

Kinder und Jugendliche, welche fremdplatziert sind, psychische Störungen haben und in einer Krise stecken, müssen in erster Linie sozialpädagogisch begleitet werden

4. Modul des MA-Studienganges an der Universität Plymouth

Modus/Studienkompetenz: Vertreten einer These in einer Erörterung

Das Abstract

Ich bin Heimleiter in einer Schweizer Heimschule für normalbegabte Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen und für förderbedürftige Kinder und Jugendliche. Eine meiner Aufgaben ist es, die Zusammenarbeit mit externen, ambulanten Stellen und Therapien zu gestalten und zu begleiten. Hierfür spielt die Erwartung an uns und an die externen Fachstellen eine Rolle, welche ich hier erarbeiten will.

Ich vertrete die These, dass Kinder und Jugendliche, welche fremdplatziert sind, psychische Störungen haben und in einer Krise stecken, in erster Linie sozialpädagogisch begleitet werden müssen. Ich erlebe es so in der Praxis, es ist aber nicht so in der Sozialpädagogik etabliert, was ich als sehr hinderlich erlebe.

Das Ziel ist es, die Entscheidungsfindung von Lösungen für Kinder und Jugendliche, welche in Krisen stecken, zu erleichtern, indem die Rollenverteilung der Professionellen (Ärzte, Sozialpädagogen und Behörden) und somit auch die Kompetenzen klarer werden. Diese Arbeit soll uns als Institution und auch den Mitarbeitern mehr Sicherheit bei der Arbeit geben und Anhaltspunkte bei der Reflektion von Fällen (Case Management) vermitteln.

Die Forschung basiert auf der Erarbeitung der Fachliteratur der Sozialpädagogik und der von psychiatrischer Literatur. Die psychiatrische Literatur habe ich erarbeitet, um die Grenzen der Sozialpädagogik zu erkennen. Weiter basiert meine Arbeit auf der Grundlage von meinem Forschungstagebuch, Protokollen und Berichten und auf den Aussagen meiner vier Interviewpartner.

Das Fazit der Arbeit ist, dass eine erfolgreiche Krisenbewältigung dann stattfinden kann, wenn das Rollenverständnis klar ist. Dazu sind folgende Aspekte nötig, es braucht ein realistisches Selbstverständnis der eigenen Profession, einen Konsensentscheid bei der Wahl von Maßnahmen und ein Ressourcen orientiertes Vorgehen bei der Wahl der Massnahme, damit die Kinder und Jugendlichen nicht überfordert sind und sich entwickeln können. Wie diese Angebote von Fremdplatzierungen aussehen müssen, damit sie diesem Anspruch genügen, will ich in meiner Dissertation erarbeiten.

Ich kann die These auch nach Erörterung vertreten, sie ist aber nicht vollständig, sie unterschlägt, dass die sozialpädagogische Begleitung nicht ohne die psychotherapeutische Unterstützung auskommt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Kontext	5
1.2	Meine Motivation	7
1.3	Methodisches Vorgehen und methodologische Überlegungen	9
1.4	Ethischer Code	12
2	Umgang mit Krisen bei psychosozial schwer belasteten Kindern und Jugendlichen	12
2.1	Die Bedeutung der Krise	12
2.2	Vergleich von der sozialpädagogischer Vorgehensweise und der psychiatrischen Vorgehensweise	14
3	Kernaussagen von den Interviews	16
3.1	Einleitung	16
3.2	Beiträge der Interviewpartner	17
3.3	Einschränkungen und Ergänzungen der These, aus der Sicht einzelner Interviewpartner	18
4	Erfahrungen aus meiner Praxis	19
5.	Fazit	20
6.	Literaturliste	21
7.	Anhang	22
7.1	Leitfragen im Interview	22
7.2	Interviewpartner 1	23
7.3	Interviewpartner 2	27
7.4	Interviewpartner 3	31
8.	Glossar	36

Anmerkung: Im Interesse der besseren Lesbarkeit wird die inklusive Schreibweise gewählt. Wo nicht gesondert vermerkt, sind also mit der maskulinen Form Männer wie Frauen gleichermaßen angesprochen.

1 Einleitung

1.1 Kontext

Unsere Institution ist eine Schul- und Heimgemeinschaft auf der Grundlage der Rudolf Steiner-Pädagogik für normalbegabte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren. Ein großer Teil (90%) wird von Ämtern (Behörden) zugewiesen. Die Betreuung, Erziehung und der Schulbesuch, der uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen ist die Hauptaufgabe der Institution. Sie setzt sich zusammen aus einem Internat mit sechs Wohngemeinschaften (Höfe), der Schule mit Kindergarten, einem Therapeutikum mit einem Heimarzt, einer Ausbildungsstätte für Lehrlinge in fünf verschiedenen Berufen, einem Erzieherseminar, einer Bauhütte (Handwerkerkonsortium) und einem Landwirtschaftsbetrieb. Regelmäßig gehen hier etwa 110 Kinder und Jugendliche zur Schule, davon 70 aus dem Internat und es werden ca. 12 Lehrlinge und ca. 20 Erzieher ausgebildet.

Ich bin der Gesamtleiter dieser Institution und sehe die vorliegende Arbeit als einen Teil meiner Verantwortung, indem ich gesunde institutionelle Strukturen zu schaffen versuche, hier im Speziellen zum Rollenverständnis der Sozialpädagogen.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sozialpädagogisch unterstützen

Kinder und Jugendliche, welche in einer Heimschule leben, sind in der Regel bezüglich ihrer Entwicklung, sowohl im sozialen, wie auch im kognitiven Bereich, nicht im Gleichgewicht (Treichler 2004: 63). Dieses Ungleichgewicht hat verschiedene Auswirkungen, es können dies Retardierungen oder Akzelerierungen (Janeke 1998) der Entwicklung sein, hyperkinetische Störungen, dissoziales Verhalten im Sinne von oppositionellem und oder aggressivem Verhalten ICD-10 (Baving 2006: 6) oder auch psychische Probleme wie Zwänge, Ängste, Phobien oder Drogenmissbrauch (van Engeland 2001: 53). In ihren Biografien (M. Treichler 2007: 74) weisen sie oft Ereignisse auf, welche in der Fachliteratur als mögliche Ursachen (Rupp 2003:131) für Störungen aufgeführt sind, wie Traumata, mangelnde emotionale Bindungen, Verwahrlosungen, mangelnder Schutz, stetige Überforderung (Hofmann 2002: 27), Trennung der Eltern, Tod eines geliebten Menschen und Übergriffe jeglicher Art..

Ausschliessen will ich in meiner Arbeit folgende Diagnosen: die Schizophrenie, die bipolare Störung und organische Störungen, hier ausgenommen AD(H)S, das heisst AD(H)S gehört zu den von mir besprochenen Störungen.

Ein Grenzfall ist die Borderline Persönlichkeitsstörung (Hofmann 2002). Die Fachwelt ist sich nicht einig, ab welchem Alter von einer Borderline Persönlichkeitsstörung gesprochen wird. Ronald Hofmanns Buch trägt zwar den Titel „Jugendliche mit einer Borderline-Störung“. Im Mai 2008 war ich an einer Fachtagung zum Thema Borderline. Dort haben Fachärzte klar gesagt, das von einer solche Störung erst ab dem 21. Lebensjahr gesprochen werden kann, was auch dem anthroposophischen Menschenbild entspricht, weil erst da die Ich-Geburt (Treichler 2004: 109) vollzogen ist, welche für die Bildung einer Persönlichkeit notwendig ist. Manuel Rupp spricht bei Jugendlichen von Strukturen einer Persönlichkeitsstörung. Im März 2008 habe ich in unserer Institution ein 14 -jähriges Mädchen aufgenommen, welches vorher in einer jugendpsychiatrischen Klinik war und die Diagnose einer Borderline-Störung hat. Es ist also nicht klar, ob und ab wann von einer Borderlinestörung bei Jugendlichen gesprochen werden kann, zudem müssen die Symptome über zwei Jahre nachweisbar sein, was bei Jugendlichen schwer feststellbar ist, weil die Beobachtungszeit oft kürzer ist. Die Störung der Persönlichkeit (Rupp 2008: 14) führt oft in die Sucht, auch hier ist es oft schwierig bei der Beurteilung des Verhaltens die Grenzen zwischen gestörtem Verhalten und altersentsprechenden Entwicklungshürden zu ziehen.

Sucht ist ein sich steigender zwanghafter Prozess, durch Außenstimulation, egal welcher Art, Konflikte zu verdrängen und Genuss ohne Eigenanstrengung an die Stelle zu setzen. (Vogt 2000: 64)

Treten die oben genannten Phänomene (Retardierungen oder Akzelerierungen der Entwicklung, hyperkinetische Störungen, dissoziales Verhalten im Sinne von oppositionellem und oder aggressivem Verhalten, Zwänge, Ängste, Phobien oder Drogenmissbrauch) auf, so wird schnell der Ruf nach einer psychiatrischen Therapie laut. Dies ist angesichts der Komplexität dieser Problemstellungen, welcher ein Sozialpädagoge ausgesetzt ist, verständlich. Es ist das psychosoziale (Baving 2006: 21) Umfeld (Eltern, Geschwister, Peergruppe) zu beachten, die Biografie des Kindes und Jugendlichen, die Verhaltensbeeinträchtigung (Mollenhauer, Uhlendorf 1999: 132) an

sich und dessen Komorbidität (Baving 2006. 43). Weiter ist das Wesen des Kindes und Jugendlichen und dessen Entwicklungsstand zu beachten. Hier Licht ins Dunkel zu bringen ist ein hoher Anspruch, nicht zuletzt, weil die Auffälligkeit selber sich oft auch verändert oder nur phasenweise auftritt.

Hinter diesem komplexen, mehrdimensionalen Gebilde von Störungen und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in ihrem Sozialverhalten steht aber ein einfaches Prinzip. Störungen aufgrund von ungelösten Konflikten (Heinemann, Hopf 2001:16), sind nicht überwundene Krisen (Soldner, Stellmann 2007). Hinzu kommt der Umstand, dass Kinder und Jugendliche nur sehr bedingt psychotherapeutisch begleitet werden können (siehe Interview im Anhang). Es können zwar Diagnosen gestellt und entsprechende Maßnahmen verordnet werden, welche aber dann im sozialpädagogischen Alltag umgesetzt werden müssen, wenn es sich um stationär platzierte Kinder und Jugendliche handelt.

Aufgrund dieser zweier Gegebenheiten, das Störungen (siehe 1.3 Eingrenzung der Arbeit) konfliktbedingt (Heinemann, Hopf 2001: 17) sind und die psychiatrischen Begleitung nur bedingt möglich ist (siehe Interview mit Dr. Volbehr und Dr. Torriani), gehe ich von der These aus, das Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, welche in einer Krise sind vor allem sozialpädagogische Unterstützung brauchen.

Diese These soll die Bedeutung der psychiatrischen Begleitung nicht mindern, aber die Erwartungen an diese in ein realistisches Verhältnis bringen und das Selbstvertrauen und das Rollenverständnis der Sozialpädagogen in ihre Profession steigern. Die oben erwähnte Komplexität aber nur einer Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen durchschaut werden. Die Psychotherapie kann nicht über Maßnahmen in der Sozialpädagogik entscheiden, die Sozialpädagogik alleine kann aber ohne die Psychotherapie nicht die nötigen Entscheidungsgrundlagen (Entwicklungspsychologischer Stand, Defizite und Therapeutische Ansätze) erarbeiten.

1.2 Meine Motivation

Ich arbeite seit acht Jahren in einer Schweizer Heimschule in verschiedenen Bereichen, im Förderplanbereich, in der Ausbildung, in der Begleitung von Time-out-Platzierungen und seit zwei Jahren als Gesamtleiter der Institution und es war immer meine Intention die Ressourcen und die Kompetenzen, welche die Institution besitzt, auszuschöpfen und durch Reflektion zu steigern. Die Erfahrung zeigt immer wieder,

wenn wir mit einem Jugendlichen in eine existentielle Krise geraten, muss die Lebenssituation des Jugendlichen verändert werden (Time-out, keine Besuche mehr zu Hause, Umplatzierung oder Ausschluss). Der Ruf nach „Fachkräften“, einer professionellen Beratung durch Ärzte wird laut. Das Beiziehen einer weiteren Einschätzung ist bei derart wichtigen Entscheidungen sicher verantwortungsvoll, es handelt sich aber in der Regel (Erfahrungswert) um sozialpädagogische Interventionen und so bleibt auch nach einer nächsten Beratung die Unsicherheit oder das, was bereits vorgedacht wurde, wird bestätigt. Was ich hier oft vermisse, ist ein Selbstvertrauen der Sozialpädagogen. Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlendorff beschreiben dieses Phänomen folgendermassen:

Erzieher in den verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe, besonders in den Stationären, haben in der Regel diagnostische Kompetenzen nicht in das Selbstbild ihrer Profession integriert. Das gilt insbesondere für solche Fälle, in denen schwierige Formen der Verhaltensbeeinträchtigungen vorliegen. Das hat zur Folge, dass in einer für das pädagogische Handeln zentraler Hinsicht das Selbstbewusstsein der Sozialpädagogen schwach ist und zwar aus Gründen, die nur in der professionellen Arbeitsteilung liegt, nicht aber in der Sache liegen. Die Sache, nämlich der öffentliche Erziehungsauftrag, verlangt eine Diagnostik, die die pädagogischen Handlungsspielräume und Perspektiven in den Mittelpunkt rückt. Für diese kann psychiatrische und psychologische Diagnostik nur subsidiär sein. (Mollenhauer, Uhlendorff 1999: 132)

Die Auffälligkeiten psychosozial schwer belasteter Jugendhilfeklienten sind im Wesentlichen auf folgende drei Entwicklungsaufgaben zurück zu führen, der Arbeit mit Gleichaltrigen, der Antriebskontrolle und der institutionellen Leistungsbereitschaft. (Mollenhauer, Uhlendorff 1997: 166)

Um dies zu erfüllen brauchen die Kinder und Jugendlichen ein pädagogisches Setting. Was Uhlendorff und Mollenhauer hier beschreiben, erlebe ich in unserer Institution oft. Die Sozialpädagogen sind keine Forscher und stellen auch keine Diagnosen im Sinne wie das Mediziner tun, welche anhand eines Krankheitsbildes die Krankheit und dessen Ursachen diagnostizieren. Dieser Anspruch führt immer wieder zu falschen Erwartungen an Institutionen aber auch an Ärzte. Der Sozialpädagoge beobachtet und versucht die widerstrebenden Kräfte, welche sich nur symbolhaft (Keller, Novak 2007) im Verhalten der Kinder und Jugendlichen zeigen, umzuwandeln und wendet dabei so viele normale (normal bedeutet hier eine altersentsprechende Konfliktlösungskompetenz) pädagogische Begegnungen wie möglich an, das heisst, so viel, wie das Kind oder Jugendliche überhaupt fähig ist anzunehmen. Die Toleranz gegenüber der Störung misst sich also an den sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen und nicht an deren Unvermögen (mit der Toleranz meine ich, wie viel

Schwierigkeiten ein pädagogischer Rahmen verträgt). Daraus resultieren dann die adäquaten Massnahmen, das heisst Rahmenbedingungen, welche diese Toleranz aufbringen können. In diesen Prozessen ist die Sozialpädagogik stark und kann auch viel bewirken, wenn nicht falsche Ansprüche an sie gestellt werden. Ein weiteres wichtiges Instrument ist die Zieldefinition (vergl. Colijn 2007). Es gibt Fälle, da geht es lediglich um eine so genannte „harm reduktion“ (Schadensbegrenzung) (Rupp 2008), was kein sehr motivierendes Ziel ist und bei anderen Fällen geht es um die Reintegration in die Familie und ihr Umfeld.

In dieser Arbeit geht es mir um das Verhältnis zwischen den Ansprüchen an die Sozialpädagogik und den realistischen Zielen der Sozialpädagogik, um die sozialpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, welche in einer Krise stecken, objektiver gestalten zu können. Ebenso versuche ich den Sozialpädagogen näher zu kommen, wie sie im Kontext in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, welche psychische Störungen haben und fremdplatziert sind, verstanden werden kann.

Anna Freud schrieb:

Was Eltern, Lehrer und Erzieher von der Psychoanalyse erwarten ist ein geschlossenes System von Regeln und Vorschriften. Was die Analytiker zu bieten haben, sind Meinungen, Warnungen, Einsichten und bestenfalls Ratschläge. (A. Freud 1968)

Was Anna Freud hier beschreibt, ist das, was Uhlendorf und Mollenhauer mit subsidiär bezeichnen. Das heisst, die zentrale Frage dreht sich um die Umsetzung der „Ratschläge“

1.3 Methodisches Vorgehen und methodologische Überlegungen

Um meine Erörterungen durchzuführen stützte ich mich auf Folgendes:

- Ich habe mich beim Schreiben der Arbeit auf die Erfahrungen meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen abgestützt, welche in ihrer seelischen und psychischen Entwicklung im Ungleichgewicht waren und deshalb Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen.

- Ich habe im Rahmen dieser Arbeit in diesem Jahr drei Tagungen im Zusammenhang mit diesem Thema besucht. Im Januar eine Tagung in Dornach zum Thema *Kinder und Jugendliche mit AD(H)S*, im März eine Tagung zum Thema Menschen mit einer Borderline-Störung in Bern und im Mai eine Weiterbildung zu psychiatrischen Krankheitsbildern. Ich habe an diesen Anlässen den Fokus immer auch auf meine Forschungsfrage gerichtet.
- Ich habe zur Arbeit mit dem Umfeld (siehe Colijn 2007) im letzten Jahr ca. 200 Standortgespräche geführt und dabei mit Ärzten, Therapeuten, Eltern, Sozialpädagogen, Lehrern, Behörden und teilweise den Kindern und Jugendlichen an gemeinsamen Zielen und deren Umsetzung gearbeitet. Dabei hatte ich die Protokolle der Standortgespräche und meine Notizen ausgewertet (Standortgespräche finden zweimal jährlich statt, ich konnte also auch die Umsetzung der Ziele prüfen).
- Ich habe mit zwei Kinder- und Jugendpsychiatern, welche schon mehrere Jahre mit unserer Institution zusammen arbeiten, mit unserem Heimarzt und mit dem ehemaligen Heimleiter unsere Institution ein Leitfadeninterview geführt.
- Ich habe in den letzten zwei Jahren ca. 30 Time-out und Folgeplatzierungen durchgeführt und begleitet. Solche Platzierungen resultieren aus Überforderungen beider Seiten, das heisst, der Institution und des Kindes und des Jugendlichen. Diese Überforderung löst bei den Betreuern oft die oben erwähnte Ohnmacht aus, die eigenen Kompetenzen werden in Frage gestellt und ein ärztlicher Kunstgriff ist gewünscht. Bei der Lösung von solchen Krisensituation und den Erfolgswerten der Lösungen zeigte sich der Stellenwert der entsprechenden Perspektive. Hier halfen mir meine persönlichen Notizen und Berichte.

- Ich habe die Literatur zu den Themen psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen studiert (siehe Literaturverzeichnis: R. Treichler, M. Treichler, Heinemann und Hopf, Soldner und Stellmann, Hofmann und Rupp). Das Motiv meiner intensiven Literaturrecherche im psychiatrischen und pädiatrischen Feld, war, die Grenzen dieser These auszuloten, das heisst, indem mich in das Wissen und die Methoden dieser Disziplinen einarbeitete, kann ich jetzt besser abschätzen, ab wann ein Fall ein rein psychiatrischer Fall wird und die Sozialpädagogik nur noch Betreuungsaufgaben im Sinne eines Schutzes übernehmen kann. Weiter habe ich zur sozialpädagogischen Sichtweise von Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Mollenhauer und Uhlendorff, Baving, Opp et al, Bockemühl und Schmid) verschiedene Fachliteratur studiert.

Die Antworten und Erfahrungen habe ich in die Argumente meiner Erörterungen einbezogen.

Eingrenzung der Arbeit

Der Schwerpunkt meiner Arbeit bezieht sich auf Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren. Kinder und Jugendliche mit den oben erwähnten Störungen (Psychosen), bei denen der Realitätsbezug nicht mehr vorhanden ist (was zu Folge hat, das die Störungen des Verhaltens nicht mehr besprechbar sind), werden hier nicht berücksichtigt. Diese Abgrenzung hängt auch mit den Ursachen der Krankheiten ab, die neurotischen Störungen, welche ich hier einschließe und die Persönlichkeitsstörungen (Grenzfälle) sind umweltabhängig (Treichler 2007: 271) bedingt. Die Psychosen demgegenüber sind innenweltabhängig. Rupp spricht von einem hohen erlebnisreaktivem Anteil (neurotische Störungen) und von einem hohen organischen Anteil bei

der Entstehung des Leidens (Rupp 2008: 13). Ergänzend muss bemerkt werden, dass psychotische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen selten sind (Rupp 2008). Was ich ebenfalls nicht bearbeitet habe, ist die ganze Frage der Medikation im Zusammenhang mit Verhaltensstörungen.

1.4 Ethischer Code

Ich habe die Ärzte, mit welchen ich ein Interview führte, im Sinne des ethischen Codes (siehe Anhang 1), wie er von der Universität Plymouth vorgegeben ist, über meine Arbeit und meine Vorgehensweise informiert. Sie stimmten alle meinem Vorhaben zu.

2 Umgang mit Krisen bei psychosozial schwer belasteten Kindern und Jugendlichen

2.1 Die Bedeutung der Krise

Einleitend füge ich hier ein Zitat von Soldner und Stellmann ein, welches die Bedeutung der Krise anhand der menschlichen Geburt schildert.

Ein Kind lebt in dem Bestreben, seine Individualität zur Erscheinung zu bringen. Der eingreifendste Schritt auf diesem Weg ist die Geburt. Sie führt das Kind in die Nähe des Todes und die Mutter an den Rand dessen, was sie ertragen und was sie leisten kann. Worin liegt die Notwendigkeit dafür, dass sich die menschliche Geburt in einer solchen Dramatik vollzieht? Die Antwort auf diese Frage hat für das Verständnis von Krankheit (Störungen nach ICD 10) und Krise weit reichende Bedeutung. Denn das Ideal, das Kind und den Jugendlichen an jeder Krankheit, jeder Krise vorbeizudenken zu wollen, wird im Anblick des Geburtsaktes sinnlos. Erst eine tief eingehende Krise ermöglicht eine eingreifende Neugestaltung. (Soldner, Stellmann 2007)

Ich habe dieses Zitat gewählt, weil es meistens die Krisen und die Störungen im Sozialverhalten der Kinder und Jugendlichen sind, welche unser Handeln indizieren. Die Frage stellt sich, welches der Lebensplan (Treichler 2007: 80) des Jugendlichen ist und welche pädagogische Hilfe es benötigt. Wir haben es aber hier mit nicht

messbaren, „geheimnisvollen“ Phänomenen zu tun, welche in unserer materialistisch geprägten Kultur ein Gefühl der Hilflosigkeit, der Fremdheit und Ratlosigkeit gibt, was schnell zu Überforderung und Ablehnung (z.B. narzisstische Störungen (siehe Glossar im Anhang)) führt. Diesen Punkt der Unsicherheit gilt es zu überwinden. Der Vergleich mit der Geburt scheint ein wenig dramatisch und doch sind es oft wichtige Momente, welche es zu meistern gilt und bei denen wir versuchen den Kindern und Jugendlichen in ihren unheilvollen biografischen Abschnitten eine neue Wende zu geben. Um das zu verdeutlichen, will ich es anhand von Beispielen erläutern.

In unsere Institution gehen Kinder und Jugendliche zur Schule, welche nur ein sehr schwaches soziales Netzwerk haben. Es handelt sich um Jugendliche, welche, bevor sie zu uns kamen schon in zwei bis vier Institutionen waren oder um Schüler, die in der öffentlichen Schule von der Schule ausgeschlossen wurden oder um delinquente Kinder und Jugendliche, welche vom Jugendgericht eingewiesen wurden. Uns ist es ein wichtiges Anliegen, diesen Kindern und Jugendlichen mindestens für eine gewisse Phase Kontinuität, Vertrauen und Verlässlichkeit zu verschaffen, damit sie bei uns ihren Schulabschluss oder eine Ausbildung machen können und das Muster von Abbrüchen, Schulabbrüchen, Beziehungsabbrüchen und Ortswechseln durchbrochen werden kann. Dies ist die Voraussetzung, um überhaupt positive Selbstwirksamkeit (Seligmann 1992) erleben und erlernen zu können, das heisst, diese Erfahrungen positiv zu bewerten, denn nur so können wir etwas Neues lernen (Spitzer 2007). Nun kommen wir aber mit diesen Kindern und Jugendlichen oft an Punkte, wo sich etwas verändern muss, sei es, weil sie dauernd Grenzen überschreiten und die Integrität der Mitarbeiter missachten, weil sie Alkohol oder andere Drogen konsumieren, weil sie mehrfach gewalttätig sind, weil sie sich selber verletzen oder sie sich selber gefährden. Dies sind alles Zustände, die oft nur durch eine Krise verändert werden können, welche wir auslösen, indem wir versuchen die Lebenssituation zu verändern und das ist oft sehr dramatisch, wenn Eltern und Kinder und Jugendlichen das Gefühl haben, wir wollen ihnen das Leben schwer machen und sie z. B. für sechs Monate nach Kroatien in ein Time-out schicken. Oft sind dies auch Situationen, in denen wir handeln müssen und das bedeutet auch, dass wir nicht alle möglichen Grundlagen haben (z.B. Erfahrungen mit dem Jugendlichen, wie er längerfristig auf Gespräche reagiert) und trotzdem entscheiden müssen, was die Dramatik (meist die mangelnde Akzeptanz) noch steigert. Die Erfahrung, welche Jugendliche in dieser Situa-

tion machen, kennen diese oft nicht, jedenfalls nicht in so einer konsequenten Form, nämlich dass die Leute entscheiden, welche die Verantwortung tragen. Sie werden zwar miteinbezogen und sind mit ihrer Haltung ein Teil der Entscheidungsgrundlage, aber der Entscheid (möglichst ein Konsensentscheid (siehe Colijn 2007) wird ohne sie gefällt, weil sie eben nicht die Verantwortung tragen.

Das Entscheidende, was ich in meiner These vertreten will, ist, dass dies mit sozialpädagogischen Mitteln geschieht, weil die Krise in einem sozialpädagogischen Setting entstanden ist und auch die Folgeintervention in der Regel eine sozialpädagogische sein wird. In den letzten zwei Jahren haben wir bei der Suche nach Folgeplatzierungen zehnmal versucht ein Kind oder einen Jugendlichen in einer Kinder und Jugend psychiatrischen Klinik zu platzieren, was nie gelang, die Indikation war schlussendlich immer eine sozialpädagogische Indikation. Für diesen Punkt braucht es meiner Erfahrung und Ueberlegungen nach keine völlig neuen Instrumente, hierzu braucht es mehr Selbstvertrauen in die eigene Disziplin und das Vertrauen des Umfelds (siehe Colijn 2007) in die Institution. Dies führt zu einer Folgethese, welche besagt, dass durch die falschen Erwartungen (Rezepte) an die Psychiatrie, der Handlungsfluss der Sozialpädagogen gehemmt ist.

Ich will nun in der Folge diese zwei Disziplinen in Bezug auf die Lösungsfindung (siehe lösungsorientierter Ansatz, Colijn 2007) vergleichen, um den Zusammenhang zwischen den **falschen Erwartungen** an die Psychiatrie und der **Unfähigkeit** der Sozialpädagogen in ihrer Entscheidungsfindung in einem krisengeschütteltem Erziehungsprozess.

2.2 Vergleich von der sozialpädagogischer Vorgehensweise und der psychiatrischen Vorgehensweise

Sozialpädagogik benennt einen Wissenschaftszweig von Erziehung, Bildung und sozialstaatlicher Intervention. In der Sozialpädagogik wird versucht, die Eigenverantwortung eines Menschen und damit seinen selbstständigen Umgang mit allgemeinen Lebenslagen in der Gesellschaft zu stärken.

Gegenstand sozialpädagogischer Arbeit sind gesellschaftlich und professionell als relevant angesehene menschliche „Problemsituationen“. Hierzu gehören überwiegend Probleme mit der alltäglichen Lebensbewältigung, der „Lebenspraxis“ und dem

alltäglichen „Zurechtkommen und Zurechtfinden“. Sozialpädagogik bedeutet aber nicht allein Fähigkeiten und Ressourcen des Einzelnen zu fördern; in der Sozialpädagogik steckt auch eine gesellschaftliche Zielsetzung des „Miteinander-Auskommens“. Sozialpädagogik betrachtet das Individuum in seiner Wechselbeziehung mit der sozialen Umwelt. Für Uhlendorf ist sozialpädagogische Erziehung folgendes:

Erziehung bedeutet nicht nur die Vermittlung allgemeiner Erziehungsziele und kulturspezifischer Kompetenzen. Dem Heranwachsenden soll die Möglichkeit gegeben werden, sich am Ende in seiner persönlichen Eigentümlichkeit darzustellen. Erziehung ist dann erfolgreich, wenn es dem Erziehenden und dem Heranwachsenden gelingt die gesellschaftlichen Entwicklungserwartungen sinnstiftend aufzugreifen. (Uhlendorf 2001: 168)

Die Psychiatrie orientiert sich an international anerkannten Störungsbildern (ICD-Schlüssel der WHO). Sie wendet dazu Testverfahren an. Sie umfassen in der Regel drei Schritte: Feststellung von Symptomen, Zuordnung von Symptomen zu Krankheitsbildern und die Ursachenanalyse. Das reine Diagnose-Rezept-Modell wird aber nicht mehr so praktiziert, vielmehr werden die Patienten partizipativ in die Lösungsfindung miteinbezogen. Ich will an dieser Stelle zwei Zitate aus psychotherapeutischen Fachbüchern anfügen, welche die Praxis darstellen.

Die Therapie depressiver Kinder und Jugendlicher erfordert üblicherweise ein individuell geplantes, mehrgleisiges Vorgehen (Elternberatung, Optimierung der Alltagsbedingungen und schulische Rahmenbedingungen klären), das sowohl ursachen- als auch syndromorientiert ist. Aufgrund der hohen Komorbidität der Depression in dieser Altersgruppe müssen bei der Therapieplanung auch psychische Begleitstörungen (z.B. hyperkinetische Störung, Angststörungen, Ess-Störungen, Drogenmissbrauch, Verhaltensstörungen etc.) mit einbezogen werden. (Naber 2001: 55)

Die Vorstellung, das sich die psychische Struktur aus einem komplizierten Interaktionsprozess zwischen Anlage und Umwelt entwickelt, macht die Psychoanalyse nicht nur zu einer Krankheits- oder Behandlungslehre, sondern zu einer kritischen Kulturtheorie, die Biologie, Ethnologie und Soziologie integriert. (Hopf, Heinemann 2001: 5)

Diese beiden Zitate zeigen, das die Psychiatrie ebenfalls auf Mehrdimensionalität bei Störungen von Kindern und Jugendlichen eingeht. Wo liegen nun aber genau die

Unterschiede? Auf der einen Seite in der Behandlungsbegleitung. Der Sozialpädagoge „lebt“ mit den Kindern und Jugendlichen zusammen und unterstützt sie in der Bewältigung des Alltags und ist Vorbild, weil sie in Konflikten und im Alltag vorleben. Der Psychiater hat mehr die Rolle eines Beraters. Weiter ist bei der Analyse der Störung der Sozialpädagoge, derjenige, der beobachtet und versucht, mit individuellen Lösungen das Kind zu unterstützen. Bei ähnlichen Störungen von verschiedenen Kindern und Jugendlichen können ganz unterschiedliche Lösungsvorschläge entstehen. Der Psychiater sammelt die Störungssymptome und arbeitet nach dem Ausschlussverfahren (Rupp 2008) die Störungsbilder von ICD-10 ab. Da es sich bei diesen Störungen oft um Syndrome handelt, also ein gewisse Anzahl von Symptomen vorhanden sein und diese über eine gewisse Zeit (bei Borderline 4 Jahre) auftreten müssen, ist oft bei Kindern und Jugendlichen keine eindeutige Diagnose zu stellen, weil die Variabilität (Baving 2006: 14) der Störung bei Kindern und Jugendlichen viel höher ist, sie ist Phasen ausgesetzt und vermischt sich bei normalen Entwicklungskrisen (z.B. der Pubertät). Die Psychotherapie kann neue positive Erfahrungen unterstützen, alte negative Erfahrungen können aber nicht wieder gerade gebogen werden, ihr Einfluss bleibt (Roth 2007), das heisst sie (die negativen Erfahrungen) müssen im Wirkungsfeld der Sozialpädagogen einbezogen werden. Ein weiterer Unterschied liegt im Einbezug der Sinnfrage. Setzt man sich mit der allgemeinen Fachliteratur beider Disziplinen auseinander, so findet man in der sozialpädagogischen Literatur die Begriffe Sinnhaftigkeit, Sinn oder Ethik öfter, ich denke das kommt daher, dass die Psychiatrie trotz grosser Offenheit eine analytische Disziplin ist. Peter Schmid schreibt zur Bedeutung der Sinnfrage folgendes:

Verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche können nicht finden, was dem Leben Gehalt und Tiefe gibt, und sie vermögen vor allem nicht, es auf ihre Weise für ihre Situation zu vollziehen. Verhaltensstörungen als solche erkennen, heisst darum, selber erfahren haben, was Leben im menschlichen Sinne heisst. (Schmid 1985: 39)

3 Kernaussagen von den Interviews

3.1 Einleitung

Ich habe mit vier Fachleuten (drei Ärzte und ein Heimleiter) Interviews (siehe Anhang) geführt. Die Interviews waren alle sehr anregend und aufschlussreich. Alle vier

Partner verfügen über eine langjährige Erfahrungen, was im Zusammenhang mit meinen Fragen (siehe Anhang Interviewleitfaden) sehr Aufschlussreich war. Sie konnten alle meine These unterstützen, allerdings mit Einschränkungen und Ergänzungen (siehe 3.3). Ihre Ausführungen halfen mir die Literaturrecherchen der psychiatrischen und medizinischen Literatur mit der gelebten Psychiatrischen Praxis zu verknüpfen und so der gesuchten Abgrenzung zur Sozialpädagogik näher zu kommen. Sie haben mir alle bestätigt, das die Sozialpädagogik zentrale Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abdeckt, welche psychische Störungen aufweisen. Zwei Ärzte sind Kinder und Jugendpsychiater. Ich habe sie gewählt, weil ich mit ihnen schon mehrfach im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet habe, bei Standortgesprächen, Indikationsgesprächen oder bei der Prozessplanungen. Die andern beiden Partner sind unser Heimarzt und der ehemalige Heimleiter unserer Institution.

3.2 Beiträge der Interviewpartner

Der erste Interviewpartner ist Leiter des KJPD (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) von Biel, das KJPD von Biel arbeitet systemisch (siehe Colijn 2007). Er hat mir im Gespräch (siehe Interview) von seinen Erfahrungen berichtet, das an die Psychotherapeuten viel zu hohe Erwartungen gesetzt werden und das die eigentliche Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen in unserer Institution gemacht werden muss. Die Psychiater haben eine wichtige Rolle und weil sie eben die Autorität besitzen, verbunden mit hohen Erwartungen, oft im Gegensatz zu der Autorität von Sozialpädagogen in Heimen. In einem Heim wird viel mehr Negatives assoziiert und zum Teil auch auf die dort Tätigen projiziert. Im Februar 2008 war ich an einer Fachtagung von Schweizer Heimen (ca. 300 Teilnehmer), die trug den Titel „Schaffen wir die Heime ab und keiner merkt's“. Da ging es um den Ruf der Heime, ihre Aufgaben und ihre Notwendigkeit. Die Statements, welche von den Referenten gemacht wurden, waren klar: Es braucht die Heime, denn sie können das umsetzen, was Erziehungsberater und Psychotherapeuten fordern. Weiter wurde festgehalten, das die Heime besser sind als ihr Ruf. Den schlechten Ruf haben sie auch, weil sich bei einer Heimplatzierung etwas in letzter Konsequenz zeigt, was niemand will, nämlich dass Kinder und Jugendliche von ihrer Herkunftsfamilie getrennt werden (siehe Colijn 2007). Bei der Frage der Rollenverteilung kommen wir zu einem essenziellen Punkt.

Wir, die Professionellen, welche im „schützenden Kreis“ (Köhler 2004: 236) tätig sind, kompensieren die kommunikativen Defizite der Eltern, indem wir verschiedene Rollen einnehmen und gleichzeitig einen Konsens anstreben. So können wir mit den Eltern kooperieren, ohne sie in ihren Freiheiten und Verantwortungen einzuschränken. Was hier geschieht, ist, dass die falschen Erwartungen und Projektionen der Eltern und zum Teil auch der Kinder und Jugendlichen selber durch den Kreis der Professionellen neutralisiert werden.

Neben den Interviews, habe ich noch ein Gespräch geführt mit dem Leiter der Triage-Stelle der Kinder und Jugendpsychiatrischen Klinik Neuhaus in Ittigen (Bern). Er führt zusammen mit anderen Ärzten die Indikationsgespräche, wenn wir mit Kindern oder Jugendlichen die Klinik aufsuchen. Er hat vermehrt geäußert, dass die Motivation der Kinder und Jugendlichen eine entscheidende Komponente bei ihrer Behandlung ist. Eine Motivation ist aber in der Regel nur zu erreichen, wenn die Kinder und Jugendlichen in ihrem Alltag Kontakt zu Gleichaltrigen haben, um ein gesundes Selbstwertgefühl und ihre Soziabilität zu entwickeln, Günther Opp spricht hier von der positiven Peerkultur als Erziehungshelfer (Opp 2008). Die Kinder und Jugendpsychiatrische Klinik stufte unsere Fälle jeweils als sozialpädagogische Probleme ein, das heisst, sie entsprachen keinen psychiatrischen Diagnosen. Diese Gespräche, welche immer mit den Eltern und den Behörden stattfanden und deren Berichte, waren immer sehr hilfreich in der Entscheidungsfindung für die laufende Prozessgestaltung (siehe Colijn 2007). Diese Gespräche halfen uns, Positionen zu finden und daraus entsprechende Folgerungen zu schliessen, oft war das Ausschliessen einer „Krankheit“ bereits entscheidend, das heisst, dadurch wurde unsere Autorität (als Fachleute) gegenüber den Eltern und den Behörden wieder gestärkt.

3.3 Einschränkungen und Ergänzungen der These, aus der Sicht einzelner Interviewpartner

Der vierte Interviewpartner (siehe Anhang) machte fügen an, dass er nicht von psychischen Störungen spricht, sondern von Anpassungsstörungen. Der Begriff Anpassungsstörungen ist der Sozialpädagogik näher und ist dem Begriff der Krankheit (Pathologie) nicht so nahe und auch deshalb Sinn macht, weil in der Regel auch keine Krankheit nach ICD-10 diagnostiziert werden kann.

Der dritte Interviewpartner ergänzt, das die Kinder und Jugendlichen in einem möglichst normalen Umfeld aufgehoben sein sollten, das heisst nur so viel sozialpädagogische Unterstützung wie nötig, weil eben auch die Normalität, das heisst die Herkunftsfamilie, die Verwandten, die Freunde und das gewohnte Schulsystem ein hohes Potential an Unterstützung bietet und im weiteren Sinn Heilsam ist. Weiter ergänzt er, das abgesehen von der Ausbildung des Begleiters (Sozialpädagogik oder Psychiater) es eine wichtige Rolle spielt, ob der Begleiter auch ein echtes Vorbild, im Sinne der Selbstreflexion ist. „Ich bin überzeugt, dass man therapeutisch nur dann wirken kann, wenn man selber den Trampelpfad gegangen ist“.

Der zweite Interviewpartner, welcher die These ebenfalls unterstützt und ergänzt, das neben der Frage der prioritären Begleitung, die Rollenfrage geklärt sein muss. „Wenn die Rollendefinition klar ist und man einander mit Respekt begegnet und regelmässig informiert, ist es eigentlich kein grosses Problem. Wenn aber Unklarheit besteht, ist oft die Unklarheit das grössere Problem als der Jugendliche selber“. (siehe Anhang drittes Interview)

4 Erfahrungen aus meiner Praxis

Ich beziehe mich hier auf Fälle (siehe Kap.2.1), wo wir an unsere Grenzen kamen, Fälle, wo die Tragfähigkeit unserer Möglichkeiten getestet wurde. An solchen Fällen lässt sich messen, resp. erkennen, worauf es ankommt, welche Faktoren erfüllt sein müssen, damit ein Weiterkommen gelingt. In unserer Institution haben wir verschiedene Möglichkeiten, um Krisen zu überwinden oder Konflikte zu deeskalieren (Schwab 2002). Im Rahmen der Schule haben wir den Sonderstundenplan, hier können wir während der Schulzeit Kinder und Jugendliche individuell betreuen, von zwei Stunden pro Woche zum Beispiel beim Schreiner, bis zur Ganztagesbetreuung bei einer Pferdepädagogin oder in einem andern Bereich (sechs Verschiedene) des Sonderstundenplans. Im Sonderstundenplan arbeiten zehn Fachkräfte arbeitsagogisch, welche versuchen in enger Zusammenarbeit mit der Schule das Kind und den Jugendlichen zu unterstützen. Im Sonderstundenplan können im Speziellen Retardierungen und Akzelerationen der Sinneswahrnehmung und der Sinneserfahrungen erkannt (vergl. Bockemühl 2004: 55) und zum Teil kompensiert werden. Damit die Vernetzung und die Interdisziplinarität funktioniert, betreiben wir eine Förderplanung. Hier setzen sich alle internen Bezugspersonen eines Kindes und Jugendlichen mit

dem Heimarzt zusammen. Die Sitzung wird geführt durch die Therapieleitung, um die Förderung zu optimieren. Diese Gespräche fließen auch wieder in die Standortgespräche ein (siehe Colijn 2007), wo alle, das heisst, auch die Eltern, die Behörden und externe Therapeuten anwesend sind. Im Bereich des Wohnens können wir „kleine Interventionen“ durchführen, wie einen Zimmerwechsel oder ein Wechsel der Bezugspersonen, um das Setting zu verändern und so eine Veränderung im Verhalten zu provozieren. Wir können dies steigern bis zu einem Gruppenwechsel, wo sich die Kinder und Jugendlichen neu orientieren müssen und einen Neustart machen können. Übergreifend haben wir die Möglichkeit, Kinder und Jugendliche in ein Time-out zu schicken, auch hier ist die Spannweite der Möglichkeiten sehr gross, das reicht von zwei Wochen mit der Bezugsperson in unserem Ferienhaus, bis hin zu sechs Monaten im Ausland und einer intensiven Betreuung. Dies sind grob skizziert unsere Möglichkeiten, Krisen und deren Überwindung zu unterstützen und deren Nullpunkt (Vogt 2000: 63) auszuhalten. Diese Erfahrungen mit diesem Instrumentarium (dabei stütze ich mich auf Tagebucheinträge, Berichte und Protokolle) haben gezeigt, dass Massnahmen dann sinnvoll und erfolgreich waren, wenn der Anspruch des Umfelds an den Jugendlichen oder das Kind seinen Fähigkeiten entspricht. Dies hängt von den Ansprüchen des pädagogischen Umfelds an die Kinder und Jugendlichen einerseits aber auch von der Unterstützung ab und dass der verantwortliche Kreis (Eltern, Behörden, Institution und Therapie) bei der Wahl der Massnahme eine Konsentscheid trifft. Dies hängt damit zusammen, dass Kinder und Jugendliche wichtige soziale Fähigkeiten in einer haltenden und stützenden Umwelt lernen. Dies geschieht durch Zugehörigkeit zu Gemeinschaften, durch die das Leben sinnvolle Zusammenhänge gewinnt. Aaron Antonovsky spricht hier von kohärenten Lebensgeschichte (Antonovsky 1997), wenn neue Lebenserfahrungen sinnvoll eingebunden werden können. Wenn wir dies mit den oben genannten Massnahmen verbinden, welche im Konsens entschieden wurden, so ist die Massnahme erfolgreich gewesen. Dies misst sich an den Rückmeldungen der Kinder und Jugendlichen und an der erfolgreichen Reintegration in unsere grosse Heimgemeinschaft.

5. Fazit

Das Fazit der Arbeit ist, dass eine erfolgreiche Krisenbewältigung dann stattfinden kann, wenn das Rollenverständnis der Professionellen klar ist. Dazu sind folgende Aspekte nötig, es braucht ein realistisches Selbstverständnis der eigenen Profession,

das heisst sich der Möglichkeiten und deren Erfolgchancen bewusst zu sein (z.B. die Bedeutung der Beziehungsbildung in der Sozialpädagogik und die Bedeutung der Diagnostik in der Psychiatrie). Weiter braucht es einen Konsensentscheid (siehe Colijn 2007) bei der Wahl von Maßnahmen, das heisst hier nicht nur, das alle einverstanden sind, sondern auch das alle Gesichtspunkte miteinbezogen wurden. An dieser Stelle muss meine These kritisch betrachtet werden. Das die Maßnahme, welche als Intervention auf eine Krise in einem sozialpädagogischen Setting folgt (natürlich immer unter der Voraussetzung, das der Ist-Zustand nicht mehr tragfähig ist) in einem sozialpädagogischen Rahmen stattfinden sollte ist für mich klar, aber die Entscheidungsgrundlagen müssen aus verschiedenen Perspektiven kommen. Es ist also eine differenzierte Betrachtung im Sinne einer Förderdiagnostik (Hillenbrand 2006: 115) unter Berücksichtigung der Partizipation (siehe Colijn 2007) der Eltern und der Kinder und Jugendlichen von Nöten, um zu einem Konsensentscheid zu kommen. Was hier von größter Bedeutung ist, das die Eltern nicht durch die Fachlichkeit der Professionellen ausgeschaltet werden, sie müssen in aller Freiheit mitentscheiden können, was wiederum ein hohes Rollenbewusstsein der Professionellen. Ein nächster Aspekt ist ein Ressourcen orientiertes Vorgehen bei der Wahl der Maßnahme, damit die Kinder und Jugendlichen nicht überfordert sind und sich entwickeln können. Die Maßnahme entlastet die Kinder und Jugendlichen durch eine Reduktion der Ansprüche, sowohl im sozialen Bereich wie auch im Bereich der Tagesstruktur und unterstützt sie durch eine intensivere Betreuung, was aber wesentlich dazu kommen muss ist die Möglichkeit der Weiterentwicklung, was den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen entsprechen muss. Auch hier ist Psychotherapeutische Blickwinkel von großer Bedeutung, damit die sozialpädagogische Erfahrung und Beobachtungen, der entwicklungspsychologische Stand und die Defizite der Kinder und Jugendlichen so in die Gestaltung des Prozesses einfließen können, damit diese Möglichkeit der Entwicklung gewährleistet wird.

Wie diese Angebote von Fremdplatzierungen aussehen müssen, damit sie diesem Anspruch genügen, will ich in meiner Dissertation erarbeiten.

6. Literaturliste

Baving, L. (2006) *Störungen des Sozialverhaltens*
Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Bockemühl, J. (2004) *Umwege ins Leben*

Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben

Essau, C. A. (2001) *Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*
2., überarb. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag

Freisleder, F. J. und Schlamp, D. und Naber, G. (2001) *Depression, Angst, Suizidalität*
München: W. Zuckschwerdt Verlag

Heinemann, E. und Hopf, H. (2001) *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*
Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Hofmann, R. (2002) *Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung*
Stuttgart: Klett- Cotta Verlag

Jaenicke, H. F. (1996) *Kinder mit Entwicklungsstörungen*
Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben

Mollenhauer, K. und Uhlendorff, U. (1992) *Sozialpädagogische Diagnosen 1*
3. Aufl. , Weinheim: Juventa Verlag

Rupp, M. (1996) *Notfall Seele*
2., überarb. Aufl. , Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Treichler, R. (1981) *Die Entwicklung der Seele im Lebenslauf*
Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben

Uhlendorff, Uwe (1997) *Sozialpädagogische Diagnosen 3*
2. Aufl. , Weinheim: Juventa Verlag

7. Anhang

7.1 Leitfragen im Interview

1. Wo sehen sie die rolle der Sozialpädagogen bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen?
2. Wie eindeutig können Diagnosen bei Kinder und Jugendlichen gemacht werden
3. Was hat die Motivation der Jugendlichen für eine rolle, welche Erfahrungen haben sie da gemacht

4. Kann man mit Jugendlichen Psychotherapie machen?
5. Ab wann sprechen sie von einer Störung und wann von Verhaltensauffälligkeit und was bedeutet der unterschied für die Behandlung
6. Wie beurteilen sie den Umstand, das Psychotherapeuten oft ins Wirkungsfeld der Sozialpädagogen übergreifen
7. Dr. Roth ein Neurophysiologe sagt, das aus physiologischen Gründen alte Erfahrungen nicht angegangen werden können, es können, vor allem neue Erfahrungen angeregt werden
8. Wie schätzen sie die Bedeutung vom Kontakt zu Gleichaltrigen ein?

Interviews

Hinweis: Die Interviews wurden mündlich abgehalten, ich habe die Aussagen ohne grosse Veränderung schriftlich übernommen.

7.2 Interviewpartner 1

S.C.: Meine Arbeit, die ich zur Zeit schreibe, ist im Rahmen eines Masterstudienganges und da geht es um die Erörterung einer These und meine These ist, dass bei Kindern mit einer psychischen Störung und Auffälligkeiten, diese in erster Line sozialpädagogisch betreut werden müssen.

Dr.T.: Diese These kann ich bejahen.

S.C.: Dazu habe ich ein paar Fragen.

Wo sehen Sie die Rolle der Sozialpädagogen beim Betreuen von Kindern und Jugendlichen mit Störungen?

Dr.T.: Ich mache einen Unterschied zwischen ambulant und stationär. Im ambulanten Bereich sind eigentlich die Lehrer und ihre Mithelfer verantwortlich, also da hat es verschiedenste stützende Leute. Die sind eigentlich in der Rolle der Sozialpädago-

gen. In den meisten Fällen genügt das. Es kommt hinzu, dass die Psychiater und Psychologen dazu noch Therapien machen können, während im stationären Bereich, da sehe ich es eigentlich so, dass die Sozialpädagogen federführend sein sollten aus meiner Sicht, weil sie den Alltag bestreiten und auch im Beziehungsnetz sehr wichtig sind. Nachher kommt ergänzend Psychotherapie von Psychologe und Psychiater, das ist je nach Fallsituation verschieden und je nach Theorie die der Therapeut wählt.

S.C.: Wie eindeutig kann man bei Kindern und Jugendlichen überhaupt Diagnosen stellen?

Dr.T.: Was man heute wirklich besser kann als früher, ist die Entwicklung mit psychologischen Instrumenten messen, das ist aber keine Diagnostik sondern das sind einfach Entwicklungspsychologische Schritte. Das gleiche gilt auch für Konzentrationsfähigkeit für bestimmte kognitive Leistungen.

Eine Diagnostik im Systemtheoretischen Sinn ist eigentlich nie eindeutig, sondern ist theorieabhängig, ist abhängig formal vom Blickwinkel, also vom Standpunkt. Man kann zum Beispiel das ganze Netz diagnostizieren, man kann versuchen die einzelnen Symptome zu erklären. Also es gibt im Prinzip in der Psychiatrie keine scharfe Diagnostik, obwohl sich immer wieder Leute darum bemühen.

S.C.: Das ist bei Kinder und Jugendlichen ähnlich wie bei Erwachsenen? Es unterscheidet sich nicht wahnsinnig.

Dr.T.: Bei Kindern ist das noch schwieriger, weil die ja sowieso in einer Entwicklung sind, die Erwachsenen haben ziemlich abgrenzbare Zustände, mit stark dynamische Phasen, oder Psychosen, das kann man genauer beschreiben. Bei Jugendlichen ist es auch nicht so wichtig, dass man die Diagnose im Detail korrekt hat, sondern dass man sich überlegt, was ist das Betreuungsnetz, was sind erreichbare Ziele. Das ist viel wichtiger.

S.C.: In der letzten Zeit wird viel in diesem Bereich diskutiert im Bezug auf Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen. Wie sehen sie das, und vielleicht noch einge-

flochten, wie gross ist aus ihrer Sicht der Suchtanteil, der Anteil von Suchtkrankheit bei Borderliner-Persönlichkeitsstörungen?

Die klare, scharfe Diagnostik gerade im Jugendalter ist das Problem, sehr oft wird sie ja nur betrieben um die Finanzierung zu sichern, aber sie nützt eigentlich dem Patienten und der Familie nicht sehr viel. Was wichtiger ist, ist das Gesamtbild zu erfassen und in diesem Gesamtbild sind natürlich Suchtstörungen vorhanden. Es ist einfach die Frage vom Übergang vom Konsumkontrollproblem zur definitiven Sucht. Das ist sehr fließend, aber bei sämtlichen Persönlichkeitsstörungen, die längerfristig anhalten, ist ein süchtiges Verhalten eines der häufigsten Lösungsmodelle, die dann wieder zum Problem werden.

S.C.: Was haben sie für Erfahrungen in Bezug auf die Motivation von Kindern und Jugendlichen, solche Konflikte anzugehen, oder etwas zu verändern. Wie gross ist da der Stellenwert und wie haben Sie da den Umgang mit der Motivation erlebt?

Dr.T.: Also bei den Kindern ist es in der Regel so, dass die Eltern motiviert sein müssen. Da gibt es wenige Ausnahmen. Also ich spreche da von 12 Jahren und darunter. Da ist es eigentlich normal, dass die Eltern oder die Lehrerschaft die Motivation mitbringen. Bei den Jugendlichen ist die Motivation in der Regel gering. Die einzige Ausnahme sind Leute mit einer normalen kognitiven Entwicklung und einer guten Persönlichkeitsentwicklung.

Der Grossteil der Jugendlichen die in der Öffentlichkeit Schwierigkeiten machen sind unmotiviert, insbesondere die Süchtigen natürlich. Da braucht es zuerst Motivationsarbeit, primär mit den Eltern und weiteren Leuten. Ohne die Motivationsarbeit geht meistens nichts. Gegen den Willen der Jugendlichen und den Eltern. Zwangsmassnahmen und Therapien führen da sehr oft nicht zu sehr guten Resultaten.

S.C.: Können Sie mir zu dieser Motivationsarbeit noch etwas sagen?

Dr.T: Das ist eine lange Geschichte. Es braucht Geduld und man muss zuerst denjenigen im System finden, der am meisten leidet. Das ist in der Regel einer der Eltern, kann auch mal einen Grossvater sein und den muss man mit anderen Erwachsenen in ein Team holen und nachher ist es für den Jugendlichen viel druckvoller, wenn

sich die eigene Familie in Bewegung setzt. Leider wird in vielen Gemeinden dies nicht gemacht und nachher wird einfach auf Grund der Information der Schwierigkeiten eine Massnahme möglichst rasch umgesetzt. Dies ist der Weg, der eigentlich nicht gegangen werden sollte. Man muss mehr in die Motivation investieren, bevor man irgendetwas macht. Es ist schwierig, man muss halt manchmal zuschauen, sich gedulden und schauen, das es nicht schlechter läuft.

S.C.: Wie haben sie die gute Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Sozialpädagogen erlebt? Was ist für Sie dort eine gute Form der Zusammenarbeit, wie können sich die zwei Disziplinen auch ergänzen?

Dr.T.: Wichtig ist, dass die Rollendefinition klar ist. Das hängt bei der Therapie davon ab, was für eine Therapie es ist. Es gibt viel verschiedene Theorien auf Grund dieser man Psychotherapie machen kann, aber da kann ich jetzt nicht ins Detail gehen. Wenn die Rollendefinition klar ist und man einander mit Respekt begegnet und regelmässig informiert, ist es eigentlich kein grosses Problem. Wenn Unklarheit besteht, ist oft die Unklarheit das grössere Problem als der Jugendliche selber.

S.C.: Wie schätzen Sie den Kontakt zu Gleichaltrigen ein? Man spricht von positiver Peerkultur. Oft haben wir aber die Problematik, dass Jugendliche eben mit Gleichaltrigen in schwierige Momente geraten, wie erleben Sie das?

Dr.T.: Aus diagnostischer Sicht ist das natürlich ein wichtiges Kriterium. Die Jugendlichen die in einer einigermassen vielfältigen Peergruppe integriert sind, in Sport oder Schule, die haben einfach eine bessere Prognose und weniger schwere Pathologien in der Regel.

Man kann die Peergruppenintegration nicht erzwingen und oft treffen schwierige Jugendliche aufeinander und sind eher eine negative Zielgruppe. Das kennen sie so gut wie ich. Also die Beeinflussung ist nicht sehr gross im ambulanten Bereich, vor allem nicht von den Eltern, wenn sie moralisieren.

7.3 Interviewpartner 2

S.C.: Ich mache einen Studiengang im Rahmen von einem Masterstudiengang und meine These ist, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in erster Linie sozialpädagogisch begleitet werden müssten und möchte Ihnen dazu ein paar Fragen stellen um diese These allenfalls zu widerlegen oder gegebenenfalls zu erhärten.

Könnten Sie mir eingangs Ihren Namen und Ihren Titel sagen.

Dr.V.: Ich heiße H. V., bin Kassenarzt in Konstanz, bin Psychiater und Psychotherapeut und arbeite seit vielen Jahren in diesem Bereich. Bin auch viel in Schulen und Institutionen und heilpädagogischen Einrichtungen tätig und auch als Seminarleiter und Dozent in verschiedenen Einrichtungen.

S.C.: Sie machen eine Unterscheidung in Bezug auf psychische Störungen und Auffälligkeiten. Können Sie dazu noch einmal etwas sagen?

Dr.V.: Das was ich im heutigen Gespräch meinte ist Folgendes, das man bei Jugendlichen eigentlich vorsichtig sein sollte von psychischen Störungen zu sprechen, sondern im Jugendalter sind psychische Störungen noch völlig physiologisch, wenn wir davon ausgehen, dass das „ich“ dieser Menschen seine Leiblichkeit und seine Bewusstseinstätigkeit und seine Seelentätigkeit noch nicht ganz durchdrungen und ergriffen hat und deshalb ist die Seele noch nicht „denken, fühlen und wollen“ noch nicht voll unter der Herrschaft des „ich“ und darum ergeben sich nicht automatisch Störungen. Und deswegen finde ich es besser bei Menschen, bei jugendlichen Menschen, zumindest bis 18, aber möglichst bis 21, davon zu sprechen, dass sie einfach Anpassungsstörungen haben. Sie haben Anpassungsstörungen an die Gemeinschaft, an die soziale Gemeinschaft, an möglicherweise auch an die irdischen Bedingungen, das nennt man dann Inkarnationsstörungen, egal wie man es nennt sie haben Schwierigkeit sich anzupassen. Einzupassen in das So-Sein wie wir leben und das ist noch keine psychische Störung, sondern das ist erstmal ein Zurückweichen, das ist erstmal ein Protest, das ist noch nicht Ja sagen und das ist erstmal eine Haltung und das würde ich einfach so Störung nennen und insofern sollte man bei Jugendlichen noch nicht so sehr von psychischen Störungen sprechen. Es sei denn, das sind ganz manifeste Dinge, wie schon Wahnvorstellungen usw. das ist was an-

deres, Aber ansonsten würde ich vorschlagen von Anpassungsstörungen zu sprechen.

S.C.: Nun hätte ich noch eine Frage zu dem Vortrag, den ich einmal von Ihnen gehört habe über die Borderlaine-Persönlichkeitsstörung, in Bezug auf Jugendliche, also dort gilt auch das was sie gesagt haben, bis 21. Was mich dort noch interessiert ist, der Aspekt der Sucht bei diesen Persönlichkeitsstörungen.

Dr.V.: Ich habe in dem Vortrag damals ausgeführt, dass ich meine, dass auch Suchtstörungen eigentlich in diese Richtung gehen. Dass man das nicht so sehr trennen kann. Bei Sucht muss man jetzt gerade bei Jugendlichen auch unterscheiden, weil ich denke, zum Einen kann das Suchtverhalten auch etwas sein, einfach dazu zu gehören. Ich habe auch lange mit Suchtkranken gearbeitet. Da hat man eben den Eindruck, da geht es gar nicht so sehr um das Suchtmittel, sondern um das Gruppenfeeling, um das Dazugehören und kann man manchmal den Suchtkranken ein Metadon anbieten und trotzdem gehen wieder auf die Szene. Die Szene, das dazugehören bei ihren sonstigen Kontaktschwierigkeiten, haben sie da plötzlich ein Wir ein Zuhause und auch eine Art Ersatz-Identität als Drogenabhängiger und das erscheint mir, das muss man einfach sehen und das ist auch typisch bei Jugendlichen die auf der Suche sind, dass sie sich irgend eine Ersatz-Identität suchen. Natürlich kann Sucht auch einfach Flucht sein. Da wäre eben wieder dieses Nicht-Anpassenwollen. Nicht-Anpassen wollen ich fliehe in einer anderen Welt, ich fliehe in eine Traum-Welt und das ist ja auch die Borderline-Störung. Dass der Borderline-Mensch eben auch in virtuellen Ich-Welten lebt und nicht so sehr im Realen. Da sehe ich so was Ähnliches. Und die dritte Sache ist natürlich die, dass oft bei diesen jungen Menschen sehr starke Vorstellungsbilder eine Rolle spielen und sie von Vorstellungsbildern dominiert werden. Manche Sucht ist einfach Vorstellung. Die leichten Suchtformen sind einfach Vorstellung jetzt ein Bier und die Vorstellung. Da sind die Vorstellungskräfte stärker möchte ich sagen, sind stärker als das Ich. Das ist die Suchtproblematik, das ich eben sozusagen nicht Herr im Hause ist. Die Vorstellung ist stärker als das Ich und das ist auch eine Quelle von Sucht. Das ist nicht nur die Sucht der Jugendlichen, das ist das Suchtproblem überhaupt.

S.C.: Noch eine Frage zum Verhalten. Die Aufmerksamkeit auf sich lenken, erlebe ich auch so, dass das verschiedene Botschaften haben kann. Wie gehen wir damit um?

Dr.V.: Ja da denke ich, das ist ja die entscheidende Frage, die sie da stellen, wie gehen wir damit um, wie gehen Eltern damit um?

Im Grunde ist es das Verhalten der Jugendlichen, das etwas mit uns macht. Wir können uns gar nicht entziehen. Da macht der Jugendliche irgendwas, schneidet sich, irgendwas. Ich habe gerade gestern mit einer Mutter gesprochen, die sagt, meine Tochter hat ständig etwas mit mir gemacht, ich konnte mich gar nicht entziehen. Und das ist die Schwierigkeit, dass die so intensiv etwas mit uns machen, mit unseren Gefühlen, uns so reinziehen in das Geschehen. Und jetzt ist die Frage ja eigentlich gar nicht so sehr: Wie gehen wir mit den Jugendlichen um? Wir müssen erst mal lernen mit uns umzugehen. Wie gehen wir denn mit diesen Emotionen, mit diesen Gefühlen um, die dieses Verhalten bei uns auslöst. Entweder tiefes Mitleid oder Schuldgefühle oder Wut, oder was weiss ich was. Das ist die Schwierigkeit, dass wir lernen damit umzugehen und das wäre für mich der erste Schritt. Der nächste Schritt wäre dann, wie gehe ich, weil erst wenn ich erst wieder bei mir bin, und mich selbst aus diesem ganzen Emotionsgewirre herausgezogen habe, dann kann ich erst einmal fragen, so, was mache ich jetzt. Das ist für mich eigentlich die Schwierigkeit an der Arbeit. Wir waren viele von uns nach 4 Jahren ausgebrannt, weil die so viel mit uns machen. So würde ich sagen und deswegen denke ich gerade auch, wenn man so will, eine sozialpädagogische Ausbildung so wichtige, weil genau da lernt man diese Dinge, die jeder Mediziner überhaupt nicht lernt. Kein Arzt lernt damit umzugehen, was der Patient mit ihm macht. Es sei denn, er macht eine Weiterbildung. Im Studium ist das überhaupt kein Thema

Und genau das müssen wir auch, müssen auch die Eltern lernen, das müssen die Betreuer lernen, was macht der mit uns? Weil die natürliche Grenze nicht mehr da ist, der Vater sagt, mach was du willst. Das interessiert mich doch nicht, tu was ich gesagt hab. Das ist heute nicht mehr so.

Zu der konkreten Frage. Wo sehen sie dann eben jetzt die Rolle, bei Kindern und Jugendlichen, der Sozialpädagogen.

Wie ich eigentlich schon am Anfang sagte: Geht es nicht um eine seelische Störung, dann muss ich einfach sagen, im Grunde sind diese Kinder noch nicht therapiebedürftig. Wenn man Therapie jetzt weit fasst und sagt, alles was diesen Menschen hilft zu seinem Ich zu kommen, selbstbewusst zu werden, dann kann man schon sagen, dann ist Heileurythmie Therapie, dann ist künstlerisches Arbeiten Therapie, ist Reiten Therapie, dann ist Wandern, Segeln, alles ist Therapie, was den Menschen hilft, sozusagen ja zu sagen. Insofern schon, aber wenn ich dann von Anpassungsstörung spreche, dann kommt hier automatisch ein pädagogischer Gedanke rein. Pädagogik heisst ja für mich: ich helfe dem Kind sich auf der Erde mit dem was es vorfindet, wenn es auf diese Erde kommt, zu Recht zu kommen. Da gebe ich ihm einen geschützten Rahmen, ein Geleiten. Das ist für mich Pädagogik und da wo die Eltern dies nicht hinreichend machen konnten aus verschiedenen Gründen und auch die Schule vielleicht nicht genügend. Da braucht es eben ausgebildete Leute, die jetzt diesen Jugendlichen Menschen diesen pädagogischen Spielraum geben, wo sie noch mal etwas wach werden und entwickeln können sozusagen pädagogisch das, was sie mit 3,- 4,- 5- Jahren in sich hätten entwickeln müssen das müssen halt heute manchmal mit 17, 18, 19 machen und das ist nicht Therapie, sondern Pädagogik. Eltern sind ja auch keine Therapeuten, sondern Pädagogen. Das ist eben eine Pädagogik die etwas macht, was nachholend mit 17, 18 erst geleistet, wird, was früher aus irgendeinem Grund versäumt worden ist, warum auch immer.

S.C.: Ein Begriff, der immer wieder auftaucht in dieser Problematik, wenn man sich Lösungen ausdenkt, wie könnten wir einen Jugendlichen unterstützen ist die Frage der Motivation der Kinder selber. Da steht der Begriff Motiv dahinter. Was haben Sie für Erfahrungen gemacht mit der Motivation oder mangelnder Motivation von Kinder und Jugendlichen?

Dr.V.: Die Frage der Motivation ist auch eine Frage des Willens. Die Frage der Motivation hat eine erstaunliche Diskrepanz. Den Jugendlichen die mit unglaublichen Vorstellungen ankommen was man alles tun könnte, die riesen Vorstellungen haben, was sie alles tun wollen. Ich habe dies auch bei Drogenabhängigen erlebt und dieser riesige Vorstellungskomplex, und der moderne Mensch hat eben diese Vorstellungskräfte. Die sind so riesig, dass sie in völliger Diskrepanz sind zu dem, was dann gemacht wird. Das ist eben oft erschütternd und ich weiss es eigentlich auch nicht, was

der Grund ist, da müsste man eigentlich darüber nachdenken, was der Grund ist um diese jugendlichen Menschen heute so viel im Kopf haben, in ihren Vorstellungen haben, in ihren Welten haben und so wenig konkret real in die Welt hineinbringen, umsetzen können. Das ist erstaunlich.

S.C.: Könnte das auch mit dem Mangel zusammenhängen, dass sie diese Erfahrungen als kleine Kinder zu wenig gemacht haben von der Idee zur Umsetzung und dann der Realität. Sind das auch diese Prozesse, die oft fehlen?

Dr.V.: Also das ist meiner Ansicht nach ein ganz grosses Thema was grundsätzlich heute die Welt betrifft. Der frühere Mensch war doch sehr von der Welt geprägt, die Anforderung des heutigen Menschen ist eigentlich tätig schöpferisch zu werden. Die Welt zu strukturieren. Der frühere Mensch hat sich von der Welt, von der Natur, der Kultur prägen lassen und wir prägen heute die Welt. Die jungen Menschen stehen vor einer ganz anderen Aufgaben. Es ist gar nicht mehr zeitgemäss, sich einfach nur prägen zu lassen, sondern wir müssen aktiv werden, hinein wirken und da sieht man schon völlig andere Anforderungen an die Jugendlichen und es könnte auch sein, dass es da wie ein Verweigern gibt, ein nicht Hinübergehen wollen. Das sehe ich als eine Schwierigkeit und die andere Schwierigkeit dürfte schon auch damit zusammenhängen, wie wir auch mit der Welt umgehen, was ich immer wieder beobachte, dass Kinder eigentlich gar nicht mehr erlaubt wird, wirklich zu wirken das ist ein Thema, das ich beobachte, das macht mir zu schaffen, wenn ich das bei Müttern sehe, wie wenig den Kindern noch erlaubt wird in irgendetwas noch einzutauchen, noch ganz Geist zu werden mit dem Bach, dem Stein. Die Kinder werden eigentlich ständig abgelenkt von dem. Dies wird dann die Aufmerksamkeitsstörung bringen. Das ist für mich ein Parallelding. Da sehe ich grundsätzliche Bewusstseinsprobleme, die Abflachung der Begriffe, die Abflachung der Sprache, das nicht in die Tätigkeit kommen, das nicht Gestalten können. Das sind für mich alles ineinander übergreifende Prozesse.

7.4 Interviewpartner 3

S.C.: Der Fokus in dieser Forschungsfrage beschränkt sich auf Kinder und Jugendliche, welche psychische Auffälligkeiten, psychische Störungen aufweisen und in Kri-

sen sind, z. B. ADS-Kinder, Kinder mit Borderline-Strukturen, mit Angst oder depressiven Tendenzen, welche nicht unbedingt eine eindeutige Diagnose haben, aber Auffälligkeiten in diesem Bereich haben und in einer Krise stecken. Dort ist meine These, dass man diese vor allem in erster Linie sozialpädagogisch begleiten muss.

Frage an Dich als Leiter eines Heimes, welches Du 35 Jahre geführt hast und vorher schon gearbeitet, also mit 40 Jahren Heimerfahrung und Schule.

Wo siehst Du die Rolle der Sozialpädagogen bei Kindern mit solchen Störungen, wenn sie in einer Krise sind? Wenn es z.B. ein halbes Jahr gut gegangen ist und nun plötzlich 2-3 Wochen hintereinander es nicht mehr geht?

U.S.: Gut, das Wichtigste finde ich immer, dass das Beziehungsnetz vorhanden ist. Wenn möglich schon vorher. Denkst Du dass es solche sind, die schon hier gewesen sind und nun in eine Krise kommen? Wenn es so ist, ist es natürlich wichtig zu wissen, was schon vorher passiert ist. Dass da ein Beziehungsnetz ist, dass da Leute sind, die den Jugendlichen kennen und in diesem Sinne eine Beziehung haben, wo die Kinder wissen, wie die Grundstimmung ist, das Interesse an den Jugendlichen da ist, das ist das A und O und die Kinder spüren, dass die Person nicht nur irgendeinen Job macht, sondern es interessiert ihn einfach, was mit ihm passiert. Das ist das was z'Müeti immer sagt. Bei einer Krise sind wir einfach gefordert und zwar auch nicht nur formal, weil wir nun in diesem Job sind, sondern existenziell. Der Erzieher muss spüren, dass es dem Kind nun schlechter geht und dass es in einer schwierigen Lage ist. Das ist Voraussetzung. Nachher ist es so, dass durch Gespräche oder allenfalls durch Unterstützung durch Fachleute, da muss man genau wissen, wo liegt jetzt das Problem. Dann muss man in ein Gespräch kommen und versuchen heraus zu finden ob man nicht gemeinsam irgend eine Ressourcen mobilisieren kann. Sagen wir, wir haben nun ein Problem und fragen uns, was wollen wir gemeinsam machen? Eine Perspektive entwickeln, ob wir ihn einfach aus der Schule, der Gruppe herausnehmen, in eine andere Situation? Was ich immer wieder gemerkt habe ist, dass in dieser Krisensituation, wenn sie so in einem sozialpädagogischen Bereich sind, sind relativ rasch in sozialpädagogischen Mustern. Du hast ein Beispiel erzählt, das ich super finde, wenn irgendwie unerwartet, du und D. (ein Erzieher) einem Jugendlichen begegnest, der alleine ganz traurig auf der Treppe sitzt und ihr ihn mitnimmt.

Man könnte auch sagen, jetzt wollen wir unter uns sein – nein – dir geht es nicht gut, also komm doch mit. Ich denke solche spontane Sachen sind sicher sehr wichtig. Aber es gibt andere Sachen, man kann nicht nur sagen auf Freiwilligkeit, oder in Gesprächen herausfinden, was jetzt für ihn für Konsequenzen. Meisten sind Krisen eine Ueberforderung der Situation. Eine Ueberforderung vielleicht auch von den Erziehern selber. Dann muss man irgendwie herunterfahren auf irgend eine Situation, in welcher es demjenigen besser geht. Oftmals mit Einzelbetreuung. Herausnehmen aus dem Zeug.

S.C.: Wenn Du auf Deine Zeit zurück schaust, wenn du so Situationen hattest. Es gab ja viele, fast jeden Tag. Aber was würdest Du sagen, auf was hast du mit den Erziehern, Lehrern zusammen zurück gegriffen? Was war der Fundus, das Fachwissen, auf Grund von dem, ihr versucht habt Lösungen zu finden?

U.S.: Also ich meine, was ich am meisten gemacht habe, das sind einfach Kriseninterventionen. Ich habe gerade wieder Tagebücher gelesen von den Seminaristen. Dort wurde ich immer wieder einbezogen und dort war wichtig, das klärende Gespräch. Es ist ja immer auch ein Konflikt und dort ist eines vom Schwierigsten, habe ich immer wieder gemerkt, dass auch der Erzieher, Lehrer bereit ist zu zeigen, wo ist ihr Anteil am Problem. Dass nicht einfach nur der Schüler nicht funktioniert. Wovon ich grundsätzlich tief überzeugt bin, jeder Erziehungsprozess, wenn er wirklich funktionieren soll, muss immer auf Einverständnis von allen Beteiligten sein. Man kann es nicht immer durchführen.

Manchmal sind die Mitarbeiter die grösseren Probleme gewesen als die Kinder, weil sie nicht bereit waren ihren Anteil zu sehen. Ein schönes Beispiel war ein Mädchen, blitzgescheit, war bei R. (Lehrer). Es wurde x-mal versetzt, immer haben wir – das kommt wieder von diesem Muster her, dass wenn es nicht funktionierte in der 6. also kam sie in die 7. Klasse. Es war eigentlich noch eine verrückte Sache, aber es hat funktioniert. Aber bei R. war es typisch, sie war sehr frech zu ihm und ich fragte was ist das Problem und sie sagte, dass er gesagt habe, sie sei eine Schlampe. R. gab es nicht zu und sagte, das habe er nicht gesagt. Das Mädchen sagte die Wahrheit. Ich schickte es raus und sagte R., du hör, aber du hast das doch gesagt? Er sagte, sicher habe ich das gesagt, aber das kann ich doch nicht zugeben. Wenn er das zugebe, würde er seine Autorität untergraben. Ich finde dieser Prozess ist bei Erzieher

und Kinder ein Ganzes. Man darf nicht nur das Kind als alleiniges Problem ansehen. Man muss Zugeben, dass wir alle zusammen in einer Situation sind. Dass wir zugeben, dass wir im Moment nicht weiterkommen, dass wir Morgen nochmals zusammen kommen müssen, einmal darüber schlafen, und schauen was jetzt passiert.

S.C: Wie wichtig wird die Motivation von den Jugendlichen von dir eingeschätzt. Wie stark sind die Jugendlichen motiviert überhaupt mitzumachen, überhaupt in die Schule zu gehen, etwas zu lernen oder im Heim zu sein. Wie gingst du damit um, als es Mangelhaft war?

U.S.: Ich finde die ganze Motivation ist das Grundproblem in der Erziehung. Man liest: ich musste ihn motivieren. Das ist ein Widerspruch. Das zeigt Steiner auch. Das Motiv ist das Höchste, das Willenselement, das geht ins Geistige. Das kann man nicht motivieren. Er muss von innen her motiviert sein. Ein Lebensmotiv haben. Man muss immer wieder herausfinden auf was spricht er an. Es gibt die Wildmethode. Es ist ein hochinteressanten Experiment das immer noch funktioniert. Es gibt in Südamerika eine Schule dort kommen die Kinder und Lehrer, aber die Kinder werden nicht in eine Klasse eingeteilt sondern erhalten nur eine Beziehungsperson. Die Lehrer haben nur die Aufgabe die Kinder zu beobachten und die Kinder wollen rechnen lernen, sie müssen selber kommen. Es geht manchmal einen Monat bis etwas kommt, können sie herausfinden, wo er etwas will. In kürzester Zeit lernt er rechnen oder irgend etwas. Das ist die Beobachtung, zu schauen, wo jemand plötzlich anbeisst. Das innere Interesse ist da um anzubeissen, das muss man beobachten. Es kommt nicht darauf an ob er in die Schule geht, was er macht. Dass er überhaupt etwas macht, das tut ihm gut. Vielleicht ein Bad oder Therapie. Dass er sich ganz kurze Zeit mit der Welt verbinden kann. Das ist das grosse Problem, dass sie wie autistische Züge haben, beziehungslos sind. Aber er hat das gut gemacht. Bei den Diplomarbeiten haben sie sich für ein paar Minuten verbunden mit einem Thema und waren einfach super. Es ist wenig, aber es ist etwas. Sie haben sich einmal mit der Welt verbunden gefühlt, das ist die innere Motivation. Die innere Verbindung wie eine geistige Verbindung mit der Welt und dann finden sie, jetzt bin ich in Harmonie mit der Welt. Das kann auch sein mit einem andern Menschen. Es fasziniert mich auch die Paarbildung. Auf der einen Seite fragt man sich was bringt dies eigentlich, aber immerhin es ist eine Beziehung.

S.C.: Was hast du für Erfahrungen gemacht bei Krisen in Zusammenarbeit mit Psychotherapie, mit KJPD, Neuhaus und Therapeuten?

U.S.: Ich war immer offen. Das KJPD und dessen Leiter haben mich immer fasziniert. Für mich waren diese Spezialisten, das tönt blöd, aber sie haben mir immer gesagt, was ich schon wusste, aber sie haben es so formuliert, wie ich es nicht gekonnt hätte. Was ich auch nicht nach Aussen hätte kommunizieren können. Aber ich würde die Therapie als unterstützend anschauen.

S.C.: Du hast viele Kinder aufgenommen. Im Jahr um die 30 Kinder. Durch die vielen Entscheide entsteht eine gewisse Routine, möchte man meinen. Da gibt es sicher auch Fehlentscheide, Sachen die falsch laufen. Hast du das Gefühl, dass du durch die Routine weniger Fehlentscheide gemacht hast?. Hast du mehr Sicherheit erhalten?

Das Wort Routine, würde ich nicht sagen. Ich bin der schlechteste Mensch für Routine. Weil Routine ist, wenn du in eine gleiche Situation kommst und dann handelst du gleich. Ich bin völlig ein intuitiver Typ, der aus dem Moment heraus handelt, aber sicher immer anders. Das Wort Routine würde ich mit Erfahrung ersetzen. Mit zunehmender Erfahrung hat man natürlich schon eine Grundsicherheit bei den Entscheiden erhalten.

Das kann auch schmerzlich sein. Du kennst die verschiedenen Zustände du bist auf dieser und ich auf jener Seite und musst dich entscheiden. Mit dem Entscheid schliesst du alle anderen Sachen aus.

S.C.: Du bist von der Routine weggekommen und hast von der Intuition gesprochen. Du hast die Intuition schon geschult?

U.S.: Es geht alles auf die Erfahrung und die Erfahrung ist wieder tief mit deinem Unterbewussten verbunden. Es ist schon im Heim, der erfahrene Erzieher handelt Blitz schnell aus der Intuition heraus. Aber aus seiner ganzen Erfahrung. Wie ein Handwerker, der weiss auch wie er den Hobel hat und macht es aus der Erfahrung heraus.

8. Glossar

Narzissmus

Der Narzissmus ist in der gehobenen Umgangssprache eine starke [Selbstverliebtheit](#) oder auch [Eitelkeit](#) und hat als [psychologischer](#) Fachbegriff mehrere Bedeutungen.^[1] Das Wort entstammt der altgriechischen [Sage](#) vom schönen Jüngling [Narkissos](#), der mit unstillbarer Liebe seinem eignen [Spiegelbild](#) verfallen war.

Narzissmus bezeichnet eine [Charaktereigenschaft](#), die sich durch ein geringes [Selbstwertgefühl](#) bei gleichzeitig übertriebener Einschätzung der eigenen Wichtigkeit und dem großen Wunsch nach Bewunderung auszeichnet. Diesem charakterpathologischen Narzissmus-Begriff folgt im Wesentlichen auch die diagnostische Verwendung.

Gelingender Narzissmus entgeht jedoch im [psychoanalytischen](#) Theorieentwurf in einem Reifungsschritt den [Aporien](#) reiner Spiegelbildlichkeit (vergleiche auch [Spiegelstadium](#)) durch Übertragung der narzisstischen [Libido](#) auf einen realen Anderen als geliebtes Vorbild: Der geglückte „Narzissmus wäre dadurch gekennzeichnet, dass sich das Subjekt durch dieses Bild liebend ergreifen lässt“.^[3] Damit träte in Form narzisstischer [Identifikation](#) an die Stelle reiner Selbstbezogenheit die „Verinnerlichung einer (intersubjektiven) Beziehung“ als so genannter „sekundärer Narzissmus“.^[4] In diesem Sinn leistet der Narzissmus nicht nur einen notwendigen Beitrag zur [Ich](#)-Bildung (vergleiche auch [Spiegelstadium](#)) überhaupt, sondern zur innerseelischen Strukturbildung des [Selbst](#), indem es dieses als Instanz etabliert (vergleiche unten [Narzissmus in der Selbstpsychologie](#)). Der typische Narzisst hätte in diesem Sinne trotz so genannter „Selbstbezogenheit“ eben kein Selbst, auf das sich ein echter Bezug richten könnte; seine Selbstbezogenheit wäre bloßer Schein einer [Beziehung](#).

Manche Menschen haben in ihrer frühkindlichen Entwicklung weniger [Liebe](#) von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen als andere erhalten, sie leiden oft lebenslang darunter und geben ihre Reaktionen auf ihre Entbehrungen an andere weiter. Andere wiederum erlebten eine Kindheit, in der sie und ihre Wünsche im Mittelpunkt standen, z. B. ihre Talente übermäßig bewundert wurden, wobei diese Kinder nicht

selten zwischen dem übersteigerten (Selbst-)Bild und der [Furcht](#), den (Fremd-)Ansprüchen nicht zu genügen, hin- und herschwanken.

Das alles muss aber nicht zwangsläufig zu einer narzisstischen Erkrankung führen. Verhaltensweisen, die von der Psychologie als narzisstische [Charakterstörungen](#) eingeordnet werden, können auch vorübergehend auftreten und dann wieder abflauen. Diese psychologische Deutung versteht den Narzissmus als ein Leiden, weil Betroffene Schwierigkeiten haben, [Objektbeziehungen](#) zu führen. Sie versuchen ihren Gegenüber zu kontrollieren und suchen nach ständiger Bestätigung ihrer Grandiosität, da sie sich ohne diese leer fühlen.

Neurosen

Seit [Sigmund Freud](#) wird hierunter b) eine leichtgradige [psychische Störung](#) verstanden, die durch einen [Konflikt](#) verursacht ist. Neurosen werden den [Psychosen](#) als schwerere seelische Störungen gegenübergestellt.

Die neurotische Symptombildung ist in der Psychoanalyse der Ausdruck eines unbewußten Konflikts. Durch die Analyse ([Psychoanalyse](#)) wird dieser Konflikt bewusst gemacht und dadurch Heilung ermöglicht. Neurosen werden nach der psychoanalytischen Theorie u. a. ausgelöst durch Störungen in bestimmten kindlichen Entwicklungsphase. Eine [Persönlichkeitsstörung](#) (Charakterneurose), welche zumeist [Ich-synton](#) ist, wird durch eine frühe Störung in der Entwicklung ausgelöst.

Der Begriff wird allerdings in den aktuellen diagnostischen Inventaren weitgehend vermieden (so z. B. in der [ICD-10](#) und dem [DSM IV](#)). Stattdessen wird von psychischen Störungen in rein deskriptivem Sinne (Querschnitt = Ist-Zustand) gesprochen. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass der Begriff z. B. in psychogenetischer Hinsicht (Längsschnitt = Gesichtspunkt der [Entwicklung](#)) als entbehrlich anzusehen ist, siehe auch (Hoffmann/Hochapfel 2003). Vorgenannte Autoren definieren Neurosen als überwiegend umweltbedingte Erkrankungen, die eine Störung im psychischen und / oder körperlichen und / oder im Bereich der [Persönlichkeit](#) bedingen.

Die Neurose ist eine allgemeine psychische [Verhaltensstörung](#) von längerer Dauer. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie erst im Laufe der Entwicklung entstanden ist. Zur Bestätigung solcher Diagnosen müssen organische Störungen als Ursache des Fehlverhaltens ausgeschlossen werden. Seine ihm charakteristischen Verhal-

tenstörungen vermag der Neurotiker nicht zu kontrollieren, er ist sich seines Leidens jedoch bewusst und an sich fähig, dessen Ursachen zu ergründen. Gemäß Freuds Theorie führt dieses geistige Streben zu ersten therapeutischen Ergebnissen, vor allem in Anwendung der [Traumanalyse](#). Der Psychotiker ist dazu tendenziell außerstande, da bei ihm auch der Realitätsbezug nicht mehr vorhanden ist. Die Übergänge zur Neurose sind jedoch fließend. So stellen zum Beispiel auch die Träume der Gesunden („normalen“ Neurotiker) nach Freud im weitesten Sinne „psychotische“ Vorgänge dar, infolge des im Schlaf momentan geschwächten Ich-Vermögens, die im Traum erlebte Realität von der den Träumer umgebenden Wirklichkeit zu unterscheiden.

Psychose

Der Begriff Psychose bezeichnet eine Gruppe schwerer [psychischer Störungen](#), die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergehen, und wurde [1845](#) von [Ernst von Feuchtersleben](#) erstmals verwendet.

Im Unterschied zur [Neurose](#) erleben die Erkrankten nicht sich selbst, sondern ihre Umwelt als verändert und erlangen zumeist im Akutstadium keine Krankheitseinsicht. Auffällige [Symptome](#) sind oft [Wahn](#) und [Halluzinationen](#).

In den Klassifikationssystemen [ICD-10](#) wie auch [DSM-IV](#) wurde der Begriff Psychose quasi abgeschafft. In der offiziellen [Nomenklatur](#) dieser Systeme kommt nur noch das Adjektiv psychotisch vor; statt Psychose heißt es nunmehr psychotische Störung.

Definition psychotisch nach ICD 10: Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens, wie schwere Erregungszustände, Überaktivität, ausgeprägte psychomotorische Hemmungen und

Psychosomatik

Mit Psychosomatik wird in der Medizin die Betrachtungsweise und Lehre bezeichnet, in der die [geistig-seelischen](#) Fähigkeiten und Reaktionsweisen von Menschen in [Gesundheit](#) und [Krankheit](#) in ihrer Eigenart und Verflechtung mit [körperlichen](#) Vorgängen und sozialen Lebensbedingungen in Betracht gezogen werden.

Der psychosomatische Ansatz trifft heute auf ein medizinisches System, das in vielen Bereichen noch dem Kausalitätsprinzip des kartesischen Weltbilds folgt und einer Krankheit jeweils eine bestimmte Ursache zuzuordnen trachtet. Entsprechend wird der Begriff „psychosomatisch“ sowohl von Laien als auch von Vertretern der Medizin häufig nicht in seiner ursprünglichen Bedeutung verstanden, sondern mit „psychogen“ gleichgesetzt. Patienten, die an körperlichen Symptomen leiden, fühlen sich dann missverstanden und oft als [„eingebildete Kranke“](#) oder [Simulanten](#) stigmatisiert. Oft dauert es sehr lange, bis [somatoforme Störungen](#) als solche erkannt werden. Studien zeigten, dass manche Patienten über 100 ärztliche Kontakte hinter sich hatten, ehe sie erstmals an einen [Psychotherapeuten](#) überwiesen wurden. Dies liegt unter anderem daran, dass die Patienten selbst die psychische Komponente ihrer Beschwerden nicht akzeptieren wollen und können; auch deswegen, weil die Art und Weise ihrer Beschwerden mitunter allein auf körperliche „Fehlfunktionen“ hinzuweisen scheinen.

Darüber, dass die meisten Krankheiten multikausal bedingt sind, herrscht heute weitgehend Konsens.

Komorbidität

Als Komorbidität wird in der Medizin ein zusätzlich zu einer [Grunderkrankung](#) (Indexerkrankung) vorliegendes, [diagnostisch](#) abgrenzbares Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet. Komorbiditäten können, müssen aber nicht – im Sinne einer Folgeerkrankung – [ursächlich](#) mit der Grunderkrankung zusammenhängen.

Mediziner beschreiben dies gerne als: „Man kann auch Flöhe *und* Läuse haben.“

Eine besondere Schwierigkeit bei der Bestimmung von Komorbiditäten besteht in der Frage, welche zusätzlichen [Befunde](#) als [Symptome](#) gewertet und welcher beziehungsweise welchen Krankheit(en) diese gegebenenfalls zugeordnet werden.

Sucht

Sucht ist ein sich steigernder zwanghafter Prozess, durch Außenstimulation, egal welcher Art, Konflikte zu verdrängen und Genuss ohne Eigenanstrengung an die Stelle zu setzen

Sozialpädagogik

Sozialpädagogik benennt einen Wissenschaftszweig von [Erziehung](#), [Bildung](#) und [sozialstaatlicher Intervention](#). In der Sozialpädagogik wird versucht, die [Eigenverantwortung](#) eines Menschen und damit seinen selbstständigen Umgang mit allgemeinen Lebenslagen in der Gesellschaft zu stärken.

Gegenstand sozialpädagogischer Arbeit sind gesellschaftlich und professionell als relevant angesehene menschliche „Problemsituationen“. Hierzu gehören überwiegend Probleme mit der alltäglichen Lebensbewältigung, der „Lebenspraxis“ – dem alltäglichen „Zurechtkommen und Zurechtfinden“. Sozialpädagogik bedeutet aber nicht allein [Fähigkeiten](#) und [Ressourcen](#) des Einzelnen zu fördern; in der Sozialpädagogik steckt auch eine [gesellschaftliche](#) Zielsetzung des „Miteinander-Auskommens“. Sozialpädagogik betrachtet das [Individuum](#) in seiner Wechselbeziehung mit der sozialen Umwelt. Sozialpädagogen sprechen von *Lebenslage*, um damit die Gesamtheit von Person und sozialem Rahmen sozialpädagogisch auszudrücken.