einleitung bereits beschrieben, haben Jugendliche in Therapeutischen Jugendwohngruppen zumeist lange ‚Karrieren‘ negativer Lebensereignisse durchlaufen. Tiefgreifende Bindungsstörungen, Versorgungs- und Förderungsdefizite, z.T. auch manifeste körperliche oder sexuelle Misshandlung, bedingen chronische Beschwerden, Belastungen und Störungen. Frühe traumatische Erfahrungen durch unmittelbare Versorgungs- und Bindungspersonen werden nicht aufgefangen und führen zu kumulativen, komplexen Traumata mit einer manifesten neurophysiologischen ‚körperlichen‘ Komponente, sogenannten ‚Ohnmachts- und Furchtstrukturen‘ (Foa et al., 1992).

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive ist dabei wichtig, im Blick zu behalten, dass es sich in aller Regel um sozial verursachte, d.h. komplexe ‚Störungen‘ – eigentlich ‚normale‘ Reaktionen auf ‚abnormale‘ Ereignisse handelt –, auf die der Körper und die Psyche so kreativ wie möglich reagieren. Die notwendigerweise basalen Abwehrstrategien verselbstständigen sich jedoch im Lauf der Zeit und führen zu chronifizierten Störungen, da keine Verarbeitung der frühen Defizite und Überforderungen erfolgen kann. – Frühe Störungen müssen daher als ein Ergebnis eines komplexen Bedingungsgefüges zwischen psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden (Kolk, 1999). Die beeinträchtigten inneren Arbeitsmodelle und Phänomene wie z.B. erlernte Hilflosigkeit (Seligmann, 1975) bedingen extremes Misstrauen, neurophysiologische Affektdysregulationen und vor allem eine dem Hilfeprozess äußerst abträgliche, beeinträchtigte Motivationsstruktur.

Aus eben solchen Erfahrungen mit schwer verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen entwickelte John Bowlby (1907-1990) die Bindungstheorie als ein zentrales Konstrukt zum Verständnis der lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen eines Menschen. In den bekanntesten Publikationen (WHO-Studie, 1951/1973; Trilogie ‚Attachment; Separation; Loss‘, 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006) vertritt er die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen suchen und diese Erfahrungen die Basis und Grundstruktur für „die seelische Gesundheit und die Charakterentwicklung“ (Bowlby, 1953/2005, S. 11) darstellen.

Das Gefühl der Gebundenheit kann verschiedene Qualitäten annehmen. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Signale des Kindes richtig wahrnehmen, interpretieren sowie prompt und angemessen beantworten (Konzept der Feinfühligkeit; Ainsworth et al., 1974). Auf dieser

Basis unterscheidet man verschiedene Bindungstypen (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber ‚feinfühlig‘, entwickelt er eine sichere Bindung, die von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz bzw. Unzuverlässigkeit, entwickelt sich eine distanzierte bzw. unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungstypen sind dabei nicht als absolute, sondern relative Größen zu verstehen.

Nur wenn das Sicherheitsbedürfnis gestillt ist, kann unbeeinträchtigte Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen behindert dagegen die Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Im Gegensatz zur Entstehung einer ‚sicheren Bindungsbasis‘ in den ersten Lebensjahren erleben Kinder ohne einen ‚sicheren Hafen‘ daher eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existenzielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies kann zur Ausbildung eines ‚desorganisierten Bindungsmusters‘ führen, das zusätzlich zu den drei Bindungstypen klassifiziert wird und in Therapeutischen Wohngruppen und Heimen vorherrscht (vgl. Schleiffer, in diesem Band). Dazu zählt beispielsweise stereotypes Verhalten, Erstarren mitten in einer bindungsrelevanten Situation oder chaotisches Wechseln zwischen verschiedenen Bindungstypen (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999).

In die Bindungsbeziehung gehen alle Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen ein, die ein Kind mit zentralen Bezugspersonen gemacht hat. Menschen können jedoch zu verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche Bindungsmuster entwickeln – für jede Bezugsperson wird dann ein eigenständiges Arbeitsmodell ausgebildet (Steele et al., 1996). Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss nicht nur auf die momentane Situation, sondern den gesamten Lebensverlauf – bis hin zu Voraussetzungen für die Einwirkungsmöglichkeiten späterer sozialer und professioneller Unterstützung.

Bereits Bowlby (1953/1995, 1980/1983) betonte diese grundlegende Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als sichere Basis für freies Explorieren und für die Möglichkeit der Reflexion innerer Bindungsrepräsentanzen. Auch nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung als stärkster allgemeiner Wirkfaktor (Orlinsky et al., 1994; vgl. bereits Alexander & French, 1946). Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung ‚emotional korrigierender Erfahrungen‘ gelten die „unausgesprochene Affektabstimmung“ zwischen Patient/in und Therapeut/in sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94).

Spezifiziert auf den Bereich der Therapeutischen Wohngruppen bedeutet dies, dass die MitarbeiterInnen der Einrichtungen aktiv gefordert sind, als Antwort auf die beziehungsenttäuschende Vergangenheit eine emotional tragende und ‚nachnährende‘ Beziehung zu ermöglichen. Zum Verständnis dessen lohnt sich ein weiterer Blick in die Bindungstheorie: Werden zentrale Erfahrungssequenzen des Kindes bereits früh von Bezugspersonen entsprechend

dem Konzept der Feinfühligkeit (s.o.) unterstützt, entwickeln sich vage Selbstempfindungen zu ‚Internalen Arbeitsmodellen‘ (Main et al., 1985; vgl. auch Stern, 1992, bzw. Fonagy et al., 2004). Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 30). Diese Vorgänge finden eine Entsprechung auf neurophysiologischer Ebene (Spangler, 2001).

Wie bereits für das Kind ein funktionierendes Bindungssystem zugleich das Explorationssystem öffnet, eröffnet die professionelle Beziehung Räume für neue Erfahrungen und Entwicklungen. Gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden emotionalen, sozialen und kognitiven Organisationsprinzip. Auch in der Arbeit der Therapeutischen Wohngruppen arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin. So wird das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Diese Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf wieder neue Perspektiven und mehr Bindungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als ‚earned secure‘ (Main, 1995).

Als Antwort versuchen Konzepte Therapeutischer Wohngruppen therapeutische Alternativerfahrenungen auf Bindungs-, Beziehungs- und sozialer Ebene bereitzustellen, die an den jeweilig vorhandenen ‚Bindungsstatus‘ der/s KlientIn anknüpft. Dazu gehört als Voraussetzung eine mehrdimensionale, beziehungs-sensible diagnostische Abklärung, die der Biografie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert für die Intervention einzuräumen vermag (vgl. zum Vorgehen Gahleitner, 2005b; Pauls, 2004). Die Basis dafür stellt eine präzise Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene dar, insbesondere des Konzepts der ‚schützenden Inselerfahrung‘ (Gahleitner, 2005a). 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 am Beispiel einer Einrichtung näher ausgeführt.

## Umsetzung in die Praxis

### *Therapeutisches Milieu als Konzept*

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 wird zumeist in diesem Kontext belegt,

in den letzten Jahren jedoch zunehmend auch mit Mädchen mit Borderline-Problematiken und frühen Bindungsstörungen. In der Einrichtung ‚Myrrha‘ wird ein Milieu geschaffen, das den Mädchen und jungen Frauen ermöglicht, sich psychisch zu stabilisieren, (Selbst-)Vertrauen zu gewinnen, realistische Lebensperspektiven für sich zu entwerfen und umzusetzen, ein konstruktives Krisenmanagement zu erlernen sowie ein Netz förderlicher sozialer Kontakte aufzubauen. Die MitarbeiterInnen sind PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und eine Kunst- und Kreativtherapeutin und verfügen meist über therapeutische Zusatzqualifikationen. Dies ermöglicht eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. ausführliche Falldarstellung in Gahleitner, 2005a).

Jede Jugendliche hat ‚ihre‘ Bezugsbetreuung, d.h. dass jemand aus dem Betreuungsteam speziell für eine Jugendliche zuständig ist und mit ihr in regelmäßigen Gesprächen eine besondere Beziehung pflegt. Hier wird der Alltag umfassend pädagogisch begleitet und die gemeinsame Planung konkreter anstehender Schritte besprochen. Des Weiteren unterstützen eine Psychotherapeutin und eine Kreativtherapeutin den Prozess. 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 darum, die Krise im geschützten psychotherapeutischen Setting zu reflektieren, mit der eigenen Biografie zu verbinden und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwerfen. Im Übergangsraum der Kreativtherapie werden Alltagssituationen mit therapeutischer Qualität aufgesucht und den Mädchen angeboten – gezielt durch Gruppenarbeitsangebote, jedoch auch situativ. Von der gesamten Einrichtung wird die Jugendliche gefördert und unterstützt, Strategien zu entwickeln und in Umsetzung zu bringen, um möglichen weiteren Krisen vorzubeugen bzw. sie zu meistern.

Wo dies möglich ist, wird zudem mit den Familien der Bewohnerinnen zusammengearbeitet. Außerdem pflegt das Team in regelmäßigen Fallbesprechungen und kontinuierlicher Supervision interdisziplinären Austausch. Auch mit anderen Einrichtungen und Stellen wie KJPD, stationärer Psychiatrie und Beratungsstellen arbeitet das Team zusammen. In den Hilfenkonferenzen, in denen 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 so unterschiedliche Beziehungsqualitäten: mit den Peers, mit den BetreuerInnen, mit den TherapeutInnen und mit der Leitungsperson. Sie erfahren Schutz und Strukturierung durch Regeln sowie weitere Halt gebende Strukturen (vgl. Gahleitner et al., 2005).

### *Therapeutisches Milieu als Prozess*

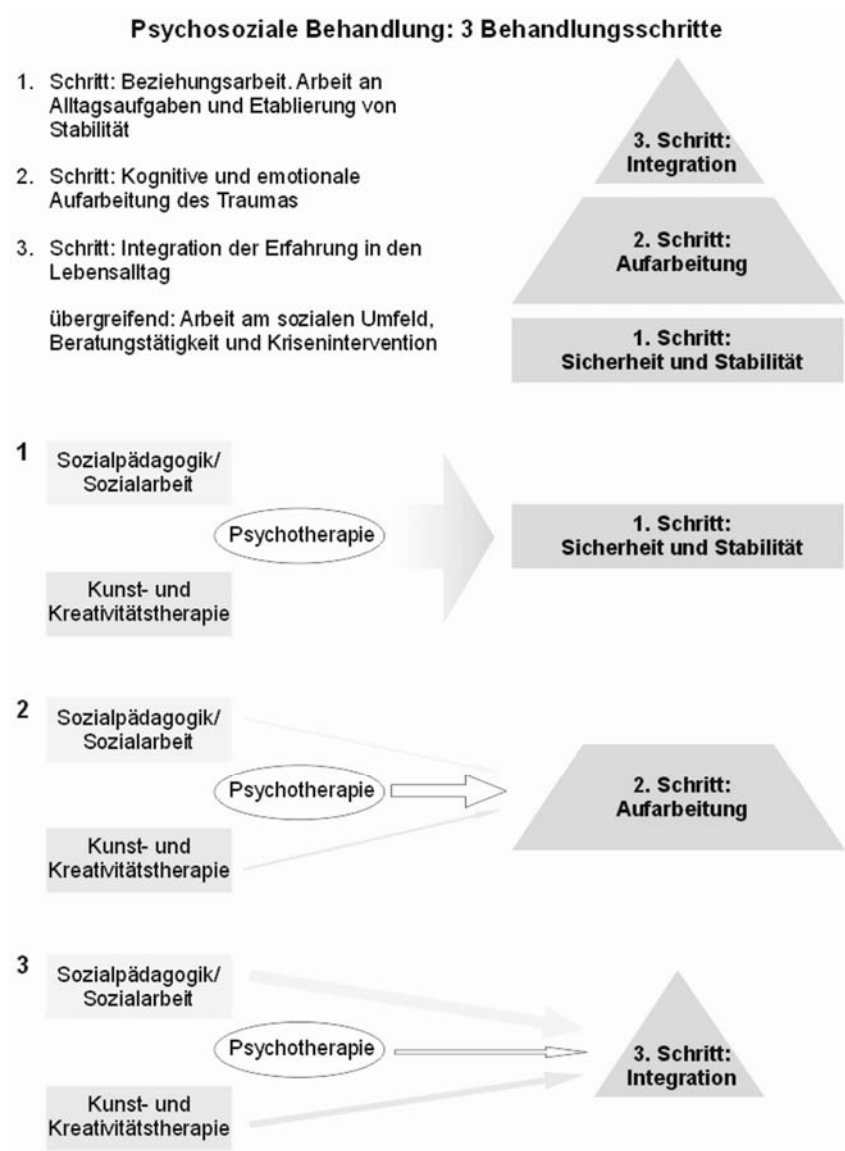
Jede Entwicklungsstufe stellt die traumatisierte Jugendliche vor neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 241) – geprägt sind. Als Grundvoraussetzung für jede Möglichkeit zur Veränderung gilt in der Einrichtung ‚Myrrha‘ die Etablierung eines Mindestmaßes an relativer Sicherheit und vertrauensvoller Bindung (Herman, 1992/1993). Nach Herstellung der äußeren Sicherheit durch die Trennung der Jugendlichen von der Traumatisierungsquelle beginnt daher zunächst die häufig mühsame und störungsanfällige Bindungsarbeit.

Diese Bindungsarbeit erfolgt auf drei Ebenen: (1) auf der Alltagsebene durch die Etablierung einer stationären Bezugsbetreuung, (2) auf der kreativtherapeutischen Ebene als therapeutischer Übergangsraum und (3) auf der psychotherapeutischen Ebene durch das Angebot einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. In enger Vernetzung ermöglichen die Angebote unterschiedliche Ebenen von Beziehungsräumen: eine klar strukturierte und nach außen orientierte Alltagsbeziehung und eine nach innen orientierte, Raum gebende, bindungsstabilisierende Beziehung. Sie eröffnen gleichermaßen Alternativen für ehemals traumatisierende Personen – sowohl in Bezug auf das Angebot von Schutz und Fürsorge als auch bezüglich des verantwortungsvollen Umgangs mit Grenzen (*Abbildung 1, 1. Schritt*).

Zunächst wird mit ressourcenorientierten Stressbewältigungstechniken, anfangs insbesondere Praktiken des Angstabbaus und der Selbstkontrolle, begonnen, um den Umgang mit bedrohlich überflutenden Gefühlen zu erlernen und zunehmend innere Sicherheit zu gewinnen. Diese Stabilisierungsarbeit kann im fortgeschrittenen Stadium und nach einer erfolgreichen Beziehungsaufnahme an vielen Stellen von mehreren Umfeldpersonen unterstützt werden: durch die konkrete Übung der erlernten Stabilisierungstechniken im Alltag oder durch die Nutzung zusätzlicher kreativtherapeutischer Angebote wie künstlerischer, aber auch sportlicher Aktivitäten und Selbstbehauptungstrainings. Die Etablierung von Stabilität ist Voraussetzung für den Aufbau des erschütterten Kontrollvermögens und für zielgerichtetes Handeln im Alltag, jedoch auch für die Bereitschaft zum Einlassen auf einen weitergehenden Aufarbeitungsprozess (Reddemann, 2001).

Erst nach Erlangen eines ausreichenden Umfangs an äußerer und innerer Sicherheit und Stabilität können Versuche unterstützt werden, sich mit den traumatischen Erlebnissen auseinanderzusetzen. Die Erfahrung zeigt hier, dass die Kenntnis einer Kombination verschiedener Verfahren auf der Basis einer positiven therapeutischen Beziehung und ausreichenden Wissens über einen situationsangemessenen Einsatz spezifischer Techniken die beste Voraussetzung für das gute Gelingen eines therapeutischen Prozesses darstellen. Die Einrichtung arbeitet daher nach einem integrativtherapeutischen Trauma-

Abbildung 1



konzept, das auf der Basis einer humanistischen Grundhaltung tiefenpsychologisches Verstehen und verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische, psychodramatische und körperorientierte Techniken miteinander verbindet. Ziel sind ‚vitale Evidenzerfahrungen‘ als Synergieeffekte körperlichen Erlebens, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozial geteilter Bedeutsamkeit (Garbe, 1991/1993, 1998). Dabei muss jedoch sehr behutsam entsprechend dem obengenannten Konzept der Feinfühligkeit vorgegangen werden. Für Traumatisierte war es über lange Zeit hinweg funktioneller, nicht über die traumatische Erfahrung nachzudenken und sie nicht 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 und für viele der Mädchen höchstens teilweise zu bewältigen.

Auch und besonders hier geht es um eine enge Zusammenarbeit zwischen den sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Aufgaben. Während der Zeit der Aufarbeitung kommt es häufig zu einer Labilisierung, die bis in den Alltag hineinreichen kann. Sozialarbeit und Sozialpädagogik müssen hier unterstützend tätig werden, um die notwendige Entlastung für den therapeutischen Prozess zu bieten. Andererseits muss das therapeutische Vorgehen mit Rücksicht auf zentrale Alltags- und Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen stattfinden und für Kriseninterventionen außerhalb der Psychotherapieeinheiten zur Verfügung stehen. Die therapeutische Begleitung der Aufarbeitung sollte also in den sozialpädagogischen Alltag eingebettet erfolgen, die sozialpädagogische Arbeit wiederum mit Augenmerk für den Aufarbeitungsprozess der Jugendlichen (*Abbildung 1, 2. Schritt*).

Zielsetzung ist die Entwicklung individueller Stärke und eine konstruktive Übernahme der Verantwortung – nicht für die Erfahrungen selbst, jedoch für den Umgang damit und so für das eigene Leben und das auf die Zukunft ausgerichtete Verhalten. So wird ein Bewusstsein für die Gefahr von Grenzüberschreitung geschaffen, individuelle Stärke betont und einer Stigmatisierung sowie Reviktimisierung vorgebeugt. Hier kann das soziale Umfeld bzw. das sozialpädagogische Team die psychotherapeutische Arbeit mit tragen, indem es die parteiliche Haltung auch im Alltag pädagogisch und administrativ unterstützt und negative Attributionen korrigiert, wie beispielsweise unangemessene Schuldübernahme zurückdrückt, unangemessene Ängste abbauen hilft und Ähnliches.

Der Abschnitt der emotionalen Restrukturierung und intensiven, wenn auch sehr vorsichtigen Arbeit an tiefen Verletzungen und Traumatisierungen benötigt daher ein zwar von der Alltagswelt deutlich getrenntes und stark geschütztes Setting, das jedoch vom Gesamtsystem durch interdisziplinäre Absprachen getragen werden muss. Die Fortschritte ebenso wie die jeweilige Belastbarkeit der Jugendlichen sollten gut mit den jeweiligen Betreuungspersonen rückgekoppelt werden. Das Team und die Bezugsbetreuung sind in dieser Phase daher nicht nur unabhängig, um stützend zur Verfügung zu stehen, sondern haben auch viel stärker die Möglichkeit, die erworbenen Alternativerfahrungen im Alltag zu stabilisieren.

Der Zuwachs an Einblick in und Kontrolle über ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen ermutigt Jugendliche dann früher oder später auch auf der Interaktions- und Handlungsebene zur Übernahme von mehr Verantwortung.

In der letzten Phase geht es auf dieser Basis um eine möglichst vollständige Rückkehr in den Alltag. Unter den neu erarbeiteten Bedingungen ist nun eine Besinnung auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Grenzen für die Lebensgestaltung wichtig. Die Integration des Traumas ermöglicht eine Distanzierung von der Opferrolle und eine verstärkte Zuwendung zu aktuellen Lebens- und Alltagsthemen. Die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und neue Perspektiven für sich und in Interaktion mit anderen zu erschließen, kann und muss wiederum in enger interdisziplinärer Arbeit stattfinden und auf die jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben ausgerichtet sein (*Abbildung 1, 3. Schritt*).

In dieser Phase hat Psychotherapie die Aufgabe der Unterstützung und ‚Zuarbeit‘ zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik bzw. Erziehungsarbeit der Eltern in Form klarer alltagsrelevanter Themen und Zielsetzungen. Am Ende dieses Zeitraums geht es bereits um die Vorbereitung des Abschieds aus der Einrichtung. Die Abschiedsphase erfordert nochmals ganz besondere Aufmerksamkeit, weil sich in ihr Beziehungs- und andere Konflikte erneut aktualisieren können. Die Einrichtung bemüht sich daher um die Möglichkeit einer Nachbetreuung für einen Übergangszeitraum, in dem die jungen Frauen in das Leben in der eigenen Wohnung begleitet werden. Auch danach sind weiterhin lockere Kontakte und Besuche der Frauen in der Einrichtung möglich, die die aufgenommenen Beziehungen auf einer freiwilligen Basis aufrechterhalten.

Das Konzept macht anschaulich, von welcher zentraler Bedeutung die Zusammenarbeit der verschiedenen Aufgabenfelder für die Herstellung und Aufrechterhaltung eines sozialtherapeutischen Milieus ist, in dem erfolgreiche Traumabehandlung stattfinden und neue Beziehungen gewagt werden können. Diese engmaschige Vernetzung erfährt bei jedem Einzelfall eine individuelle Ausgestaltung. Denn trotz der Suche nach Systematik und Struktur können und dürfen konkrete ‚Anweisungen und Forderungen‘ für die praktische Arbeit vor Ort immer nur Anregungen sein. Bindungsorientierte Arbeit in der Jugendhilfe in Form von Regeln zu organisieren, kann einen wichtigen Wissenshintergrund darstellen, vor dem aber letztlich der indikationsspezifische und situationsadäquate Einsatz die eigentliche Qualität der Hilfestellung ausmacht.

## Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior*, 4, 113-136.
- Ainsworth, Mary D. S., Bell, Silvia M. & Stayton, Donelda J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to sig-



- nals. In: Martin F. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world*, pp. 99-135. Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen*. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170).
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). Was leisten stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen? Zentrale Ergebnisse und Folgerungen der wissenschaftlichen Untersuchung Jugendhilfeleistungen (JULE). *EREV-Schriftenreihe*, 39 (2), 23-63.
- Bowlby, J. (1995). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Englisches Original erschienen 1953).
- Bowlby, J. (1983). *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt/M.: Fischer. (Englisches Original erschienen 1980).
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler 1973. (Kindlers Taschenbücher. 2106) (Original erschienen 1951).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Original erschienen 1969-1980: Vol. 1 1969, Vol. 2 1973, Vol. 3 1980).
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. (5. neugest. Aufl.). München: Reinhardt. (Beiträge zur Kinderpsychotherapie. 13) (Original erschienen 1953).
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder. An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002).
- Gabriel, T. (2001). *Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Gahleitner, S. B., Ossola, E. & Mudersbach, A. (2005). Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext. In: *Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen* (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*, S. 94-107. Berlin: AJB.
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *Psychosozial*, 28 (101), 43-58.
- Garbe, E. (1993). *Martha. Psychotherapie eines Mädchens nach sexuellem Missbrauch*. (2. überarb. Aufl.) Münster: Votum. (Original erschienen 1991).
- Garbe, E. (1998). Integrative Therapie mit Opfern sexuellen Mißbrauchs. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*, S. 500-519. Tübingen: DGVT.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Junfermann. (Amerikanisches Original erschienen 1992).
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe (2004). [Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen.] *EVAS-Auswertung 2004. Gesamtbericht*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Kolk, B. A. van der (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma*, S. 32-56. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Macsenaere, M. (2007). Wirkungsorientierte Steuerung in den Hilfen zur Erziehung. Online-Publikation. Verfügbar unter: [http://www.paderborn.de/microsite/jugendamt/download/Folien\\_Macsenaere\\_Paderborn\\_14.6.07.pdf](http://www.paderborn.de/microsite/jugendamt/download/Folien_Macsenaere_Paderborn_14.6.07.pdf) [21.07.2007].
- Macsenaere, M. & Herrmann, T. (2004). Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. *unsere jugend*, 56(1), 32-42.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*, pp. 66-104. Chicago: University of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50).
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory*, pp. 407-474. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Reddemann, (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Roos, Klaus (2002). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Seckach: Kinder- und Jugenddorf Klinge Seckach. Verfügbar unter: [http://www.klinge-seckach.de/download/kosten\\_nutzen\\_analyse.pdf](http://www.klinge-seckach.de/download/kosten_nutzen_analyse.pdf) 13.07.2007].
- Röper, G. & Noam, G. (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 VerlagsUnion.
- Schmidt, Martin H., Schneider, Karsten, Hohm, Erika, Pickartz, Andrea, Macsenaere, Michael, Petermann, Franz, Flosdorf, Peter, Hölzl, Heinrich & Knab, Eckart (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 219).
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Solomon, J. & George, C. C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. Linking classic Observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, pp. 3-32. New York: Guilford.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In: G. J. Suess, H. Scheurer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik*, S. 157-177. Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books).

*Jutta Czapski & Janice Bridger*

„Kunst ist Therapie“ (Joseph Beuys)

## **Kunsttherapie mit traumatisierten Jugendlichen**

„Das Trauma im Sinne der Psychoanalyse ist das Ereignis der Begegnung des Subjekts mit etwas völlig Fremdem, Gewaltvollem, von dem es dennoch unausweichlich und bis in seine intimste Identität betroffen wird, (...) und das in ihm unauslöschliche Spuren hinterlässt.“ (Bernet, 2003, S. 47).

### **Einleitung**

Ein Trauma ist eine überwältigende Situation, in der sich die betroffene Person extrem hilflos und ohnmächtig fühlt. Die geistige und in vielen Fällen auch die körperliche Integrität werden schwer beschädigt. Je nach Schweregrad unterscheidet man Makro- und Mikrotrauma, wobei die durch Menschen zugefügten Traumata, sog. „man-made-Traumata“, als die am schwersten zu verarbeitenden gelten.

Bei einem Trauma sind die in bedrohlichen Situationen typischen Reaktionsweisen, nämlich Flucht und Angriff, nicht mehr möglich. Daher reagiert die Psyche mit bestimmten coping-Strategien, und zwar zum Beispiel damit, während des traumatischen Erlebnisses in eine Art inneres Erstarren zu fallen (freezing) oder zu dissoziieren. Auch im Nachhinein ist die Abwehr der traumatischen Erinnerung durch Dissoziation und Spaltung eine typische coping-Strategie. Das bestätigen auch Ergebnisse der neueren Hirnforschung, die gezeigt haben, dass Ereignisse, die eine bestimmte Reizschwelle überschreiten, unabhängig von unserem biografischen Gedächtnis gespeichert werden. Wir haben es also mit zwei unverbundenen Formen von Gedächtniserinnerung zu tun. (vgl. Hampe, 2003, S.63).

Die psychischen Folgen gerade in der Kindheit erlebter Traumata sind vielfältig: Depression, Suizidalität, Entwicklung von Ängsten, Beziehungs- und Bindungsstörungen, dissoziative Zustände, selbstverletzendes Verhalten bis hin zu Persönlichkeitsstörungen, vor allem wenn das Trauma innerhalb der Primärbeziehungen erfolgt ist, weil mit dem Trauma dann auch noch ein fundamentaler Vertrauensbruch und eine, meist das gesamte Familienumfeld betreffende, schwierige Psychodynamik einhergehen. Die oft gravierenden psychischen Folgen sind daher vielfach nicht durch das Trauma allein verursacht, sondern sind aus einem Zusammenspiel von Traumatisierung und problematischen Familienstrukturen entstanden.

Im Folgenden soll die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen am Beispiel der therapeutischen Mädchenwohngruppe *Myrrha* vorgestellt werden, wobei vor allem auf die Kunsttherapie fokussiert wird.

Dabei möchten wir anhand konkreter Beispiele zeigen, wie Kunsttherapie wirkungsvoll im Rahmen einer Therapeutischen Wohngruppe (TWG) eingesetzt werden kann. Auch wenn die heilsamen Wirkfaktoren der Kunsttherapie außer Frage stehen und das ausschlaggebende Kriterium sind, weshalb die Kunsttherapie als wertvoller Beitrag in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen eingesetzt wird, so stoßen wir mit unserer Arbeit natürlich dennoch an Grenzen. Diese zeigen sich innerhalb der Kunsttherapie vor allem dann, wenn der Widerstand der Jugendlichen groß ist, sich auf gestalterische Prozesse einzulassen. Dahinter steckt meistens die Angst, es könnte beim künstlerischen Gestalten etwas zum Vorschein kommen, was sich der Kontrolle entzieht, nämlich Gefühle, vor denen die Jugendliche Angst hat, oder die der Therapeutin zu viel Einblick geben würden.

Auch wenn einzelne Jugendliche in der Therapie das Medium Sprache dem Einsatz von künstlerischen Medien vorziehen, so machen wir insgesamt die Erfahrung, dass die Kunsttherapie von unseren Jugendlichen gut angenommen wird.

## **Zur Verankerung der Kunsttherapie im Gesamtkonzept der *Myrrha***

Wichtig ist zunächst einmal das Grundverständnis, dass die professionelle Arbeit in einer therapeutischen Wohngruppe nur als Ganzes greift; deshalb ist die enge Verzahnung der einzelnen am Hilfeprozess beteiligten Bereiche so wichtig. Diese Bereiche – Psychotherapie – Kunsttherapie – Bezugsbetreuung – Gruppenpädagogik – Alltagsstruktur – Elternarbeit – stehen gleichwertig nebeneinander; es gibt also keine Hierarchie der Bereiche. Alles wird mit seinen jeweiligen Chancen zur Förderung und Stabilisierung der Jugendlichen genutzt. Hierzu gehören zwei verbindliche wöchentliche Therapietermine, welche die Jugendlichen wahrnehmen: einer bei der Psychotherapeutin sowie einer bei der Kunsttherapeutin.

Ein zentrales Element der Vernetzung sind die regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen, in denen der „Fahrplan“ für die nächste Etappe – in der Regel die kommenden zwei Monate – abgesprochen wird. Hier fließen die Einschätzungen aus der Therapie und aus der Pädagogik zusammen. Es wird entschieden, welche zentralen Themen anstehen und wer die Jugendliche wie dabei unterstützt, die anstehenden (Entwicklungs-)Aufgaben zu bewältigen.

Infoluss auf kurzem Wege ist im Alltag einer TWG sehr wichtig: Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den KollegInnen aus dem Betreuungsdienst und der Kunsttherapeutin darüber statt, was sich im Alltag getan hat, mit dem Fokus darauf, was davon in der Kunsttherapie aufgegriffen werden könnte. Ebenfalls vermittelt die Kunsttherapeutin der diensthabenden KollegIn aus

dem Betreuungsdienst, in welchem psychischen Zustand die Jugendliche aus der Kunsttherapie heraus kommt. Beide Bereiche haben im Blick, in welchen Bereichen gut mitgearbeitet wird und wo es gerade hakt, so dass Interventionen zeitnah besprochen und umgesetzt werden können. Es wird stets abgesehen, in welchem Setting an welchem Thema gearbeitet wird, um sich gegenseitig zu stützen und eine Überforderung der Jugendlichen zu vermeiden.

Es gibt immer eine klare Absprache zwischen der Psycho- und der Kunsttherapeutin, wer die fallführende Therapeutin ist, im Regelfall ist das die Psychotherapeutin. Hier wird die eigentliche Problematik der Jugendlichen bearbeitet. Der kunsttherapeutische Bereich ist dann unterstützend tätig. Es kann aber auch anders sein, dass die Kunsttherapeutin aufgrund einer besseren Bindung zwischen ihr und der Jugendlichen zur fallführenden Therapeutin wird. Dann bedeutet es, dass die Psychotherapeutin auf der Beziehungsebene weniger einsteigt und eher verhaltenstherapeutisch arbeitet, Trainings zu bestimmten Themen durchführt oder diagnostisch arbeitet.

Die Absprache zur fallführenden Therapeutin ist auch gegenüber der Jugendlichen klar benannt. Das ist sehr wichtig, damit die Jugendliche weiß, in welchem Beziehungsraum was stattfindet. Dies gibt der Jugendlichen Orientierung und Sicherheit und Loyalitätskonflikte werden weitestgehend vermieden.

Wenn Bewohnerinnen ambulante PsychotherapeutInnen haben, vernetzt sich die Kunsttherapeutin auch mit ihnen, damit in eine Richtung gearbeitet wird und es keine Spaltungen gibt.

Die Vernetzungsarbeit wird den Jugendlichen gegenüber transparent gemacht.

Es wird darauf geachtet, dass die Settings eingehalten werden. Wenn die Jugendliche z.B. in einem Bezugsbetreuungsgespräch ein therapeutisches Thema anspricht, wird das nicht in der Bezugsbetreuung bearbeitet, sondern die Jugendliche wird dabei unterstützt, das Thema in die Therapie einzubringen.

Es kann aber auch Situationen geben, die in beide Bereiche hineinspielen, z.B. das Ritzen. Wenn eine Jugendliche ritzt, wird sie zunächst von den BetreuerInnen versorgt (verbunden, geklärt, ob die Wunde genäht werden muss, etc.). Dann wird später im Alltag mit ihr besprochen, was sie das nächste Mal tun kann, um nicht zu ritzen. Wenn sie darüber sprechen will, welche Erinnerungsbilder aus dem Trauma sie zum Ritzen gebracht haben, gehört das wiederum in die Therapie und die Kunsttherapeutin kann das kunsttherapeutisch mit ihr bearbeiten.

Oder eine Jugendliche erarbeitet sich in der Bezugsbetreuung eine Strategie, was sie tun will, wenn eine bestimmte schwierige Alltagssituation wieder auftaucht. Mit dieser Strategie geht sie dann in die Kunsttherapie und kreiert sich dazu ein Symbol, das sie künftig an die erarbeitete Strategie erinnern soll.

Dann gibt es noch einen weiteren Bereich, an dem sowohl die Kunsttherapeutin als auch eine Kollegin aus dem Betreuungsdienst beteiligt sind, nämlich das wöchentlich stattfindende Kunstprojekt, als Übergangsraum zwischen Therapie und Pädagogik. Inhalt des Kunstprojektes sind Kunstaktionen mit der

ganzen Gruppe, die bewusst keinen gruppentherapeutischen Anspruch haben, sondern das Ziel verfolgen, dass sich der Einzelne in der Gruppe auf eine ganz andere (nämlich schöpferische und zumeist spielerische) Weise erleben kann als in Alltagszusammenhängen. Das Gemeinschaftsgefühl sowie soziale Fähigkeiten werden gestärkt. Da hierbei die Gruppendynamik immer offen oder verdeckt zum Thema wird, und auch Fähigkeiten und Schwierigkeiten des Einzelnen zum Vorschein kommen, haben Kunsttherapeutin und Betreuerin gerade im Kunstprojekt eine sehr gute Möglichkeit, genau hierauf einzugehen. Die Aufgabe der Kunsttherapeutin ist es dabei, therapierelevante Situationen zu erkennen und herauszuheben, ohne sie jedoch gezielt therapeutisch zu bearbeiten, das erfolgt dann in den Therapien.

### **Kunsttherapeutisches Handeln anhand von konkreten, situationsbezogenen Beispielen**

Anhand folgender Beispiele möchten wir verdeutlichen, wie die Kunsttherapie konkret eingesetzt wird:

#### *Ressourcenarbeit*



*(der innere sichere Ort als Garten)*

Gerade mittels der Kunsttherapie ist es besonders gut möglich, Zugang zu den Ressourcen der Jugendlichen finden. Durch die Freude am Schöpferischen können sie mit ihrer eigenen Kraft wieder stärker in Kontakt kommen. Kunst macht vor allem auch Gestaltungswünsche bewusst und lotet auf der künstlerischen Ebene spielerisch neue Wege aus. Dass sich in der Kunsttherapie modellhaft etwas abspielt, was in die konkrete Lebensführung mit hinübergenommen werden soll, dass Kunsttherapie also dazu da ist, gewisse Ichkompetenzen aufzubauen, die auf der Ebene der Kunst ausprobiert werden, ist ein zentraler Punkt. Dies soll im Folgenden konkreter erläutert werden:

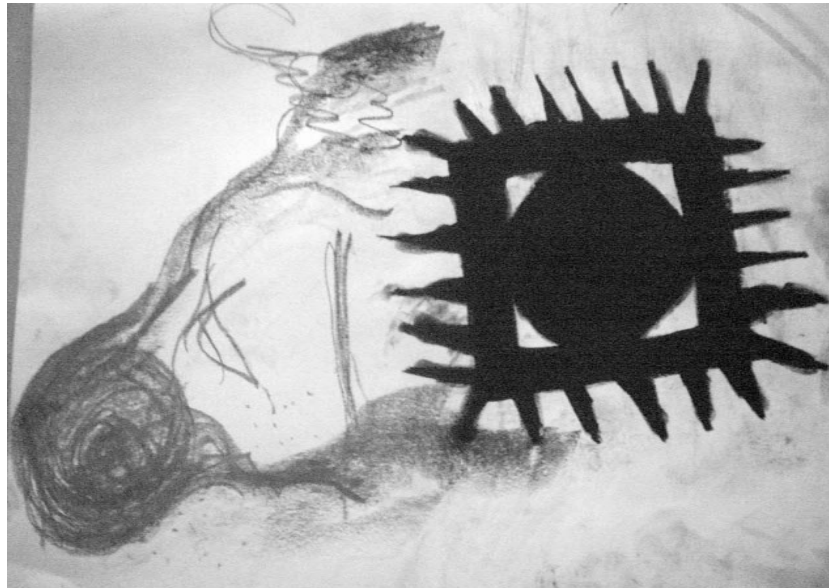
Zum Beispiel lässt sich auf der künstlerischen Ebene der innere sichere Ort, ein Element aus dem traumatherapeutischen Konzept von Luise Reddemann, abbilden, und zwar – und das ist gerade das Privileg der künstlerischen Therapien – nonverbal im Modus des inneren Erfahrens und Erlebens.

Kunsttherapie eröffnet den Jugendlichen also einen Selbsterfahrungsraum, in dem es durch das künstlerische Medium auf eine besondere Weise möglich wird, mit sich selbst in Kontakt zu treten. Erfahrung macht klug, so sagt man, aber eben nur die eigene. Gerade das fokussiert ressourcenorientierte Arbeiten kann dabei eine sehr aufbauende und stabilisierende Wirkung haben.

Als Resultat eines künstlerischen Prozesses kann zum Beispiel ein Bild entstehen, das für die Jugendlichen zu einem sichtbaren Ausdruck ihres Ichs wird. Wir erleben sehr oft, wie die Bilder als Selbstvergewisserung dienen, sozusagen als Spiegel. Das ist besonders für Jugendliche etwas ganz Wichtiges, da gerade sie auf der Suche nach sich selbst sind, und ganz besonders unsere traumatisierten Jugendlichen, die in ihrem Selbst fundamental verunsichert sind.

Gerade bei sexuellem Missbrauch ist die Selbstvergewisserung durch das Bild sehr wichtig, da von sexuellem Missbrauch betroffene Jugendliche oft erhebliche Zweifel an den eigenen Gefühlen haben. Außerdem kann mittels der Kunst das Gebot des Schweigens gebrochen werden, das ja insbesondere bei sexuellem Missbrauch oft ein großes Problem ist.

*Kunsttherapeutische Beziehungsarbeit*



*nonverbales Beziehungsbild zwischen Klientin (rechts, im Original schwarz) und Kunsttherapeutin (links, im Original grün)*

Beziehungsarbeit ist einer der wichtigsten Wirkfaktoren therapeutischen Handelns überhaupt. Mit folgender therapeutischen Technik lässt sich nonverbal sehr schön die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin zum Thema machen:

Beide suchen sich eine Farbe aus und beginnen gleichzeitig und schweigend auf dasselbe Blatt Papier zu malen. Verabredung ist, dass es um ein Gespräch ohne Sprache geht, welches sich möglichst in Linien und abstrakten Formen ausdrücken soll, aber nicht im figürlichen Zeichnen. Das Gebilde auf dem Papier lässt in kurzer Zeit sehr gut die Beziehungsdynamik erkennen: wie sucht die Klientin Kontakt zur Therapeutin, wie weit wagt sie sich vor, wie weit darf sich die Therapeutin vorwagen, oder geht es eher um Abgrenzung und Schutz? Lassen sich Widerstände erkennen, gibt es spielerische Elemente, Herausforderungen zur Kontaktaufnahme, oder igelt sich die Klientin eher ein? Das Beziehungsbild kann anschließend besprochen werden, wobei sich weiterführende Fragen und Wünsche an die Beziehung anschließen können, die ohne das Bild viel weniger greifbar geblieben wären.



### *Kunsttherapeutische Angstbewältigungsstrategien*



*getöpferte Angstfigur*

Da Angst bis hin zu ausgeprägten Angststörungen in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen immer ein wichtiges Thema ist, nimmt sie auch in der Kunsttherapie einen großen Raum ein.

Intention aller auf Angstbewältigung abzielender therapeutischer Methoden ist es, die Klientin in Kontakt mit ihrer eigenen Angst zu bringen, und zwar möglichst so, dass sie ihre Angst vor der Angst verliert und im Zugehen auf die Angst zugleich Zugang zu ihren Ressourcen findet. Dazu lässt die Kunsttherapeutin die Angst oft personifizieren und zum Beispiel als Figur töpfern. Auf der Ebene der Kunst kann das Ungeheuerliche im selbst gewählten Bild oder der gestalteten Figur physiognomiert werden, d.h. es wird ihm eine Gestalt gegeben. Dadurch wird es möglich, in ein Verhältnis zu ihm zu treten (vgl. Hampe, 2003, S. 281ff.). Auf vielfache Weise lässt sich therapeutisch mit solch einer Angstfigur weiterarbeiten:

Zum Beispiel lässt die Kunsttherapeutin die Klientin im Hinblick auf die Angstfigur so viel Distanz im Raum einnehmen wie sie es gerade braucht, um die Möglichkeiten des Distanzierens bewusst zu machen und zu üben. Als sehr hilfreich hat es sich erwiesen, der Angst zum Beispiel einen Brief zu schreiben, oder die Kunsttherapeutin bittet die Jugendliche, sich vorzustellen, dass die Angst sprechen könnte und aus der Sicht der Angst einen Brief zu schreiben. Was hätte die Angst der Jugendlichen wohl zu sagen?

Bei der Krisenintervention von Panikattacken geht die Kunsttherapeutin anders vor. Hier geht es zunächst einmal um nichts anderes als um Distanz zu dem übermächtigen Panikgefühl. In diesen Fällen lässt die Kunsttherapeutin die Jugendliche zuerst einen dicken Rahmen auf ein kleines Blatt Papier malen mit einer Farbe, die sie beruhigt. In den Rahmen lässt sie sie ein Symbol malen für das Panikgefühl. Daraufhin wird das Blatt zusammengefaltet und mit Zeitungspapier und Klebeband mehrfach verpackt. Am wichtigsten hierbei ist der Akt des Verpackens, weil er der Jugendlichen ein Gefühl der Handlungsmächtigkeit zurückgibt. Das Angstpäckchen kann dann symbolisch beseitigt werden, zum Beispiel durch Vergraben.

Handeln also statt Ohnmacht, darum geht es bei allen die Angst betreffenden kunsttherapeutischen Methoden. „Insbesondere früh traumatisierten Patientinnen und Patienten ermöglicht Kunsttherapie die Strukturierung und Differenzierung einer als chaotisch und bedrohlich erlebten Innenwelt und die Entwicklung der Fähigkeit zur Symbolisierung.“ (Hampe, 2003, S. 217).

### *Kunsttherapeutischer Umgang mit Spaltung*



*Collage mit dem Titel „Landkarte der Seele“*

Auf die voneinander gespaltenen Anteile der Persönlichkeit kann Kunsttherapie mit integrativen Techniken reagieren, das möchten wir hier etwas ausführlicher erklären:

Künstlerische Prozesse sind innere Gestaltungs- und Umgestaltungsprozesse. Einen Umgang mit dem Trauma zu finden, das meint eben, in eine innere Bewegung zu kommen, Bilder und Symbole zu finden für das, was gewesen ist.

Das Bild ist dem ursprünglich Erleben so nah und sagt manchmal mehr als viele Worte. Sogar das sprachlich Unsagbare wird kommunizierbar, nämlich das Traumatische, das der Sprache oft gar nicht richtig zugänglich ist, aber das symbolhaft ausgedrückt werden kann. C.G. Jung hat immer wieder darauf hingewiesen, dass Symbole die Verarbeitungsstätten der Komplexe sind, also dass man, indem man anfängt, Bilder und Symbole für ein Gefühl oder ein Erlebnis zu finden, damit schon beginnt, sie einzuordnen und in einen Zusammenhang zu stellen. Das Unverbundene, das aus dem lebendigen Daseinsvollzug herausgefallen ist, die entfremdete Vergangenheit also, kann so wieder angeeignet und integriert werden als Teil der eigenen Biographie. Grundsätzlich geht es darum, ein in seiner pathologischen Stoßkraft erlebbares Phänomen zu historisieren, d.h. in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren.

Der künstlerische Prozess kann diesen Akt des Integrierens sehr gut unterstützen. Die Kunsttherapeutin arbeitet diesbezüglich methodisch besonders gerne mit Collagen. Hierbei geht es ja darum, einzelne Papierschnipsel und Ausgeschnittenes auf ein Blatt anzuordnen und auf ihm zusammenzubringen. Das Blatt fungiert beim Akt des Gestaltens natürlich nicht einfach nur als Blatt, sondern es wird symbolisch zum eigenen Selbst. Ist es möglich durch die Spaltung hindurch die Ganzheit der Person wiederzuerlangen? In der Kunst übt der Klient/die Klientin jedenfalls diesen Vorgang.

Natürlich kommt nicht allein dem künstlerischen Prozess diese integrierende Bedeutung zu, sondern ganz entscheidend auch der therapeutischen Beziehung.

*Transformation von Aggressionen in der Kunsttherapie*



*Actionpainting*

Um Jugendliche die Vitalität ihrer Aggressionen spüren zu lassen, eignet sich in der Kunsttherapie mit aggressiven Jugendlichen (die über eine Grundstabilität verfügen) besonders Actionpainting in allen möglichen Varianten. Dabei wird Farbe oder Farbschlamm auf eine Leinwand geworfen oder wild gespritzt. Die therapeutische Intention ist es, die Jugendlichen zunächst mal ihre Aggressionen lustvoll ausleben zu lassen und ihnen in der Kunst ein Ventil zu geben.

Wichtig ist auch die volle Legitimation des Auslebens von Aggression innerhalb des therapeutischen Beziehungsrahmens. Actionpainting ist natürlich eine Art der Sublimierung als Paradebeispiel, wie man seine Aggressionen sublimieren kann ohne sie zu verdrängen und dabei ihre negative Energie in schöpferische Kraft umwenden kann. Oft sind die Jugendlichen darüber erstaunt, was dabei für wundervolle, lebendige Resultate herauskommen.

*Kunsttherapie als Antidepressivum: Handlung versus Ohnmacht*



*Kleister- und Farbtechnik*

Im Akt des künstlerischen Gestaltens erlebt sich die Jugendliche als autonom Schaffende. Sie ist nicht mehr länger Opfer eines bedrückenden Gefühls wie Depressionen, sondern dreht im schöpferischen Akt den Spieß um: „Die Depression macht nicht mehr etwas mit mir, sondern ich mache etwas mit der Depression.“

Dazu werden in der Kunsttherapie Techniken angewendet, die sehr spielerisch sind und wenig Nachdenken erfordern und bei denen vor allem immer etwas entsteht. Zum Beispiel mischt die Kunsttherapeutin Kleister an und lässt Farbe mit den Händen in ihn verreiben oder sie lässt das Blatt mit Öl einreiben und daraufhin die Farben in das Öl reiben. Das Malen mit den Händen erweckt

dabei Assoziationen an kindliche Ressourcen und die kreisenden Bewegungen sind manchmal in der Lage, die innere Erstarrung zu lockern: Auf dem Blatt bewegt sich etwas, es gerät in eine Transformation. Ebenso bleibt auch das depressive Gefühl nicht stehen, sondern wird vielleicht mit in die Bewegung gezogen. Die innere Leere gewinnt im entstehenden Bild ein Gegenüber.

Abschließen möchten wir unseren Beitrag mit folgendem Zitat:

„Was die Menschen wirklich bewegt, sie handeln und entscheiden lässt, das sind vor allem Empfindungen, Gefühle, Bilder. Begriffe wie Liebe, Freude, Angst, Schmerz, Trauer oder Schönheit dienen eigentlich nur der Etikettierung des Unsagbaren. Sinn bekommen sie erst im Zusammenhang mit den Bildern und Gefühlen, die jeder einzelne damit verbindet. (...) Darum ist das Bild – auch als therapeutisches Mittel – so wichtig, weil es dem Gefühl so nah steht.“ (Neumann, 2003, S. 164).

## Literatur

- Bernet, R. (2003). Symptome als Sprache unmäßigen Leidens. In: M. Heinze, Ch. Kupke, Ch. Kurth (Hrsg.), *Das Maß des Leidens* (1. Aufl.), S. 45-58. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Hampe, R. (Hrsg.) (2003). *Trauma und Kreativität: Therapie mit künstlerischen Medien; Dokumentation zur 13. Jahrestagung der IGKGT an der Universität Salzburg*. (1. Aufl.) Bremen: Universitätsverlag.
- Neumann, N. U. (2003). Kunst wirkt, auch therapeutisch. Anmerkungen eines Psychiaters. In: W. Kraus, (Hrsg.), *Die Heilkraft des Malens* (4. Aufl.), S.163-166, München: C.H. Beck oHG.

*Heike Funk & Wolfgang Merda*

## Gewalt und Aggressionen bei Jugendlichen in TWGs

### Teil 1

#### Einleitung

Diejenigen, welche beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, kennen das Thema Gewalt und Konfliktsituationen unter Jugendlichen nicht nur aus den Medien, sondern erleben dies tagtäglich in ihrer Arbeit. Sie müssen nicht nur immer wieder damit umgehen, manchmal werden sie sogar selbst zum Opfer. Auf der einen Seite stehen Eltern, Pädagogen, Polizisten und Ärzte diesem Phänomen meist hilf- und ratlos gegenüber. Auf der anderen Seite stehen Kinder und Jugendliche, welche den Anforderungen von Schule und Gesellschaft nicht gerecht werden, meist vom Leben frustriert sind und keine erfolgsversprechende Zukunft für sich sehen. Dieser Artikel gibt einen Überblick zum einen, wie man mit Gewalt in therapeutische Wohngruppen umgehen kann und zum anderen wird versucht, sich diesem Thema aus juristischer Sicht zu nähern.

#### Grundlagen

Die Fähigkeit des Menschen zu **aggressivem Handeln** ist eine Ressource und eine für sein Leben und Überleben notwendige Fähigkeit. Ohne diese Fähigkeit könnte der Mensch nicht überleben. Sie dient beispielsweise der Nahrungsbeschaffung, der Fortpflanzung und dem Erhalt eines positiven Selbstwertgefühls. Diese Form der Aggression könnte man als Selbsterhaltungsaggression bezeichnen.

Ihr steht die destruktive Aggression gegenüber, welche nicht mehr der Selbsterhaltung dient. Sie enthält eine Schädigungsabsicht gegenüber anderen Menschen oder der eigenen Person, indem ein tatsächlicher psychischer, physischer oder materieller Schaden zugefügt und eine Normverletzung (Straftat) begangen wird. In diesem Sinne unterstützt sie nicht mehr unsere evolutionäre Entwicklung, sondern gefährdet sie.

Auch der Begriff **Gewalt** ist von seinem Ursprung her nicht negativ besetzt: Er stammt aus dem althochdeutschen und bezieht sich auf etwas verwalten, stark sein, etwas beherrschen usw.

Im juristischen Sinn handelt es bei dem Begriff Gewalt um eine nicht – legitimierte Anwendung von Machtmitteln zur Durchsetzung einer Absicht gegen den Willen einer anderen Person.

Der Begriff **Eskalation** leitet sich von dem englischen Wort „escalation“ = Steigerung ab und meint einen Prozess fortwährend steigender aggressiver Spannung, bei welchem unterschiedliche Einflussgrößen und Mittel zusammenwirken.

### *Die 10 Stufen der Eskalation*

- 10. Tötung**  
Oder Tötungsversuch
- 9. Gefährliche Gewalt**  
Waffengebrauch, Schlagen mit Gegenständen
- 8. Körperverletzung**  
Schlagen mit Fäusten, Fußtritte, Person umwerfen
- 7. Tätlichkeit**  
Rangelei, Ohrfeigen, Kratzen, Schubsen
- 6. Drohung und Sachbeschädigung**  
Einschüchterung, Angst machende Gebärden, Beschädigung von Gütern
- 5. Bruch von Vereinbarungen**  
Schaffung vollendeter Tatsachen, Missachtung von Abmachungen, Bruch der Loyalität
- 4. Bruch von Kommunikationsregeln**  
Nicht-ausreden-lassen, Nicht-Zuhören, Hinten herum schwatzen, Entwertung, Beschimpfung
- 3. Druck ausüben**  
Ultimaten, passiver Widerstand, Verweigerung
- 2. Meinungskampf**  
Aufrechnen, symmetrische verbale Eskalation
- 1. Unangemessenheit der Ausdrucksmittel**  
Lautes Reden, befehlsmäßige oder übertriebene Ausdrucksweise, Beharren

**Eine unmittelbar gefährliche Eskalation lässt sich daran erkennen, dass die erregte Person verbal nicht mehr erreicht werden kann. Nach dem Gewaltausbruch folgt eine Phase der Erschöpfung, in welcher nach wie vor eine große Gefahr erneuter Gewalttätigkeit besteht.**



### *Die Dynamik der Gewalttätigkeit*

Eine Gewalttätigkeit in verbaler und tätlicher Weise entsteht vornehmlich zwischen Menschen, die einen direkten oder indirekten Bezug zueinander haben oder einen Bezug zu einer anderen Person fantasieren oder gar halluzinieren. Missstimmungen machen es notwendig, bestehende Probleme zu lösen. Falls jedoch eine verminderte Kommunikations- und Problemlösekompetenz der Konfliktpartner besteht, eskaliert der Konflikt weiter, da Unterlegene in Kampfsituationen dazu neigen, schrittweise Spielregeln zu verletzen, um in einer Auseinandersetzung ihre Kraft wirkungsvoller einzusetzen. Eine Unterlegenheit im Kommunikationsbereich kann die Gewaltbereitschaft fördern (z.B. bei minderintelligenten Menschen). Spielregeln in der Auseinandersetzung werden nicht mehr eingehalten.

### *Ursachen für erhöhte Aggressionsbereitschaft*

Biologische Faktoren wie Stoffwechselstörungen (z.B. Blutunterzuckerung), hormonelle Einflüsse, hirnanorganische Beeinträchtigung (z.B. Verletzung des Stirnlappens) usw. können zu einer erhöhten Aggressionsbereitschaft führen.

Abweichungen von der eigenen Kultur, religiösen und politischen Anschauungen können Angst und Aggressionen auslösen. Psychosoziale Faktoren wie niedriger sozioökonomischer Status, frühkindliche Vernachlässigung und Traumatisierung, schwere Misshandlung und Kriegserlebnisse führen zu einer veränderten Aggressionsbereitschaft. Bio-psychosoziale Faktoren, die Wechselwirkung zwischen individueller Verletzbarkeit und Umwelt, (z.B. akute paranoide Schizophrenie oder andere krankheitsbedingte Ursachen) verändern das Aggressionspotenzial. Interaktive Faktoren, anhaltende Konflikte innerhalb der Familie oder am Arbeitsplatz können aggressives Verhalten begünstigen. Ebenso führen eine fehlende soziale Kontrolle, unklare Regeln des Zusammenlebens, Anwendung von offener Gewalt als akzeptierte Verhaltensweise zu erhöhter Aggressionsbereitschaft.

### *Checkliste zur Einschätzung der Gefährlichkeit von möglichen Risikofaktoren auf Seiten eines potenziellen Täters*

Ob ein Mensch ein erhöhtes Gewaltpotenzial in sich trägt, hängt von den eigenen Gewalterfahrungen, möglichen psychischen Erkrankungen, seiner Einstellung zur Gewalt allgemein und seinem Lebenskontext ab. Die folgende Checkliste soll helfen ein mögliches Risiko frühzeitig zu erkennen, um pädagogische und therapeutische Intervention zu etablieren, bevor jemand zu Schaden gekommen ist.

### **Gewalterfahrung**

- Erlebte Misshandlung in der Kindheit und Jugend
- Kriegserfahrung, Gewöhnung an Gewaltausübung
- Frühere Gewalttaten oder gar Straftaten im Gewaltbereich, besonders gefährlich bei exzessiven Gewaltausübungen und wahlloser Opferwahl
- Gewaltandrohungen als Mittel der Durchsetzung von Interessen schon wiederholt eingesetzt
- Häufiger Umgang im Gewaltmilieu
- Gelernter Umgang mit Waffen, Übung im Kampfsport, exzessiver Umgang mit Waffen
- Ausgedehntes Spielen von Computerspielen mit menschlichen Zielen, die zu erschießen sind
- Regelmäßiger Konsum von harter Pornografie, besonders mit Gewaltdarstellungen; bzw. regelmäßiger Konsum von sadistischen und grausamen Gewaltvideos

### **Psychiatrische Faktoren**

- Aktuell unbehandelte paranoide Psychose, besonders gefährdet sind Personen, die in einen Wahn einbezogen werden, wie zum Beispiel beim Eifersuchtswahn
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung, Gewissenlosigkeit, geringe Frustrationstoleranz
- Schnell kränkbare und reizbare Persönlichkeit, z.B. bei hirnnorganisch Beeinträchtigten

### **Innere Haltung**

- Billigung von Einschüchterung und Gewalt als Methode zur Durchsetzung von Interessen
- Gleichgültige, uneinsichtige bis feindselige Haltung gegenüber Gesetzen, dem Staat und rechtlichen Verfügungen
- Abstreiten bzw. Bagatellisieren von Gewaltneigung und schon begangenen Gewalttaten
- Besitzdenken gegenüber Personen
- Entwertung, Hass oder Verachtung gegenüber ganzen Personengruppen, welchen jegliche Integrität oder Schutzbedürftigkeit abgesprochen wird.

### **Situative Faktoren**

- Geringe Kommunikationskompetenz, z.B. bei Minderintelligenz
- Soziale Ausgrenzung
- Verminderte Belastbarkeit bei Erschöpfung, akuter Traumatisierung
- Suchtmittelmissbrauch

### **Hinweise auf akute Gefahr**

- Drohung mit gezielter Gewaltanwendung
- Massive Kränkung mit Rachegeanken
- Gefühl von Ohnmacht, Hass und Wut gegenüber einer Person
- Gewaltdrohung und Waffenbesitz
- Abnorme Erregung, Eifersucht
- Auch während abklingender Erregung besteht noch akute Gefahr!

(Die Checkliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

**Die beiden wichtigsten Hinweise auf akute Gefahr sind das eigene Angstgefühl und die fehlende Erreichbarkeit des potenziellen Täters im Kontakt.**

### **Risikofaktoren für unnötige Eskalationen auf Seiten professioneller Helfer**

Die Ursachen für gewalttätige Eskalationen liegen nicht nur beim Täter, sondern manchmal auch beim Helfer selbst. Wir lassen uns zu Handlungen hinreißen, von denen wir nachher nicht mehr genau wissen, warum wir das gesagt oder jenes getan haben.

Die folgende Checkliste soll helfen, das eigene Gefährdungspotenzial zu erkennen. (Die Checkliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit).

#### **Sie könne sich folgende Fragen stellen:**

- Habe ich eine Vorgeschichte von eigener Misshandlung oder Missbrauch?
- Habe ich eine Vorgeschichte mit eigener Gewalttätigkeit?
- Neige ich dazu, zu rivalisieren, d.h. herausfordernd zu reagieren?
- Ärgere ich mich schnell und/oder werde ich schnell wütend?
- Kenne ich bei mir Tendenzen zu Angst und Panik?
- Kenne ich bei mir eine Tendenz zur Verleugnung von Gefahr? Spiele ich gerne den Helden? Bin ich ein kleiner Macho?
- Fühle ich mich von einem potenziell gewalttätigen Klienten schnell persönlich gekränkt, möchte ich ihm vielleicht etwas heimzahlen?
- Habe ich mich schon dabei ertappt, dass ich verächtliche Bemerkungen über einen Klienten machte?
- Bin ich im Moment unter Stress? Leide ich unter Selbstzweifeln?
- Glaube ich, dass mir keine Gewalt angetan werden wird – dass dies nur anderen passiert?
- Fühle ich mich im Team isoliert?
- Habe ich Überzeugungen wie: „Opfer sind selber Schuld“, „Ich muss immer alles selbst bewältigen, sonst bin ich ein Versager“?
- Habe ich das Gefühl, dass ich unter allen Umständen für mein Selbstwertgefühl beruflichen Erfolg haben muss?

### **Gewaltprävention durch Deeskalation**

An erster Stelle steht, dass ich mich persönlich schütze. Damit ist nicht gemeint, dass ich mit einem großen Knüppel durch die Gegend laufe. Vielmehr ist damit gemeint, dass ich mir Wissen über den Umgang mit Gewalt aneigne, um mich z. B. in einer Konfliktsituation angemessen verhalten zu können. Gewaltfördernde Situationen sollten vermieden und die Mitarbeiter geschult werden, um Gewalttendenzen frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf reagieren zu können. Trotz aller Schulungen lassen sich Gewalttaten nicht immer verhindern. Aus diesem Grund sollten die Mitarbeiter auch darin ausgebildet sein, wie sie auf bestehende Gewaltsituationen reagieren und wie sie nach einer Gewalttat mit den Opfern und Tätern umgehen können. Es hat sich gezeigt, dass es wichtig ist, bestehende Werte und Normen (Gesetze, Hausordnung etc.) einzuhalten und bei Verstößen angemessen darauf zu reagieren.

### **Drei Stufen der Gewaltprävention**

Die Deeskalation oder Gewaltprävention kann auf unterschiedlichen Stufen von Grenzüberschreitung einsetzen.

#### *Erste Stufe der Gewaltprävention*

Um Gewaltausschreitungen frühzeitig zu vermeiden, ist es notwendig, Regeln des Zusammenlebens z. B. in Form einer Hausordnung auszugestalten und ein System zur Früherfassung von Gewaltneigung wie z. B. die oben aufgeführten Checklisten zu etablieren.

#### *Zweite Stufe der Gewaltprävention*

Trotz aller Gewaltprävention lassen sich Gewaltausschreitungen nicht immer vermeiden. Von daher sollte es einen Ablaufplan zur Krisenintervention geben, notfalls unter Einbeziehung anderer Helfersysteme und der Polizei.

#### *Dritte Stufe der Gewaltprävention*

Wenn es bereits zu Gewaltausschreitungen gekommen ist, ist es im Rahmen einer Rückfallprophylaxe wichtig, das Vergehen mit allen Beteiligten zu reflektieren. Hierfür ist es notwendig, ein geregeltes Setting einzuhalten unter besonderer Berücksichtigung und Schutz der Befindlichkeiten des Opfers.

**Gewaltbereite Menschen brauchen eine einfache, klare, authentische und vom ganzen Helfersystem getragene Botschaft.**

### **Deeskalation bei Gewalt**

- Merke: Schutz der eigenen Person hat immer Vorrang vor allen anderen Maßnahmen. Sich möglichst immer einen Fluchtweg offen halten zum Beispiel sich in der Nähe einer offenen Tür aufhalten.

- Abstand zum Täter halten.
- Die eigene Angstreaktion (z. B. ein ungutes Gefühl) als wichtigen Hinweis auf eine drohende Gefahr respektieren.
- Bei aggressiven Personen möglichst die Stimulation vermindern, d. h. alles, was weitere Aggressionen und Gefährlichkeit der Situation fördert, sollte vermieden werden.
- Wenn möglich, das potenzielle Opfer aus dem Gefahrenbereich bringen, vorhandene Zuschauer auffordern zu gehen, akustische Reize wie z. B. laute Musik, lautes Schreien vermeiden. Mögliche Waffen wie z. B. Küchenmesser unauffällig aus dem Zugriffsbereich des Täters bringen.
- Komplexität vermindern, d. h. mit dem Täter in einer respektvollen, verständlichen und ruhigen Sprache sprechen. Reden Sie bewusst eher zu leise als zu laut – bleiben Sie jedoch mit ihrer Aussage eindeutig und mit der Stimme fest und bestimmt, unterlassen Sie Diskussionen.
- Beziehen Sie sich auf das Aktuelle und Konkrete sowie auf die Handlungen der betreffenden Person und nicht auf die Person selbst.
- Vermeiden Sie Verallgemeinerungen und Entwertungen („Du bist immer so...“), beginnen Sie nicht, jemand zu duzen, den Sie sonst mit „Sie“ ansprechen.
- Nehmen Sie Drohungen immer ernst, diese nicht ernst zu nehmen, bedeutet eine Kränkung und kann zu einer Eskalation führen.
- Vermeiden Sie psychologisierende Äußerungen oder gar Gedankenlesen („Ich weiß genau, was in Dir vorgeht!“) und deuten Sie Aussagen nicht einfach um.
- Vermeiden Sie, den Klienten verbal in die Ecke zu drängen.
- Stellen Sie keine bohrenden Fragen, werden Sie nicht penetrant. Nicht trickreich zustimmen, jedoch auch nicht widersprechen (wie z.B.: „Das stimmt nicht!“, „da bin ich dagegen“, „da kommst Du nicht raus“), sondern z.B. sagen: „Hier hast Du offenbar diese Meinung; meine Haltung dazu ist so und so“. Im Kontakt bleiben, eigene Handlungen kurz erklären.
- Bei festgefahrenen Situationen ablenken, etwas zum Trinken anbieten, Thema wechseln. Allenfalls eher Belangloses ansprechen. Zur Unterstützung Drittpersonen wie Kollegen oder Polizei mit einbeziehen.
- Bei einer körperlichen Auseinandersetzung nur einschreiten, wenn man sich Überlegen fühlt oder wenn Hilfe da ist.

#### **Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention**

- Vermindern Sie den Erwartungsdruck an sich selbst!
- Befreien Sie sich von Zusatzbelastungen!
- Reservieren Sie sich reichlich Zeit für die Intervention!
- Nehmen Sie die Grenzverletzungen ernst – schauen Sie nicht einfach weg!
- Nehmen Sie Ihre eigene Angst ernst!
- Grenzen Sie sich ab!

- Nehmen Sie Distanz und gewähren Sie Distanz!
- Gehen Sie im Zweifelsfalle lieber mit zu viel, als zu wenig Unterstützung ans Werk!
- Vermindern Sie das Erregungsniveau durch ruhige und kurze Mitteilungen!
- Beachten Sie die Handlungsprioritäten (zuerst Selbstschutz, dann Sicherung von Personen, dann Grenzsetzung)!
- Wenn Ihre heftigen Gefühle (Angst oder Wut) bleiben: Ziehen Sie sich zurück oder suchen Sie Hilfe!

#### **Leitlinien bei eskalierenden Konflikten**

- Merke: Abgrenzung zum Täter hat Vorrang vor Nähe. Bei einem schweren Streit kann man nicht mehr diskutieren, und wenn man nicht mehr diskutieren kann, ist Distanz angesagt. Eine Wiederannäherung ist erst dann sinnvoll, wenn von beiden Konfliktparteien die Spielregeln für den Kontakt aus der Distanz eingehalten werden. Streitende oder sich seelisch verletzende Personen können nicht zugleich einander helfen: Hilfe muss in solchen Fällen außerhalb der Konflikt-Beziehung gesucht werden. Jeder ist für die Sorge um sein eigenes Wohlergehen grundsätzlich selbst zuständig. Dabei hilft ihm die Bezugsperson. Verbleibende Feindseligkeit ist Ausdruck davon, dass noch zu viel Nähe und gemeinsame Verbindlichkeit besteht. Beziehungsveränderungen sind erst möglich, wenn sich der eine von sich aus zu einer Veränderung entschließt.

**Besondere Sorgfalt ist geboten im Umgang mit gekränkten und zugleich sich ohnmächtig fühlenden Menschen.**

#### **Vorgehen bei akuter Gewaltgefahr für direkt Betroffene**

Die subjektive Wahrnehmung des Teammitgliedes wird vom gesamten Team respektiert.

**1. Deeskalationsversuch mit ruhiger und entschiedener Grenzsetzung:** Angebot an den potenziellen Täter, Distanz zu nehmen oder eine Pause einzulegen (Time out), Wegschicken eines potenziellen Opfers etc. Unerfahrene (Praktikanten, Ziwis, Verwaltungsangestellte) sollen ohne weitere Intervention sofort Unterstützung holen (2. Stufe)!

**2. Falls Deeskalation scheitert: Unterstützung holen** (anderer Kollege, Vorgesetzter).

**3. Falls dies auch scheitert. Sofortiger Rückzug** in das Mitarbeiterbüro. Verschluss der Tür (Schnappschloss!). Sofortiger Anruf an die Polizei mit deutlicher Angabe der Gefährdung. Vorgesetzten einbeziehen. Fluchtmöglichkeiten erkunden.

**Falls sich die Situation vor Eintreffen der Polizei wieder beruhigt**, soll das Eintreffen der Polizei gleichwohl noch abgewartet werden, damit ein deutliches Zeichen gesetzt wird. Der Polizei gegenüber wird der Vorfall zu Protokoll gegeben.

**Falls die Gefahr angehalten hat**, ist in Anwesenheit der Polizei zu klären, welche Maßnahme getroffen werden muss:

- Ein unmittelbar (als Opfer) betroffener Mitarbeiter ist sofort von der weiteren Arbeit entbunden, kann jedoch selbst entscheiden, ob er noch am Arbeitsplatz bleiben will; der Vorgesetzte erkundigt sich nach dem Befinden des Mitarbeiters und organisiert allenfalls eine Betreuung. Die Aufgaben des betroffenen Mitarbeiters werden sofort einem anderen Mitarbeiter übertragen.
- Mögliche andere Opfer (Mitbewohner) werden sofort vom Täter getrennt (andere Bezugsperson räumlich getrennt) und in Sicherheit betreut. Dies delegiert ggf. der Vorgesetzte.
- Der Täter wird in Anwesenheit der Polizei vom Vorgesetzten beurteilt und die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen verfügt bspw. sofortiges Hausverbot, Entlassung, psychiatrische Einweisung.
- Nachfolgend betreuende Institutionen werden sofort eingehend (telefonisch und schriftlich) informiert.
- Es wird sofort ein Akteneintrag formuliert.
- Information an die Sorgeberechtigten, Jugendamt und Senat

#### **Vorgehen nach einer Gewalttat**

Mit einem kommunikationsfähigen Täter sollte frühestens nach einer Stunde, jedoch spätestens innerhalb von 24 Stunden ein Gespräch geführt werden. Mit nicht kommunikationsfähigen Tätern wird ein Kontakt zu der nachbetreuenden Einrichtung aufgenommen und der Bedarf für ein Nachgespräch angekündigt.

Die Betreuung von Opfern hat Vorrang vor der Betreuung von Tätern. Wichtig ist, dem Opfer das Gefühl von Sicherheit zu geben, ständige Begleitung durch vertraute Person und/oder Beurlaubung zu vertrauten Personen. Mit dem Täter mögliche Schuldgefühle besprechen. Personen, die keine Schuldgefühle haben, sind als besonders gefährlich einzuschätzen.

#### **Setting für die Nachbesprechung**

- Nachbesprechung innerhalb von 24 Stunden.
- Nur mit gesprächsfähigen Personen ein Gespräch führen.
- Nie ein seelisch traumatisiertes oder nach wie vor bedrohtes Opfer ohne dessen ausdrücklichen Wunsch hinzuziehen.
- Die Gesprächsleitung erfolgt durch den Vorgesetzten in folgender Reihenfolge:

An erster Stelle steht das Wohl der Mitarbeiter und der Institution. An zweiter Stelle steht das Wohl der Opfer und der Mitbewohner und an dritter Stelle steht das Wohl des Täters.

- Das Gespräch sollte an einem ruhigen Ort ohne Publikum und ohne sonstige Störung erfolgen.
- Die Betroffenen äußern, was der Vorfall für sie emotional ausgelöst hat und schildern den Konfliktanlass und dessen Verlauf.
- Der Täter muss sich beim Opfer und weiteren Betroffenen entschuldigen und eine Wiedergutmachung leisten.
- Notwendige und sinnvolle Sanktionen werden im Team besprochen und festgelegt. Ebenso ein mögliches Rückfallszenario und die Folgen für den Täter.
- Dem Täter werden die Teamentscheidungen mitgeteilt und mit ihm eine schriftliche Non-Gewalt-Vereinbarung getroffen.

#### **Grundhaltung gegenüber wiederholt Gewalttätigen**

Der Umgang mit Klienten, die immer wieder Settinggrenzen oder persönliche Grenzen verletzen, verlangt konkrete und verbindliche Absprachen innerhalb des Teams, die mit den Vorgesetzten abgestimmt sind und von diesen notfalls mit amtlichen/polizeilichen Mitteln durchgesetzt werden.

## **Teil 2**

#### **Beleuchtet werden sollen Situationen, in denen Gewalttaten unter den Jugendlichen, aber auch Übergriffe auf Betreuer stattfinden.**

Gewalt in diesem Sinne ist die Anwendung von psychischem oder physischem Zwang gegenüber Menschen. Sie umfasst die rohe, gegen Sitte und Recht verstoßende Einwirkung auf Personen. Als Beispiel wird hier zunächst von einem tätlichen Angriff in Form einer Körperverletzung mit oder ohne Hilfsmittel (gefährlichen Gegenstände oder Waffen) ausgegangen.

Zunächst ein paar Gedanken zur Stellung der Betreuer und zum Begriff Garantenstellung:

Aufgabe der Betreuer ist es, insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass kein betreuter Jugendlicher psychisch oder physisch zu Schaden kommt. Dies verlangt, gegen alle Verhaltensweisen einzuschreiten, die zu Schäden bei den Jugendlichen führen können. Betreuer haben hier eine so genannte Garantenstellung, da Ihnen der Schutz der Jugendlichen in der konkreten (Gewalt-)Situation obliegt. Man spricht in diesem Fall vom so genannten „Beschützergarant“. Die Garantenstellung ergibt sich aus § 13 StGB, welcher die Unterlassung unter Strafe stellt und zum Einschreiten verpflichtet.



In welcher Form ein Betreuer konkret einschreiten muss, wird immer von der jeweiligen Situation, dem Risiko für den Betreuer und der Erfolgsaussicht abhängen. Soweit ein persönliches, körperliches Einschreiten nicht zugemutet werden kann oder keinen Erfolg verspricht, ist zumindest das Herbeiholen von weiteren Betreuern oder professionellen Helfern (Polizei, Rettungsdienste) zu fordern. Dazu später mehr.

Beispielhaft ausgehend von der o. g. stattfindenden Körperverletzung unter den Jugendlichen, gegen die ein Betreuer nicht einschreitet, muss der Betreuer mit folgenden Konsequenzen rechnen:

**Durch sein pflichtwidriges Nichteinschreiten** hat der Betreuer die Verletzung des Opfers bzw. die Fortsetzung der Misshandlung erst ermöglicht. Folglich ist dem Betreuer die Straftat zuzurechnen. Er hat sich durch sein Unterlassen gemäß §§ 223 (ggf. §224 ff.), 25, 13 StGB als Mittäter einer Körperverletzung strafbar gemacht und muss z.B. in einem Fall von gefährlicher Körperverletzung nach § 224 StGB mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 10 Jahren rechnen.

#### **Abgrenzung zum Tatbestand Unterlassene Hilfeleistung**

Eine Verfolgung wegen Unterlassener Hilfeleistung kommt hier für das Verhalten während der Schlägerei nicht in Betracht, da der Betreuer hier als Unterlassungstäter selbst die Gefahr setzt. Kümmert er sich jedoch nach der Schlägerei nicht um den Verletzten, so kann er – zusätzlich zur Verurteilung wegen Körperverletzung – wegen Unterlassener Hilfeleistung (§323c StGB) verfolgt und mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden.

Aus beiden Strafen wäre eine Gesamtstrafe zu bilden.

Eine Unterlassene Hilfeleistung bereits während der Schlägerei (und selbstverständlich auch danach) ist hingegen denkbar bei anderen Personen, die keine Garantenstellung haben (z.B. andere anwesende Jugendliche oder andere Personen, die das Geschehen beobachten, ohne Hilfe zu leisten oder herbeizuholen).

#### **Weitere mögliche Rechtsfolgen:**

##### **Zivilrecht**

Das Nichteinschreiten des Betreuers führte – wie dargestellt – dazu, dass die körperlichen und ggf. materiellen Schäden überhaupt erst im letztendlich eingetretenen Umfang möglich wurden.

Dies begründet einen Rechtsanspruch des Verletzten auf Schadensersatz.

Ärztliche Behandlungskosten sind zwar grundsätzlich über die Versicherung gedeckt, jedoch kommen Forderungen z.B. wegen Schmerzensgeldes, beschädigter Bekleidung und Accessoires, Kosten für Nachhilfe wegen möglichen Unterrichtsversäumnisses oder Arbeitsausfall, Anwaltskosten u. v. a. m. in Be-

tracht. Da der Betreuer im Auftrag seines Arbeitgebers handelt bzw. hier pflichtwidrig nicht gehandelt hat, wären entsprechende Forderungen zunächst an diesen zu richten. Der Arbeitgeber hat jedoch die Möglichkeit, sich das Geld im Wege des Regresses von seinem Mitarbeiter zurückzuholen.

Der Umstand, dass der Verletzte bzw. seine Eltern Schadensersatzforderungen auch gegen den prügelnden Täter richten können, hilft dem Betreuer bzw. seinem Arbeitgeber nicht, da die Jugendlichen in aller Regel kein entsprechendes Vermögen haben.

Neben den Forderungen des Verletzten bzw. seiner Eltern besteht auch die Möglichkeit, dass die Versicherung einen Ersatz der Heilbehandlungskosten oder gar eventueller Rentenzahlungen durch den bzw. die Verursacher fordert.

#### **Arbeitsrechtliche Konsequenzen**

Durch seine pflichtwidrige Untätigkeit verstößt der Betreuer einerseits gegen rechtmäßige Weisungen, die ihm in derartigen Situationen ein persönliches Einschreiten bzw. das Herbeiholen von Hilfe auferlegen, gefährdet weiterhin die Sicherheit der ihm anvertrauten Kinder und Jugendlichen und schädigt so letztlich das Ansehen der Einrichtung und die Autorität der Betreuer.

Es wird daher in der Regel neben einer strafrechtlichen Verfolgung auch eine nachhaltige arbeitsrechtliche Sanktion zu erwarten sein.

#### **Strafanzeige erstatten?**

Grundsätzlich gilt:

Es gibt keine allgemeine Verpflichtung für Jedermann, Straftaten anzuzeigen! Zu beachten ist jedoch § 138 StGB – die Nichtanzeige geplanter Straftaten.

§ 138 StGB führt eine abschließende Liste von schweren Straftaten auf und stellt (bei glaubhaftem Erfahren) die Nichtanzeige der Tat zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, unter Strafe.

Beispielsweise sei hier ein Raub nach §§ 249 ff. kurz erläutert:

Ein Betreuer erfährt glaubhaft (z.B. durch eigenes zufälliges Mithören auf dem Flur), dass der oder die Täter sich verabreden, einen Dritten zu überfallen und ihm das Handy (oder andere Gegenstände) „abzuziehen“ – also zu rauben. Der Betreuer hat jetzt nach § 138 eine rechtzeitige Anzeigepflicht gegenüber der Behörde (Polizei oder Staatsanwaltschaft) oder gegenüber dem Bedrohten. Rechtzeitig heißt: durch die Anzeige sollte die Tat verhindert werden können. D.h., um der in § 138 StGB angedrohten Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren oder der Geldstrafe zu entgehen, hat der Betreuer mindestens dafür Sorge zu tragen, dass der Bedrohte Kenntnis von der geplanten Tat erhält. Dies natürlich, bevor es zur eigentlichen Tatausführung kommt, so dass die Tat verhindert werden kann. Kennt man das Opfer nicht, bleibt nur die Anzeigenerstattung bei Polizei und/oder Staatsanwaltschaft. Dies ist dann verpflichtend.

(An dieser Stelle sei nochmals auf die eingangs erläuterte Garantenstellung hingewiesen. Ist das Opfer sogar ein dem Betreuer anvertrauter Jugendlicher, kann das Nichthandeln für den Betreuer entsprechende rechtliche Folgen haben.)

*Überlegungen im Zusammenhang mit konkreten Nothilfesituationen und Übergriffen auf die eigene Person.*

Wie eingangs erwähnt, obliegt es jedem Helfer selbst, die beobachtete Situation einzuschätzen und nach Beurteilung und Risikoabwägung entsprechend zu handeln. Es ist sicherlich nicht sinnvoll, ohne Rücksicht auf das eigene Leben und die Gesundheit unter Anwendung von Gewalt gegen eine Situation vorzugehen. Dies führt oftmals eher zur Eskalation der Gewalt.

**Zunächst wieder ein paar strafrechtliche Überlegungen:**

Grundsätzlich hat Jedermann gemäß § 32 StGB Notwehr- und Nothilferechte.

§ 32 StGB:

- (1) Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.
- (2) Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.

Leider wird häufig die gebotene Verhältnismäßigkeit des Handelns in Notwehr- und Nothilfesituationen (das Erforderlich-sein) unterschätzt oder gar gewollt missachtet. („Wenn ich angegriffen werde, darf ich mich wehren!“ – Damit ist dann meist zurückschlagen gemeint.) Dazu soll an dieser Stelle kurz etwas zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gesagt werden. Von allen möglichen, mir zur Verfügung stehenden Mitteln, darf ich nur das mildeste Mittel einsetzen!

**Ich handle verhältnismäßig, wenn folgende Punkte gegeben sind:**

1. Das Mittel (welches ich einsetze) muss geeignet – also objektiv zwecktauglich – sein, den Angriff abzuwehren.
2. Das Mittel muss erforderlich sein, was bedeutet, von mehreren in Frage kommenden habe ich das mildeste Mittel zu wählen.
3. Die Maßnahme muss angemessen im engeren Sinne sein, d.h. sie darf nicht zu einem Nachteil führen, der erkennbar außer Verhältnis steht.
4. Das zeitliche Übermaßverbot ist zu beachten: Die Maßnahme nur solange aufrechterhalten, bis ihr Zweck erreicht ist oder sich zeigt, dass der Zweck nicht erreicht werden kann.

Anhand dieses Prüfschemas ist recht einfach aufzuzeigen, dass beispielsweise das Mittel der Ohrfeige keine Notwehrmaßnahme gegen eine Beleidigung sein kann, da schon die Geeignetheit äußerst fragwürdig ist und bei der Prüfung der Erforderlichkeit (Wahl des mildesten Mittels) sich zeigt, dass einfaches Ignorie-

ren und Weggehen (in der konkreten Situation) sicher geeigneter und auf jeden Fall das „mildere Mittel“ ist. Damit soll keinesfalls gesagt werden, dass man sich gegen eine Beleidigung (oder einen anderen Angriff) nicht zur Wehr setzen sollte. In den meisten Fällen ist jedoch das Ignorieren der Beleidigung und das „sich vom Ort entfernen“ der sicherste Weg, um weiteren Provokationen und Angriffen auf sich zunächst aus dem Weg zu gehen. Das „sich wehren“ sollte dann in geeigneter Art und Weise etwas später – nach der Tat (beispielsweise durch Erstattung einer Strafanzeige, Beschreiten des Rechtsweges oder durch eingeleitete erzieherische Maßnahmen) erfolgen.

### **Umgang mit gefährlichen Gegenständen, Waffen und illegalen Drogen**

Dulden sie grundsätzlich keine gefährlichen Gegenstände, Waffen und illegale Drogen in ihren Einrichtungen. Kontrollieren sie regelmäßig die Einhaltung dieser Regel, die in den meisten Hausordnungen bereits existiert. Schwierigkeiten ergeben sich in diesem Zusammenhang immer dann, wenn Maßnahmen (beispielsweise Durchsuchungen) gegen den Willen von Personen stattfinden sollen/müssen.

Grundsätzlich gilt: Eine Maßnahme gegen den Willen eines Menschen stellt einen Eingriff in Grundrechte dar.

Wird eine Maßnahme gegen den Willen eines Betroffenen vorgenommen, bedarf es stets einer Rechtsgrundlage/Eingriffsermächtigung, die in Gesetzen wie z.B. der Strafprozessordnung oder dem Gefahrenabwehrrecht geregelt ist. Eine Ausnahme ist grundsätzlich nur denkbar im Rahmen von Freiwilligkeit. Dies würde bedeuten, der Betroffene gibt, nachdem er auf die Freiwilligkeit seines Handelns hingewiesen wurde, den Gegenstand freiwillig heraus. „Herrenlose“ Gegenstände können ebenfalls ohne Eingriffsermächtigung sichergestellt werden. Diese sind dann, wenn nicht anders zuzuordnen, dem Fundbüro zu übergeben.

In konkreten Verdachtsfällen (bei z.B. Mitführen oder Auffinden einer Waffe oder eines verbotenen Gegenstandes oder illegaler Drogen) sollten sie die Hilfe der Polizei in Anspruch nehmen – aufgefundene Waffen und verbotene Gegenstände an die Polizei aushändigen. Bedenken Sie: bereits der alleinige Besitz verbotener Gegenstände (z.B. Schlagring, Butterflymesser) ist strafbar. Somit ist eine Aushändigung dieser Gegenstände nach dem Auffinden bei Jugendlichen an die Erziehungsberechtigten keinesfalls zu empfehlen, da auch diese sich durch den Besitz verbotener Gegenstände strafbar machen.

### **Verhaltensprinzipien in Gefahrensituationen**

Analysiert man nun Situationen, in denen Menschen Opfer von Gewalttaten wurden, so empfiehlt sich nachfolgend genannte „Prinzipienkette“ für das Verhalten zur Opfervermeidung und Hilfeleistung. Diese ist entstanden aus der Analyse von realen Situationen, in denen sich Menschen entweder durch

Selbstbehauptetes Auftreten bewusst so verhalten haben oder instinktiv das Richtige getan haben und Erfolg hatten.

1. Bewusst wahrnehmen

Wer seine Umwelt bewusst wahrnimmt, wird Störungen, die von einer Situation oder von Menschen ausgehen, nicht so ohne weiteres übersehen. Interpretiert man nun einen Konflikt, gilt es auch, sich selbst wahrzunehmen (wie bewege ich mich Wann und Wo?).

2. Gefühle ernst nehmen

Man befindet sich in einer durchaus komfortablen Situation, wenn man so ein „komisches Gefühl“ bekommt, dass etwas nicht stimmt. Dieses „komische Gefühl“ kann hilfreich dafür eingesetzt werden, um auf die dann vielfach aufkommende Angst vorbereitet zu sein. Nicht die Angst bestimmt mein Handeln, sondern die Angst dient mir der Gefahrenkontrolle und ist somit sehr willkommen.

3. Akzeptanz frühen Handelns

Der erfolgreiche deeskalierende, gewaltfreie und unbewaffnete Widerstand gegen Gewaltangriffe hängt vom Zeitpunkt der Intervention ab. Attackenhafte Überfälle sind selten. Mehrheitlich gehen Täter subtil vor. Bei ausreichender Wachsamkeit und richtiger Deutung des Täterverhaltens, kann im frühen Stadium angemessen gehandelt werden.

4. Agieren statt reagieren

Das heißt, etwas anderes tun, als Täter erwarten. Lasse ich mich auf „sein Spiel“ ein und warte erst mal ab, ist die Gefahr groß in ein so genanntes Aggressions-Reaktions-Schema zu verfallen: Ich werde beleidigt – ich beleidige auch; ich werde geschubst – ich schubse auch. Nicht selten leiten daraus Gewalttäter für sich die Rechtfertigung ab, sich gegen den Angriff des eigentlichen Opfers wehren zu müssen oder zu dürfen. Gruppendynamische Prozesse spielen hier eine große Rolle. Agieren würde in diesem Beispiel bedeuten, ich beleidige nicht zurück und ich schubse nicht zurück.

5. Nicht provozieren lassen und nicht provozieren

Täter sind in der Absichtsprovokation durchaus geübt. Sie stellen ein Fettnäpfchen auf und das Opfer tappt hinein. Lässt man sich auf diese Provokation ein, bestimmt man nicht mehr über sein Verhalten. Der Täter hat sein Ziel erreicht.

Zufallszeugen deuten die Situation möglicherweise falsch, indem sie nicht überschauen können, wer denn nun Täter und wer Opfer ist.

#### 6. Distanz bewusst beachten

Täter, die Gewalterfolg haben wollen, müssen an das Opfer nah heran, also die Distanz des Opfers verletzen. Grundsätzlich gilt, in der Kombination meiner Wahrnehmung und meines komischen Gefühls zu bestimmen, wie nah ich jemanden an mich heranlasse. Halte ich den Störenfried auf Distanz, kann er mir nicht wehtun. Hinzu kommt, dass ich in der Distanz zum Täter besser meinen Stress unter Kontrolle halten kann und mögliches hemmungsloses Verhalten des Täters besser erkennen kann.

#### 7. Grenzen aufzeigen – Stopp setzen

Das „Stopp setzen“ ist hier symbolisch gemeint. Setze ich dem Täter ein „Stopp“ und verlange eine bewusste Veränderung seines Verhaltens, gibt er mir daraufhin sofort ein Signal. Entweder hört er auf – oder er macht weiter. Habe ich mich in der ganzen Entwicklung seines Verhaltens geirrt und er ist kein Täter, wird er auch nicht zum Täter. Der Vorteil meines Stopps (z.B. Ich will nicht, dass Sie mich anfassen! Lassen Sie das!) ist, dass sich die Person zu erkennen gibt. ICH bestimme also den Zeitpunkt Wann?, Was?, Wie? weitergeht. Ich warte nicht ab, bis es dem Täter gelingt, meine Distanz so zu verletzen, dass ich womöglich in Verkrampfung, Schock, Starre oder in Panik gerate. Nicht selten sagen Opfer in einer solchen Situation: „Ich war wie gelähmt!“

#### 8. Öffentlichkeit herstellen

Hier zeigen sich Elemente der Zivilcourage, nämlich opferseitig meine Situation und meine Gefühle öffentlich zu machen. Wer gibt schon gerne zu, in eine unangenehme Situation geraten zu sein? Was denken jetzt andere von mir, wenn ich plötzlich wie ein wildes Tier schreie, mich über eine Verhaltensweise eines anderen lautstark empöre oder gar andere auffordere, mir zu helfen? In diesem frühen Stadium dürfte noch niemand mitbekommen haben, worum es eigentlich geht. Es ist doch noch gar nichts richtig passiert. Peinlich, peinlich... Aber wie geht's dem Täter, wenn er denn einer ist?

Erfahrungsgemäß genauso. Er stellt nämlich sehr früh und zu einem Zeitpunkt, wo er sich noch nicht entschlossen hat, seine Tat zu Ende zu bringen, fest, dass er sich in der Auswahl seines vermeintlichen Opfers geirrt hat. Wie mutig ist das Opfer noch?

Noch wichtiger ist, dass Täter in dieser Sekunde eine Entscheidung treffen müssen. Machen sie weiter oder nicht? In der Regel brechen sie mit ein paar blöden Sprüchen ihr Vorhaben ab, weil sie in dieser Situation überfordert sind.

Sie können nämlich wegen des Herstellens der Öffentlichkeit durch das Opfer nicht mehr einschätzen, was nun von außen auf sie zukommen könnte. Ob sich nun tatsächlich Hilfsbereitschaft entwickelt, ist dabei nicht wesentlich wichtig. Täter können darüber hinaus „ihr Gesicht wahren“ und von ihrer Absicht zurücktreten, weil sie sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht entschlossen hatten, ihre Tat zu vollenden.

#### 9. Örtlichkeit verlassen

Nimmt der Störenfried meine Aufforderung, sein Verhalten einzustellen, nicht ernst, muss ich sofort den Ort verlassen. Es ergibt keinen Sinn, weiterhin auf ihn einwirken zu wollen. In der Regel führt jede weitere Diskussion zur Stärkung des Täters. Über Körpersprache erkennt der Täter sehr schnell, in welcher psychischen Verfassung ich mich als Opfer befinden könnte. Umgekehrt ist das natürlich auch der Fall. Nur hat der Täter wahrscheinlich mehr Erfahrungen damit und wird sich entsprechend verhalten. Ausweichen, weggehen oder gar wegzulaufen, nötigenfalls dabei auch laut zu schreien, ist keine Hilflosigkeit, Angst, Feigheit oder gar ein Gesichtsverlust. Es ist ein überaus selbstbestimmtes Verhalten und erfordert mehr Mut, als sich dem Konflikt womöglich bis hin zum Kampf zu stellen. Darüber hinaus ist ein Ausweichen schon deshalb sinnvoll, weil ich nie weiß, mit wem ich es zu tun habe.

Niemand ist so perfekt in der Produktion des Bösen wie der Mensch. Unreflektiert wird Ausweichen auch als Erniedrigung gewertet. Das ist aber nur für wenige Sekunden so. Bin ich erstmal weg, geht es mir besser. Weiche ich aus und werde laut, leite ich sofort eine Stressreduzierung ein. Meine Emotionalität normalisiert sich schneller und meine Wahrnehmung bleibt unter Kontrolle. Darüber hinaus machen Täter die wichtige Erfahrung, dass ihr Angriff auf meinen Rechtsfrieden nicht funktioniert hat.

Wollen Sie anderen helfen und das Risiko selbst verletzt zu werden ist zu hoch, helfen Sie stets aus der Distanz. Rufen Sie dem Opfer zu, wegzulaufen, oder dass die Polizei informiert wurde. Sprechen Sie nicht den Täter an, sondern wenden Sie sich an das Opfer. Nach Möglichkeit ist das Opfer aus der Gefahr zu holen. Klappt alles nicht, holen sie professionelle Hilfe (Polizei, Rettungsdienste).

Diese Prinzipien scheinen zunächst sehr allgemeingültig. Bei näherem Hinsehen ergeben sich daraus jedoch sehr viele Handlungsansätze auch für den Umgang mit aggressiven Jugendlichen in betreuten Wohnverhältnissen und die Polizei ist gern bereit, Ihnen Ihre Fragen zu diesem Thema zu beantworten.

Wenn Sie Beratung wünschen, sprechen sie die Präventionsbeauftragten Ihres zuständigen Polizeiabschnitts an.

## **Literatur**

- Rupp M. (2005). Gewaltprävention bei Menschen in psychischen Krisen, Skript zum Kurs des Berliner Fortbildungsverbundes. Basel.
- Polizeihauptkommissar König, T., Polizeiabschnitt 63, Berlin (2007). Umgang mit Gewalt und Aggressionen von Jugendlichen in therapeutischen Wohngemeinschaften aus strafrechtlicher Perspektive.



*Andrée Egel & Claus-Peter Rosemeier*

## Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen

Wir dokumentieren im folgenden Beitrag 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 praxisorientierten Diskussionskontext und standen den Gruppenteilnehmern in der Form von Postern zur Verfügung, die wir im folgenden Text erläutern.

In der Arbeitsgruppe wurde auf dem Hintergrund zweier verschiedener Einrichtungen mit unterschiedlicher Tradition und unterschiedlicher konkreter Arbeitspraxis – der therapeutischen Wohngruppe **„Respect Yourself“ im Janusz-Korczak-Haus des EJM-Lazarus Berlin** – und denen der **Koralle – therapeutische wohngruppen des Pestalozzi-Fröbel-Hauses Berlin** – die Arbeit mit der Jugendlichengruppe in einigen Aspekten dargestellt.

Im Wesentlichen wurde aber mit den AG-TeilnehmerInnen an ihren Erfahrungen und Fragestellungen in „gruppenspezifischem Sinne“ gearbeitet, um in dem begrenzten Rahmen des Workshops „eigene“ Gruppenerfahrungen machen und zugleich reflektieren zu können. Aus unserer Sicht ist dieses kleine „Experiment“ gelungen: In der konkreten Workshop-Arbeit wurden Aspekte der Dynamik von Gruppengeschehen emotional und reflexiv erfahrbar. Gleichzeitig konnten konkrete Arbeitserfahrungen der TeilnehmerInnen an den sich entwickelnden beiden Gruppenthemen ansatzweise reflektiert werden:

*„Angst, dass Neue nicht in die Gruppe aufgenommen werden bzw. keine Jugendlichengruppe (in der TWG) zustande kommt“ und*

*„Angst vor der Dynamik der Jugendlichengruppe, wenn sie denn zustande kommt“.*

## 1 Die Gruppe – ein Stiefkind der stationären Jugendhilfe?

Ganz im Gegensatz zu der in der Entwicklungspsychologie und der Pädagogik/Sozialpädagogik hervorgehobenen zentralen Bedeutung der Gruppe/Peer-Group für die Entwicklung der Jugendlichen im Alterszeitraum zwischen 12 und 20 Jahren wird im Bereich der Heimerziehung bzw. der stationären Betreuung von Jugendlichen relativ wenig theoretisch und mit konkretem Praxisbezug über die Arbeit mit der Gruppe der Jugendlichen innerhalb der Einrichtungen berichtet und diskutiert.<sup>1</sup>

Der Alltag in den Jugendhilfeeinrichtungen ist zwar in erster Linie ein Gruppenalltag, viele der Auseinandersetzungen beziehen sich auf Konflikte innerhalb der Jugendlichengruppe bzw. Konflikte des Betreuerteams/einzelner Betreuer mit der Gruppe der Jugendlichen, dennoch wird relativ wenig systematisch darüber reflektiert. Die Betreuung und Entwicklung der Einzelnen steht vielfach im Vordergrund der Betrachtung.

Die Bedeutung der Gruppe für den Einzelnen bzw. der Einfluss des Einzelnen auf die Gruppe wird häufig nur dann ausführlich besprochen, wenn starke negative Einflüsse beobachtet werden und „gegengesteuert“ werden soll. Nicht selten wird die Entlassung eines bestimmten „störenden“ Jugendlichen auf dem Hintergrund seines „schlechten, destruktiven Einflusses auf die Gruppe“ begründet (und im psychodynamischen Sinne agiert). Aber auch dann wird das „gruppenspezifische Geschehen“ häufig nur verkürzt auf der Oberfläche des sichtbaren Handelns und Verhaltens betrachtet.

Diese aus unserer Sicht unzureichende Auseinandersetzung mit dem Gruppengeschehen liegt, abgesehen von nicht genügend ausgeprägter Qualifizierungsmöglichkeit und Kompetenz in den Einrichtungen, vor allem an der wirklichen Schwierigkeit der Arbeit mit der Dynamik der Jugendlichengruppe in der stationären Einrichtung. Die vielfach heftigen, vor allem negativen Übertragungen und sich diametral widersprechenden Erwartungen an das Handeln und Empfinden der Gruppenleiter/Therapeuten in der Auseinandersetzung mit der Jugendlichengruppe führen immer wieder zu Überforderungen der Einzelnen und der Teams, die ein „ausweichen“ auf die einzelfallbezogene Bezugsbetreuer-Perspektive als „Ausweg“ erscheinen lassen. Möglicherweise – so lautet eine unserer Hypothesen – geht es auch um:

---

1 Mit explizit psychoanalytischem Hintergrund (orientiert an Jung und Bion) und Begrifflichkeit entwickeln Bovensiepen (1999) und Heidtke & Neumann (1999) im praktischen Kontext der psychotherapeutischen Tagesklinik das „Container-Contained-Modell“ der Klinik als Ganzer und die milieuthérapeutische Arbeit mit der Gruppe der Jugendlichen auf den verschiedenen Ebenen. In vieler Hinsicht entspricht sowohl die Patientengruppe als auch die Dynamik der alltäglichen Arbeit der Tagesklinik der Dynamik in der TWG. Der Kontext und die psychotherapeutischen Möglichkeiten der tagesklinischen Behandlung sind gewiss in vieler Hinsicht andere.

- die unbewussten Ängste und Ohnmachtsgefühle, die die Jugendlichengruppe bei den Betreuern/dem Team auszulösen vermögen,
- die starke Abgrenzung der Jugendlichen in der Gruppe von den Erwachsenen/Betreuern/Team (Ausschluss) und
- den Spiegel, den die Gruppe der Jugendlichen dem Team, d.h. der Gruppe der Erwachsenen, vorzuhalten versteht.

## 2 Peer-Group und Entwicklung

Unumstritten ist, dass die Peer-Group in der Adoleszenz eine zentrale Bedeutung für die Jugendlichen erlangt/erlangen muss und zum wesentlichen Orientierungssystem bezüglich der Selbstwahrnehmung/Selbstbewertung, Identitätsbildung, Wertorientierung und Selbstentwicklung wird.<sup>2</sup> Die wesentlichen positiven und negativen Identifikationen wechseln in der Regel von konkreten Erwachsenen (Eltern) hin zu Gleichaltrigen/Gleichaltrigengruppen/Subkulturen bzw. emotional stark besetzten alternativen „Vorbildern“.

Verbunden damit ist eine (mehr oder weniger radikale) Abgrenzung von Erwachsenen, insbesondere den Eltern, die im Rahmen der notwendigen Lösung und Individuation als entwicklungspsychologisch unumgebar angesehen werden muss.

Der Ablösung „aus der Symbiose“ und „weg von der inzestuösen Gefahr“ ist insbesondere bei den Jugendlichen, die z.T. erhebliche Entwicklungsprobleme mit unterschiedlichsten Symptomatiken haben, äußerst konfliktbeladen und schwierig (Bovensiepen, 1999, S. 262).<sup>3</sup> Die entwicklungsmäßig gesehen häufig höchst problematische, (unbewusst) sehr eng verstrickte Bindung an Elternfiguren bzw. destruktive familiäre Interaktionsstrukturen hindert viele der in therapeutischen Jugendwohngruppen betreuten Jugendlichen auch daran, mit Hilfe von Gleichaltrigengruppen neue entwicklungsfördernde Erfahrungen zu machen bzw. bindet sie in destruktivem Agieren an neue (symbiotische) Abhängigkeitsverhältnisse in der Jugendlichengruppe bzw. an einzelne Jugendliche in der Peer-Group.

In mindestens gleichem Maße, wie die in den Wohngruppen lebenden Jugendlichen die Unterstützung durch die und in der Gruppe der Peers benötigen, haben sie Angst davor, sich auf die damit verbundene Verunsicherung und Infragestellungen einzulassen. Viele der Jugendlichen haben sehr negativ geprägte

---

2 vgl. Bovensiepen, 1999, S. 262

3 „Die Desintegrations-/Reintegrationsprozesse des Selbst sind eingeschränkt, und es überwiegen Abwehrformen des Selbst. Die Imaginations- und Symbolisierungsfähigkeit der Jugendlichen ist eingeschränkt, und sie leben noch immer in einem sehr regredierten, im psychischen Sinne inzestuösen Stadium mit ihren Eltern.“ Heidtke/Neumann, 1999, S. 293

Erfahrungen mit Gleichaltrigengruppen (Ausgrenzung, Außenseiterrolle, Mobbing, Gewalt), wenig Erfahrungen in Gruppen (Einzelgänger, Zurückgezogenheit), oder sie haben sich in destruktiv agierenden Gruppen bewegt, die innerpsychisch mit einem erheblichen Angstniveau verbunden sind.

Sie haben aufgrund dessen wenig wirkliches Vertrauen in die stärkende, fördernde und schützende Kraft der Jugendlichengruppe im Prozess der Ablösung, Identitätsbildung und Selbstregulation entwickeln können.<sup>4</sup>

Insofern ist die Bedeutung des Gruppenkontextes in den Jugendhilfeeinrichtungen und die Auseinandersetzung der Erwachsenengruppe (Team) mit der Gruppe der Jugendlichen von größter Relevanz.

### **3 Man kann nicht nichts tun ... Dynamik in der Gruppe gibt es sowieso**

Das ist für uns ein wichtiger, sehr pragmatischer Ausgangspunkt der Arbeit mit der Gruppe der Jugendlichen in der TWG.

Die Frage ist im Grunde nur: Kann man die Dynamik entwicklungsfördernd beeinflussen oder zumindest strukturieren?

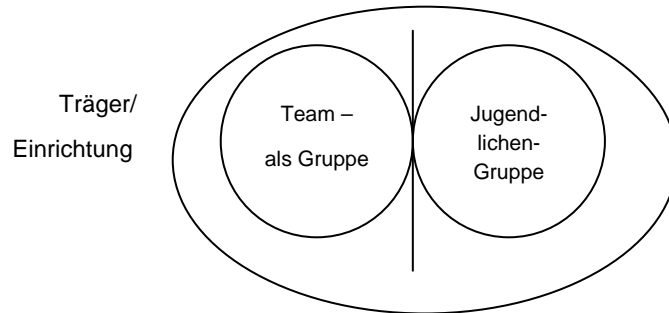
Ein zweiter wichtiger Ausgangspunkt ist, dass man es ja nicht nur mit einer Gruppe, sondern mit sehr vielen unterschiedlichen Gruppen zu tun hat, in die die einzelnen Jugendlichen eingebunden sind (Schule, Freizeit, Familie, Verein etc.), die darüber hinaus sehr unterschiedlichen Charakter (formell/informell, kontinuierlich/sporadisch, fremdbestimmt/selbstbestimmt etc.) haben.

Wir konzentrieren uns hier aber der Einfachheit halber auf die TWG. Auch hier gibt es neben der Jugendlichengruppe insbesondere das Team der Betreuer als Gruppe. Beide zusammen bilden im Verhältnis zum Träger/Einrichtung eine zusammengesetzte Gruppe usw.

Die Dynamik innerhalb der Gruppe und zwischen den Gruppen war der Fokus des Workshops.

---

4 „Jugendliche schwanken zwischen Gegensatzpaaren, wie Progression und Regression, Starrheit und Flexibilität, Narzißmus und Objektbeziehung, Vergangenheits- oder Zukunftsperspektiven, Autonomie und Abhängigkeit. ‚Man spricht von einer physiologischen gesteigerten narzißtischen Selbstüberschätzung, mit der ein fragiles Selbsterleben mit hochfliegenden Ambitionen, Abwertungen, Idealisierungen, verstärkter Kränkbarkeit und Wuterleben verknüpft ist.‘ (Resch 1995). ... Ein weiterer physiologischer, je nach Ausprägung, aber auch pathologischer Aspekt der Adoleszenz ist das Agieren. Entwicklungspsychologisch betrachtet ist das Agieren der Adoleszenten, auch als ‚acting out‘ bekannt, genauso spezifisch wie die Spieltätigkeit des Kindes und die direkte sprachliche Kommunikation der Erwachsenen. Positiv betrachtet ist das Agieren eine handelnde Selbstinszenierung, die einen Zugang zum intrapsychischen, später zum interpsychischen Geschehen schaffen kann.“ (Sant’Unione & Wildermuth, 2003, S. 20)



#### 4 Ziele der Arbeit mit der Gruppe

Formuliert man in Kurzfassung Ziele, so kann man unter Verwendung unterschiedlicher Begriffe folgende benennen:

**pädagogische Ziele:**

- Lernen sozialer Verhaltensweisen
- Entwickeln sozialer Kompetenzen

**therapeutische Ziele:**

- Ermöglichen positiv korrigierender emotionaler (Beziehungs-)Erfahrungen in der Gruppe

Pädagogische und therapeutische Ziele/Arbeitsaufträge zusammengefasst geht es um:

- Identitätsfindung des Einzelnen in der Gruppe/durch die Gruppe stärken
- Individualität (Differenzierung) des Einzelnen in der Gruppe stützen
- Einzelne (bei Notwendigkeit) in der Gruppe und/oder vor der Gruppe schützen
- konstruktive Gruppenprozesse (Selbststeuerung) stärken
- Identität der Gruppe entwickeln (mehr als eine zufällige „Zwangsgemeinschaft“!?)
- negative Dynamiken „der Gruppe“ bremsen/verhindern
- die Gruppe in der konstruktiven Auseinandersetzung mit Einzelnen stützen
- die Gruppe vor destruktiven Dynamiken Einzelner (bei Bedarf) schützen
- entwicklungsfördernde **Auseinandersetzung der verschiedenen „Gruppen“** (Jugendlichen-Gruppe, Betreuer-Gruppe, TWG als Ganzes) und der Einzelnen in und mit diesen Gruppen ermöglichen.

Wenn dies als möglicher Rahmen der Ziele bestimmt wird, stellt sich die Frage, wie man diese denn in der praktischen Arbeit entwickeln kann.

Zunächst ist es wichtig, sich seines Verständnisses von Gruppenprozessen zu vergewissern, um gezielte Möglichkeiten der Beeinflussung des Gruppengeschehens einschätzen zu können:

„Eine Gruppe wird ... als ein autonomes Sozialsystem verstanden, das – wie andere soziale Systeme auch – nicht direkt von außen steuerbar ist. Niemand kann eindeutig vorhersagen, wie ein bestimmter Einfluss von außen wirken und wie eine Gruppe darauf reagieren wird. Jede Intervention hat neben den beabsichtigten immer auch ungewollte Folgen. Die entstehenden Ordnungen in einer Gruppe sind auf die jeweils neu ablaufenden wechselseitigen Abstimmungsprozesse zurückzuführen. Solchen Rückkopplungsprozessen verdanken Gruppen – wie jedes soziale System – ihre Entwicklungsmöglichkeiten und ihr Eigenleben.“ (König & Schattenhofer, 2007b, S. 19)

Aus diesem Verständnis folgt, dass man keine eindeutigen Maßnahmen/Interventionen/Handlungen definieren kann, die im Sinne einer linearen Ursache-Wirkungs-Mechanik zur Zielerreichung führen. Es geht im Gegenteil vor allem um die Ermöglichung von Selbststeuerungsprozessen, die in der unmittelbaren Auseinandersetzung der Gruppe mit sich selbst und mit „den Anderen“ erfolgen, oder anders formuliert: um die Bereitstellung eines Raumes, in dem Beziehungen zwischen den Beteiligten entstehen und sich entwickeln können.

In (nicht nur) systemtheoretischer Sicht erlangen daher die Rahmenbedingungen und die Strukturvorgaben als absichtsvoll beeinflussbare Kontextsteuerungsgrößen (König & Schattenhofer, 2007b, S. 90f.) große Bedeutung. Diese ordnen den dynamischen Gruppenprozess in einen (zumindest theoretisch) an seinen Grenzen kontrollierbaren Rahmen ein, der den Einzelnen und der Gruppe Stabilität und Sicherheit geben kann, bzw. definieren und begrenzen den Raum für Beziehungsentwicklung.

## 5 Wesentliche Einflussfaktoren/Rahmenbedingungen

Die Möglichkeiten und die Art der Arbeit mit der Jugendlichengruppe hängen nicht zuletzt von äußerlich beschreibbaren Faktoren und Merkmalen ab. Dazu gehören:

- Größe der Gruppe (6-8 Jugendliche in den TWGs)
- Gruppenkonstellation:
  - Mädchen/Jungen (gemischt)
  - Altersverteilung (14-19 Jahre)
  - Problematiken/Symptomatiken
  - Konstellationen der Herkunftsfamilien

- Dauer des Zusammenlebens der Gruppenmitglieder
  - Fluktuation vs. Kontinuität
- Entscheidungsspielräume der Einrichtung/ des Teams bzgl. Gruppenzusammensetzung (mit Blick auf den Gruppenprozess)
  - bei Aufnahmeentscheidungen
  - bei Entlassungsentscheidungen
- personelle Ressourcen und fachliche Kompetenzen des Teams für die Arbeit mit der Gruppe
- konzeptionelle Verankerung der inhaltlichen Arbeit mit der Gruppe in der Einrichtung insgesamt und im Team.

Die drei letzten Punkte verweisen auf die materiellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen der Arbeit mit der Jugendlichengruppe und bestimmen das Zusammenspiel und die Dynamik zunächst zwischen Team und Träger/Einrichtungsleitung und in zweiter Linie unmittelbar dann auch die Stellung/Gestimmtheit der Teamgruppe gegenüber den Jugendlichen.

## 6 Strukturelemente der Arbeit mit der Gruppe<sup>5</sup>

Wesentlich in der praktischen Arbeit sind zentrale Regelungen und Vorgaben der TWG, die dazu beitragen, den einzelnen Jugendlichen und der Jugendlichengruppe Orientierungen zu geben und Strukturen zu schaffen, innerhalb derer und an deren Grenzen die Auseinandersetzung im Alltag stattfinden kann und muss.<sup>6</sup>

Dazu gehören:

- Verbindliche Gruppenregeln/-verpflichtungen/-termine/-vereinbarungen z.B. ein allen bekannter und identischer Betreuungsvertrag jeder/jedes Einzelnen – darin sind u.a. geregelt:

---

5 Diese Strukturelemente sind in den beiden TWGs in vieler Hinsicht identisch oder ähnlich, in manchen Bereichen aber konkret sehr unterschiedlich. Z.B. wird in der TWG „Respect Yourself“ das Abendessen von den Jugendlichen selbst gekocht und ist strukturierter Teil der Arbeit mit der Gruppe, während in den TWGs der Koralle eine Köchin das Essen zubereitet, die Jugendlichen sich verpflichtend zu einer festgesetzten Zeit jeden Abend am Essenstisch einfinden müssen und dann gemeinsam mit Betreuer/in und Köchin als Gruppe interagieren.

Gruppentherapeutische Sitzungen im engeren Sinn finden nur in den TWGs der Koralle statt und werden von der Jugendlichenpsychotherapeutin (Frau Kalis-Siebert) durchgeführt.

6 vgl. Heidtke & Neumann, 1999, S. 278: „In der Gruppentherapie ist der Therapeut (und ist entsprechend ihrer Aufgabe die Pädagogin, Ergänzung d.V.) eher eine „reale Person“ für die Orientierung des Jugendlichen. Der Jugendliche sucht eine Autorität im Therapeuten (entsprechend im Pädagogen, d.V.), mit der er sich progressiv identifizieren und mit der er zugleich kämpfen kann.“ (ebd., S. 280)

- Ausgehzeiten
- Wochenendübernachtungen
- Besuche in der Gruppe
- Verbote (z.B. Drogen, Alkohol, Gewalt-/androhung)
- persönlicher Schutz- und Rückzugsraum (eigenes Zimmer) vs. öffentlicher Raum (Küche, Gruppenraum, Flur, Hausflur)
- **zentral:** fester Termin für mindestens eine Mahlzeit (warmes Abendessen) am Tag, um mindestens einen „gemeinsamen Rahmen“ für alltägliche Erfahrung/Auseinandersetzung der Gruppe zu haben
- Aufgaben der Einzelnen für die Gruppe
  - Alltagsorganisation/Reinigungsdienste/Einkaufsdienste
  - Kochen für die Gruppe
- gemeinsamer Regelungs- und Abstimmungsbedarf
  - Gruppenaktivitäten
  - Fernsehprogramm
  - Konflikte in der Gruppe
- verpflichtende (und freiwillige) Gruppenaktivitäten z.B.
  - Freizeitangebote
  - Sport
  - Kunstangebote
  - Gruppenreisen
- verpflichtende Teilnahme an der Gruppenbesprechung (1 x Woche)
  - Ort, Zeit, Leitung, Protokoll
- verpflichtende Teilnahme an der Gruppentherapie (14-tägig)
  - Ort, Zeit, Leitung durch Therapeutin

Die genannten Strukturelemente definieren als Vorgabe auf unterschiedlichen Ebenen das Feld (und die Regeln), auf dem die Auseinandersetzung der Einzelnen mit den Anderen (der Gruppe) stattfinden, wodurch Begegnung als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Beziehungen überhaupt möglich und nötig wird.



## 7 Prozesssteuerung<sup>7</sup>

Wenn man in den Jugendlichengruppen der TWGs überhaupt von einer gezielten Steuerung der Prozesse sprechen kann, so erfolgt diese – auf dem Boden der Strukturen und Rahmenbedingungen – ausschließlich in der direkten Interaktion und Kommunikation der Jugendlichen (einzeln und in der Gruppe) mit den Betreuern/Therapeuten (einzeln und als Team).<sup>8</sup> Durch aktives Ansprechen, Initiieren, Bremsen, Intervenieren, Vermitteln, Konfrontieren, Beschützen, Sich-Einmischen oder aktives, absichtsvolles Nicht-Intervenieren, Abwarten, „Ignorieren“, Sich-Raushalten, Auf-sich-selbst-verweisen (den Einzelnen oder die Gruppe) etc. werden vielfältigste Interventionen bzw. Verunsicherungen in die Gruppe eingebracht – deren konkrete Auswirkungen (s.o.) nicht im Vorhinein genau zu bestimmen sind ...

Das wesentliche Ziel dabei ist jedoch, die Selbststeuerungskräfte der Gruppe – in Bezug auf die TWG ist hier sowohl die Jugendlichengruppe als auch die Gesamtgruppe von Team und Jugendlichen gemeint – und der einzelnen Jugendlichen in der Gruppe in produktivem Sinne zu stärken sowie den Einzelnen und der Gruppe ausreichenden Halt und genügend Sicherheit/Schutz zu geben.

Die wesentliche Herausforderung (und nicht selten auch Überforderung) für die Pädagogen im Gruppenalltag besteht darin, dass sich die gruppendynamischen Prozesse mit und an ihrer Person und in der Beziehung zu ihnen abspielen. Insofern müssen die realen Grenzen der Pädagogen in der alltäglichen Arbeit im Gesamtsystem reflektiert werden und repräsentiert sein, um nicht zu einer einseitigen Überforderung mit uneinlösbaren Ansprüchen zu führen. Gleiches gilt für die Arbeit im explizit gruppentherapeutischen Setting der TWG, da es auch hier kaum möglich sein wird, die notwendigen Ressourcen (wöchentliche Gruppensitzungen nach Möglichkeit mit einem weiblich/männlichen Therapeutenpaar) zur

---

7 König & Schattenhofer (2007b, S. 89ff.) beschreiben in Bezug auf die Prozesssteuerung unterschiedliche Aspekte der Rolle des Trainers im Gruppendynamischen Training, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass diese „kein unmittelbar übertragbares Modell für den Führungsalltag in Gruppen und Teams“ darstellen und – so ergänzen wir – sie schon gar nicht für die pädagogische Arbeit in den TWGs unmittelbar zu übertragen sind. Dazu ist die Alltagsarbeit (und auch die relativ geschlossene therapeutische Gruppe) viel zu „offen“ und durch zu viele Faktoren, die sich der Wahrnehmungsmöglichkeit oder gar der Beeinflussung entziehen, determiniert. Dennoch sind die Überlegungen hilfreich, um sich der Bedeutung der überlegten und unüberlegten pädagogischen Interaktionen bewusst zu werden.

8 „Die Interventionen (in der psychotherapeutischen Gruppe der Tagesklinik, d.V.) sind im Vergleich zu der in analytischen Erwachsenen-Gruppen angewandten Technik ich-stärkend. Man kann nicht immer warten, „bis etwas geschieht“; der Therapeut verhält sich gegenüber dem Jugendlichen vielmehr als ein realer „anderer“ und muß so authentisch wie möglich handeln. Authentizität und Spontaneität – einhergehend mit der notwendigen Distanz – befriedigen das Bedürfnis des Jugendlichen nach Echtheit des Kontakts und sein Bedürfnis, sich im Hinblick auf Erwachsene zu orientieren“ (Heidtke & Neumann, 1999, S. 279).

Verfügung zu stellen. Die „Prozesssteuerung“ bezieht sich – verglichen mit einem klinischen oder tagesklinischen Setting – auf nur schwer zu übersehende Gruppenprozesse in einem institutionell relativ wenig strukturierten/kontrollierten, zugleich aber zeitlich sehr ausgedehnten Alltag in den Jugendhilfeeinrichtungen.

Für die Beobachtung/Analyse und Einschätzung gruppenspezifischer Prozesse und der Entwicklung der Gruppe werden u.a. von O. König (2007a) und König/Schattenhofer (2007b) hilfreiche Kategorien/Merkmale und Modelle dargestellt und in ihrer Bedeutung für die Steuerung von Gruppen beschrieben, die aus unserer Sicht für die pädagogische und die pädagogisch-therapeutische Arbeit in den TWGs sehr nützlich sind. Im Workshop standen inhaltliche Auszüge daraus den TeilnehmerInnen als Poster zur Verfügung – wir fassen einige Elemente in einem Exkurs am Ende des Textes zusammen.

Wie bereits betont: Die Auseinandersetzung mit der Dynamik der Gruppe ist gar nicht vermeidbar! Hilfreich ist es, das interdisziplinäre Team (Pädagogen, Psychologen), d.h. die eigene Gruppe, zur Selbstreflexion der Einzelnen und der Team-Gruppe zu nutzen bzw. zu Hilfe zu nehmen. All die Prozesse und Konflikte, die grundsätzlich in der Gruppe der Jugendlichen stattfinden (können), finden im Prinzip auch im Team statt, manchmal im Sinne von Übertragung-Gegenübertragung als wechselseitige Spiegelung, bei der es in der Praxis bisweilen tatsächlich relevant ist, selbstreflexiv im Team zu erforschen, ob ein Konflikt in der Gruppe der Jugendlichen bzw. um einen Jugendlichen nicht im Wesentlichen die Spiegelung eines nicht bewussten Teamkonflikts ist oder umgekehrt ...

#### *Kurzer Exkurs: Gruppenprozesse verstehen und bewusst intervenieren*

Wir alle leben und arbeiten als Mitglieder verschiedenster sowohl formeller als auch informeller Gruppen.

In der Gruppe kann der Einzelne elementare soziale Bedürfnisse, wie Zugehörigkeit, Sicherheit, Kommunikation, Kooperation und Anerkennung befriedigen.

Das Verhalten von Personen in Gruppen orientiert sich an anderen Gruppenmitgliedern und beeinflusst diese. Quellen von Gruppeneinfluss auf das Verhalten Einzelner sind persönliche Anteilnahme, öffentliche Verpflichtung der Zugehörigkeit, soziale Unterstützung und die bewusste und unbewusste Wirksamkeit von Gruppennormen.

In unserem Berufsalltag der TWG arbeiten wir mit Jugendlichen, die sowohl Individuen als auch Teil einer Gruppe sind sowie mit der Gruppe als Ganzem – und wir arbeiten selbst als Teil einer Gruppe.

Gruppenprozesse und die wechselseitige Beeinflussung von Individuum und Gruppe zu verstehen und unsere Interventionen möglichst bewusst in Richtung auf die Ermöglichung konstruktiver Entwicklungsprozesse von Gruppe und Einzelnem zu gestalten, ist Teil unserer Arbeit und erfordert neben Erfahrung ein theoretisches Know-how.

Gruppendynamische Grundkenntnisse bilden einen Bezugsrahmen, in den wir das, was wir sehen, einordnen und damit Gesamtzusammenhänge besser verstehen können.

Wir nennen hier nur einige wesentliche Aspekte und verweisen auf ausführliche Literatur (vgl. König & Schattenhofer 2007b):

a. Gruppendynamische Dimensionen

oder „was die Gruppe bewegt“, sind: Zugehörigkeit (Draußen-Draußen), Macht und Einfluss (Oben-Unten), Intimität, Anziehung versus Abstoßung (Nah-Fern) sowie die Aktualisierung lebensgeschichtlicher Erfahrungen des Einzelnen im Gruppenprozess.

b. Gruppennormen

sind Verhaltensregeln und Bewertungsmaßstäbe, die von außen hergetragen oder die die Mitglieder herausgebildet haben, an denen sie sich orientieren, deren Befolgen über die Gruppenzugehörigkeit mitbestimmt und die das Zusammenleben erst ermöglichen.

Es gibt explizite, öffentliche sowie implizite, verdeckte Normen. Für das Verständnis von konkreten Gruppenprozessen sind Widersprüche zwischen öffentlichen und verdeckten Normen wichtig.

c. Gruppenidentität

Eine Gruppe entwickelt eine eigene Identität und Ziele immer in Auseinandersetzung mit und Abgrenzung von einem Gegenüber (Aufgabe, andere Gruppe, Gegner).

In der TWG ist das Betreuersteam für die Gruppe der Jugendlichen ein Gegenüber und repräsentiert die Erwachsenenwelt. Die Jugendlichen können sich im Schutz der Gruppe einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Erwachsenenwelt und ihrer Entwicklungsaufgabe Identitätsfindung stellen. Gleichzeitig müssen Betreuer notwendige Rollen für das Funktionieren des Gruppenprozesses wahrnehmen (Führung, Beratung).

d. Rollendifferenzierung

Das Funktionieren einer Gruppe erfordert ein unterschiedliches Repertoire aufeinander bezogener Verhaltensweisen der Mitglieder. Rollenübernahme und Zuweisung ist eine Kompromissbildung zwischen den Anforderungen der Gruppe und persönlichen Wünschen, Interessen, Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen.

Das wohl bekannteste Beispiel für Rollenkategorisierungen ist das Gruppendynamische Rollen-Modell von Raoul Schindler mit den vier Rollenkategorien: „Alpha“ als Kristallisationskern bzw. Anführer einer Gruppe, „Beta“ als „Spezialist“ bzw. Berater von Alpha, „Gamma“ als „Mitläufer“, unterstützen Alpha, solange dessen Aktivität Erfolg verspricht, sowie „Omega“ als Außenseiter, der die Gruppe in Frage stellt, damit u.U. aber die Identitätsfindung der Gruppe entscheidend fördert.

#### e. Gruppenentwicklung

Jeder Gruppenprozess verläuft in den fünf Phasen: Orientierungsphase, Positions- und Rollenklärung, Vertrautheit und Konsolidierung, Differenzierung, Trennung und Abschied.

Gruppenprozesse pendeln im Zeitverlauf zwischen den Polen Integration und Differenzierung, es wirken sowohl zentripetale Kräfte (Gemeinsamkeiten, Ähnlichkeiten) als auch zentrifugale Kräfte (Unterschiede, Spannungen, Akzeptanz von Gegensätzen).

Da eine Gruppe von TWG-Bewohnern eine „offene“ Gruppe bildet, bei der im Zeitverlauf immer Mitbewohner die Gruppe verlassen und neue hinzukommen, entstehen immer wieder neue Entwicklungsimpulse, aber auch die Anstrengung von Neuorientierung. Jedes Gruppenmitglied durchläuft unterschiedliche Phasen der Zugehörigkeit. Der Einzelne erlebt verbunden mit seinem individuellen Entwicklungsprozess den Gruppenprozess als Phasen von Spannung (angenehm oder unangenehm) und Entspannung.

## Literatur

- Bovensiepen, Gustav (1999). Die Klinik als Container. In: G. Bovensiepen, & M. Sidoli (Hrsg.), *Inzestphantasien und selbstdestruktives Handeln*, S. 260-276. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Heidtke, Heide & Neumann-Schirmbeck, Michael (1999). Gruppentherapie im tagesklinischen Setting. In: G. Bovensiepen & M. Sidoli (Hrsg.), *Inzestphantasien und selbstdestruktives Handeln*, S. 277-294. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- König, Oliver (2007a). *Macht in Gruppen*, (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta, (Original erschienen 2004).
- König, Oliver & Schattenhofer, Karl (2007b). *Einführung in die Gruppendynamik*, (2. Auflage). Heidelberg: Carl Auer Verlag (Original erschienen 2006).
- Hirsch, Mathias (2008). *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sant'Unione, Anna-Maria & Wildermuth, Matthias (2003). *Methodenübergreifende ambulante Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit unterschiedlichen Störungen und Störungsniveaus.*, In: *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Jahrgang/4, S. 19-45.

*Jutta Bartl, Bernd Gundacker & Ute Meybohm*

## Kriseninterventionsstrategien in Therapeutischen Jugendwohngruppen

### **Vorwort**

Der Workshop „Kriseninterventionsstrategien in Therapeutischen Wohngemeinschaften“ (TWG) wurde gemeinsam gestaltet von den Trägern Prowo e.V., Bernd Gundacker und der ajb gmbh, Jutta Bartl und Ute Meybohm. Der Workshop teilte sich auf in einen Vortrag der Träger über Kriseninterventionsstrategien und in eine Diskussion mit Workshopteilnehmern, die überwiegend Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Jugendämter und freie Träger vertraten. Es bestand von Seiten der Workshopteilnehmer ein großes Interesse, mehr über Krisenbewältigung und die Bedingungen in den TWGs zu erfahren. In der anregenden Diskussion wurde deutlich, dass Kriseninterventionsstrategien in der Regel nicht bei der Aufnahme von Jugendlichen in den Hilfeplan aufgenommen werden, obwohl davon auszugehen ist, dass diese zum Alltag der Hilfemaßnahme gehören werden. Somit wird in der Regel kein abgestimmtes Verfahren zwischen allen Akteuren vereinbart, das dann im Hilfeverfahren überprüft werden kann. Nach Ansicht einer Vertreterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bedarf es hierfür auch einer größeren Offenheit auf Seiten der TWGs, ihre Möglichkeiten transparent zu machen. Von den Trägern wurde bemängelt, dass es besonders bei Krisen, die keine Klinikeinweisung erforderlich machen, wohl aber eine kurzfristige Auszeit aus der TWG (z.B. bei Gewalt und Drogen), häufig keine kurzfristige Unterbringungsmöglichkeit gibt. Eine zusätzliche Unterbringung in einer Kriseneinrichtung wird aufgrund der knappen Finanzlage der Jugendhilfe nicht mehr finanziert. Hierfür gilt es, bei der Aufnahme Absprachen mit dem Jugendamt über Unterbringungsmöglichkeiten zu treffen. Einen weiteren Auswertungsbedarf gibt es über die Zusammenarbeit der Akteure im Krisennetzwerk. Bezogen auf den Jugendlichen und seine Familie erfolgt eine Auswertung der Krise mit dem zuständigen Jugendamt, ggf. Fachdienst, Klinik und TWG. Zu wenig Berücksichtigung findet aber die Auswertung über die Zusammenarbeit des ressortübergreifenden Krisennetzwerks. Positiv wurde von Seiten der TWGs die Zusammenarbeit mit dem Berliner Krisendienst bewertet.

## Krise und Krisenintervention in der Therapeutischen Wohngruppe

### 1 Pubertät und Krise

Der Begriff der Krise leitet sich vom griechischen „*krisis*“, „Entscheidung“, schwierige, gefährliche Situation, Wendepunkt einer Entwicklung, Ausweglosigkeit ab. Die Krise ist ein Zustand psychischen Ungleichgewichts, der von heftigen Gefühlen begleitet ist und oft als unlösbare und ausweglose Notlage erlebt wird. In der Medizin ist die Krise der Höhepunkt einer Krankheit, eine dramatische Wendung; die meist zur Besserung führt.

Die chinesische Kultur hat für den Begriff der „Krise“ zwei Schriftzeichen, eines bedeutet „Gefahr“ und das andere „Chance“. Das Kennzeichen der Krise ist, dass sie mit Grenzen konfrontiert, mit Angst und Verzweiflung verbunden ist, dass sie Prämissen in Frage stellt, die bislang im Leben als gültig erlebt wurden. Die Chance der Krise besteht darin, dass ihre Bewältigung die eigene Kompetenz stärkt.

Für Jugendliche bringt sie den Reifungsprozess des Erwachsenwerdens, denn zur Adoleszenz gehört die Krise. Die Phase der Adoleszenz und die mit ihr verbundenen Entwicklungsaufgaben, wie Sexualität, Schule/Ausbildung, innere und äußere Ablösung vom Elternhaus und Identitätsfindung, ist eine Phase der inneren Umwandlung, der körperlichen, sexuellen und geistigen Reifung. Sie ist auch bei sogenannten normalen Jugendlichen von krisenhaftem Erleben begleitet. Hierzu gehört oft eine egozentrierte Sichtweise mit einem unrealistischen Selbstbild im Wechsel von Größenfantasien zu Minderwertigkeitsgefühlen und Angst, Stimmungsschwankungen zwischen Trauer, Wut, aber auch Depression und emotionaler Distanz, Euphorie. Bestimmt wird sie von Konflikten um die Identitätsfindung, ambivalenten Bedürfnissen nach Versorgtsein und Unabhängigkeit, Schutz und Selbstbestimmung, Schuldzuweisung und Eigenverantwortung. Begleitet wird diese Zeit von der Hinwendung zu Gleichaltrigen, zu peer-groups und den damit verbundenen Liebesdramen und dem Beginn der Ablösung vom Elternhaus. Im Falle von psychischer Gesundheit, dem Vorhandensein persönlicher Ressourcen und einem funktionierenden sozialen Netz ist das Ergebnis von Krisen die Reifung, das Erwachsensein.

*Pubertät und Adoleszenz*

<b>Normaler Verlauf</b>	<b>Krisenhafter Verlauf</b>
Gelegentliche Experimente mit Drogen	Ge- und Missbrauch von Drogen als primärer Organisator von Wohlbefinden
Sexuelle Experimente mit Gleichaltrigen, Schüchternheit und Unsicherheit	Promisköse oder mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen
Geringe Fluktuation der Interessen	Schulverweigerung und Interessensverlust von schulischen und außerschulischen Aktivitäten
Auseinandersetzung mit Eltern u.a. über Kleider, Musik	Eltern hassen und um basale Werte und Regeln bekämpfen
Unzufriedenheit, Langeweile	Angst, überwältigt zu werden; unfähig, das Leben zu genießen; gelähmt durch Depression
Versuche, Individualität zu finden	Auffälliges Verhalten, Suizidgedanken

Der Reifungsprozess des Erwachsenwerdens ist auch das Reifen an Grenzsetzungen, Konflikten und Krisen. Krisen können provoziert werden, um Entscheidungen/Veränderungen anzustoßen. Die Krise wird bei sogenannten normalen Jugendlichen als Ressource genutzt, um Reifung zu ermöglichen.

Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Therapeutischen Wohngruppe haben wir es allerdings mit einer komplexeren Problematik zu tun: Zum einen befinden sie sich in der Adoleszenz, zum anderen sind sie psychiatrisch erkrankt, bzw. unterliegen schweren psychischen Beeinträchtigungen, z. B. durch sexuellen Missbrauch oder/und gefährden sich zusätzlich durch Drogen- und Alkoholkonsum; zum dritten sind sie schwerst beziehungsgestört und in ihrem Vertrauen in Erwachsene tiefgreifend erschüttert.

Die Krise, die adolozente wie die strukturelle (psychiatrische), hat sich bereits im familiären Rahmen vollzogen, hat Jugendliche mit z.B. akuter Suizidalität oder einem akuten psychotischen Schub in die Psychiatrie gebracht oder in Kriseneinrichtungen der Jugendhilfe und hat oft schon einen chronifizierten Verlauf angenommen.

Wenn sie in der TWG aufgenommen werden, befinden sie sich zwar in relativer psychischer Stabilität, die zugrunde liegende psychische Erkrankung impliziert jedoch krisenhafte Zuspitzungen in Konfliktsituationen, dies besonders bei Veränderungen.

Krisen gehören zum pädagogischen und therapeutischen Alltag der TWGs. Die entwicklungsspezifischen Bedingungen der Adoleszenz erschweren die Behandlung der zugrunde liegenden Krankheitsbilder. Pädagogisch ausgedrückt, verkomplizieren die Krankheitsbilder die Ausführung der anstehenden Entwicklungsaufgaben wie Berufsfindung, Beziehungsaufbau und -gestaltung,

Persönlichkeitsfindung und Aufbau von Lebensperspektiven. Die Mitarbeiter der TWG müssen sich diesem Problem stellen, d. h. in einer scheinbar zugespitzten Adoleszenzkrise muss die strukturelle Beeinträchtigung mit beachtet und die Tragfähigkeit der Beziehung eingeschätzt werden.

Grundlegende Werkzeuge der TWG-Arbeit sind zum einen der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, um die anstehenden Entwicklungsaufgaben trotz der bestehenden Erkrankung bearbeiten zu können und zum anderen die Schaffung eines therapeutischen Milieus im gemeinsamen Kontext pädagogischen Handelns (Halt gebende Strukturen und Regeln) und psychotherapeutischen Verständnisses (Kenntnis der Dynamik von Krankheitsbildern und Beziehungsmustern). Dieses Milieu wird umgesetzt durch das multiprofessionelle Team von Pädagogen, Erziehern, Psychologen und Psychotherapeuten. In der TWG werden Enttäuschungen, Sehnsüchte auf die Betreuer als Träger der Elternübertragung projiziert. Sie sind Ausdruck von Belastungen durch erlebte unbewältigte negative Erfahrungen im Elternhaus. Die Flucht durch Suizidalität/Drogen zeigt die Überforderung im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen und den Belastungen durch Gewalt, Missbrauch etc. Wir begegnen im Wohngruppenalltag Reinszenierungen der gemachten Erfahrungen, die zu krisenhaften Zuspitzungen führen können.

Wir haben es aber nicht nur mit krankhaftem Erleben zu tun, sondern auch mit dem Austesten der Tragfähigkeit von Beziehungen zu Betreuern (Werde ich dieses Mal getragen, kann ich bleiben oder muss ich gehen, wenn ich mich zeige?) sowie dem Austesten von Grenzen. Haltungen des Ausprobierens, Austestens von Grenzen und Möglichkeiten der Selbsterprobung und -findung fördern oft nicht unbedingt die Entwicklung, sondern halten die Jugendlichen in ihrer krankheitsbedingten Abwehrstruktur fest. Hilfsangebote werden abgelehnt und unter Umständen als Angriffe verstanden und immer wieder in Frage gestellt. Wegbleiben ist ein ernstzunehmendes Problem in TWGs geworden, das nicht allein bei dissozialem Verhalten, sondern gerade bei schweren Persönlichkeitsstörungen auftreten kann. Diese Anstrengung wird häufig aufgewendet, um sich vor Veränderung zu schützen.

## 2 *Krise und Krankheit*

Zu den Charakteristika von Krisen gehört das Versagen der üblichen zur Verfügung stehenden Hilfs- und Bewältigungsmechanismen. Die persönliche Kompetenz reicht nicht aus, um Situationen zu meistern, und die innere Identität wird durch äußere Situationen bedroht. Die/der Betroffene wird eng und kreist um sich, er/sie sieht „kein Licht am Ende des Tunnels“. Schließlich erfassen Angst und Erschöpfung die Person total. Krisen gehören zum pädagogischen und therapeutischen Alltag und fordern die fachliche und persönliche Kompetenz der Helfer he-



raus. Sie sind von der Heftigkeit der Emotionen mit betroffen, besonders in suizidalen und aggressiven Krisen müssen sie das Gefährdungspotenzial einschätzen und entsprechende Kriseninterventionen einleiten. Ein wichtiges Instrument der Einschätzung einer Krise besteht in der Gegenübertragung des Pädagogen oder Psychotherapeuten, indem er feststellt, ob er mit dem Jugendlichen in emotionalen Kontakt treten kann und diese Bindung ausreicht, um gemeinsam die Krise zu bewältigen oder ob der Jugendliche herausgenommen werden muss.

Als Grundregel für die Krise gilt: Je umfassender die Beziehungsstörung, desto größer ist die Gefährdung. Dies findet man als Dynamik bei allen Krankheitsbildern (bei der Psychose, der Suizidalität, bei Persönlichkeitsstörungen oder bei schwerer Traumatisierung und bei Depressionen). Das Gefährdungspotenzial durch Selbst- und Fremdgefährdung bestimmt die Art und Dichte der Krisenintervention.

### 3 Die akute Krise

In der akuten Krise haben wir es mit verschiedenen Krisenarten zu tun, die unterschiedliche Kriseninterventionen erforderlich machen.

Hierbei wollen wir uns im Wesentlichen mit der suizidalen, der psychiatrischen und der aggressive Krise und dem Rückfall bei Drogen befassen.

Bei **suizidalen Krisen** steht immer die Einschätzung der Gefahr im Vordergrund. Diese Einschätzung wird durch eine therapeutische Fachkraft vorgenommen. Erfasst wird das aktuelle Konfliktthema sowie das zugrunde liegende Konfliktschema des Jugendlichen und seiner Wohngruppe. Einschätzt werden muss die Paktfähigkeit, bzw. Handlungsfähigkeit zur Konfliktbewältigung. Beobachtet werden die Beziehungsmuster mit anderen, aktuell und aus der Vergangenheit, sowie die Interaktion in der konkreten Krisensituation unter den Anwesenden. Als Indikator dient dabei die Wahrnehmung der eigenen Gegenübertragung und die Einschätzung der persönlichen Ressourcen des Jugendlichen auf dem Hintergrund der Erkrankung. In der **Beziehungsdiagnostik** der suizidalen Krise steht als Kernfrage im Mittelpunkt, ob die Arbeitsbeziehung als stützend und tragend erlebt wird, ob er/sie zusagen kann, keine destruktiven Handlungen zu begehen, und ob z. B. ein Antisuiizidvertrag abgeschlossen werden kann. Ist die Beziehungsfähigkeit stark beeinträchtigt, also die Suizidgefahr groß, muss eine stationäre Krisenintervention ggf. über das Psych KG eingeleitet werden.

Im Falle der **psychotischen Krise** steht die Einschränkung durch das wahnhaftes Erleben im Vordergrund und die Erreichbarkeit des Jugendlichen in Krisensituation bezogen auf die Bereitschaft zur medikamentöse bzw. zur stationären Behandlung.

*Fallbeispiel: I. lebt als junge Volljährige mit einer psychotischen Erkrankung in der TWG, sie hat eine rechtliche Betreuerin und Asyl beantragt. Sie ist gebürtig aus Ghana und wegen der Unbehandelbarkeit der Krankheit im Heimatland von der*

Familie nach Deutschland geschickt worden. Sie geriet in eine Krisensituation, nachdem sie tagelang unabgesprochen der Wohneinrichtung fernblieb und sie daher auch keine Medikamente einnahm. Telefonischer Kontakt bestand mit der Projektpsychologin, sie gab an, in Steglitz zu sein, aber den genauen Aufenthaltsort nicht zu kennen. Auch wollte sie nicht zurückkehren. Recherchen im Bekanntenkreis blieben erfolglos. Als sich der Gesundheitszustand dramatisch verschlechterte, I. verwirrt und orientierungslos erschien, auch zum Verlassen der Wohnung, wo sie sich offensichtlich alleine aufhielt, nicht zu bewegen, um von außen Hilfe zu holen, wurde der Sozialpsychiatrische Dienst und die rechtliche Betreuerin hinzugezogen, die ihrerseits den telefonischen Kontakt mit I. hielten. Parallel wurde ermittelt, ob eine Ortung des Handys über die Vermisstenstelle der Polizei rechtlich möglich ist. Aufgrund der akuten Gefährdung wurde von der rechtlichen Betreuerin ein Einweisungsbeschluss in die geschlossene Psychiatrie erwirkt, worauf die Vermisstenstelle aktiv wurde. Sie ortete I. in Chemnitz (!).

Im Gespräch hat I. u.a. eine Straßenangabe gemacht, die vorsorglich der Polizei bekannt gegeben wurde. Dank Kombinationsgabe und der Kooperation der Polizei wurde sie im zweiten Versuch tatsächlich gefunden. Sie hat der Polizei die Tür aufgemacht und war froh, aus der misslichen Lage befreit zu werden, wenn auch der Weg zunächst in die dortige Psychiatrie führte.

Bei **Krisen mit aggressiven Durchbrüchen**, bei massiven Sachbeschädigungen und Vandalismus, die sich scheinbar der Kontrolle des Jugendlichen entziehen und pädagogisch nicht begrenzbar sind, muss die Polizei hinzugezogen werden. Die Konsequenzen solcher Handlungen können sein, dass eine Anzeige erstattet oder die sofortige Beurlaubung aus der Einrichtung, bzw. die Entlassung aus der Wohneinrichtung in Rücksprache mit dem Jugendamt veranlasst wird. Auch darf die Wirkung von Krisen Einzelner auf die Mitbewohner bzw. die Wohngruppe nicht unterschätzt werden. Hier sind Maßnahmen zu ergreifen, die die Situation befrieden können, aber gleichzeitig ein Ventil für die Betroffenheit der Mitbewohner bieten. In der Nachbereitung ist die Aussprache im WG-Plenum bzw. Hausplenum wichtig.

*Fallbeispiel P.:* auf dem Hintergrund einer unbehandelten ADS kam es zu unkontrollierbaren, pädagogisch nicht beeinflussbaren Zerstörungen in der TWG. Die Polizei hat den tobenden Jugendlichen zunächst mitgenommen. Wir haben ihn nach Hause beurlaubt bis zur rasch einberufenen Hilfefunktion beim Jugendamt. Dort hat er erklärt, nicht mehr in die TWG zurück zu wollen. Die Mutter nahm ihn wieder auf unter der Bedingung, sich einer stationären Diagnostik zu unterziehen und ggf. Medikamente einzunehmen. Zu diesem Schritt hatte sie bis dahin keine Zustimmung gegeben. P. wurde dann in der Kinder- und Jugendpsychiatrie diagnostiziert und medikamentös eingestellt. Die Mutter äußerte im Nachhinein ihre Zufriedenheit über das Vorgehen, das von uns bereits im Hilfeplan vorgesehen, aber ohne ihre Unterstützung nicht umzusetzen war, da P. unter diesen neuen Bedingungen seine Aggressionen kontrollieren kann.

*Unter diesen Voraussetzungen wäre eine Weiterbetreuung durch uns und eine Rückkehr in die TWG für P. möglich gewesen.*

<b>Suizidale und psychotische Krise</b>	<b>Aggressive Krise</b>
Einschätzung der Gefahr der Selbstgefährdung	Einschätzung der Gefahr der Fremdgefährdung
Beziehungspaktfähigkeit/Paktfähigkeit	Sofortiges Einbeziehen der Polizei, Trennung der Konfliktparteien
Verlegung ins Krisenzimmer	Verlegung
Ist die Beziehungsfähigkeit stark eingeschränkt, medizinische Begutachtung	Beurlaubung in Absprache mit dem Jugendamt
Stationäre Aufnahme	Anzeige
Ist der Versuch vollzogen, sofortiges Einschalten von Notarzt, Feuerwehr, Polizei	Stationäre Aufnahme und medizinische Begutachtung
	Wiederaufnahme in der Einrichtung mit Auflagen z.B. Medikamenteneinnahme

#### Krisen bei Alkohol- und Drogenrückfällen

In der Arbeit mit drogenabhängig psychisch kranken Jugendlichen führen u. a. innerpsychische Krisen zu Alkohol- und Drogenkonsum bzw. -rückfällen. Jedoch unterscheiden sich solche Krisen von suizidalen, psychotischen und aggressiven Krisen (wenn sie letztendlich auch in eine solche Krise führen können).

#### Kontradiktorische Behandlungsstandards

<b>Suchttherapiesetting</b>	<b>Psychiatrisches Setting</b>
Konfrontierend	Gewährend, schützend, fürsorglich
Fordernd, Realitätsnähe	Schutz vor Überforderung
Gruppenorientiert	Individuumzentriert
Keine Medikation	Langfristige neurolept. Prophylaxe
Strikte Abstinenzforderung	Substanzmittel ist Nebenthema und toleriert
Systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums	Mitunter sporadische Überwachung

Die Krise kann dadurch entstehen, dass durch den Rückfall die Regeln des Behandlungsvertrages verletzt werden (bei einmaligem Rückfall ist dies sicherlich nicht der Fall) und die Einrichtung mit einer Infragestellung der Weiterbe-

handlung in Form einer zeitlich befristeten Entlassung bzw. Beurlaubung reagiert. Der drohende Wohnplatzverlust kann wiederum zu einer (gewollten) krisenhaften Zuspitzung beim Klienten führen.

In der Behandlung bedarf es häufig einer konflikthaften Auseinandersetzung und einer solchen Zuspitzung, um eine Wandlung durch eine starke psychische Verengung (Gestalttherapie: „*impass*“) herbeizuführen. Die Persönlichkeit wird ihrer herkömmlichen Abwehrmechanismen beraubt und gezwungen, neue Verhaltensweisen zu erlernen (hier: ohne Drogenkonsum das Leben zu bewältigen). Um die Konfrontation erfolgreich zu begehen, bedarf es einer stützenden und tragfähigen Beziehung zum Klienten. Bei einem Teil dieser Klienten wird Veränderung nur möglich, indem sie sich selbst „zwingen“, sich durch die krisenhafte Zuspitzung zu verändern. Sie müssen die Fensterscheibe bereits spüren, damit es ihnen gelingt, sich umzudrehen, um einen neuen Weg einzuschlagen. Bei solchen Krisen entstehen häufig Probleme bei der Krisenintervention. Wenn eine Verlegung innerhalb der Einrichtung nicht möglich ist und die „Auszeit“ außerhalb der Einrichtung verbracht werden muss, kann es zu inhaltlichen Differenzen im Helfersystem kommen. Stationärer Aufenthalt ist nicht möglich, da es sich um keinen psychiatrischen Notfall handelt. Entzug ist nicht notwendig, da es sich nur um eine (einmalige) Intoxikation handelt. Eine „cleane“ Kriseneinrichtung gibt es nicht. Es bleibt dann nur noch eine herkömmliche Kriseneinrichtung der Jugendhilfe. Dies führt dann aber zu einer Doppelfinanzierung von Kriseneinrichtung und Wohngruppe, die das Jugendamt in der Regel ablehnt.

#### 4 Kriseninterventionen

Krisenintervention besteht aus mehreren Phasen:

- die **Krisenprävention** als Methode zur Vorbeugung einer Krise. Dazu gehört die Antizipation von Krisen:
  - a) Kenntnisse über Konfliktstrukturen und Krankheitsverläufe;
  - b) Kenntnis der Psychodynamik;
  - c) Kenntnisse über die Gruppendynamik in der Krise;
  - d) Hilfsmittel der Krisenbewältigung sowie die Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung durch Therapeuten und Betreuer.
- Krisenpläne und Nutzen des Krisennetzwerks in der akuten Krise;
- Verarbeitung der Krise mit allen Akteuren.

Betreuer und Therapeuten stellen den Akteuren Beratung und konkrete Unterstützungs-/Beziehungsangebote zur Verfügung und nutzen ggf. ein externes Unterstützungssystem in ihrer Region und bündeln Informationen und Hilfsangebote. Zur Verarbeitung der Krise gehört schließlich für die Betroffenen das Bearbeiten der Auslöser und das Entwickeln von Bewältigungsstrategien zur Selbsthilfe

für die Zukunft. Für die Pädagogen dient die Auswertung der Effektivierung der Arbeit und der Verbesserung der Zusammenarbeit des Hilfesystems.

Krisenintervention bedeutet häufig nicht nur die Arbeit mit dem betroffenen Jugendlichen, sondern gleichzeitig Krisenmanagement eines Systems, denn man hat es in der Regel in der TWG-Arbeit in Krisen mit verschiedenen Akteuren zu tun, die eskalierend oder deeskalierend wirken. Neben dem betroffenen Jugendlichen gehören als Konfliktparteien oder partizipierende Anwesende Eltern, Freund/Freundin, Mitbewohner, Erzieher, die Gruppe der Jugendlichen in der TWG, das Helfersystem in der TWG und das Helfersystem außerhalb der TWG. Diese komplexe Aufgabe kann in der Regel nicht allein bewältigt werden. Deshalb gibt es in allen TWGs Krisenleitfäden und Notfallpläne, die folgenden Grundsätzen folgen:

- Hinzuziehen eines weiteren Betreuers
- Einbeziehen der therapeutischen Fachkraft
- Schaffen von sicheren Räumen für Jugendliche und Gruppe (Trennung/Schutz)
- Erkennen der eigenen Grenzen

Eskaliert die Krise oder bedarf es eines externen Unterstützungssystems, so braucht man ein Netzwerk von Helfern.

Deshalb müssen Krisenpläne beinhalten:

- Notfallhandynummern von Kollegen, Psychologen, Ärzten
- Telefonnummern des Netzwerks: Krisendienst, Klinik, behandelnde Ärzte, Polizei, KJPD, SpD, Jugendamt, ggf. Angehörige

Wichtig ist eine schnelle Handlungsfähigkeit zur Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung durch:

- Herbeiholen ärztlicher Hilfe/KJPD/SpD/Krisendienst;
- Herbeiholen polizeilicher Hilfe;
- Begleitung in die Rettungsstelle/Klinik;
- Information der Vermisstenstelle.

Neben dem Krisenmanagement bedarf es aber auch vorrangig einer Haltung besonderer Aufmerksamkeit in der Krise. Durch Zuwendung und Aufmerksamkeit, ein offenes Ansprechen aktueller Konflikte, Zulassen der Gefühlsäußerung als Ventilfunktion, beruhigenden Zuspruch kann u.U. besonders bei einem bestehenden Gruppenkonflikt dem Auslöser der Krise begegnet werden. In solchen Situationen hilft die Herausnahme aus der Gruppe, bzw. die interne Verlegung – wenn möglich. Als effektiv hat sich bei moritz55 in diesem Zusammenhang das Angebot des Krisenzimmers erwiesen, das in Nachbarschaft zum Betreuerbüro liegt und einen solchen Schutzraum bieten kann. Die Begleitung durch die Krise bedeutet eine Intensivierung der pädagogischen Angebote und die psychotherapeutische Begleitung durch den Projektpsychologen, manchmal

zusätzlich den ambulanten Psychotherapeuten. In der akuten Krisensituation empfiehlt sich das Hinzuholen eines weiteren Betreuers, so dass die Beobachtung und Betreuung des Jugendlichen gewährleistet werden kann, während der Kollege nötige Telefonate führt und nötigen o.g. Schritte einleitet.

Das Handwerkszeug der Mitarbeiter besteht in unterschiedlichen Interventionsstrategien bezogen auf den Jugendlichen bei den verschiedenen Krisenarten. Hierzu gehören:

- Antisuiizidverträge,
- Antigewaltverträge,
- Notfallhandy,
- Schlafen im Krisenzimmer,
- Einnahme von Medikamenten,
- Klinikeinweisung,
- Abmahnungen/Beurlaubung/sofortige Beendigung.

Gut, dass viele Krisen, die uns begegnen, nicht immer dramatisch verlaufen. Oft reichen die beschriebenen intensivierten pädagogischen Maßnahmen, die therapeutische Arbeit des Psychologen zur Krisenbewältigung, die Nutzung des Krisenzimmers, bzw. andere strukturelle Maßnahmen oder individuelle Angebote der Bezugsbetreuer aus, um Krisen begrenzen zu können und neuen Halt zu geben. Wo die Begrenzung nicht möglich ist, bzw. die Krise zu lange dauert, muss der Arzt hinzugezogen werden, bzw. der Jugendliche vorübergehend in die Klinik zur Krisenintervention eingewiesen werden, ggf. auch gegen seinen Willen.

Auf der anderen Seite der Skala kommen Suizidversuche oder vollzogene Selbsttötungen als schlimmste Ereignisse vor, die größte emotionale Belastungen für die Mitarbeiter der TWG und auch für alle Mitbewohner nach sich ziehen. Dabei darf die Wirkung von Krisen einzelner auf die Mitbewohner, bzw. die Wohngruppe nicht unterschätzt werden. In der Nachbereitung ist die Aussprache im Wohngruppenplenum wichtig. Hier sind Maßnahmen zu ergreifen, die die Situation befrieden können, aber gleichzeitig ein Ventil für die Betroffenheit bieten. Das gilt sowohl für die Jugendlichen als auch für die Mitarbeiter.

## 5 Krisennetzwerk

Das Netz zur Bewältigung einer Krise besteht aus:

- Krisendienst/ Notdienste
- KJPD/SpD
- Niedergelassener Arzt/Krankenhaus
- Jugendamt
- Eltern
- Rechtliche Betreuer
- Polizei (Vermisstenstelle)

In Berlin gibt es ein differenziertes Krisennetzwerk, das sowohl bezirklich wie überregional organisiert ist. In der Regel kennen sich die Akteure aus der Zusammenarbeit und haben Erfahrungen in der Krise miteinander. Zeitnah werden Eltern bzw. Vormund oder rechtlicher Betreuer informiert, ebenso der zuständige Sozialpädagogische Dienst am Jugendamt bzw. der Fachdienst. U.U. ist eine Änderung der Hilfeplanung notwendig, wenn z. B. die Priorität einer schulischen Maßnahme aufgrund des Krankheitsgeschehens nicht durchhaltbar erscheint.

Es kann sinnvoll sein, an dieser Stelle eine ambulante Psychotherapie in die Wege zu leiten, oder es ist eine stationäre psychotherapeutische Maßnahme erforderlich. Leider gefährden diese Maßnahmen, die mindestens 8 Wochen dauern, den Verbleib in der TWG, da diese i.d.R. nicht mehr weiterfinanziert wird. Das Kriterium der Klinik, während der Zeit des stationären Aufenthaltes einen festen und verbindlichen Aufenthaltsort zu haben, wird damit konterkariert und trägt zur Hochschwelligkeit = schweren Realisierbarkeit der Stationären Psychotherapie (z. B. DBT bei Borderline-Störung) bei.

Die Zusammenarbeit bezieht ebenso die behandelnden Ärzte in der Klinik ein. In Kreuzberg gibt es gute Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit dem dortigen Kriseninterventionszentrum im Urban-Krankenhaus. Auch mit den entsprechenden psychiatrischen Stationen wird eine Fallkonferenz zwischen Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe der TWG, Bezugsbetreuer, Vormund bzw. Eltern und Jugendlichen durchgeführt, um die Konsequenzen der Krise für den Jugendlichen zu besprechen.

Informiert wird auch die Schule bzw. Ausbildungsstätte oder der Träger einer Beschäftigungsmaßnahme. Findet eine Abstimmung nicht statt, kann es leicht passieren, dass die unterschiedlichen Zielplanungen in verschiedene Richtungen laufen. Wichtig ist die Bündelung der Hilfen zwischen den verschiedenen Systemen: Jugendamt, Klinik, Schule/Ausbildung, Eltern, TWG. Dies ist besonders wichtig bei bindungsgestörten Jugendlichen, die stark agieren. Hier findet man sonst eine Spiegelung des innerlichen Chaos des Jugendlichen in den Helferbeziehungen. Umso wichtiger sind klare Strukturen, Informationen und das Bündeln verschiedener Hilfsangebote und Kompetenzen.

## 6 *Be- und Verarbeitung der Krise*

Im System der TWG ist die Krisenbewältigung und Nachbereitung von großer Bedeutung. Hierbei muss die Be- und Verarbeitung von Krisen auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden. In der Regel steht der Jugendliche, sein Bezugssystem bzw. seine Konfliktparteien im Zentrum. Es gilt, die Krise in den Lebenskontext einzuordnen, Muster zu erkennen und die darin innewohnenden Traumata zu bearbeiten, damit Krisenintervention zur Krisenprävention wird.

Hilfreiche Fragen an den betroffenen Jugendlichen sind:

- Welche Bedeutung hatte diese Krise in meinem Lebenskontext?
- Gibt es bestimmte Ereignisse (auch Wiederholungen und Muster), die mich in die Krise führen?
- Was brauche ich, um nicht wieder in eine Krise zu kommen?
- Wie und woran kann ich frühzeitig erkennen, wenn eine Krise droht?
- Was kann ich selbst für mich tun?
- Was wünsche ich mir von den Betreuern/ Eltern/Freunden?

Krisen von einzelnen oder Konfliktparteien belasten in der Regel das ganze System der TWG, insbesondere auch die anderen Jugendlichen, die die Krise als beängstigend, aber manchmal auch als begeisterte Zuschauer erlebt haben. Der Akteur hat das ausgelebt, was sie sich nicht getraut haben. Die Gruppe der Jugendlichen benötigt einen Rahmen und Fragen zur Verarbeitung der Krise des anderen, insbesondere wenn sie eine der Konfliktparteien ist.

Fragen an die **Gruppe** der Jugendlichen **könnten sein**:

- Was hat die Krise des anderen in mir ausgelöst an Ängsten, an Wut, an Wünschen mitzumachen?
- Wie kann ich mich vor der Krise des anderen schützen?
- Was habe ich aus der Bewältigung seiner Krise gelernt?

Mitarbeiter und Teams sind von der Heftigkeit der Krisendynamik und der damit verbundenen Emotionen schwerst mitbetroffen. Die Krise fordert ihre gesamte professionelle, aber auch persönliche Kompetenz. U.E wird die Gefahr einer Traumatisierung durch akute Krisen, insbesondere bei Suizid oder Gewalttaten unterschätzt. Nicht nur der betroffene Jugendliche oder die Gruppe benötigt einen besonderen Schutz und Verarbeitungsmöglichkeiten, sondern auch die pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte. Hier ist insbesondere die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gefordert.

Zur Nachbereitung der Krise mit dem Team gehört:

- Die ausführliche Information des Teams über die Gesamtsituation zur Versachlichung;
- Reflexionsgespräche mit dem Psychologen oder Notfallpsychotherapeuten zur Bewältigung der eigenen Gefühle und Anstrengung;
- Nutzen der externen Supervision zur Krisennachbereitung einzeln und als Team;
- Bereitstellung von Fortbildungen zur Verbesserung der Kriseninterventionsstrategien;



- Bewältigung durch Hinzuziehen von speziellen Kriseninterventionsangeboten für Teams durch Einrichtungen wie Neuhland bei Suizidversuchen oder vollzogenem Suizid.

Wenig Tradition hat eine Auswertung der Krise, bei der die Zusammenarbeit unter den Akteuren des Netzwerks im Fokus steht. Diese arbeiten in der Krise ressortübergreifend zusammen, pflegen aber im Alltag wenig Kontakt miteinander. Der Gegenstand der Auswertung ist in der Regel der Jugendliche und sein Verhalten oder das Verhalten der Betreuer, ggf. führt die Nachbereitung zu Schuldzuschreibungen oder Entlastungen. Es gibt aber wenig gemeinsam erarbeitete oder vorgegebene Kriterien für einen regelmäßigen Austausch oder eine Bewertung über die Zusammenarbeit der Akteure in der Krise und einen zukünftigen gemeinsamen Krisenplan als Prophylaxe für die nächste Krise, die mit Sicherheit kommen wird: Denn in der Pubertät bedeutet gelungene Krisenbewältigung Reifung und die Chance, erwachsen zu werden.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kinder- und Jugendalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Bründel, H. (1993). *Suizidgefährdete Jugendliche*. Weinheim, München: Juventa
- Bürgin, D. (2004). Psychodynamik und Destruktivität. In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen/zur Psychodynamik des Selbstmords*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kernberg, O.F. (1990). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1978).
- Lehmkuhl, G. (2004). Erklärungsansätze für destruktives Verhalten Jugendlicher am Beispiel von Störungsbildern wie Anorexia nervosa und Borderline-Störung. In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Meurer, S. (2004). „Wenn ich das machen würde ... wäre ich wirklich tot“ – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: W. Müller & U. Scheuermann (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schnell, M. (2005). Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 6/2005, 457-572.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 9/2000, 497-510.
- Winnicott, D.W. (1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, Frankfurt/M.: Fischer.
- Wunderlich, U. (2004). *Suizidales Verhalten im Jugendalter*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

*Regina Nürnberg & Per Wolfrum*

## Elterliche Präsenz: Gemeinsames Lernen von Pädagogen, Therapeuten und Eltern – ein Abenteuer zwischen Begeisterung und Ernüchterung

P.W.: Bei jedem Fachtag versuchen wir ein Thema auszuwählen, das aktuell unsere Arbeit prägt und das vielleicht für uns selbst noch eine „Novität“ darstellt. Kann man dies auch über unser Thema im Rahmen des Fachtages „Fall-Prozess-Methode“ in 2007 sagen?

R.N.: Ja, das ist uns wohl wieder gelungen. Die Idee, mit dem Konzept des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung zu arbeiten, ist ja im Verlaufe des letzten Jahres sehr präsent geworden. Ich hatte gerade die Bücher von Haim Omer (2004) gelesen und parallel wurden wir in der Supervision mit seinen Ideen konfrontiert. Wir erlebten zu dieser Zeit in der Arbeit mit einem jugendlichen Situationen, in denen wir uns selber hilflos fühlten. Ähnlich wie manche Eltern befanden wir uns in Auseinandersetzungen, die eine Art Teufelskreis darstellten, in dem es nur noch um Gewinnen oder Verlieren ging.

P.W.: Das Auswahlkriterium der „Aktualität“ und des „Unvollendeten“ für Themen der Arbeitsgruppe ermöglicht uns, in Vorbereitung des Fachtages nochmals sehr genau und bewusst auf das zu blicken, was wir an Veränderungen eingeführt haben, was Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln war und was möglicherweise Hindernisse waren, auf die wir gestoßen sind.

R.N.: Dazu kommt, dass wir immer nach Themen suchen, die nicht nur uns als Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigen, sondern die das gesamte Team betreffen. Uns liegt also daran, Themen zu finden, die dem Spezifikum der Therapeutischen Wohngruppen, das für mich im Zusammenwirken von Pädagogik und Therapie besteht, gerecht werden. Mit dem Thema des gewaltfreien Widerstandes konnten wir, Therapeuten und Pädagogen, gemeinsam in einen Prozess der Vorbereitung und Durchführung der Arbeitsgruppe gehen.

P.W.: Was war nun eine der Erkenntnisse aus dem Vorbereitungsprozess, an deren Vermittlung Dir sehr lag?

R.N.: Mich hat von Anfang an fasziniert, dass das Konzept des gewaltlosen Widerstandes mein gesamtes Denken und die gesamte Haltung zum Umgang mit extremen Verhaltensweisen verändert hat. Das war, glaube ich, das Wesentliche, was ich im Einstieg auch transportieren wollte. Also dass Haim Omer

zwar auch konkrete Handlungsoptionen aufzeigt, der Focus aber auf einer grundsätzlichen Veränderung der eigenen Haltung liegt; darauf, wie man als Eltern, als Erzieher oder als Lehrer auf schwieriges Verhalten blicken könnte, um Hilflosigkeit zu überwinden und wieder ins Handeln zu kommen. Eine wichtige Erkenntnis, die ich aus der Arbeitsgruppe mitgenommen habe, ist, dass es mir relativ schwer erschien, diese Philosophie innerhalb von zwei Stunden zu transportieren.

Und es wird uns auch in diesem verschriftlichten Gespräch nicht gelingen, der Komplexität dieser Betrachtungsweise gerecht zu werden. Weshalb wir auch lieber gleich zusätzlich auf die beiden wichtigsten Bücher von Haim Omer (2002 & 2004) verweisen.

P.W.: Ich glaube, dass sich die Multidimensionalität auch darin widerspiegelt hat, dass wir den illustrierenden Fall mit den Mitarbeitern unseres Teams dialogisch vorgetragen haben. Es ging ja um einen Jugendlichen, der neben anderen problematischen Verhaltensweisen auch mehr und mehr extensiv kiffte. Die Erzieher haben geschildert, wie das selbstzerstörerische Verhalten immer mehr zunahm und wie hilflos sie den Vater wahrnahmen, der zwischen Verhandeln, Ultimaten, Verständnis und Kontaktverweigerung pendelte. Wir machten die gleichen Beobachtungen in den familientherapeutischen Sitzungen, und wir teilten das Gefühl der Hilflosigkeit mit dem Vater und den Betreuern und Betreuerinnen.

R.N.: Während der Arbeitsgruppe spiegelte sich noch ein Effekt wider. Wir hatten vorher nicht genau festgelegt, was wir an familien- bzw. individualbiografischen Fakten zum Verständnis des Falles vermitteln müssten. In der AG trugen wir zusammen, was uns an konkretem beobachtbarem Verhalten in Erinnerung war und gingen darüber in Reflexion.

Wir betrachteten also noch einmal ganz genau, was in den beschriebenen Situationen wie von uns wahrgenommen und gemacht wurde, welche Gefühle uns beschäftigten. Und wir versuchten wenig, Verhalten zu erklären oder zu verstehen. Wir haben keinen Einfluss darauf, wie sich ein Mensch in einer Situation verhalten wird, aber wir können das eigene Tun bestimmen und uns für unser Handeln einen Rahmen geben.

P.W.: Ich glaube ja, dass diese Fallgeschichte (Anm. d. Red.: siehe zur Falldarstellung: nächster Beitrag) und unsere Position einige Arbeitsgruppenteilnehmer irritiert hat. Was wiederum bei mir zu wichtigen Erkenntnissen über unsere Arbeit geführt hat. Eine davon wurde ausgelöst durch die Fragen nach familiären Hintergründen, nach Rollen, Mustern, Symptombedeutungen.... Für mich ist da noch mal klar geworden, dass das Konzept des gewaltlosen Widerstandes für uns eine Methode unserer Wahl geworden ist, in Situationen, in denen wir uns hilflos fühlen, weil diese wichtigen, sonst so hilfreichen Fragen keine Handlungsmöglichkeiten aufzeigen und nicht zu Veränderungen führen.

R.N.: Ja, das ist mir im Nachhinein auch noch einmal sehr deutlich aufgefallen. Wir wenden diese Ideen unabhängig davon an, welche Hypothesen wir bzgl. der Erklärung eines bestimmten Verhaltens eines Jugendlichen vertreten. Wir machen unser Vorgehen eher davon abhängig, ob es geeignet erscheint, selber wieder aus der Hilflosigkeit herauszukommen und selber wieder in der Lage zu sein, in Beziehung zu gehen und selber wieder handeln zu können. Und auch, um einen eigenen Standpunkt, eine eigene Stimme wiederzufinden und diese deutlich vertreten zu können. Da gab es in der Auseinandersetzung mit dem Thema natürlich auch Zweifel, Verunsicherung: Darf man das? Kann man das tun, ohne die familiären Beziehungsbedingungen zu berücksichtigen, ohne genau auf biografische Hintergründe oder soziale Kontexte zu gucken, ohne zu diagnostizieren?

P.W.: Mir gefällt, was Haim Omer dazu in der Begründung seiner Ideen sagt:

„... gleichzeitig wissen wir, dass viele andere Beschreibungen möglich und vielleicht auch wichtig sind, um, vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer Familientherapie, das Geschehen zwischen Eltern und Kindern neu und anders zu verstehen. Doch gibt es einen Punkt, und über diesen sprechen wir hier, an dem Verstehen und Verständnis nur die elterliche Hilflosigkeit verstärken können“ (Omer, 2004, S. 37).

Eine zweite wichtige Erkenntnis aus der Reflexion der Arbeit war für mich, dass der gewaltlose Widerstand nicht vorrangig auf eine Veränderung des Problemverhaltens zielt.

R.N.: Wir haben ja geschildert, wie wir im konkreten Fall den Vater dazu angeregt haben, für den Sohn als Vater wieder präsent zu werden. Ich habe darüber gesprochen, wie ich ihn in Vorbereitung auf die „Sit-ins“ gecoacht habe. Die Betreuer haben geschildert, welchen Rahmen sie für diese Begegnungen zwischen Vater und Sohn gesetzt haben.

P.W.: Und letztlich mussten wir berichten, dass das Kiffen zwar in kurzen Abschnitten weniger wurde, aber auch, dass es sich zeitweise verstärkte und als Problemverhalten existent blieb.

R.N.: Was einen ja nicht unbedingt überrascht, auch wenn man es sich in der Praxis natürlich anders wünschte. Aber es ist gelungen, dass Vater und Sohn wieder in einer Beziehung waren, die aktiv durch den Vater gestaltet wurde, in einer Beziehung, die nicht mit den jeweils aktuellen Verhaltensweisen und Regelüberschreitungen des Sohnes „mitpendelte“, sondern an Kontinuität und Stabilität gewann. Und dies passierte, obwohl der Vater sich für seine Position der Ablehnung von Drogenkonsum sehr klar gewaltfrei Gehör verschaffte. Das eröffnete ihm die Möglichkeit, wieder unabhängig vom Auftreten des Problemverhaltens mit L. in Beziehung zu sein.

P.W.: Heute können wir klarer benennen, dass im Fokus der Bemühungen nicht die Änderung des Problemverhaltens steht, sondern eher die Verände-

zung der Eltern-Kind-Beziehung und die Auflösung eines Musters, das vorrangig durch Kampf geprägt ist.

R.N.: Mich hat schon in Vorbereitung der Arbeitsgruppe eine Frage sehr beschäftigt: Wie verändern sich unsere Beziehungen zu den Eltern, wenn wir ihnen die Idee der elterlichen Präsenz und des gewaltlosen Widerstandes anbieten und mit Ihnen daran arbeiten? Dazu gab es ja auch Nachfragen.

P.W.: Zum Teil konnten wir auf unsere grundsätzliche Arbeitshaltung in der familientherapeutischen Wohngruppe verweisen. Wir verstehen Eltern nicht nur als Teil des Problems, sondern auch als Teil der Lösung. Auf Grund dessen suchen wir immer nach Möglichkeiten, sie in den pädagogischen Alltag einzu beziehen und legen großen Wert auf ihre Mitarbeit im familientherapeutischen Setting.

R.N.: Ja, aber es ist mir noch deutlicher geworden, dass wir gerade bei der Umsetzung dieser Idee nicht in unserer allparteilichen Haltung gegenüber allen Familienmitgliedern bleiben. Die Arbeit mit den Eltern ist dabei eher konkret anregend und begleitend. Eltern brauchen an dieser Stelle das sichere Gefühl, dass die Pädagogen/Therapeuten stützend hinter ihnen stehen. Um es mit Haim Omer zu sagen: „Es geht aus unserer Sicht nicht darum, den Eltern zu sagen, wie richtige Erziehung geht. Wir versuchen daher nicht, ein Bild einer guten Erziehung anzubieten, sondern vielmehr einen Rahmen zu skizzieren, in dem sich zwischen Eltern und Kind wieder Beziehung entwickeln kann, in dem überhaupt erst einmal wieder Platz für Beziehungen ist“ (Omer, 2004, S. 26).

P.W.: Ich glaube, das ist ein guter Übergang zu der zweiten Perspektive, die wir in unserer Arbeitsgruppe aufgezeigt haben. Denn das Phänomen, dass ein Problemverhalten so viel Platz im Alltag einnimmt und die Beziehung dabei verloren geht, kennen wir als „Profis“ ja auch aus dem Alltag in der Wohngruppe. Wir hatten in der Arbeitsgruppe eine Runde gemacht, bei der alle Teilnehmer Themen aus ihren Arbeitsbereichen benennen konnten, an welchen Stellen sie sich mit Jugendlichen oder anderen Klienten nur noch in einem Kampf befinden.

R.N.: Und da wurde deutlich, dass dieses Thema allgegenwärtig und wiederkehrend die Arbeit in der Jugendhilfe begleitet. Unser Betreuerteam hat dann die Arbeit mit einem Mädchen vorgestellt. Da war es so, dass der Umgang dieses Mädchens mit den Ordnungsregeln unserer Gruppe mehr und mehr zu Frustration und schließlich Hilflosigkeit unsererseits führte. Mehrere Teamsitzungen waren mit Ideensuche, Appellen, Ultimaten und schließlich resigniertem Klagen gefüllt. Und dann haben wir versucht, unsere Erfahrungen in der Begleitung von Eltern im gewaltlosen Widerstand auf unser eigenes pädagogisches Handeln zu übertragen.

P.W.: Und es war beeindruckend, wie alle Kolleginnen und Kollegen schon nach dem ersten Sit-in von Veränderungen in ihrer Beziehung zu T. berichten

konnten. Zum Beispiel, dass sie auch wieder andere Themen mit T. besprechen konnten, dass sie wieder mehr in ihr sehen konnten, als nur „die mit den Verwehrlosungsstendenzen“.

R.N.: Für mich war sowohl in der Arbeit im Team als auch in der Arbeitsgruppe spannend, darüber in den Austausch zu kommen, wie sorgfältig eine solche gewaltfreie Kommunikation vorbereitet werden muss. Es hört sich manchmal sehr leicht an, „Sit-Ins“ durchzuführen, aber auch von den Kollegen und Kolleginnen kam die Befürchtung (wie auch bei den Eltern): Wenn wir das tun, gehen wir dann nicht noch mehr in Konfrontation (ähnlich den Eltern)? In der Vorbereitung ist es deshalb wichtig, den Unterschied zwischen gewaltlosem Widerstand und „Ansagen machen“ ganz deutlich herauszuarbeiten, auf eigene Befindlichkeiten zu hören, sich Zeit zu nehmen, „das Eisen zu schmieden, wenn es kalt ist“. Und wie scheinbar geringfügig sind diese Unterschiede. Die Sprache hat dabei eine ungeheure Bedeutung.

P.W.: Wie viele Worte, Sätze oder Gesten gibt es doch, die als Einladung zur Fortsetzung eines Kampfmusters verstanden werden können.

R.N.: Bei mir hat sich dadurch nochmals die Erkenntnis verstärkt, dass es nicht um die große Attitüde geht, sondern um viele kleine Dinge, derer ich mir bewusst sein muss im Alltag, wenn ich gewaltfrei kommunizieren möchte.

P.W.: Wenn Du im Nachhinein nochmals auf die TWG-Tagung 2007 blickst, welches Fazit würdest du ziehen?

R.N.: Es war wie auch in den Jahren zuvor eine gute Gelegenheit, sich mit Kolleginnen und Kollegen in einen fachlichen Austausch zu begeben. Und ich glaube, dass wir mit der gewählten Form unserer Präsentation auch einen guten Rahmen gesetzt haben für einen lebhaften und anregenden Diskurs der Erfahrungen der vielen Fachleute mit dem Konzept der elterlichen Präsenz und des gewaltlosen Widerstandes.

P.W.: Mir geht es auch so. Und ich hoffe, dass die anderen Besucher des Fachtages ähnlich angeregt und voller Ideen die Veranstaltungen verlassen haben wie wir. So gibt es natürlich bei mir eine Vorfreude auf den Fachtag 2009 und das Interesse an der Fortsetzung des fachlichen Austauschs über diesen Rahmen hinaus.

## Literatur

Hennecke C., Hennes, R. & Scholz, M. (2006). Es ist mehr als Liebe. Welches Wissen Eltern zum Begriff der elterlichen Präsenz beisteuern und was man daraus machen kann. In: C. Tsirigotis, A. von Schlippe & J. Schweitzer-Rothers (Hrsg.), *Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr „Job“*, S.84-101. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

## II Fall – Prozess – Methode

---

- Juchmann, Ulrike & Nürnberg, Regina (1999). Eine therapeutische Wohngruppe für Jugendliche – oder das Zusammenwirken von Pädagogik und Therapie. *Unsere Jugend* 12/99, S. 534-540.
- Omer, Haim & Schlippe, Arist von (2002). *Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. Elterliche Präsenz als systemisches Konzept*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Omer, Haim & Schlippe, Arist von (2004). *Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

*Anneliese Leiner & Ulrich Ehlert*

Mut zum Ausstieg aus dem Teufelskreis:

## **Umgang mit chronifizierter Angst und Verweigerungshaltung auf der Familienfarm Lübars**

### **1 Einleitung** *Wo und wie wir arbeiten*

Jugendliche mit hartnäckiger Verweigerungshaltung, mit Vermeidungs- und Rückzugstendenzen sowie aggressiven Ausbrüchen sind in allen Jugendhilfeeinrichtungen und auch in den Therapeutischen Wohngruppen eine besondere Herausforderung für ihre BetreuerInnen und das Umfeld. In dem Workshop wird beschrieben, wie mit Hilfe eines lerntheoretischen Modells und des systemischen Ansatzes diese Verhaltensweisen verstanden werden können und welche Handlungsstrategien sich daraus ableiten lassen.

An einem Beispiel aus unserer Praxis zeigen wir, wie diese Strategien in der pädagogisch-therapeutischen Arbeit mit dem Jugendlichen und seiner Familie erfolgreich umgesetzt werden.

Die Familienfarm Lübars in Trägerschaft der EJV-Lazarus-gAG ist ein märkischer Bauernhof im Berliner Bezirk Reinickendorf. Am nördlichen Stadtrand in einem traditionellen Naherholungsgebiet inmitten von Feldern, Wiesen und Weiden gelegen, ist die Farm besonders für Familien mit Kindern ein attraktives Ausflugsziel. Hier kann man große und kleine einheimische Tiere kennenlernen und bäuerliche Tätigkeit im Kreislauf der Jahreszeiten durch Mitmach-Angebote erfahren. Veranstaltungen und Feste in der Schänke und der Tenne sind weitere Anziehungspunkte.

Die Therapeutische Wohngruppe mit 6 Plätzen bewohnt seit Ende des Jahres 2004 das alte Bauernhaus mitten auf dem Hof. Das natürliche Umfeld ohne die hektische Reizüberflutung der Großstadt bietet einen idealen Rahmen für therapeutische und pädagogische Arbeit. Andererseits geben die Hochhaus-siedlung Märkisches Viertel in Sichtweite und auch die vielen Besucher auf der Farm den jugendlichen Bewohnern das Gefühl, nicht vom Leben abgeschnitten zu sein. Die Kooperation der TWG mit dem Arbeitstrainingsprogramm (ATP) mit Räumlichkeiten im gleichen Haus steht unter dem Motto „gemeinsam leben und arbeiten“. Dieses Setting hat sich besonders bewährt für Jugendliche, die wegen sozialer Probleme oder psychischer Auffälligkeiten „schuldistanziertes“ bzw. „schulverweigerndes“ Verhalten entwickelt haben. Wie das Ziel der Integration oder Re-Integration in „normale“ gesellschaftliche Abläufe, insbesondere in schulische oder berufliche Zusammenhänge erfolgreich verfolgt wird, soll in



diesem Beitrag am Beispiel von Thomas (Name geändert), gezeigt werden, einem bei seiner Aufnahme im Dezember 2004 15-jährigen Jugendlichen.

Die Darstellung folgt einem erkenntnistheoretischen Dreischritt (vgl. 1, S. 17ff.), der in der prozesshaften Fallarbeit der TWG regelmäßig angewandt wird. Es geht zunächst um das phänomenale Erkenntnisinteresse mit der Fragestellung „Was ist los?“, also um faktische Gegebenheiten und Beschreibungen. Hier wird der Fall vorgestellt mit der Vorgeschichte, den Beobachtungen der MitarbeiterInnen in der Zeit nach der Aufnahme und ersten Hypothesen über Entstehungszusammenhänge von Problemverhalten.

Im zweiten Schritt kommen wir zu der kausalen Fragestellung „Warum ist das so?“ Uns geht es an dieser Stelle nicht um einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, deren Existenz philosophisch umstritten ist. Vielmehr wollen wir hier kurz die theoretischen Grundlagen für unser therapeutisches Verstehen und die daraus abgeleiteten Interventionsstrategien darstellen. Unsere Basis bilden ein lerntheoretisches Modell und der systemische Ansatz.

Der dritte Schritt mit der aktionalen Frage „Was ist zu tun?“ betrifft das Handeln und damit die eigentlichen Interventionen im therapeutisch-pädagogischen Prozess. Hier zeigen wir, wie mit Thomas und seiner Familie gearbeitet wurde und was die Auswirkungen waren.

Im abschließenden Fazit stellen wir die Leitsätze der Beteiligten am Anfang und am Ende der Zeit in der TWG vor, die deutlich machen, was sich entwickelt und verändert hat und wie die Zukunftsaussichten für die Familie sind.

## **2 Fallvorstellung**

### ***Wer da zu uns kommt***

#### *2.1 Vorgeschichte: Beziehungs- und familiäre Ebene (Makro-Analyse)*

Thomas' Leben begann mit einer Risikoschwangerschaft. Seine Mutter war sehr besorgt, ob sie das Kind zur Welt bringen würde. Sie hatte große Befürchtungen und einen überbehütenden Erziehungsstil. Dem gegenüber stand die aggressiv-fordernde Haltung des Vaters, für den ein „Klaps auf den Po normal“ war, wenn etwas nicht klappte. Der Junge erlebte viele Streitereien und gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und reagierte mit hoher physiologischer Anspannung (Stress). Er bekam in diesen traumatisierenden Situationen keine Hilfe und konnte Zusammenhänge nicht erfassen. Die familiären Konflikte führten zu einer wechselseitig negativen Beeinflussung und bei Thomas zu einem frühen Modell-Lernen, das ihn sozial kompetentes Verhalten kaum lernen ließ.

Hinzu kamen frühe Trennungserfahrungen durch Krippenbetreuung in einer sensiblen Phase der Entwicklung mit 8 Monaten, später dann mehrere Wechsel der Bezugspersonen innerhalb der Kindertagesstätte bis zur Vorschule. Thomas reagierte auf den ersten Verlust mit Wutanfällen und Rückzug bei Anforderungen. Ihm fehlte die sichere Bindung und Orientierung in der vertrauten Umgebung und eine erneute Umstellung fiel ihm schwer. Dies legt die Hypothese nahe, dass sich bei Thomas schon im Kleinkindalter durch hohe Anpassungsanforderungen bestimmte Verhaltenstendenzen entwickelt haben, die zur späteren Entwicklung von sozialen Ängsten beigetragen haben. Untersuchungen unter dem Begriff der Behavioral Inhibition (BI), d.h. Verhaltenshemmung (vgl. Joormann & Unnewehr, 2002, S. 18) geben hier einen Hinweis. Kinder werden als leicht erregbar, schlafgestört, ängstlich, schüchtern, hypervigilant (übermäßig aufmerksam), introvertiert, zurückgezogen bis zum Erwachsenenalter beschrieben.

Als Thomas 9 Jahre alt war, ließen sich seine Eltern scheiden und er erlebte nicht nur die Trennung vom Vater, sondern auch zeitgleich das Ende der Spieltherapie nach 3 Jahren.

Ein neuer Partner zog in die mütterliche Wohnung ein und es kam zu erneuten gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Erwachsenen. Schließlich wurde Thomas der Vertraute seiner Mutter und entwickelte eine „Beschützer- und Chefposition“. Seine aggressiven Verhaltensweisen übertrug er auf die Schule, wurde abgelehnt und zum Außenseiter; seine Bezugsgruppe waren Erwachsene. Die Mutter reagierte auf die vielen Probleme mit Angst bis Panik. Sie ließ sich auf eine Festhaltetherapie ein, die jedoch nicht den gewünschten stabilisierenden Effekt brachte, um Affekte dauerhaft regulieren zu können. Es entstand eine Irritation in der Beziehung zur Mutter, weil Thomas das Festhalten als Bedrohung und nicht als Hilfe erlebte und sich fragte, warum ihm seine Mutter das antat.

In der Vorpubertät und beginnenden Pubertät kam es in der Schule und zu Hause vermehrt zu Wutausbrüchen. Der Jugendliche bedrohte und schlug Mitschüler, Lehrer und seine Mutter. In seiner „Chefposition“ wurde er so einerseits bestätigt und andererseits durch einen Polizeieinsatz und Schulverbot massiv begrenzt. Misserfolgserlebnisse im Leistungsbereich beeinträchtigten sein Selbstwerterleben und führten zur Schulverweigerung. Thomas war mehrmals ambulant und stationär zur Krisenintervention und Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, und es wurden ihm Medikamente verschrieben. Diagnostiziert wurden eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, chronifizierte Angst- und Verweigerungshaltung, eine organisch bedingte Impulskontrollstörung sowie eine Lese- und Rechtschreibschwäche und ein IQ im Grenzbereich zwischen Lern- und Geistiger Behinderung. Mit 13 Jahren kam es schließlich zur stationären Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung. Als diese zwei Jahre später geschlossen wurde, wech-

selte Thomas gemeinsam mit seiner Bezugsbetreuerin und einigen Mitbewohnern in die neu eröffnete TWG Lübars.

## 2.2 *Problemverhalten in Situationen (Mikro-Analyse)*

Als Thomas nach Lübars kam, drückte er seine Überlebensregel in dem Satz aus: „Misch dich nicht ein, es ist mein Leben!“ Seine BetreuerInnen beobachteten und erlebten, dass er mit Wut reagierte, wenn er länger andauernde geistige Anforderungen erfüllen sollte oder wenn es um einen Bedürfnisaufschub ging.

Wegen seiner offenbar verminderten Konzentrationsfähigkeit und eingeschränkten Impulskontrolle (Organismus-Variable) waren Situationen, in denen er diese Fähigkeiten benötigte, sehr anstrengend für ihn und demnach negativ besetzt. Er vermied solche Situationen wenn möglich und beschäftigte sich stattdessen mit anderen Dingen, die ihn ablenkten, z.B. fernsehen, die Nähe der Erwachsenen suchen, „Hilfs-Erzieher“ in der Gruppe spielen, sich um kleinere Kinder kümmern. Gleichermaßen vermied er regelmäßige Pflichten und reagierte auf die Anforderungen im Alltag mit Verweigerung.

Bei Besuchen bei seinen Eltern reagierte er in für ihn frustrierenden Situationen, wenn seine Wünsche nicht erfüllt wurden oder sich Vater oder Mutter nicht an Abmachungen hielten, mit aggressiven Durchbrüchen. Seine Anspannung reduzierte sich dann kurzfristig und er erhielt die volle Aufmerksamkeit, was ihn in seinem negativen Verhalten bestärkte. Allerdings führte dieses Verhalten langfristig zu einer massiven Belastung seiner Beziehungen.

Trotz seiner schon länger bestehenden Leistungsprobleme stellten die Eltern hohe Anforderungen und erwarteten einen Realschulabschluss von ihm. Auf Grund seiner mangelnden Anstrengungsbereitschaft und wiederholter Misserfolgsergebnisse wurden seine Lernlücken immer größer und bestärkten seine Angst und Verweigerungshaltung. Zusätzlich wurde sein Selbstwertgefühl beeinträchtigt durch eine nur langsam heilende Wunde im Intimbereich. Seine Stimmung verschlechterte sich und die soziale Isolierung nahm zu.

## 2.3 *Änderungsmotivation und Hilfeplanziele*

Zum Zeitpunkt der Aufnahme formulierte Thomas als wichtigsten Wunsch: „Ich will nach Hause zu meiner Mutter.“ Die Eltern forderten: „Thomas soll einen Schulabschluss schaffen und sich vernünftig verhalten.“ Trotz dieser auf den ersten Blick widersprüchlichen Sichtweisen zeigte sich bereits in der ersten Zeit als wichtige Ressource, dass Thomas und beide Eltern im Kontakt bleiben wollten und die Auseinandersetzung suchten. Sie waren motiviert, ihre Beziehun-

gen und Verhaltensweisen zu überprüfen und zu verändern. In der Hilfeplanung mit dem Jugendamt wurden dann folgende Ziele vereinbart:

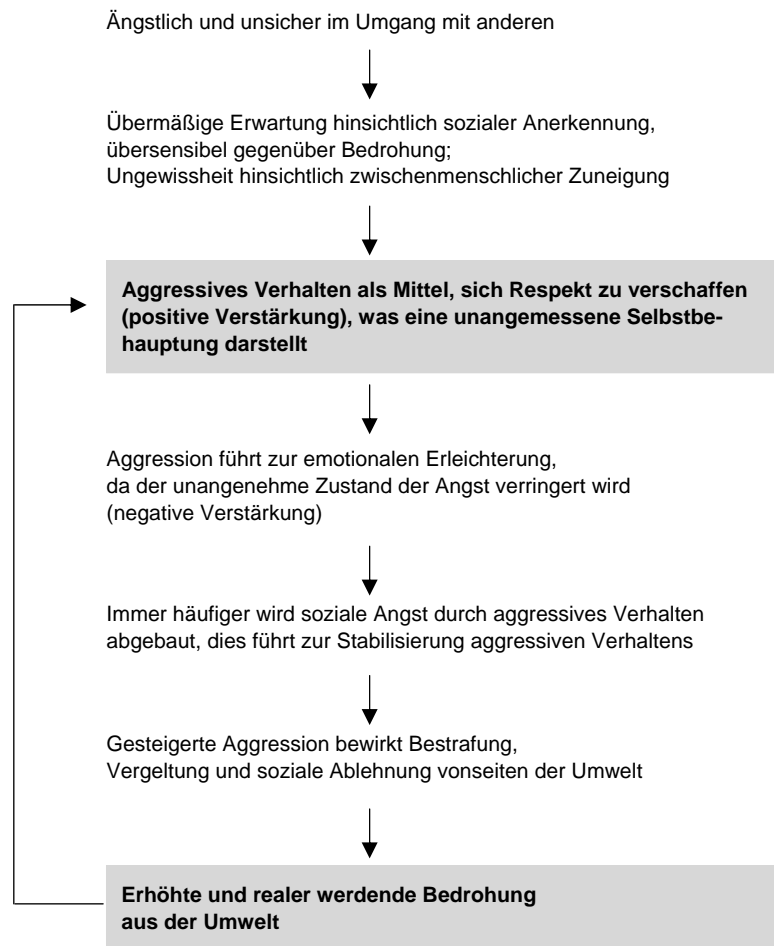
- Ruhe, Entspannung, Sicherheit, Kontinuität erleben,
- angemessene Selbstbehauptung, Kooperation und helfendes Verhalten als alternative Verhaltensweisen lernen,
- Klärung der schulischen und beruflichen Perspektive,
- Klärung der Mutter-Sohn-Beziehung, wenn möglich Annäherung,
- körperlich gesund werden (Wundheilung),
- Freizeitaktivitäten aufbauen.

### **3 Theoretische Grundlagen für die Interventionsstrategien** ***Wie wir über das, was wir tun, denken***

#### *3.1 Das lerntheoretische Modell*

Bei unserer therapeutischen Arbeit in der TWG bezogen wir uns bei diesem Jugendlichen auf das Erklärungsmodell der „angstmotivierten Aggressionen“ von Petermann & Petermann (2005) und entwickelten in Teilbereichen ein adaptiertes, individuelles Vorgehen, das in der TWG auf dem Bauernhof Lübars möglich war. Wir gingen davon aus, dass mit aggressivem Verhalten Defizite der sozialen Kompetenz verbunden sind, die folgenschwere Einschränkungen bewirken können: weniger erfolgreiche Kontaktversuche, zunehmende Isolation, verringertes situationsangemessenes Verhaltensrepertoire.

Ziel der therapeutischen Bemühungen war daher, Verhaltensalternativen aufzubauen, die die aggressiven Verhaltensweisen überflüssig machen und dem Jugendlichen dazu verhelfen, zentrale zwischenmenschliche Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung oder Selbstbehauptung über angemessenes Verhalten befriedigen zu können. Nach unserer Einschätzung war Thomas in einem sich selbst verstärkenden „Teufelskreis der angstmotivierten Aggressionen“ gefangen, wie er von Petermann & Petermann beschrieben wird (2005, S. 7):



### 3.1.2 Handlungskonzept

Die von diesem Modell abzuleitende zentrale Aussage ist, dass prosoziales Verhalten mit Aggressionen unverträglich ist und dass durch helfende Handlungsweisen Hemmungspotenziale gegen Aggressionen aufgebaut werden können. Dies soll zu einer besseren Selbstkontrolle der aggressiven Impulse führen.

In Gesprächen sollen typische Wahrnehmungsverzerrungen herausgefunden werden; an der Reizdifferenzierung und Reaktionsverzögerung wird gearbeitet

mit dem Ziel, dass der Jugendliche deutlicher zwischen bedrohlichen und unbedrohlichen Situationen unterscheiden lernt. Das führt zu einer allgemeinen Entlastung, die sich auf sein Beziehungs- und Leistungsverhalten sowie seine Stimmung positiv auswirkt.

Für die Umsetzung dieses Konzepts im Gruppenalltag coachte die Psychologische Psychotherapeutin der TWG Thomas' Bezugsbetreuerin so, dass sie die Co-Therapeuten-Rolle übernahm. Sie konnte vereinbarte Interventionen ausprobieren und erhielt konstruktive Rückmeldung, die zu genauer Wahrnehmung und einem differenzierten therapeutischen Verhalten führte. Besondere Aufmerksamkeit wurde auf die Regulierung der therapeutischen Distanz und Nähe gerichtet, damit die Interaktionen zwischen der Co-Therapeutin und Thomas in einer motivierenden Atmosphäre verlaufen konnten. Das alles erfolgte im Rahmen des Therapeutischen Milieus, das durch das multi-professionelle Team in der Gruppe hergestellt, in wöchentlichen Teamsitzungen und regelmäßigen Fallbesprechungen reflektiert und den individuellen Anforderungen und Zielsetzungen des Jugendlichen angepasst wurde (vgl. Lindauer, 2005, S. 16ff.).

Bei den Interventionsstrategien war zu berücksichtigen, dass nach unserer Einschätzung nicht nur Thomas in einem Teufelskreis gefangen war, sondern auch seine Mutter. Sie hatte eine hohe Erwartungsangst, dass sich etwas Schlimmes ereignen würde, wenn sich Thomas bei ihr aufhielt. Sie machte sich andauernd große Sorgen und hatte starke Schuldgefühle. Sie erlebte körperliche Veränderungen und Symptome, die sie als Angst benannte und fühlte sich bedroht. Der Angstkreislauf wurde bei ihr durch viele belastende Lebensereignisse, Stress am Arbeitsplatz und unerfüllte Beziehungswünsche aufrechterhalten. Bei den regelmäßigen Beratungsgesprächen mit der Psychologin und der Bezugsbetreuerin wurde deutlich, dass sie wenig Selbstvertrauen in ihre Mutter-Rolle und ihre Erziehungskompetenz hatte. In der Arbeit mit ihr bezogen wir uns auf die in der Verhaltenstherapie bekannten Modelle für Angst- und Panikstörungen. Nach dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung wurde mit ihr durch geleitetes Entdecken ein individualisierter Teufelskreis herausgearbeitet mit Ausstiegsmöglichkeiten, die sie verwirklichen konnte.

### 3.2 *Der systemische Ansatz*

Das Team der TWG Lübars verfolgt in seiner Arbeit einen systemischen Ansatz. Das bedeutet, dass nicht der einzelne Jugendliche als „zu reparierender Problemfall“ im Fokus steht. Das systemische Paradigma erklärt Verhalten kontextuell, als Folge eines komplexen transaktionellen Feldes, in das genetische Dispositionen, Lernprozesse, Kommunikationsmuster auf den Ebenen von Familie, Beruf und größeren sozialen Systemen sowie Umweltfaktoren, Ressourcen oder Ressourcenmangel eingehen. Diese Faktoren schaffen Möglichkeiten, sind aber nicht determinierend (vgl. Durrent, 1996, S. 39-40).

Praktische Orientierung bietet Michael Durrents Buch „Auf die Stärken kannst Du bauen – Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings“ (1996).

Durrent weist zunächst „konstruktivistisch“ darauf hin, dass die Art, wie wir über das, was wir tun, denken, unmittelbare Konsequenzen für jeden Aspekt stationärer Betreuung hat. Dann schafft er selbst eine neue Sinnkonstruktion, nämlich Heimerziehung als Übergangsritual. Vom bei der Aufnahme in eine Jugendhilfeeinrichtung gewöhnlich vorherrschenden Status des hoffnungslosen Feststeckens in bestimmten Problemen, von Versagen und Inkompetenz erfolgt der Übergang zu einem Status von Kompetenz, Erfolg und Lösung. Übergangsritual ist eine Metapher, mit der dem angestrebten Prozess des Übergangs eine neue Bedeutung gegeben wird. Mit diesem Begriff bezieht sich Durrent auf anthropologische Literatur, in der komplexe rituelle Prozesse des Übergangs vom Jungen zum Mann oder vom Mädchen zur Frau in vielen Stammeskulturen beschrieben und dabei als Trennungs-, als Übergangs- oder Schwellenphase und als Wiedereingliederung oder Reintegration unterschieden werden. Diese drei Phasen können in Bezug gesetzt werden zum Prozess stationärer Betreuung.

**Trennungsphase:** Die mit der Unterbringung verbundene Trennung zwischen Eltern und Kind wird nicht als Trennung von Menschen betrachtet, sondern vielmehr als Trennung von Problemen und alten Sichtweisen. In dieser Phase wird in einem Prozess der Umdeutung eine andere Sichtweise der Unterbringung aufgebaut. Hier wird begonnen, den Fokus auf vorhandene Stärken und Ressourcen zu richten, um den Übergang in Begriffen des Erfolgs zu beschreiben. Die Zeit der stationären Betreuung wird als Zeit des Übens und Experimentierens gesehen.

**Schwellen- oder Übergangsphase:** So wie die Jungen in den Initiationsriten der Stämme damit experimentieren, erwachsen zu sein, so geht es im stationären Rahmen um eine Phase von Versuch und Irrtum, zum Üben neuer Verhaltensweisen ohne konstanten Fortschritt. Für das Team bedeutet das, in dieser Phase „Ausnahmen“ vom bisherigen Verhalten zu betonen und „Rückschläge“ als normal anzusehen. Wichtig ist auch die Arbeit der Familienmitglieder zu Hause, die ebenfalls mit anderen Sichtweisen und Kommunikationsmöglichkeiten experimentieren. Die eigentliche Änderung wird sich später nur im familiären Rahmen manifestieren und in dieser Phase ist z.B. bei Besuchen die Gelegenheit zum Üben.

**Wiedereingliederung oder Reintegration:** Die Abschlussphase oder Wiedereingliederung ist eine Zeit, in der Kind und Familie gemeinsam bereit sind, die wirkliche Arbeit im Zusammenleben anzufangen. Das Ende des Rituals heißt nicht, dass die Änderung abgeschlossen ist, so wie auch die Initiierten noch Jahre weiteren Übens brauchen, um erwachsen zu werden. Es geht also nicht darum, dass alle Probleme gelöst sein müssen, sondern dass die Familienmit-

glieder genug Übung haben und sich genug zutrauen, um die Herausforderungen anzunehmen. Auch nach der Rückkehr nach Hause ist die Aufgabe nicht endgültig gelöst. Erst in der häuslichen Umgebung kann die Veränderung wirklich erreicht werden.

So verstandene stationäre Betreuung in einer TWG löst keine Probleme. Sie bietet Familien eine Gelegenheit, den Übergang zu schaffen von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit zu Vorstellungen, dass sie vorankommen können (vgl. Durent, 1996, S. 49).

## **4. Interventionen und Wirkungen**

### ***Was wir tun können***

In der Arbeit mit Thomas ging es darum, ihm durch gezieltes therapeutisch-pädagogisches Handeln neue Erfahrungen zu vermitteln und das Üben alternativer Verhaltensweisen zu ermöglichen. Wir haben hier einige wichtige Interventionen in den drei Bereichen ATP, Gruppenleben, Familie ausgewählt und die dadurch beabsichtigten und/oder erreichten Wirkungen beschrieben. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass wie oben beschrieben aus systemischer Sicht die komplexe Wirklichkeit nicht auf die eine Wahrheit oder einen monokausalen Zusammenhang reduziert werden kann.

#### *4.1 Im Bereich Arbeitstrainingsprogramm, Schule, Beruf*

Thomas nahm regelmäßig am Arbeitstrainingsprogramm (ATP) teil und erhielt dadurch eine feste Tagesstruktur und Kontinuität.

Er erhielt zu ihm passende Aufgaben, die ihm Erfolgserlebnisse und Selbstwertstärkung brachten.

Es wurden Leistungsanforderungen an ihn gestellt. So lernte er Fremdbestimmung zuzulassen, machte die Erfahrung, kompetent zu sein und baute dadurch Motivation für neue Aufgaben auf.

Bei gemeinsamen Gruppenaktivitäten erlebte er Gleichaltrige nicht als bedrohlich, sondern machte mit ihnen neue Erfahrungen und hatte Spaß dabei.

Thomas' Leistungsvermögen wurde noch einmal durch einen HAWIK-R-Test überprüft als Grundlage für eine realistische Einschätzung seiner Möglichkeiten.

Seine Besuche bei RektorInnen verschiedener Schulen waren mit erhöhter Anspannung und der Konfrontation mit seinen unrealistischen Abschluss- und Ausbildungswünschen verbunden. Thomas kam zu dem Schluss: „Schule ist nichts für mich.“



Die Begutachtung durch den Schulpsychologischen Dienst erbrachte die Befreiung von der Schulpflicht und die Umwandlung des letzten Schuljahrs in ein Dauerpraktikum. Dadurch wurde die jahrelange Überforderung beendet und eine allgemeine Entlastung herbeigeführt.

#### 4.2 *Im Therapeutischen Milieu der Wohngruppe*

Der geregelte Tagesablauf in der Wohngruppe half Thomas, sich einen Überblick in der neuen Umgebung zu verschaffen und Orientierung zu erhalten.

Ein abendliches 15-Minuten-Gespräch wurde eingeführt, um den Tag zu überdenken.

Nach Konflikten in der Gruppe mit Impulskontrollverlust bei Thomas wurde eine Klärung mit allen Beteiligten herbeigeführt mit dem Ziel, dass er Konsequenzen für sein Verhalten erleben und akzeptieren sollte.

Die Konsultation eines Facharztes und das Absetzen der Medikamente erfolgte auf Thomas' Wunsch. Dadurch wurde sein Recht auf Selbstbestimmung anerkannt und gleichzeitig von ihm gefordert, die Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen. Auf der Grundlage einer wertschätzenden Beziehungsgestaltung stellten die BetreuerInnen eine Balance her zwischen Unterstützen und Kümmern sowie Fordern und Begrenzen.

Die Gruppenreise in die Türkei in den Sommerferien wurde genutzt zu einem verhaltenstherapeutischen Projekt zur Bearbeitung seiner Flugangst, mit dem Ergebnis, dass Thomas sehr stolz auf sein beständenes Abenteuer zurückblickte.

Eine besondere Krisenintervention war nötig nach einem tätlichen Angriff von Thomas auf eine Mitarbeiterin. Durch einen „Runden Tisch“ mit Eltern, Heimleitung und Jugendamt wurden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, die Thomas den „Rausschmiss“ und die Erfahrung eines erneuten Abbruchs ersparten. Er überwand seine anfängliche Verweigerungstendenz, übernahm die Verantwortung und leistete eine Wiedergutmachung.

#### 4.3 *In der Familie*

Eine feste Regelung für Besuche beim Vater und bei der Mutter bewirkte Orientierung.

Die regelmäßigen Gespräche mit beiden Eltern führten dazu, dass sie in der Verantwortung für Thomas blieben.

Die Beratung zum Erziehungsverhalten zielte auf die Stärkung der Kompetenz und des Selbstvertrauens. Besuchskontakte wurden vorbereitet und ausgewertet, Regeln und Absprachen vereinbart und das Übungsfeld für Thomas und seine Mutter vorbereitet.

Die Reflexion der Lebenssituation und Lebensgeschichte der Mutter brachte ihr Erkenntnisgewinn und neue Haltungen ihrem Sohn gegenüber.

Auf dieser Grundlage konnte mit ihr eine neue, zweifache Mutter-Rolle eingeübt werden mit fürsorglich-pflegendem und andererseits bestimmendem Verhalten.

Bei der Wundbehandlung und Vorbereitung auf eine weitere Operation wurde die Mutter in die Versorgung von Thomas einbezogen; sie übernahm den intimen Bereich und Thomas erfuhr so ihre Zuwendung.

Die Rückkehr in die Familie wurde mit verlängerten Beurlaubungen und einem Probewohnen vorbereitet. Diese Phase wurde abgesichert durch kontinuierliche aufsuchende Beratung sowie regelmäßigen Telefonkontakt.

Nachdem Thomas schließlich in den Haushalt seiner Mutter umgezogen war, erfolgte eine Nachbetreuung als ambulante Hilfe, die Mutter und Sohn in der anstrengenden Anfangszeit wichtige Unterstützung bei der Bewältigung typischer Alltagskonflikte bot.

## **5 Fazit und Ausblick** *Was es gebracht hat*

Für das TWG-Team war die Arbeit mit Thomas eine große Herausforderung. Seine Verweigerungshaltung, Vermeidungs- und Rückzugstendenzen sowie die aggressiven Ausbrüche brachten alle MitarbeiterInnen immer wieder an Grenzen.

Andererseits zeigte er deutlich sein Bedürfnis nach Nähe, Zuwendung und Anerkennung und stellte immer wieder Kontakt her.

Auch die Beziehung zur Mutter erwies sich trotz aller Konflikte und Schwankungen als wichtige Ressource für die Arbeit in der TWG. Unverzichtbar für das Gelingen des Hilfeprozesses war die Kooperation mit dem ATP. Hier machte Thomas wesentliche neue Erfahrungen, fühlte sich wichtig und gebraucht, so dass er auch in Beurlaubungsphasen und nach seiner Rückkehr zur Mutter weiter das ATP besuchte und dabei weite Wege bewältigte. Thomas erfuhr auch immer wieder Grenzsetzungen sowohl im Alltag durch seine BetreuerInnen als auch durch äußere Instanzen wie Arbeitsamt, Polizei oder Krisendienst. Es gelang ihm im Laufe der Zeit, eine andere innere Repräsentanz wahrzunehmen und ein verstärktes Hemmungspotenzial auszubilden. Es entstand bei ihm eine neue Selbstverbalisierung zur Selbststeuerung: „Es ist besser, ich bleibe ruhig!“

Die Veränderungen und Entwicklungen bei Thomas und seinen Eltern werden sichtbar bei einer Gegenüberstellung der Leitsätze der Beteiligten am Anfang und am Ende der Zeit in der TWG Lübars.

*Bei der Aufnahme: (12/2004):*

Thomas: „Misch Dich nicht ein, es ist mein Leben!“

Mutter: „Ich kann nicht mehr. Ich habe Angst vor Dir. Du musst dich ändern!“

Vater: „Ich hab keine Probleme mit ihm!“

Bezugsbetreuerin: „Er ist wie ein großes Baby, den lasse ich nicht fallen. Ich weiß, er kann es schaffen!“

Team: „Es ist ein Neuanfang. Wir stellen uns der Aufgabe!“

Jugendamt: „Versuchen Sie es weiter!“

*Bei Rückkehr in die Familie (8/2006):*

Thomas: „Ich weiß jetzt, wo es lang geht und wo ich hingehöre.“

Mutter: „Ich glaube, dass wir es jetzt schaffen können.“

Vater: „Ich bin froh, wie es gelaufen ist und bleibe weiter dabei.“

Bezugsbetreuerin: „Ich habe gewusst, dass er es schafft.“

Team: „Die Arbeit hat sich gelohnt. Jetzt seid ihr fit, allein weiter zu machen.“

Jugendamt: „Danke für den Einsatz und die Geduld. Wir unterstützen die Familie weiter.“

Beim Rückblick auf Thomas mit etwas Abstand fallen zwei Dinge besonders auf. Seine Bildungslaufbahn war von Anfang an geprägt von Überforderung, die nicht als solche erkannt wurde. Stattdessen stand immer sein auffälliges Verhalten im Fokus, das doch nur seine hilflose Reaktion auf wiederholte Frustration war. Wie wäre wohl sein Weg verlaufen, wenn er von Anfang an in einem für ihn angemessenen Rahmen hätte lernen können, z.B. auf einer Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung? Zweitens haben Thomas und seine Familie über Jahre viele unterschiedliche, therapeutische und pädagogische Hilfen erhalten: von der Spiel- und der Festhaltetherapie über die Beschulung in einer Dehnklasse und durch Einzelunterricht, ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung bis zur stationären Jugendhilfe, dem TWG-Aufenthalt und dem Arbeitstrainingsprogramm sowie am Ende noch ambulanter Nachbetreuung.

Wichtig und hilfreich war sicherlich, dass über einen langen Zeitraum ein fester Ansprechpartner im Jugendamt zuständig blieb, der für Kontinuität sorgen konnte.

Thomas hält weiter Kontakt zu seiner ehemaligen Bezugsbetreuerin in der TWG. Er hat sie zur Feier seines 18. Geburtstags eingeladen und ihr stolz von seinen Erfolgen in einer Arbeitsmaßnahme berichtet.

## Literatur

- Boje, Kirsten (2001). *Angsthaben*. Hamburg: Oetinger-Verlag.
- Durrent, Michael (1996). *Auf die Stärken kannst du bauen*. Dortmund: Verlag modernes leben.
- Eberhard, Kurt (1987). *Einführung in die Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer-Verlag.
- Joormann, Jutta & Unnewehr, Suzan (2002). *Behandlung der Sozialen Phobie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim: Hogrefe
- Lindauer, Ursula (2005). *Das therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*, S. 16-33. Berlin: Verlag allgemeine Jugendberatung.
- Linke, Jürgen (2001). *Supervision und Beratung*. Aachen: Verlag Institut für Beratung und Supervision.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.



Anhang

---



## Biografien

*Helmut Pauls*, Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Psychologie und Handlungslehre der Sozialen Arbeit an der Hochschule Coburg, Leiter des Masterstudienganges Klinische Sozialarbeit an der HS Coburg, Gründer des IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). Therapeutische Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie (Ausbilder der GwG), Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Individualpsychologie nach A. Adler.

*Roland Schleiffer*, Prof. Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Psychotherapeutische Medizin mit psychoanalytische Zusatzausbildung, Langjährige Tätigkeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, seit 1995 Professor für Psychiatrie und Psychotherapie in der Heilpädagogik an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, Forschungsschwerpunkte sind Bindungsforschung, Fremdunterbringung sowie Systemtheoretische Entwicklungspsychopathologie.

*Silke Brigitta Gahleitner*, Prof. Dr. phil., langjährige Praxis als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG ‚Myrrha‘ sowie in eigener Praxis, seit 2005 Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten psychosoziale Diagnostik, Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden und Psychotraumatologie.

*Oliver Bilke*, Dr. med., Chefarzt der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin, Diplom-Betriebswirtschaftler SGBS, Psychodynamischer und Systemischer Therapeut (IGST), Fortbildungsbeauftragter der OPD-KJ, Co-Autor der Leitlinien Sucht der DGKJPP.

*Per Wolfrum*, Diplom-Psychologe, Systemischer Berater und Therapeut (SG), Supervisor (SG, DGSv), tätig in der Familientherapeutischen Wohngruppe ‚Mäander‘ von Neues Wohnen im Kiez.



## Anhang

---

*Regina Nürnberg*, Diplom-Pädagogin, Familientherapeutin, tätig in der Familientherapeutischen Wohngruppe ‚Perle‘ von Neues Wohnen im Kiez.

*Thomas Otto*, Diplom-Psychologe, Dipl.-Sozialtherapeut, Systemischer Therapeut/Familientherapeut (SG), Hypnotherapeut (M.E.G.), seit 1997 Leiter eines freien Trägers für ambulante Familienarbeit, seit 2004 in der Therapeutischen Wohngruppe Zwischenbahnhof des CJD Berlins und freiberuflich tätig als Therapeut, Arbeitsschwerpunkte: Paar- und Familienberatung, Familien- und Systemaufstellungen, Klinische Hypnose und Gesprächspsychotherapie.

*Jutta Czapski*, M.A., Studium der Kulturwissenschaften und Kunstgeschichte, Graduierung zur Kunsttherapeutin, derzeit Doktorandin der Ästhetik, von 2006 bis April 2008 Kunsttherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung ‚Myrrha‘, aktuell tätig im Kinderhospiz Sonnenhof.

*Janice Bridger*, Fachsozialarbeiterin für Klinische Sozialarbeit, systemisch-lösungsorientierte Therapeutin, seit 12 Jahren Mitarbeiterin in der Therapeutischen Mädchenwohngruppe Myrrha im KJHV-Süd der EJF-Lazarus gAG, seit 7 Jahren Leiterin der Wohngruppe ‚Myrrha‘.

*Egel, Andrée*, Dr. rer.nat., Psychologische Psychotherapeutin, Fachleiterin der TWG ‚Respect Yourself‘ im Korczak-Haus am Tierpark, EJF-Lazarus gAG.

*Claus-Peter Rosemeier*, Dipl.-Psych., Dipl.-Sozialwirt, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der TWG ‚Koralle – therapeutische wohngruppen‘ im Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin.

*Anneliese Leiner*, Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin in eigener Praxis und in der TWG Lübars.

*Ulrich Ehlert*, Diplom-Sozialpädagoge und Systemischer Berater, stellvertretender Einrichtungsleiter des Kinder- und Jugendhilfeverbands im Diakoniezentrum der EJF-Lazarus gAG.

*Salomea*, Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie, mehrjährige Betreuungsarbeit in einer der therapeutischen Wohngruppen der ajb gmbh, seit 1999 freiberufliche (Comic)Zeichnerin, Leitung von Comicgruppen und -workshops.

*Ute Meybohm*, Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Geschäftsführerin der ajb gmbh, einem gemeinnützigen Träger für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation, Delegierte der Berliner Psychotherapeutenkammer.

*Jutta Bartl*, Diplompsychologin, Therapeutische Leitung von moritz55, Therapeutisches Jugendwohnen der ajb gmbh, gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation.

*Bernd Gundacker*, Kinder- und Jugendlichentherapeut, Gestalttherapeut und therapeutische Leitung der Therapeutischen Wohngruppe ‚Sojus bei Prowo e.V.‘.

*Thomas Girnth*, Diplom Sozialpädagoge/Diplom Politologe, Supervisor (DGSv), Leiter der therapeutischen Jugendwohngruppen des ‚Steg e.V.‘.

*Klaus Rajes*, Dipl.-Sozialpädagoge, M.A. Klinische Sozialarbeit, langjährig Gruppenleiter in der TWG „Koralle – therapeutische wohngruppen“ im Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin, derzeit Teamleiter „Hilfen zur Erziehung“ im Jugendamt Potsdam-Mittelmark

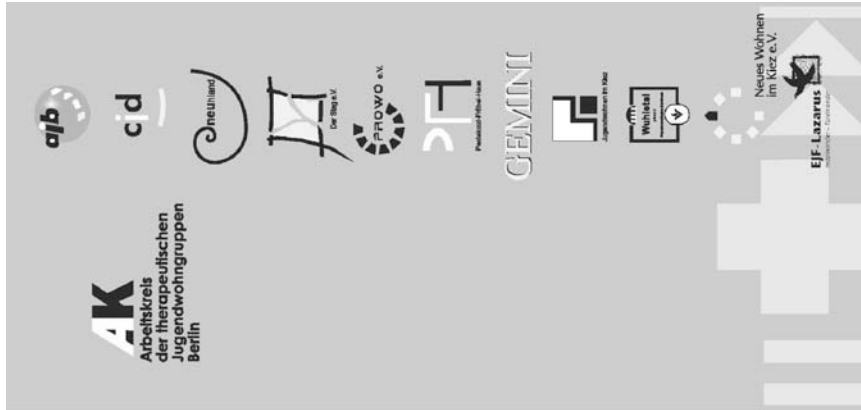
*Annett Strutzke*, Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Betreuerin in der TWG ‚Respect Yourself‘.

*Heike Funk*, Erzieherin, tätig in der therapeutischen Wohngruppe für Kinder und Jugendliche ‚Wuhletal-psychosoziales Zentrum gGmbH‘.

*Wolfgang Merda*, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Systemischer Familientherapeut, klinische Hypnose, Qualitätsmanagementbeauftragter, Projektleiter seit 1995 in der therapeutischen Wohngruppe für Kinder und Jugendliche ‚Wuhletal- psychosoziales Zentrum gGmbH‘.

Weitere Informationen über die AutorInnen sowie Kontakadressen können über den TWG-Arbeitskreis bezogen werden (siehe folgende Seiten).

## Flyer des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin



### Zielgruppe

Jugendliche und junge Volljährige (12-27 Jahre) mit psychischen Beeinträchtigungen, die einen spezifischen therapeutischen und erzieherischen Bedarf aufweisen, der mit weniger Betreuung und ohne integrierte therapeutische Angebote noch nicht oder nicht mehr angemessen gedeckt werden kann, wie z.B.:

- Neurotische Entwicklungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Emotionale und affektive Störungen
- Psychotische Störungen
- Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, vorwiegend mit Störungen des Sozialverhaltens in Kombination mit emotionalen Störungen
- Entwicklungsstörungen
- Psychosomatische Störungen (u.a. Essstörungen)
- Posttraumatische Störungen (u.a. Infolge von sexuellen Gewalterfahrungen)

### Zielsetzung

Im Zentrum unserer Arbeit steht die Stabilisierung, Entwicklungsförderung und Vernetzungsabklärung der Jugendlichen und jungen Volljährigen. Weiterhin unterstützen wir die Jugendlichen und ihre Familien bei der Entwicklung eines adäquaten Umgangs mit den psychischen Beeinträchtigungen. Gegebenenfalls begleiten wir eine Rückführung in den elterlichen Haushalt.

### Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen

Der Arbeitskreis besteht seit 1986 als Zusammenschluss von Trägern, die therapeutische Wohnangebote für Jugendliche und junge Volljährige zur Verfügung stellen, um

- einen fachlichen Austausch zu führen
- eigene Qualitätsstandards zu sichern und weiter zu entwickeln
- gemeinsame Positionen nach außen zu vertreten.

### Therapeutische Wohnangebote für Jugendliche und junge Volljährige

Die Wohngruppen sind rund um die Uhr betreut. Die Grundidee aller Therapeutischen Wohngruppen besteht darin, Therapie und Pädagogik in besonderer Weise miteinander zu verzahnen, um so ein therapeutisches Milieu herzustellen, welches die Erfahrungen im alltäglichen Miteinander für therapeutisch wirksame Interventionen nutzt. Als zentrales Qualitätsmerkmal gewährleisten wir eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Fallführung durch:

- ErzieherInnen
- PsychologInnen
- TherapeutInnen
- und SozialpädagogInnen.

### Arbeitsinhalte

- Herstellung eines therapeutischen Milieus
- Verzahnung von Therapie und Pädagogik
- Niedrigschwelliger Zugang zu therapeutischer Beratung / Therapie
- Intensive Familienarbeit, Elternberatung, Bearbeitung interfamiliärer Themen
- Entwicklung einer Schul- und Ausbildungsperspektive
- Lebensweltorientierung
- Enge Kooperation mit komplementären Einrichtungen
- Bei Bedarf Krisenintervention durch pädagogische und therapeutisch-psychologische Fachkräfte

Rechtliche Grundlagen für eine Unterbringung sind: §27 n Verbindung mit den §§ 34, 35a, 41 SGB VIII.



MITGLIEDER DES ARBEITSKREISES DER THERAPEUTISCHEN JUGENDWOHNGRUPPEN									
Träger	Projekt	Bezirk	Plätze	Alter	Ansprechpartner	Adresse	Telefon	Fax	email
ajb gmbh	Montiz 55 (dt.-kurd.-türk. Team)	Kreuzberg	12	14 - 21	Jochen Kern Julia Bartl	Oranienstr. 57 10969 Berlin	61 60 92 90/1	61 60 92 92	montiz55@ajb-berlin.de www.ajb-berlin.de
CJD Berlin	Zwischenbahnhof	Friedrichshain	14	ab 14	Ute Wiederbusch Thomas Ollé	Lisauer Str. 15 10245 Berlin	294 63 55		zwischenbahnhof@ajb-berlin.de www.cjd-berlin.de
EJF - Korczak-Lazarus gAG	Respect Yourself	Lichtenberg	8	ab 14	Dr. Andréa Egel Martina Okonek	Erich-Kurz-Str. 4a 10319 Berlin	51 59 14 - 14/10 51 59 14 - 13/10	-30	okonek@kjrjef.de ege@kjrjef.de
KJHV Süd.	a) Myrtha (therapeutische weibliche Jugendliche)	Steglitz	8	ab 14	Agnes Reuler Janice Brüger	Schmidt-Oll-Str.4 12165 Berlin	79 09 80 - 24 79 09 80 - 32-33	793 45 28	reuler@kjhv-sued.ejf.de brueger@kjhv-sued.ejf.de
	b) MALE (sex. grenzübergreifende Jungen)	Lankwitz	8	ab 12	Karsten Köster	All Lankwitz 9 12247 Berlin	77 32 71 - 93 77 32 71 - 94	77 32 71 - 95	male@ejf.de
	c) MALE II (sex. grenzübergreifende Jungen mit Q > 80)	Wilmerdorf	8	ab 12	Karsten Köster	Meinestra. 12 10719 Berlin	88 62 87 77	88 62 83 69	male2@ejf-lazarus.de
KJHV Diakoniezentrum	d) TWG auf der Familienfarm Lubars	Reinickendorf	6	ab 13	Ulrich Ehlerl Brittje Blaurock	Am Bärensprung 34 13503 Berlin Alle Fasanerie 10 13469 Berlin	43 06 - 282 41 47 49 50	-299	ehlerl@dz-kjhv.ejf.de
Jugendwohnen im Kiez e. V.	Gemini	Kreuzberg	12	14 - 21	Florian Landes 0178/8607716	Kolbuser Damm 79a 10967 Berlin	74 75 62 21	74 75 61 01	gemini@jugendwohnen-berlin.de www.jugendwohnen-berlin.de
neuhland		Friedrichshain Weißensee	6				417 28 38 85	417 28 38 19	gemini@neuhland.net www.neuhland.de
Neues Wohnen im Kiez gGmbH	Familientherapeut. Wohngruppe	Weißensee	6	ab 13	Thomas Herner Wolfgang Over	Pistoriusstr. 16/f6a 13088 Berlin	55-4891-75	-77	nwk.twg@gmx.de
Pestalozzi-Froebel-Haus	Koralle -therapeutische Wohngruppen	Tempelhof/ Schöneberg, Mitte	15	ab 14	Claus-Peter Rosenmeter	Bälzigerstr. 12-14 10823 Berlin	78 71 13 60	-777	twg.koralle@gfh-berlin.de
Prowo e.V.	Scjus - TWG für Sucht und Psychische Störungen, 24 Std.-Betreuung / betreuungsfreie Zeiten,	Pankow	6 / 6	14 - 21	Gerd Pillen	Kreuzstr. 16 13187 Berlin	4976 09 - 31/33	-32	info@prowo-berlin.de jugend@prowo-berlin.de www.prowo.e.v.de
Wuhletal Psychosoziales Zentrum gGmbH	TWG	Marzahn-Hellersdorf	14	ab 12	Anje Muderbach Wolfgang Merda	Dorfstr. 45 12621 Berlin	56 59 98 80	56 59 98 88	twgk@wuhletal.de www.wuhletal.de
Der Stieg gGmbH	Therapeutische Wohngruppen	Reinickendorf/ Pankow	18	ab 14	Thomas Grimth 0179/2006465 Hoiger Städtler	Romanshorner W. 111 13407 Berlin Wiesenwinkel 20 13158 Berlin	498 57 69 40 91 64 54 3	498 57 69 49 91 74 59 97	grimth@derstieg.de www.derstieg.de
		Tempelhof/ Schöneberg	6	ab 12	Hoiger Städtler	Fritz Werner Str. 50 f 12107 Berlin	74 10 60 78	74 10 60 79	staedler@derstieg.de
		Neukölln	6	ab 12	Margret Czajka	Eifuweg 13a	60 53 04 - 81	60 49 05 14	czajka@uerstieg.de