



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

31.08.2010

Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schriftliche Ausarbeitung Bachelor-Thesis

Erstprüfer: Prof. Dr. Harald Ansen

Zweitprüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Vorgelegt von: Hehemann, Esther

Abgabe: 31.08.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung	6
2. Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie	8
2.1 Personal	9
2.2 Aufnahme	9
2.3 Tagesablauf/Organisation	12
2.4 Diagnostik	14
2.4.1 Anamnese	15
2.4.2 Psychopathologische Befunderhebung	17
2.4.3 Körperliche Befunderhebung	18
2.4.4 Psychologische Diagnostik	18
2.4.5 Ergänzende Labordiagnostik	19
2.5 Entlassung	19
3. Rechtliches Grundwissen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	20
4. Das Lebensalter	24
4.1 Die Familie	24
4.2 Kinder und Jugendliche	25
4.3 Erwachsene	28
5. Psychische Krankheiten	29
5.1 Weltgesundheitsorganisation	29
5.2 Der Krankheitsbegriff	31
5.3 Internationale Klassifikation psychischer Störungen	32
5.4 Typische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen	34
5.4.1 Psychosen	35
5.4.2 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	38
5.4.3 Störungen des Sozialverhaltens	41
5.4.4 Emotionale Störungen des Kindesalters	47
5.4.5 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	49

6. Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen der Kinder und Jugendlichen.....	50
7. Typische Behandlungsansätze und ihre Grenzen.....	56
7.1 Die Psychopharmakotherapie.....	56
7.1.1 Grenzen der Psychopharmakotherapie.....	59
7.2 Die Psychotherapien.....	60
7.2.1 Die Psychoanalyse.....	61
7.2.2 Die Verhaltenstherapie.....	62
7.2.3 Die Familientherapie.....	63
7.2.4 Grenzen von Psychotherapien.....	65
8. Methodenbestimmung.....	71
8.1 Der Methodenbegriff.....	72
8.2 Die drei klassischen Methoden der Sozialen Arbeit und ihre Weiterführung.....	72
8.3 Methodisch Handeln.....	73
8.4 Die Gruppenarbeit.....	76
8.5 Soziale Gruppenarbeit.....	78
8.5.1 Wahl- und Freiwilligengruppen.....	81
8.5.2 Zielsetzungen.....	82
8.5.3 Soziologische Begriffe.....	83
8.5.4 Rolle und Aufgaben der Gruppenleitung.....	83
8.5.5 Der Gruppenprozess.....	86
8.5.6 Die Kommunikation.....	89
8.5.7 Das Gruppenprogramm.....	91
9. Schlussbetrachtung.....	97
10. Abbildungsverzeichnis.....	101
11. Literaturverzeichnis.....	101
12. Internetquellen.....	104
Schriftliche Erklärung.....	106

Vorwort

Die Idee für das Thema dieser Bachelor-Thesis entstand aus meinen Erfahrungen als Semesterpraktikantin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich habe dort auf einer Notaufnahmestation gearbeitet. Ich wurde gut auf dieser Station aufgenommen und habe während meines Praktikums viel gelernt und interessante neue Eindrücke gewonnen. Dafür bin ich den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, die mich durch den Stationsalltag und die anspruchsvolle Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen begleitet und mir meine Fragen beantwortet haben, sehr dankbar.

Es gab aber auch einige Punkte, die mich nachdenklich gestimmt haben und letztendlich ausschlaggebend für die Themenfindung dieser Bachelor-Thesis waren. Bei meiner Reflektion des Praktikumseinsatzes machte ich mir immer mehr Gedanken darüber, was genau meine konkreten Aufgaben als zukünftige Sozialarbeiterin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Während meines Praktikumseinsatzes war ich mir manchmal nicht sicher, ob meine Profession die Durchführung bestimmter Aufgaben zulässt. Bei Gesprächen mit Patienten/Patientinnen habe ich mich manchmal gefragt, ob ich schon in das therapeutische Gebiet eindringe oder ob diese Gespräche zu meiner Rolle als zukünftige Sozialarbeiterin dazu gehören.

Ein zweiter Punkt, der mich beschäftigte, war die Hierarchisierung zwischen Therapeuten/Therapeutinnen und Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen. Es wurden Unterschiede zwischen den Auszubildenden beider Professionen gemacht. Die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen durften die Akten der Patienten/Patientinnen einsehen und die Praktikanten/Praktikantinnen der Sozialen Arbeit nicht. Dabei ist das Wissen um die Umstände eines Patienten/einer Patientin meiner Meinung nach für Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen unabdingbar. Zudem erachte ich es für wichtig, dass Therapeuten/Therapeutinnen und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen zusammen arbeiten und sich gegenseitig als ebenbürtig ansehen.

Um diese Meinung wissenschaftlich darzustellen und die Notwendigkeit eines klar definierten Einsatzes der Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie hervorzuheben, habe ich mir für meine Bachelor-Thesis dieses Thema ausgesucht.

Bevor der wissenschaftliche Inhalt der Bachelor-Thesis beginnt, möchte ich mich bei einigen Menschen bedanken, die mich durch die Zeit der Erstellung dieser Bachelor-Thesis begleitet und auf unterschiedlichen Weisen unterstützt haben.

Vielen Dank an:

- Meine Familie -

- Jan -

- Cindy -

und

- Heike -

für eure tolle Unterstützung!

1. Einleitung

„Jedes vierte Kind ist psychisch auffällig“ (Werner, 2010: 1). Diese und ähnliche Überschriften liest man zurzeit verstärkt in deutschen Tageszeitungen und Magazinen. Tatsächlich sind in Deutschland in den Bereichen emotionale Probleme, Verhaltensstörungen, Hyperaktivität und Probleme mit Gleichaltrigen 7,2% der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren auffällig und 7,5% leicht auffällig. Das wurde bei der Studie des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vom Robert Koch-Institut durch Befragungen von Kindern und ihren Eltern in Deutschland festgestellt. Bei diesen Forschungen wurden sozioökonomische, geschlechtliche sowie kulturelle Unterschiede mit in die Untersuchungen einbezogen. Die Tendenz zeigt, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger an psychischen Störungen erkranken, als Kinder und Jugendliche aus sozial und ökonomisch gefestigten Familien (vgl. Hölling/Erhart/Ravens-Sieberer/Schlack, 2007: 785 f.). Dieses Ergebnis unterstreicht die Annahme, dass der sozioökonomische Aspekt eine tragende Rolle für das Auftreten von psychischen Problemen spielt. Wenn man etwas über stationäre Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liest, fällt auf, dass die therapeutischen Interventionen im Vordergrund stehen und eher benannt werden, als die sozialarbeiterischen (vgl. Schulz/Barghaan/Harfst/Koch, 2008: 3.2 Stationäre Versorgung). Aufgrund der Bedingungen, welche mit psychischen Störungen einhergehen, bzw. diese überhaupt auslösen, muss spätestens jetzt die Soziale Arbeit der Therapie als ebenbürtig angesehen werden. Die Soziale Arbeit hat einen wichtigen Auftrag die Interventionen in dem Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie zu bereichern. Die Intention dieser Bachelorthesis ist die Hervorhebung von Einsatzmöglichkeiten und Nutzen der Sozialen Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Damit ein Verständnis dafür entstehen kann, wie eine Kinder- und Jugendpsychiatrie funktioniert, werden am Anfang dieser Ausführungen allgemeine Daten und der strukturelle und organisatorische Ablauf solcher stationärer Einrichtungen genannt. Wer arbeitet in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie? Wie funktionieren Anmeldung und Aufnahme? Was passiert auf einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Station? Wie stellt man fest, ob und in

wieweit ein Kind oder Jugendlicher/eine Jugendliche psychisch erkrankt ist? Diese und weitere Fragen werden im ersten Hauptteil dieser Bachelorarbeit beantwortet. Danach werden rechtliche Grundlagen erläutert. Ohne dieses Rechtswissen ist eine professionelle Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich. Es werden relevante Teile aus einigen Sozialgesetzbüchern und dem Bürgerlichen Gesetzbuch dargelegt.

Es gibt fortwährend Umbrüche in unserer Gesellschaft. Da die Lebensumstände Faktoren für psychische Krankheit und Gesundheit bieten, wird hier eine Kenntnis über die heutigen Lebensabschnitte vermittelt. Dabei werden die Formen der Familie, in die Kinder und Jugendliche zumeist mehr oder weniger eingebunden sind, genannt. Um die Besonderheit der Behandlung Kinder und Jugendlicher in Abgrenzung zu der Behandlung von erwachsenen Patienten/Patientinnen deutlich zu machen, werden die Lebensalter beider beschrieben, um sie einander gegenüber zu stellen.

Anschließend erfährt man etwas über die Weltgesundheitsorganisation, welche für die Themen Gesundheit und Krankheit in der Welt zuständig ist. Es wird erklärt, wie verschiedene Krankheiten eingeteilt werden und was es bedeutet „krank“ zu sein.

Es sind viele verschiedene Störungsbilder in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzufinden. In dieser Arbeit werden ausgewählte Störungen vorgestellt. Um mit Kindern und Jugendlichen in einer Psychiatrie zu arbeiten, sind sowohl die Kenntnis über Symptome, als auch über mögliche Ursachen und Behandlungsformen wichtig. Hier soll anhand des Wissens über die Krankheiten herausgearbeitet werden, welche Probleme durch die Störungen entstehen können und wie sich diese auf den Alltag der Kinder und Jugendlichen auswirken. Nachdem deutlich wird, welche Defizite vorhanden sein können, kann eine Bearbeitung dieser angesetzt werden. Dazu werden verschiedene therapeutische Ansätze vorgestellt und deren Grenzen herausgearbeitet, an denen die Soziale Arbeit ansetzt.

In der Fachliteratur der Sozialen Arbeit unter den verschiedenen Methoden findet man immer wieder etwas über die Gruppenarbeit. Am Ende dieser Arbeit wird ein Versuch gemacht, die einzelnen Frequenzen, die über die Gruppenarbeit bekannt sind, zusammen zu bringen und somit eine Anleitung zum sozialarbeiterischen

Umgang mit Gruppen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Psychiatrie zu geben.

Die Relevanz der Sozialen Arbeit wird überprüft und die Voraussetzungen für ihren professionellen Einsatz werden hervorgehoben. Welche Rolle spielt die Soziale Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie? Ist sie in dem Arbeitsfeld notwendig? Diese Fragen werden in den folgenden Ausführungen bearbeitet.

Zunächst werden nun Organisation und die Strukturen von stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien geschildert.

2. Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie

Damit eine Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung funktionieren kann, braucht es eine gute Organisation und einen strukturierten Ablauf. Es muss alles funktionieren, von der Vorstellung des Kindes/Jugendlichen/der Jugendlichen, über die Aufnahme bis hin zum Tagesablauf und letztendlich auch die Entlassung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie läuft über Wartelisten, die teilweise eine längere Wartezeit, dafür aber auch eine gut geplante und im Vorhinein organisierte Aufnahme verspricht. Den meisten Kinder- und Jugendpsychiatrien gehört eine Akutstation an, auf der Patienten ohne Anmeldung in Krisenfällen aufgenommen werden. Diese sind entweder reine Akutstationen mit relativ kurzer Aufenthaltsdauer der Patienten bzw. mit anschließendem Aufenthalt auf einer Kinder- oder Jugendstation oder Stationen, auf denen sowohl Notaufnahmen wie auch geplante Aufnahmen behandelt werden. Akutstationen werden entweder dauerhaft oder zumindest bei Bedarf für die Patienten/Patientinnen geschlossen gehalten, sodass ein Entrinnen nicht möglich ist. Für eine geschlossene Unterbringung wird, soweit mit dessen Aufschub keine Gefahr in Verbindung steht, ein Gerichtsbeschluss benötigt (vgl. §1631b BGB). Viele Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen über ambulante Behandlungsplätze, worauf hier aber nicht näher eingegangen wird, da es sich im Folgenden um die stationäre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen handelt, deren psychische Erkrankung zu weitreichend für eine ambulante Behandlung ist bzw. bei denen die ambulante Behandlung nicht ausreicht, um eine geeignete Diagnose zu stellen. Die meisten Kliniken haben neben der Aufgabe der Krankenversorgung auch den Auftrag Aus-

und Weiterbildungen anzubieten und in Universitätskliniken wird zudem geforscht (vgl. Remschmidt, 2005: 472). Diese Arbeit behandelt hauptsächlich den stationären Umgang mit den Patienten/Patientinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.1 Personal

Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gehören in der Regel Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Lehrer/Lehrerinnen, Erzieher/Erzieherinnen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, Heilpädagogen/Heilpädagoginnen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Krankengymnasten/Krankengymnastinnen an. Sie alle haben ihre eigenen Aufgabenbereiche, müssen aber eng zusammenarbeiten, sich austauschen, beraten und Handlungspläne miteinander entwickeln (vgl. ebd.: 479 f.). Die einzelnen Aufgaben werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit, während der Beschreibung der Organisation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, genauer benannt und herausgearbeitet. Wichtig ist aber, dass als multidisziplinäres Team gearbeitet wird, die Mitarbeiter ihre jeweiligen Kompetenzen nicht überschreiten und jeder seinen Platz im Team hat, damit die Arbeit mit den Patienten/Patientinnen einwandfrei funktioniert.

2.2 Aufnahme

Je nach dem, wie dringend ein Kind oder ein Jugendlicher/eine Jugendliche auf die stationäre Unterbringung angewiesen ist, umso geringer ist die Wartezeit. Die Kinder und Jugendlichen werden in der Regel von einem Kinderarzt/einer Kinderärztin, dem Hausarzt/der Hausärztin, einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder anderen Fachärzten/Fachärztinnen in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen. In Notfällen kann die Einweisung zu einer geschlossenen

Unterbringung aber auch im Rahmen des § 1631b BGB über das Familiengericht erfolgen (vgl. ebd.: 487 f.). Einige Eltern wenden sich direkt an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von Vorteil ist es, wenn die Eltern und die Jugendlichen freiwillig einer stationären Behandlung zustimmen, da auf einer freiwilligen Basis eine bessere Zusammenarbeit mit Eltern und Patient/Patientin möglich ist, als wenn die Behandlung unter einem permanentem Zwang steht. In dem letzteren Fall ist es häufig so, dass nur eine kurze Notintervention erfolgen kann. Eine Therapie verspricht mehr Erfolg, wenn die Patienten und deren Eltern gewillt sind, etwas zu verändern.

Generell wird das Kind oder der Jugendliche/die Jugendliche zunächst in der Institutsambulanz vorgestellt, wo ein interdisziplinäres Team von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen entscheidet, ob eine stationäre Aufnahme nötig ist.

Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher/eine Jugendliche aufgenommen wird, findet in der Regel zunächst ein Aufnahmegespräch statt. Hier sind möglichst die Eltern mit anwesend, bzw. bei in stationären Jugendhilfeeinrichtungen untergebrachten Patienten/Patientinnen, der Betreuer/die Betreuerin der Einrichtung, und der jeweilige Patient/die jeweilige Patientin. Von Seiten der Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung ist zumeist ein Therapeut/eine Therapeutin und ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst im Gespräch involviert. Exemplarisch wird nun anhand von Erfahrungen aus der Arbeit im Kinderhospital Osnabrück, welches eine große Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung inne hat, der Ablauf eines Aufnahmegesprächs geschildert. Der Therapeut/die Therapeutin stellt anfangs verschiedene Fragen zu der Familiensituation, dem Umgang miteinander, dem bisherigen Lebensabschnitt des Patienten/der Patientin, zu der Schule, zu den derzeitigen Problemen und zu bisherigen Interventionen stellt. Hierbei befragt er sowohl die Angehörigen, als auch den Patienten/die Patientin selber zu den verschiedenen Themen. Die hieraus gewonnenen Ergebnisse sind besonders wichtig für die Anamnese (siehe 1.4.1). Anschließend fragt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst nach Essgewohnheiten, Hobbies, Lieblingsspielen usw., damit von vorneherein im stationären Alltag auf die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin eingegangen werden kann und dieser/diese das Gefühl bekommt, dass auf ihn/sie eingegangen und Rücksicht genommen wird. Während des Gesprächs

machen sich sowohl Therapeut/Therapeutin, als auch Pflege- und Erziehungsdienstmitarbeiter/-mitarbeiterin Notizen zu den verschiedenen Bereichen, wobei es eine Vorlage gibt, anhand derer man sich orientieren kann. Selbstverständlich dürfen auch Patient/Patientin und die Angehörigen Fragen stellen und Befürchtungen äußern. Nach diesem Teil werden offizielle Regeln und Besuchszeiten erklärt und die Eltern/Angehörigen bekommen Unterlagen mit, auf denen Telefonnummer der Station, Anrufs- und Besuchszeiten vermerkt sind. Anschließend zeigt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Pflege- und Erziehungsdienstes die Räumlichkeiten der Station und das Zimmer des Patienten/der Patientin und erläutert den Tagesablauf auf der Station. Je nach dem, ob der Patient/die Patienten und/oder die Familie freiwillig dem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugestimmt haben, verläuft die Aufnahme geregelt, bei unfreiwilliger Aufnahme kann es auch zu aggressivem Verhalten auf Seiten des Patienten/der Patientin kommen. Dann ist es wichtig schnell zu agieren und das Aufnahmeverfahren kurz zu halten bzw. nachzuholen und eine gute Trennung zwischen Eltern und Patient/Patientin einzuleiten.

Nach dem Gespräch und dem Vorstellen der Station, werden auf geschlossenen Stationen die Taschen und das mitgebrachte Eigentum des Patienten/der Patientin durchgesehen und gefährliche Gegenstände eingesammelt. Bei suizidgefährdeten Patienten wird alles, auch die ungetragene Kleidung, eingeschlossen, damit diese nicht zweckentfremdet werden kann. Die Patienten werden auch auf mitgebrachte Drogen oder Medikamente untersucht.

Der jeweilige Mitarbeiter/die Mitarbeiterin, welcher/welche die Aufnahme begleitet hat, dokumentiert die Aufnahme und der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin bzw. Therapeut/Therapeutin muss eine Einschätzung des Patienten/der Patientin in Bezug auf Selbst- und Fremdgefährdung vornehmen. Alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen müssen sowohl darüber und über besondere Vorsichtsmaßnahmen, als auch über eine eventuelle Medikamentengabe und andere Besonderheiten informiert werden (vgl. ebd.: 488).

2.3 Tagesablauf/Organisation

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Schichtdienst gearbeitet. Die Schichten sind in einen Früh- einen Spät- und einen Nachtdienst eingeteilt. Damit jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin immer über alles bescheid weiß, und die Patienten/Patientinnen somit optimal und sicher versorgt werden können, gibt es bei jedem Schichtwechsel eine Übergabe. Häufig werden in der Übergabe zur Mittagszeit auch weiterführende Themen eingeschlossen, wie z.B. Fallbesprechungen, weil zu dieser Zeit ein Großteil aller Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Teams zusammen trifft und wichtige Entscheidungen so nicht an Einzelnen hängen bleiben. Je nach Alter und Schwere der psychischen Erkrankungen der Patienten/Patientinnen, halten diese sich während der Übergabe in ihren Zimmern auf. Zu dem Tagesablauf der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen gehört ebenfalls die Dokumentation der wichtigsten Ereignisse und der Medikamentengabe nach oder während jeder Schicht (vgl. ebd.: 489).

Besonders wichtig ist es, den Tages- und Wochenablauf gut sichtbar zu strukturieren. Abhängig vom Alter der Patienten/Patientinnen können diese bei der Gestaltung mitwirken. Es spielt der alltägliche Ablauf, inklusive Essenszeiten, Zimmerpausen, Aufsteh- und Bettgehzeiten, Hygiene usw. eine große Rolle. In diesen Plan werden täglich sowohl feste Programme, wie Schule, Therapiestunden, und Übungseinheiten eingebaut, wie auch wechselnde Angebote, die in jeder Klinik variieren. Im Großen und Ganzen gehören zu diesen Programmen Sport, Basteln, Ausflüge, Gesellschaftsspiele, Kochen u.a. Die Patienten/Patientinnen sollen sich an regelmäßige Termine und Abläufe gewöhnen und lernen, sich selbstbestimmt an Zeiten zu halten. Hierbei ist es ebenso wichtig, dass sich auch die Mitarbeiter an diese Zeiten halten, um den Patienten/Patientinnen Zuverlässigkeit entgegen zu bringen und somit einen erfolgversprechenden Therapieverlauf zu begünstigen (vgl. ebd.: 494).

Zwischen und während den festen und wechselnden Programmpunkten muss immer wieder Zeit gefunden werden, um mit den Patienten/Patientinnen in Gespräche zu kommen. Es sollte ein Unterschied zu den Therapiesprächen gemacht werden, da diese durch Ärzte/Ärztinnen und

Therapeuten/Therapeutinnen geführt werden und ansonsten die Gefahr besteht, dass die Ansätze nicht kompatibel miteinander sind. Es soll bei Gesprächen durch Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Pflege- und Erziehungsteams eher um alltägliche Probleme, Anforderungen, Situationen oder auch einfach um altersentsprechende Themen gehen. Gespräche funktionieren am Besten, wenn die Kinder und Jugendlichen dem Personal vertrauen und das jeweilige Gespräch aus einer alltäglichen Situation entsteht. Das kann beispielsweise beim Spielen eines Gesellschaftsspiels, beim Fernsehen, beim Essen oder auch beim ins Bett bringen sein. Die Gespräche können sowohl mit einzelnen Patienten/Patientinnen erfolgen, als auch mit mehreren. Als Gesprächspartner muss man schließlich jederzeit darauf achten, nicht verletzend zu werden oder die Inhalte des Gesagten zu bewerten, womit nicht gemeint ist, dass man seine Meinung nicht sagen darf. Man muss hierbei aber immer mit Feingefühl arbeiten und aufpassen, dass man den Patienten/die Patientin gegenüber anderen Patienten/Patientinnen oder Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen nicht bloß stellt. Auch wenn das alltägliche Gespräch mit Patienten/Patientinnen sich von den therapeutischen oder ärztlichen Gesprächen abhebt, kann es wichtig für die spätere Diagnostik und für Therapiegespräche sein und man sollte aufmerksam zuhören und wichtige Inhalte eines Gespräches für die Kollegen/Kolleginnen und den weiteren diagnostischen und therapeutischen Verlauf dokumentieren (vgl. ebd.: 490).

Zu dem Arbeitsalltag eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört auch das Führen von Elterngesprächen. Dies erfolgt zum Teil gemeinsam mit dem jeweils zugeteilten Arzt/der jeweils zugeteilten Ärztin bzw. dem Therapeuten/der Therapeutin, zum anderen aber auch beispielsweise beim Besuch der Patienten/Patientinnen durch die Eltern oder durch Anrufe zwischendurch, bei denen sich die Eltern Informationen holen. Bei Elterngesprächen muss darauf geachtet werden, die Krankheit und die Familiensituation nicht zu bewerten, keine falschen Aussagen zu machen und keine panikmachenden Vermutungen aufzustellen (vgl. ebd.: 491). Es ist wichtig, dass die Eltern dem Klinikpersonal vertrauen, damit sie ihre Kinder in Sicherheit wissen und somit eine gute Zusammenarbeit ermöglicht wird.

Auch wenn der Klinikalltag gut durchplant wird, kann es gerade in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Patienten/Patientinnen mit verschiedenen

Störungsbildern immer wieder zu ungeplanten Zwischenfällen kommen, auf welche die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen spontan reagieren und somit gut vorbereitet sein müssen. Hierzu zählen laut Remschmidt u.a. die Nahrungsverweigerung, die Suizidgefährdung und Suizidversuche, Unruhe- und Erregungszustände, extreme Angstzustände und Realitätsstörungen sowie Entweichungen. Bei allen Zwischenfällen ist es zunächst wichtig, dass man angemessen reagiert und für die Sicherheit der Patienten/Patientinnen und auch für die eigene Sicherheit sorgt. Je nach Ausfall des Ereignisses ist es wichtig auf den Patienten/die Patientin zuzugehen bzw. den in diesem Moment nötigen Abstand zu wahren. Auf keinen Fall sollten dem Patienten moralisierende Vorwürfe gemacht werden, aber es muss eine angemessene Konsequenz auf den Vorfall erfolgen. Es gibt keine Patentrezepte, wie mit solchen Zwischenfällen umzugehen ist (vgl. ebd.: 491 f.). Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sollten sich aber den Möglichkeiten von Ereignissen immer bewusst sein und bei eventueller Ankündigung der Wahrscheinlichkeit eines baldigen Zwischenfalls, sollten die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sich frühzeitig absprechen, wie sie beim Eintreten des Ereignisses reagieren werden, wie es mit einer unfreiwilligen Medikamentengabe aussieht, wie die Sicherheit gewahrt werden kann usw.

2.4 Diagnostik

Bevor ein Kind/Jugendlicher/eine Jugendliche therapiert werden kann, ist es notwendig herauszufinden, welche Störung vorliegt und wo als erstes angesetzt werden muss. Behandlungsmaßnahmen, die aufgrund einer Diagnostik folgen, können auch fehlschlagen und somit muss neu diagnostiziert werden bzw. kann aus den Behandlungen heraus eine Verbesserung oder Ergänzung der Diagnose entstehen. Es ist wichtig, dass eine Diagnose gut überprüft und haltbar ist, da nur auf diesem Wege eine sinnvolle Therapie, abgestimmt auf die jeweilige Problemlage, möglich ist. Wichtige Bestandteile für die Diagnostik sind die Anamnese¹, die Psychopathologische Befunderhebung², die körperliche Befunderhebung, die psychologische Diagnostik und die Labordiagnostik/ergänzende Diagnostik (vgl. Steinhausen, 2002: 36).

¹ Vergangenheit/Vorgeschichte des Patienten/der Patientin

² Derzeitige Krankheitserscheinungen des Patienten/der Patientin

Es werden, wie im folgenden Text erörtert, verschiedene Testungen und Untersuchungen geführt, um am Ende eine Diagnose zu erhalten. Besonders zu erwähnen ist aber auch, dass nicht nur die angewendeten Maßnahmen zu der Diagnose führen, sondern jede Beobachtung im Stationsalltag wichtig sein kann. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im Team müssen darauf geschult sein, das Verhalten in verschiedenen Situationen in Bezug auf psychische Besonderheiten zu erkennen und festzuhalten. Einige Symptome können nicht durch den Patienten/die Patientin direkt erfasst werden, da ihm/ihr diese zum Teil gar nicht bewusst sind. Sie können aber während alltäglicher Verrichtungen, wie Essen, Abwaschen, Hygiene oder beim gemeinsamen Spielen beobachtet und herausgefiltert werden (vgl. Remschmidt, 2005: 474 f.).

2.4.1 Anamnese

Die Anamnese ist im medizinischen Bereich die „Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Kranken“ (Duden, 2007: 63). Bei Kindern und Jugendlichen werden nicht nur die Aussagen der Patienten/Patientinnen in Augenschein genommen, sondern auch, bei zunehmendem Alter immer weniger, die Angaben der Eltern oder anderen Mitgliedern des Systems in dem sich der Patient/die Patientin befindet.

Die Anamnese beginnt mit dem Vorstellungsgespräch in der Klinik. Jedes Detail der Aufnahme und des Erstgesprächs könnte von Belang sein. Es wird darauf geachtet bzw. bei Unklarheit hinterfragt, wer das Kind/den Jugendlichen/die Jugendliche zur Vorstellung in die Klinik bringt, welchen Grund dies hat und wer genau auf die Idee der Einweisung gekommen ist und diese veranlasst hat. Es ist wichtig zu erfahren, ob es schon länger Probleme gibt und wenn ja, in welcher Form und seit wann und ob aktuell etwas vorgefallen ist, was speziell zu der Einweisung geführt hat. Der das Gespräch führende Arzt/die Ärztin oder der Therapeut/die Therapeutin muss genau herausfinden, in welchen Situationen das Problem auftritt, ob es kontinuierlich gleich bleibt, zwischendurch verschwindet oder sich verschlimmert und vor allem, wie das Umfeld damit umgeht, wie belastet z.B. die Eltern oder die betreuenden Personen von der Situation sind (vgl. Steinhausen, 2002: 37).

Weiterhin wird eine Familienanamnese erhoben. Hier werden standardisierte Angaben zu den Verwandten des Patienten/der Patientin abgefragt, um in der Familie vorkommende oder vorgekommene psychische Krankheiten festzustellen. Die Beziehung der Familienmitglieder zueinander ist wichtig. Dazu gehören auch die Großeltern des Patienten/der Patientin und die Beziehung derer zu den Eltern. Auch die Relationen des Patienten/der Patientin zu eventuellen Geschwistern und von diesen zu den Eltern kann dem Untersuchenden viele Informationen geben. Um eine geschlossene Familienanamnese zu erhalten sind auch Hintergründe wichtig, wie der jeweilige Beruf der Verwandten und der Lebensstandart der Familie, also die vorherrschende materielle Lage und die sozialen Kontakte zur Außenwelt. Der Untersuchende muss nicht nur das Gesagte beleuchten, sondern auch den Umgang der anwesenden Familienmitglieder untereinander, unterschwellige Äußerungen oder Blicke usw. aufmerksam beobachtet (Remschmidt 2005: 41).

In der nach Steinhausen auf die Familienanamnese folgenden Eigenanamnese werden genaue Informationen zu dem jeweiligen Patienten/der Patientin und seiner/ihrer Lebensgeschichte herausgefiltert. Da jedes Detail, von der Befragung an, bis zu der Zeit und den Geschehnissen vor der Geburt, wichtig für die Diagnostik ist, werden viele Informationen auch von den Eltern, speziell von der Mutter des Kindes/Jugendlichen/der Jugendlichen eingeholt. Es werden prä-, peri- und postnatale Verlaufsformen hinterfragt, um eventuell entstandene Schädigungen während oder nach der Schwangerschaft zu erkennen. Um die weitere Entwicklung des Kindes nach der Geburt zu deuten, wird nach Verzögerungen oder Einschränkungen der motorischen und kognitiven Fähigkeiten gefragt. Alle Lebensbereiche, von Kindergarten, über Schule bis zur Ausbildung, die der Patient/die Patientin bis zur Einweisung durchlebt hat, sind von Relevanz. Es zählt nicht nur, ob er/sie Lebensabschnitte, wie Schulabschluss, Beziehungen usw. gemeistert hat, sondern auch wie (vgl. ebd.: 36 f). Welche Krankheiten und belastenden Situationen hat der Patient/die Patientin selber durchlebt oder bei Verwandten miterlebt? Gab es traumatische Ereignisse? Hat der Patient/die Patientin Freunde/Freundinnen? Besteht eine Partnerschaft? Wie ist die Beziehung zum anderen und zum eigenen Geschlecht? Nimmt oder nahm er/sie irgendwelche Drogen? Wenn ja, welche, in welchen Mengen und wie lange?

Gab es immer viel Streit und Aggressionen oder Rückzug und Einsamkeit? Ist der Patient/die Patientin eher intro- oder extrovertiert? Alle diese Fragen sind wichtig, um etwas über die Persönlichkeit des Patienten/der Patientin zu erfahren und einen Eindruck von seiner/ihrer Problematik zu bekommen.

2.4.2 Psychopathologische Befunderhebung

Zur psychopathologischen Befunderhebung kommt es durch die Exploration, die Verhaltensbeobachtung, Fragebogenmethoden und Skalen und seit einiger Zeit auch durch strukturierte Interviews. Wichtig für die einzelne Diagnose sind vor allem Exploration und Verhaltensbeobachtung. Die Fragebögen sind eher relevant für wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. Remschmidt, 2005: 50).

Bei der Exploration wird viel Wert auf die Aussagen des Patienten/der Patientin gelegt. Es wird untersucht, welche Schwierigkeiten zurzeit in dem Leben des Patienten/der Patientin vorliegen. Wichtig ist, dass hierbei auf den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin eingegangen wird und ein Vertrauensverhältnis besteht, damit der Patient/die Patientin alle relevanten Aussagen macht, die für die spätere Diagnose notwendig sind. Auch die Eltern werden in einem Gespräch zu dem derzeitigen Leben und den Problemen des Patienten/der Patientin befragt. Vordergründig kommt es aber auf das Empfinden des Kindes/Jugendlichen/der Jugendlichen an, da nur er/sie weiß, wie es in ihm/ihr aussieht. Bei der Verhaltensbeobachtung wird die Reaktion auf bestimmte Fragen bzw. Themen, die Art der Antworten, aber auch auf Körperhaltung, Beziehung zu den Eltern und zu sonstigen Bezugspersonen, geachtet.

Nach Steinhausen erfolgt die Exploration und die Verhaltensbeobachtung nach einem bestimmten System, wobei es gilt, folgende Merkmale herauszufinden: äußerliches Erscheinungsbild, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Emotionen, Denkinhalte, kognitive Funktionen, Sprache, Motorik und soziale Interaktion. Es wird darauf geachtet, wie sich der Patient/die Patientin verhält, wo es besondere Ausprägungen in bestimmten Verhaltensweisen gibt, welche Defizite in den verschiedenen Bereichen vorliegen und wie intensiv diese sich zeigen (vgl. Steinhausen, 2002: 38).

2.4.3 Körperliche Befunderhebung

Damit eine komplette Diagnose gestellt werden kann, ist auch die Abklärung von körperlichen Funktionen notwendig, um körperliche Krankheiten als Ursache für das psychische Leid auszuschließen, um Folgeerkrankungen aus der psychischen Störung zu erkennen, um eventuelle selbst zugefügte Verletzungen und Verstümmelungen zu entdecken, um neurologische Ursachen zu ergründen und um ein allgemeines Bild der körperlichen Entwicklung und der motorischen Fähigkeiten zu erhalten (vgl. Remschmidt, 2005: 43 f.). Wichtig ist es auch hier, das Verhalten des Patienten/der Patientin zu beobachten. Hat er/sie besonders große Angst oder Scham, selbst bei einfachen Übungen? Ist er/sie neugierig oder eher zurückhaltend? Wie funktionieren einfache Mechanismen, wie Schuhe an- und ausziehen? Bei anhaltenden Bedenken, z.B. bei der Vermutung von selbstverletzendem Verhalten, wird auch der restliche Körper, wie Arme und Beine auf Wunden untersucht, wobei die Schamgrenze des Patienten/der Patientin beachtet werden muss und beispielsweise eine weibliche Patientin nur von einer weiblichen Mitarbeiterin begutachtet werden sollte bzw. wenn ein Arzt die Untersuchungen bei einem Mädchen/einer Jugendlichen vornimmt, auch eine Mitarbeiterin anwesend ist, um eventuelle Anschuldigungen eines sexuellen Übergriffs aufgrund der Untersuchung zu vermeiden.

2.4.4 Psychologische Diagnostik

Anhand der psychologischen Diagnostik werden verschiedene Bereiche des Patienten/der Patientin durch standardisierte Verfahren getestet. Es werden die Intelligenz, die schulischen Fertigkeiten, neurologische Funktionen und die Persönlichkeit untersucht. Dies geschieht zum großen Teil durch Fragebögen, Zeichen- und Malaufgaben und Bewegungsübungen. Es wird nicht nur darauf geachtet, welche Ergebnisse dabei herauskommen, sondern auch wie schwer oder leicht es dem einzelnen Patienten/der einzelnen Patientin gefallen ist, die Aufgaben durchzuführen und die Fragen zu beantworten. Die Tests sind unter anderem wichtig, um zu erkennen, ob Verhaltensauffälligkeiten in der Schule mit Problemen in der Bewältigung der schulischen Anforderungen zusammen hängen, oder ob schulische Leistungen durch andere Probleme, wie z.B. Angstzustände

oder Anderes beeinflusst werden. Es muss aber immer beachtet werden, dass die Tests nicht alles widerspiegeln, was in einem Patienten/einer Patientin vorgeht und somit nur bedingt zur Diagnose beitragen. Allerdings geben sie Anhaltspunkte und können auf eventuelle neurologische Einschränkungen und auf Tendenzen im Erleben und Fühlen aufmerksam machen (vgl. Steinhausen, 2002: 39 f.).

2.4.5 Ergänzende Labordiagnostik

Die ergänzende Labordiagnostik wird nicht generell zur Stellung einer Diagnose angewandt. Nur in bestimmten Fällen werden diese Untersuchungen gemacht. Die Untersuchungen dienen z.B. dazu, Tumore zu entdecken oder Entwicklungsverzögerungen zu lokalisieren, da mit diesen Methoden das Gehirn genauer beleuchtet und Hirnaktivitäten gemessen werden können. Zu den Verfahren gehören unter anderem das Elektroenzephalogramm (EEG), die Computertomographie, Röntgenaufnahmen und Chromosomenanalysen (vgl. ebd.: 44 f.).

2.5 Entlassung

Zwischen Stellung der Diagnose und der Entlassung erfolgt in der Regel eine Therapie. Diese wird zumeist auf der gleichen Station, auf der sich der Patient/die Patientin auch für die Diagnose befand, durchgeführt. In seltenen Fällen kann die Therapie aber auch auf einer anderen Station statt finden, z.B. wenn festgestellt wurde, dass ein Jugendlicher/eine Jugendliche besser auf einer Jugendstation, als auf der Notaufnahmestation aufgehoben ist. Auf die einzelnen typischen therapeutischen Behandlungsansätze wird in Kapitel 7. näher eingegangen.

Wenn die stationäre Therapie beendet und der Patient/die Patientin bereit ist zur Entlassung, müssen viele verschiedene Aspekte bedacht werden. Es muss in vielen Fällen eine ambulante Möglichkeit gefunden werden, die Therapie fortzusetzen, weil oftmals die Zeit auf einer Station nicht ausreicht, um eine umfassende psychische Störung zu heilen, bzw. eine komplette Heilung häufig gar nicht möglich ist, sondern nur den Umgang mit der psychischen Störung zu

erleichtern. Das heißt, dass einige Kinder/Jugendliche jahrelange Therapie brauchen und der stationäre Aufenthalt meistens nur ein Anfang der Behandlung ist. Manchmal wird auch ein Wechsel der Unterbringung des/der Minderjährigen von den Eltern in die stationäre Jugendhilfe in Betracht gezogen, was viel Organisation und Gespräche erfordert. Ebenso müssen einfache Sachverhalte mit dem Patienten/der Patientin abgesprochen werden, was er/sie beispielsweise in der Schule von seiner Abwesenheit erzählt, wie er/sie mit dem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am besten gegenüber anderen Menschen umgehen kann und andere Aspekte.

Zu bedenken ist auch, dass einige Patienten/Patientinnen gegen ärztlichen Rat entlassen werden, wobei viel Empathie der Mitarbeiter von Nutzen sein kann, damit die Eltern ihre Entscheidung eventuell überdenken und zumindest bei erneuten Schwierigkeiten zu Hause keine Scheu haben, die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kontaktieren. In dem Fall einer akuten Gefährdung des Patienten/der Patientin bei einer Entlassung kann gerichtlich dafür gesorgt werden, dass die Eltern keine Entscheidungsbefugnis mehr inne haben und der Patient/die Patientin zwangsweise untergebracht wird (vgl. Remschmidt, 2005: 488 f.). Nach Remschmidt führen zur Entlassung gegen ärztlichen Rat: „[...] mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (47,7%), Angst vor Eingriffen (21,1%), übermäßige Bindung an das Kind (16,6%), Unzufriedenheit mit der Therapie (15,5%), Unstimmigkeiten mit dem Pflegepersonal (5,5%) und Unstimmigkeiten mit dem Arzt (2,2%).“ (ebd.: 488).

3. Rechtliches Grundwissen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die Gesetzestexte und Paragraphen gegeben, die für die Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie relevant sind. Die rechtlichen Grundlagen sollen zur Unterstützung des Verständnisses einer stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie dienen.

Um eine stationäre Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten, muss der jeweilige zukünftige Patient/die jeweilige zukünftige Patientin versichert sein. Kinder- und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

sind in der Regel über ihre Eltern in einer Familienversicherung mitversichert (§10 SGB V). In der Versicherung enthalten ist eine Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V, wobei in dieser Arbeit nur die vollstationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bearbeitet wird. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung beinhaltet die Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln, Verpflegung, Unterkunft usw. (vgl. §39 Abs.1, S.3 SGB V).

Wenn Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich werden, um Kinder und Jugendliche, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, zu unterstützen, tritt die Sozialhilfe in Kraft, die im Sozialgesetzbuch XII zu finden ist. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, in diesem Fall für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung, soll eine (drohende) Einschränkung in der Teilhabe an der Gemeinschaft abwehren, wobei genauere Informationen im SGB IX aufgezeigt sind (vgl. §53 SGB XII). In §§54 f. SGB XII werden die einzelnen Leistungen genannt, die zur Eingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen erbracht werden.

Unter §2 Abs. 1 SGB IX findet man die Personen wieder, die einen Anspruch auf Leistung zur Teilhabe an der Gemeinschaft haben, wozu auch die seelisch Beeinträchtigten gehören. Die Leistungen hierzu werden in §4 SGB IX aufgezählt.

Wichtig sind aber nicht nur die Regelungen für Krankenversicherung, Rehabilitation und seelische Behinderung. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat man oftmals auch etwas mit der Jugendhilfe zu tun. Viele Kinder und Jugendliche, die sich in der stationären psychiatrischen Behandlung befinden, haben ihren eigentlichen Wohnsitz in einer betreuten Jugendwohngruppe oder in einem Heim. Einige Kinder und Jugendliche kommen auch aus der Familie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und werden anschließend in der stationären Jugendhilfe untergebracht. Grundlage für die so genannten Hilfen zur Erziehung ist der §27 SGB VIII. Hier heißt es, dass ein Sorgeberechtigter Anspruch auf Unterstützung hat, wenn keine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen/der Jugendlichen entsprechende Erziehung gewährleistet ist und die Hilfe geeignet und notwendig für die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen/der Jugendlichen ist. Erziehung und das Recht darauf wird in

§1 SGB VIII erläutert. Im Zusammenhang mit den Hilfen zur Erziehung ist immer das Wunsch und Wahlrecht (vgl. §5 SGB VIII) und die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen (vgl. §8 SGB VIII) zu beachten. In den §§27 bis 35 SGB VIII werden die einzelnen Hilfen zur Erziehung genannt, welche von der Erziehungsberatung über Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, Vollzeitpflege, Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen bis hin zur intensiven pädagogischen Einzelbetreuung reichen. Zudem folgt auf diese Hilfen auch die Eingliederung für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung (vgl. §35a SGB VIII). Die Eingliederungshilfe ist gedacht für Kinder und Jugendliche, die wahrscheinlich länger als 6 Monate von einer seelischen Behinderung betroffen und zumindest gefährdet sind, an der Gesellschaft teilzuhaben (vgl. §35a Abs. 1 SGB VIII).

Eltern haben zwar einen Anspruch auf die Hilfen zur Erziehung und sie haben Elternrechte, sie haben aber auch eine Pflicht als Eltern (vgl. Art. 2 und Art. 6 GG). Eltern haben ein Sorgerecht für ihr Kind, wobei die Grundsätze, nämlich die Sorge für die Person und für das Vermögen, in §1626 BGB zu finden sind. Weitere Grundlagen zu der elterlichen Sorge sind in §§1626 f. BGB festgehalten. Welche Pflichten und Rechte die elterliche Sorge beinhalten, wird in §1631 BGB erläutert. Hierzu gehören die Pflege, Erziehung und Beaufsichtigung des Kindes und zu bestimmen, wo es sich aufhält. Dies muss ohne körperliche und seelische Gewalt erfolgen. Wenn es nötig ist, das Kind geschlossen unterzubringen, muss es eine Genehmigung durch das Gericht geben (vgl. §1631b BGB). „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“ (§1666 Abs. 1 BGB). Der erzieherische Bedarf und die Kindeswohlgefährdung werden von Minderer wie folgt definiert: „Ob eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung gewährleistet ist oder nicht, ist immer die Frage des Einzelfalls. Entscheidend ist dabei, ob das, was für Sozialisation, Ausbildung oder Erziehung erforderlich ist, tatsächlich vorhanden ist. Das Kindeswohl ist also dann nicht

gewährleistet, wenn sich die Sozialisationslage des betreffenden Minderjährigen im Vergleich als benachteiligt darstellt. Dies ist jedenfalls dann gegeben, wenn bei dem konkreten Minderjährigen Aufwuchsbedingungen fehlen, die für einen wesentlichen Teil der Minderjährigen vorliegen, wenn also der Stand nicht erreicht wird, der als <<Normalstandard>> von Sozialisation und Erziehung angesehen wird [...].“ (Münder, 2007: 102)

Wird das Wohl des Kindes durch die Eltern beabsichtigt oder unbeabsichtigt gefährdet oder eine Gefährdung nicht verhindert, so hat das Jugendamt die Pflicht einzugreifen bzw. für das Eingreifen durch das Gericht zu sorgen (vgl. §8a SGB VIII). Im schlimmsten Fall, der Gefährdung des Kindeswohls, werden Kinder und Jugendliche in Obhut genommen (vgl. §42 SGB VIII). Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, kann den Eltern oder einem Elternteil die gesamte oder auch nur ein Teil (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) der elterlichen Sorge entzogen werden und das Kind oder der Jugendliche/die Jugendliche bekommt einen Vormund, der die Angelegenheiten der Sorge ausübt (vgl. §1773 BGB).

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist das Umgangsrecht. Kinder und Jugendliche haben das Recht auf den Umgang mit ihren Eltern, auch wenn diese nicht die Sorge tragen. Das Familiengericht bestimmt den Umfang des Umgangs und ob eine Begleitperson bei dem Umgang dabei sein muss, weil sonst eventuell das Kindeswohl gefährdet ist (vgl. §1684 BGB). Wenn das Kind andere Bezugspersonen hat, hat es ebenso das Recht auf den Umgang mit diesen (vgl. §1685 BGB). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es grundsätzlich relevant zu wissen, ob Patienten/Patientinnen eventuell Bezugspersonen haben, zu denen eine Einschränkung des Umgangsrechts, wegen eventueller Gefährdung des Patienten/der Patientin besteht. Bevor ein Besuch stattfindet, ist immer abzuklären, ob der Besucher/die Besucherin das Recht hat, den Patienten/die Patientin zu sehen. Dies wird durch die Sorgeberechtigten oder das Familiengericht bestimmt.

4. Das Lebensalter

Wenn man in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet, ist zu beachten, dass für die dortigen Patienten/Patientinnen andere Voraussetzungen gelten, als für erwachsene Patienten/Patientinnen. Damit diese Unterschiede bewusst werden, wird im Folgenden ein kurzer Einblick in die zentralen Aufgaben und Anforderungen der Menschen in den jeweiligen Lebensaltern in der heutigen Gesellschaft gegeben. Dazu gehört auch der Stand der Familie in der heutigen Zeit.

4.1 Die Familie

Die unterschiedlichen Lebensalter spiegeln unsere Gesellschaft und die Aufgaben der in ihr lebenden Menschen in dieser wieder. „Lebensalter sind *soziale Konstruktionen* jeweiliger gesellschaftlich-historischer Herausforderungen. So verwundert es nicht, dass eine Gesellschaft, die sich zentral durch Prozesse der Produktion und Erwerbsarbeit organisiert, der Dreigliedrigkeit eines Lebenslaufs genügt, eben der Bildungs- sowie Erwerbsphase und dem Ruhestand. Auch die Kindheit liegt nicht einfach ontologisch vor, sondern ist aus gesellschaftlichen Interessen historisch als relevantes Lebensalter konstituiert worden.“ (Hanses/Homfeldt, 2008: 1). Diesen Hintergrund zu den Lebensaltern sollte man bedenken, wenn man dieses Thema näher betrachtet.

Die Familie an sich, wie sie heute als sogenannte Kleinfamilie besteht, hat sich erst im 18. Jahrhundert angefangen zu entwickeln. Vorher herrschte die Lebensform, mit Verwandten und Angestellten zusammen zu wohnen, da Privates und Erwerb zusammen gehörten. Erst mit der Industrialisierung, mit welcher die Trennung des Privaten von der Arbeit vollzogen wurde, entstand mit der Zeit die heutige Kleinfamilie, die durch den Staat, unter anderem durch Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, aber auch durch Ärzte/Ärztinnen und das gesamte Gesundheits- und Erwerbssystem kontrolliert wird. Hierbei haben sich auch die Rollen der Frau, des Mannes und des Kindes verändert. Während das Kind vor dem Bestehen der bürgerlichen Kleinfamilie eher mit durchgezogen und erst richtig anerkannt wurde, wenn es

mitarbeiten konnte, steht heute die moralische und hygienische Erziehung des Kindes im Vordergrund. Die Frau, die früher ihre Rolle als Hausfrau und Hausherrin der Angestellten und der Kinder unter dem Mann, aber auch geschützt innerhalb der großen Hausgemeinschaft und der herrschenden Ordnung hatte, wurde innerhalb der Entwicklung zur Kleinfamilie zum Angelpunkt, der die häuslichen Arbeiten und die Erziehung sowie die Versorgung des arbeitenden Mannes am Funktionieren halten musste. Sie konnte höchstens etwas dazu verdienen zu dem Einkommen des Mannes. Durch die Privatisierung der Kleinfamilie hatte sie nicht mehr den Schutz der Gemeinschaft und war der Macht des Mannes sozusagen ausgeliefert. Dies ist zum Teil bis heute noch so. Allerdings ist die Entwicklung der arbeitenden Frau weiter gegangen, sodass heute eher das Problem im Vordergrund steht, die Eigenständigkeit und die volle Erwerbsfähigkeit der Frau, mit dem Kinder bekommen und diese angemessen zu erziehen und zu versorgen, parallel zu meistern (vgl. Böhnisch, 2008: 81 f.). Somit wird die Erziehung und das Dasein immer mehr auch öffentlich-institutionelle Angelegenheit (vgl. Hanses/Homfeldt, 2008: 78). Dies geschieht in Form von Beruf, Kindertagesstätte, Schule, Familienhilfe, Beratung, Heimerziehung und eben auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Da heute die Kernfamilie (Eltern und Kinder) häufig auch nur als Kleinfamilie zusammen lebt³, wird im weiteren Text auch nur auf die Lebensphasen der Kindheit und der Jugend und des Erwachsenenalters eingegangen und das Alter außen vor gelassen. Trotzdem gibt es auch immer noch Familien, in denen drei Generationen zusammen leben und die Großeltern eine wichtige Rolle für die Kinder spielen.

4.2 Kinder und Jugendliche

Nach dem achten Buch Sozialgesetzbuch ist man ein Kind, wenn man unter 14 Jahren alt ist und zwischen 14 und 18 Jahren wird man als Jugendlicher bezeichnet. Ab 18 Jahren ist man bis zum 27. Lebensjahr junger Volljähriger und

³ 2008 lebte nur noch 1% der deutschen Bevölkerung mit mindestens 3 Generationen in einem Haushalt und 30% der Bevölkerung in Deutschland lebt in einem Zweigenerationenhaushalt. Durchschnittlich leben nur noch 2,05 Menschen in einem Haushalt in Deutschland. Demgegenüber waren es 1991 noch 2,27 Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008: Haushalte).

unter 27 gilt man als junger Mensch. Weiter heißt es, dass man ab 18 Jahren Erziehungsberechtigter sein kann, wenn man die Personensorge für eine minderjährige Person längerfristig von der sorgeberechtigten Person bekommt (vgl. §7 SGB VIII).

Das Leitbild von Kindern in unserer Gesellschaft wird durch das Gesetz klar verdeutlicht. Hier heißt es: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ (§1 SGB VIII). Verantwortlich dafür, dass dieses Gesetz ausgeführt wird, sind zunächst die Eltern. Sie haben das Recht und die Pflicht dafür zu sorgen, dass ihre Kinder gesund und fähig heranwachsen. Bei Kindern kann man noch Einfluss auf das gesundheitsbewusste Verhalten nehmen. Damit gesellschaftlich benachteiligte Familien auch gesundheitsbewusst leben und lernen können, werden sie von Einrichtungen, wie der Schule und dem Kindergarten, in der Erziehung unterstützt (vgl. Hanses/Homfeldt, 2008: 36 f.). Zudem gibt es Untersuchungen für Kinder, bei denen regelmäßig vom Arzt kontrolliert werden kann, ob die Kinder gut entwickelt sind. So werden Eltern bei der Erziehung überwacht und unterstützt und die Kinder sind dem individualisierten Leben in der Kleinfamilie nicht schutzlos ausgeliefert. Trotzdem gibt es immer noch genügend Lücken, wodurch Kinder in der Gesellschaft untergehen und gesundheitsschädlichem Verhalten ausgesetzt sind, was man an den immer wieder auftretenden Fällen der Vernachlässigung und des Missbrauchs von Kindern belegen kann⁴.

Aber es ist nicht nur wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen in Betreff auf die Gesundheit aufgeklärt werden, sondern auch lernen, mit der Entwicklung ihres Körpers, vor allem vor und während der Pubertät umzugehen. Hier entstehen immer wieder Probleme, die sich auch auf die Seele der Jugendlichen auswirken können (vgl. ebd.: 37 f.).

Böhnisch macht deutlich, was wir über das Verhalten und die Eigenarten von Kindern wissen: „Sei es nun die Erkenntnis, dass Kinder im Umgang miteinander

⁴ 2008 gab es 32300 Inobhutnahmen von Kindern und Jugendlichen durch die Jugendämter in Deutschland, um den Kindern und Jugendlichen Schutz in gefährdenden Situationen zu bieten. Dies bedeutet einen Anstieg von 26% gegenüber dem Jahr 2005. Von den 32300 Kindern und Jugendlichen wurden 7700 (24%)! nachweislich vernachlässigt oder missbraucht (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009: Pressemitteilung 234, 14% mehr Inobhutnahmen durch Jugendämter im Jahr 2008).

ihre eigenen Normen und Verkehrsformen entwickeln, früh Geschlechterstereotype einsetzen, Beziehungsmanagement betreiben und als Konsumkids gelernt haben, mit Wahlmöglichkeiten umzugehen und überraschende Optionen aus ihrem Kindsein heraus zu formulieren imstande sind.“ (ebd., 2008: 110)

Die Eigenständigkeit des Kindes- und Jugendalters sollte nicht übersehen werden. Böhnisch betont immer wieder, wie wichtig das Entwickeln einer Selbstständigkeit der Kinder in sozialräumlichen Angeboten ist. Er zeigt auf, dass Kinder immer mehr eigenständige Wesen sind, die nicht nur unter ihren Eltern oder anderen pädagogischen Personen stehen und von denen lernen sollen, sondern auch ihre eigenen Wünsche, Vorstellungen und Ideen haben. Das Kind wird also nicht als kleiner, ungelernter, noch entwicklungsbedürftiger Mensch, sondern als ein Rollenträger gesehen, dessen Entwicklungsstand genauso wichtig ist, wie der eines Erwachsenen (vgl. ebd.: 109 f.).

Böhnisch beschreibt die Rolle des Kindes in der Familie wie folgt: „Die Familien heute sind für Kinder Orte der Interessenaushandlung geworden. Trotzdem bleiben sie die vertrauten Räume für die emotionalen Wechselbäder von Distanz und Nähe zu den Eltern, denen Kinder und Jugendliche aus der unausweichlichen Entwicklungslogik des Aufwachsens heraus ausgesetzt sind.“ (ebd.: 112)

Es werden immer weniger Kinder zur Welt gebracht. Es waren 2008 nur noch 1,376 Kinder, die durchschnittlich je Frau geboren wurden. 1990 waren es noch 1,454 Kinder im Durchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008: Durchschnittliche Kinderzahl je Frau). Dadurch, dass es immer weniger Kinder gibt und durch die Individualisierung von Menschen, wird der Anspruch immer größer, die Kinder, die geboren werden, perfekt zu erziehen. Begegnet man Eltern mit schwierigen Kindern, die durch soziale Begebenheiten eventuell einen schwierigen Stand in der Gesellschaft haben oder durch eine körperliche und/oder geistige Behinderung benachteiligt sind, beobachtet man häufig, dass die Eltern sich schuldig fühlen. Das Dilemma ist, „[...] dass sich Mütter mit Kindern vor allem auch über ihre Kinder verwirklichen wollen.“ (Böhnisch, 2008: 89). Dies ist ein wichtiger Faktor für die Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Dass das Lernen in der Kindheit und in der Jugend für das weitere Leben als sehr wichtig in unserer Gesellschaft betrachtet wird, kann man an der Schulpflicht erkennen, die je nach Bundesland 9 bis 10 Vollzeitschuljahre und 3 Teilzeitschuljahre beträgt (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2009: Grundstruktur des Bildungswesens in der Bundesrepublik Deutschland). Selbst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird geschaut, dass der schulischen Verpflichtung soweit wie möglich nachgegangen wird (vgl. Rahn/Mahnkopf, 2005: 643).

4.3 Erwachsene

Da in diesem ersten Teil der Arbeit die Kinder- und Jugendpsychiatrie näher gebracht werden soll und in 4.1 schon die Familie beleuchtet wurde, wird in diesem Kapitel nur kurz auf das Erwachsenenalter eingegangen. Es soll zum einen den Unterschied zu Kindern und Jugendlichen deutlich machen, aber auch aufzeigen, welche Probleme die Eltern der Patienten/Patientinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Teil bewältigen müssen.

Das Erwachsenenalter wird häufig auch als Erwerbsalter benannt. Es wird meistens in Verbindung gebracht mit einem festen Beruf und einer intakten Familie, was aber heute nicht mehr der Realität entspricht. Das Erwachsenenalter kann ebenso neue Lernprozesse mit sich bringen, nur dass der erwachsene Mensch eher auf sich selbst gestellt ist, als ein Kind oder ein Jugendlicher (vgl. Böhnisch, 2008: 211 f.). Man hat als Erwachsener oft nicht nur die Verantwortung für sich selbst, sondern muss sich auch um seine eventuell vorhandenen Kinder, um seinen Partner/seine Partnerin und/oder zu pflegende Angehörige kümmern. Man muss also als Erwachsener auf sich selbst achten, man muss zusehen, dass man seinen Lebensunterhalt heranschafft, man muss auf seinen Partner Rücksicht nehmen, wenn man einen hat, den Haushalt in Ordnung halten, die Verantwortung für seine Kinder übernehmen und eventuell noch seine Eltern oder andere Verwandte pflegen. Dabei können einem Menschen im Erwachsenenalter verschiedene Probleme im Weg stehen, wie z.B. einen Betreuungsplatz für seine Kinder zu finden, arbeitslos zu werden oder alleine schon die Angst davor zu

haben (vgl. Hanses/Homfeldt, 2008: 38 f.). Außerdem müssen viele Erwachsene mit der Trennung oder Scheidung ihrer Partnerschaft zurecht kommen⁵, was häufig auch mit Verlust und Trauer einhergeht und eventuell zu Sorgerechtsstreits führen kann, worunter dann auch die Kinder leiden.

Böhnisch drückt die Schwierigkeit, als Mensch in der heutigen Zeit zu bestehen wie folgt aus: „Die Lebensalter sind also so angeordnet und nach der Logik der modernen Gesellschaft strukturiert, dass wir über sie unser Leben planen können und uns gleichzeitig immer wieder vergewissern oder in Lebenskrisen damit konfrontiert werden, ob wir diese Planung überhaupt einhalten können, ob wir diesem Leben überhaupt gewachsen sind. [...] Zum einen, dass es gesellschaftlich bedingte und vorstrukturierte Muster des Lebenslaufs gibt, die – zum Zweiten – von den einzelnen Menschen je individuell – biografisch – bewältigt werden müssen.“ (Böhnisch, 2008: 42)

5. Psychische Krankheiten

Um deuten zu können, was psychische Krankheiten sind und wie man sie einteilt, muss grundlegend geklärt werden, wodurch bestimmt wird, was eine Krankheit ist und wie verschiedene Krankheiten untergliedert werden. Hierfür wird zunächst die Weltgesundheitsorganisation vorgestellt, die hinter dem Gesundheitssystem steckt. Der Begriff „Krankheit“ wird kurz erläutert, und anschließend wird die Einteilung geschildert, die eine einheitliche Systematisierung von (psychischen) Krankheiten möglich macht.

5.1 Die Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) wurde am 07.04.1948 gegründet. Sie ist zuständig für alle Themen und Entscheidungen, die sich um die Gesundheit der Weltbevölkerung drehen. Die WHO selbst beschreibt sich wie folgt: „WHO is the directing and coordinating authority for health within the

⁵ 2008 wurden 191 948 Ehen geschieden, das heißt, dass 2 von 1000 Menschen in Deutschland geschieden wurden. Hierzu zählen keine Trennungen von unverheirateten Paaren (Statistisches Bundesamt, 2008: Eheschließungen und Scheidungen).

United Nations system. It is responsible for providing leadership on global health matters, shaping the health research agenda, setting norms and standards, articulating evidence-based policy options, providing technical support to countries and monitoring and assessing health trends.” (ebd., 2010: About WHO)

Deutschland gehört seit 1951, gemeinsam mit 193 anderen Staaten zur WHO dazu. Die WHO besteht aus einer Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA), einem Exekutivrat und einem Sekretariat und hat seinen Hauptsitz in Genf in der Schweiz. Die WHA hat sich 2009 bereits zum 62. Mal zusammengefunden, wobei auf den Konferenzen Themen wie aktuelle Virusinfektionen und die Bekämpfung derer, aber auch die Konsequenzen von Klimawandel und von sozialen Ungleichheiten für die Gesundheit diskutiert, und nach Lösungen gesucht wird. Vorsitzende der WHO ist seit 2007 die Generaldirektorin Dr. Margaret Chan. In dem Exekutivrat befinden sich 34 Abgeordnete aus den verschiedenen Mitgliedstaaten, welche die Versammlungen vorbereiten und sich um die Führung der Einhaltung der, auf den Versammlungen beschlossenen, Lösungen kümmern. Das Sekretariat hat 1 Hauptbüro und 6 Regionalbüros und ist für die Durchführung der Aufgaben der WHO zuständig (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010: Weltgesundheitsorganisation (WHO)).

Im September 2000 haben alle Mitgliedstaaten eine Erklärung unterschrieben, in welcher acht Ziele festgelegt wurden, die bis 2015 erreicht werden sollen. Zu den Zielen gehört es etwas gegen den Hunger und die Armut der Menschen zu unternehmen, die schulischen Ausbildungsmöglichkeiten für Kinder zu verbessern, die Benachteiligung von Frauen zu überwinden und eine Gleichstellung der Geschlechter herzustellen, die Kindersterblichkeit zu minimieren, die Gesundheit von Müttern zu fördern, ansteckende bzw. übertragbare Krankheiten, wie z.B. HIV und Malaria, zu bekämpfen, die Umwelt zu stärken und eine globale Partnerschaft zu erschließen, um die Entwicklung in der Welt voranzubringen (vgl. World Health Organization, 2010: Millennium Development Goals (MDGs)).

Von der WHO wurde festgelegt, was offiziell als Krankheit gilt. Dieser Krankheitsbegriff wird nun dargestellt und es werden zwei verschiedene Theorien dargestellt, die Krankheit jeweils auf ihre Grundannahmen hin einordnen.

5.2 Der Krankheitsbegriff

Um zu dem Begriff Krankheit zu gelangen, wird zunächst definiert, was Gesundheit ist: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization, 1946: Constitution of the World Health Organization)

Dies ist eine sehr häufig diskutierte Definition, da sie den Anschein macht, sehr unrealistisch und hochgegriffen zu sein⁶ (vgl. Kickbusch, 1982: Vom Umgang mit der Utopie).

Man kann aufgrund dieser Definition darauf schließen, dass alle Zustände eines Menschen, egal in welche Richtung sie gehen, als krank bezeichnet werden, sobald eine Abweichung des vollständigen Wohlbefindens vorliegt. Es gibt allerdings verschiedene Modelle von Krankheit. Zwei bekannte Sichtweisen sind die Pathogenese und die Salutogenese⁷. Während die Pathogenese sich darauf bezieht, die Entstehung und den Verlauf einer Krankheit als rein biologisch, also körperlich zu betrachten, geht die Salutogenese von einem ganzheitlichen psychosozialen, biochemischen, physikalischem Ansatz aus. (vgl. Filsinger/Homfeldt, 2005: 707 f.). In seiner Erläuterung über Salutogenese und Pathogenese unterscheidet Eichhorn die beiden Ansätze wie folgt: „Die Pathogenese hat sich darauf spezialisiert, Krankheiten zu kurieren: sie versteht unter Gesundheit das Nichtvorhandensein von Krankheit - während die Salutogenese sich um die Gesundheit sorgt: sie versteht unter Gesundheit das Vorhandensein von Lebensqualitäten.“ (Eichhorn 2010, Salutogenese – der andere Weg)

Die Salutogenese wurde begründet von Antonovsky. Krankheit wird hier nicht als Mangel eines Menschen, sondern zum menschlichen Organismus dazu gehörend angesehen. Das salutogenetische Modell geht nicht von einem zweiseitigen Ansatz, nämlich krank versus gesund, sondern von einem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Antonovsky, 1997: 29) aus.

⁶ Diese Information dient nur der Vollständigkeit halber und kann in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden.

⁷ Pathos (griech.) bedeutet Leiden; Salus (lat.) bedeutet Unverletztheit, Heil, Glück; Genese (griech.) bedeutet Entstehung

In dem Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit ist es besonders wichtig nicht nur die Krankheit an sich, sondern den Menschen in seinem gesamten Umfeld, in das viele Komponenten mit einbezogen sind, zu sehen. Soziale Arbeit hat in verschiedenen Bereichen, unter anderem in der Psychiatrie, mit kranken Menschen zu tun, sowohl ambulant, als auch stationär. Das liegt daran, dass die soziale Lage eines Menschen häufig auch mit seinem Gesundheitszustand zusammenhängt (vgl. Filsinger/Homfeldt, 2005: 705). „Soziale Arbeit als Wissenschaft und Profession betrachtet Gesundheit und Krankheit als soziale Phänomene. Sie analysiert Krankheit und Gesundheit vorrangig unter biographischen und lebensweltlichen Aspekten, im Kontext von sozialer Lage und sozialen Beziehungen in ihren vergemeinschafteten und vergesellschafteten Formen.“ (ebd.: 706)

Die verschiedenen bestehenden Krankheiten sind in Klassifikationssysteme eingeordnet, wobei hier die internationale Einteilung der WHO vorgestellt und die Nützlichkeit der Klassifikation erläutert wird.

5.3 Internationale Klassifikation psychischer Störungen

Aus unterschiedlichen Gründen ist es wichtig, dass es eine einheitliche Diagnostik von Krankheiten gibt. Erstens ist es in unserem Gesundheitssystem Voraussetzung für Kostenübernahmen, Krankmeldungen und Überweisungen, zweitens ist es unabdinglich für eine korrekte Behandlung bzw. eine Therapie, genau zu wissen, welche Störung bei einem Patienten/einer Patientin vorliegt. Erst nach genauer Überprüfung von Symptomen und Beeinträchtigungen kann eine entsprechende und hilfreiche Behandlung erfolgen. Zudem ist die Klassifikation von Krankheiten von höchster Bedeutung für die Aufstellung von Statistiken, für die Forschung und für die Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden (vgl. Remschmidt, 2005: 105). Für die Unterscheidung von Krankheiten gibt es mehrere Klassifikationsschemen. Die am weitesten verbreiteten Schemen sind das Diagnostic and Statistical Manual, von der American Psychiatric Association, in der vierten Version (DSM-IV) und die Internationale Klassifikation von Krankheiten in der zehnten Version (International Classification of Diseases, ICD-10) der WHO. Diese Thesis ist auf die internationale Version der WHO beschränkt. Die

psychischen Krankheiten sind in der Fassung ICD-10 mit dem Buchstaben „F“ betitelt. Durch eine an das F angehangene Nummerierung werden die einzelnen psychischen Störungen unterteilt. In F8 und F9 sind die speziellen Störungen im Kindes- und Jugendalter, nämlich die Entwicklungs- und die Verhaltens- und Anpassungsstörungen zu finden. Andere Störungen, die nicht abhängig sind vom Alter, aber auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten können, müssen aus den vorherigen Kapiteln (F0 bis F7) herausgefiltert werden. Die Sortierung der Klassifikation der psychischen Störungen wird größtenteils anhand der Beschreibung der Störungen und nicht nach den Ursachen ausgerichtet (vgl. Steinhausen, 2002: 20).

Für eine den Kindern und Jugendlichen gerecht werdende Einteilung der psychischen Störungen gibt es das multiaxiale Klassifikationssystem (MAS). Mit diesem können verschiedene Ebenen miteinander verbunden werden. Man findet in der ICD-10 ein Klassifikationsschema mit 6 verschiedenen Achsen. Die erste Achse zeigt das klinisch-psychiatrische Syndrom nach dem ICD-10 an, auf der zweiten Achse findet man die umschriebenen Entwicklungsstörungen von F8, auf der dritten Achse befindet sich das Intelligenzniveau, auf der vierten Achse ist die körperliche bzw. neurologische Symptomatik, auf der fünften Achse zeigen sich aktuelle abnorme psychosoziale Umstände und auf der sechsten und letzten Achse befindet sich eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung anhand einer Skala. Wenn man alle diese Achsen mit einbezieht, bekommt man eine vollständige Diagnostik von der Störung des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin (vgl. Remschmidt, 2005: 106 f.). Die Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird anhand der unter 2.4 beschriebenen Schritte eingeleitet.

Damit man dazu übergehen kann, eine Diagnose anhand des ICD-10 zu stellen, muss man zunächst einmal überprüfen, ob überhaupt eine psychische Störung vorliegt. Steinhausen liefert hierzu eine Definition: „Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt.“ (Steinhausen, 2002: 15). Um dies nachzuweisen, zeigt er verschiedene Kriterien auf, von denen mehrere erfüllt sein müssen, um sagen zu können, dass der Patient/die Patientin eine psychische Störung hat. Hierzu

gehören altersunangemessenes Verhalten, die Langfristigkeit, die Art, der Grad und die Anzahl des Auftretens von Symptomen, die Kombination mehrerer Symptome, unnormales Verhalten unter normalen Lebensumständen, eine eindeutige Veränderung des Verhaltens, und das Auftreten unter verschiedenen Bedingungen bzw. in unterschiedlichen Situationen. Zudem muss man den jeweiligen kulturellen Hintergrund bedenken, um eine psychische Störung von einem durch kulturelle Hintergründe bedingten Unterschied abzugrenzen. Wichtig ist auch die Bestimmung der Schwere der Auswirkung der psychischen Störung. Dabei wird untersucht, ob und wie sehr der Patient/die Patientin unter den Umständen leidet, welchen Umfang die sozialen Kontakte betragen, ob und in welchem Ausmaß die emotionale und funktionale Entwicklung beeinträchtigt wird und ob andere Personen von dem Verhalten des Patienten/der Patientin negativ betroffen sind (vgl. ebd.: 15 f.).

Im Weiteren werden nun in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu findende typische Störungsbilder genauer beleuchtet, damit unter anderem ein Eindruck davon entsteht, mit welchen umfänglichen Symptomen und Störungen man es als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin in einer solchen stationären Einrichtung zu tun hat.

5.4 Typische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen

Es ist wichtig, sich mit den unterschiedlichen Krankheiten und psychischen Störungen auseinander zu setzen, wenn man im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich tätig ist. Das Spektrum der psychischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist sehr komplex und vielfältig. Damit man den Kindern und Jugendlichen auf einer angemessenen Ebene entgegen kommen kann, sollte man wissen, welche Störungsbilder es gibt und welche Auswirkungen sie haben können. Man sollte dabei immer im Auge behalten, dass trotz Einteilung in ein Klassifikationsschema jeder Mensch unterschiedliche Voraussetzungen mit sich bringt und somit jeder Patient/jede Patientin als einzigartig angesehen werden muss. Diese Einzigartigkeit soll nicht als negative Betitelung gelten. Vielmehr soll das Bewusstsein des Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin darüber die Relevanz des Respekts, welchen man den Kinder und Jugendlichen, trotz ihrer Probleme und Unterschiede, gegenüber aufbringen

muss, hervorheben und eine gerechte Umgangsweise mit jedem Patienten/jeder Patientin ermöglichen.

Im Folgenden wird eine Auswahl von vier unterschiedlichen Krankheitsbildern vorgestellt, darunter die Psychosen, die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen des Kindesalters. Anschließend wird darauf eingegangen, welche Anforderungen diese speziellen Störungen an den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit stellen.

5.4.1 Psychosen

Das Feld der Psychosen ist weitläufig und es gibt viele verschiedene Formen davon, auch in Verbindung mit anderen Krankheitsbildern und Symptomen. Eine Psychose ist ein „krankhafter Zustand mit erheblicher Beeinträchtigung der psychischen Funktionen u. gestörtem Realitätsbezug“ (Duden, 2007: 859). Die Psychosen werden eingeteilt in schizophrene, schizoaffektive, affektive und organische Psychosen. Allgemein lässt sich die Schizophrenie, welche in der ICD-10 unter F2 aufgeführt ist, anhand folgender Symptome festmachen, wobei einzelne, fast ständig vorhandene Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Monat ausreichen: „[...] Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.“ (Dilling/Freyberger, 2010: 93). Die verschiedenen Formen der Schizophrenien unterscheiden sich in der Länge der Episoden, darin, ob die Schizophrenie vollständig, teilweise oder gar nicht wieder verschwindet, in der Negativsymptomatik und der Stimmung zwischen den schizophrenen Episoden und des Auftretens von Kramp fzuständen der Muskulatur und Wahnideen. Vor allem bei Kindern in der frühen und späten Kindheit treten die Symptome in einer anderen oder abgeflachten Form auf. Erst ab der Adoleszenz zeigen sich pathologische Auswirkungen, die vergleichbar sind mit denen bei Erwachsenen mit einer Schizophrenie, wie z.B. optische und akustische Halluzinationen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekommen nur etwa bis zu 5% aller Patienten/Patientinnen die Diagnose einer Schizophrenie, wobei die Anzahl der

Jungen höher ist, als die der Mädchen. Schizophrenien kommen bei Erwachsenen häufiger vor, als bei Kindern und Jugendlichen. Aus anderen psychischen Störungen in der Kindheit können Schizophrenien im Erwachsenenalter entstehen. Wenn Schulkinder plötzlich völlig unerwartete Reaktionen oder stark abweichende Verhaltensweisen im Gegensatz zu ihrer bisherigen Entwicklung zeigen, können diese Anzeichen Vorboten für eine Schizophrenie im Schulalter sein. Bei dem Eintritt einer Schizophrenie in der Adoleszenz können zuvor kognitive Einbrüche und Verstimmungen auftreten. Bei Kindern zeigen sich eher Formen von Ängsten, Antriebslosigkeit, motorische und sprachliche Probleme, emotionaler Rückzug, Labilität und später Wahnideen und empfundene körperliche Symptome. Zunächst beziehen sich die Wahninhalte im Jugendalter vorwiegend auf körperliche Symptome, in dem fortschreitenden Alter dann auf Verfolgungs- und Beziehungswahn. Die Vorstellung der eigenen Persönlichkeit geht über in Objekte und Tiere und es können Probleme mit der sexuellen Identität entstehen. Zu den Ursachen liegt noch kein ausführliches Wissen vor. Durch Zwillingsstudien und genetische und neurologische Untersuchungen wurde herausgefunden, dass die Ursachen hauptsächlich biologischer Natur sind. Ebenfalls wichtig sind die Umweltfaktoren, weil sich schwierige und negative emotionale Ereignisse als Auslöser auswirken können (vgl. Steinhausen, 2002: 68 f.). Hinzu kommt die Annahme, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Lebensumfeldern eher dem Risiko ausgesetzt sind an einer Schizophrenie zu erkranken, weil sie eher durch die Lebensumstände belastet sind (vgl. Remschmidt, 2005: 212).

Die affektiven Störungen (F3) treten episodenhaft auf und zeigen sich in abnormen heiteren oder depressiven Verstimmungen. Man kann sie grob einteilen in die Manien, die Depressionen und in einer Abwechslung von beidem, nämlich die bipolaren affektiven Störungen. Sie können im Zusammenhang mit und ohne psychotische Symptomen auftreten. Die manische Episode darf nur einmal festgestellt werden, um als solche diagnostiziert zu werden. Wenn sie sich wiederholt oder abwechselnd mit anderen Störungen auftritt, wird sie als bipolare affektive Störung klassifiziert. Manie bedeutet, dass der/die Betroffene eine von der sonstigen Stimmung deutlich veränderte hat, welche sich als besonders gehoben oder gereizt äußert. In einer manischen Episode unterliegt man z.B. einem gesteigerten Antrieb, Ruhelosigkeit, Verantwortungslosigkeit, Leichtsinn,

Distanzlosigkeit, Größenwahn, das Schlafbedürfnis ist eventuell gesenkt, es können Wahrnehmungsstörungen vorkommen und -bei eingeschlossenen psychotischen Symptomen- kommen Wahnvorstellungen hinzu. Den Gegensatz zu diesen Stimmungen zeigen die depressiven Episoden. Der/die Betroffene fühlt sich gedrückt, sein/ihr Antrieb ist vermindert und die Aktivität ist gesenkt. Symptome können Interessensverlust, Verlust von emotionaler Reaktion, Früherwachen, Morgentief, Schlafstörungen, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Verlust des sexuellen Triebes, mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Suizidgedanken und -versuche, Konzentrationsschwierigkeiten, psychomotorische Unruhe oder Hemmungen. Bei depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen können Wahnvorstellungen, wie z.B. Schuld-, Beziehungs- oder Verfolgungswahn hinzukommen. Die Symptome müssen immer in Verbindung zu den sonstigen Emotionen, Interessen und dem Temperament des Patienten/der Patientin gesehen werden.

Wenn weder nur eine einzelne manische Episode, noch nur depressive Episoden auftreten, wird die Diagnose der bipolaren affektiven Störung gestellt. Je nach der gerade auftretenden Phase, also hypomanisch, manisch, leicht über mittel bis schwer depressiv, gemischt, remittiert und mit oder ohne psychotische Symptome, wird diese klassifiziert im Zusammenhang mit bipolar affektiv (vgl. Dilling/Freyberger, 2010: 119 f.).

Bei Kindern und Jugendlichen sind die einzelnen Phasen kürzer und wechseln schneller. Zunächst können eventuell nur Störungen in den Beziehungen zu anderen Menschen und Schwierigkeiten mit dem Verhalten und den Leistungen in der Schule auffallen, weshalb eine eindeutige Diagnose bei Kindern und Jugendlichen häufig schwer ist. Die manische Phase zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen nicht so sehr anhand extrem aggressiver und gereizter Symptome wie bei Erwachsenen. (vgl. Steinhausen, 2002: 72 f.). Ursachen für affektive Störungen sind bewiesenermaßen die genetische Veranlagung, die Persönlichkeit und häufig auch die Verbindung dieser grundlegenden Voraussetzungen mit traumatischen, psychosozialen und/oder physikalischen Belastungen (vgl. Remschmidt, 2005: 224 f.).

Die organischen Psychosen wirken sich ähnlich aus, wie die Schizophrenie. Es können optische und/oder akustische Halluzinationen, verschiedene Wahnhalte oder affektive Störungen auftreten. Die Betroffenen von organischen Psychosen haben aber eher realitätsnahe Halluzinationen. Sie sind sich teilweise ihrer Krankheit bewusst. Die Diagnose einer organischen Psychose darf nur gestellt werden, wenn exogene, also körperliche Ursachen, wie Schädigungen des Gehirns und/oder des Zentralnervensystems nachgewiesen werden können und eindeutig im Zusammenhang mit den psychotischen Symptomen aufgetreten sind bzw. sich bei Verbesserung oder Heilung der Schädigung auch die psychotischen Symptome zurückbilden (vgl. Dillen/Freyberger, 2010: 44 f.). Ursachen von organischen Psychosen können Erkrankungen des Zentralnervensystems, wie z.B. Entzündungen, Schädel-Hirn-Traumen, Intoxikationen, Tumore, Epilepsie und andere sein. Aber auch interne Erkrankungen, wie Hepatitis, Allgemeininfektionen, Stoffwechselstörungen, Blutkrankheiten usw. können für eine organische Psychose verantwortlich sein. Ausschlaggebend bei der Auswirkung einer Erkrankung auf die Psyche können auch familiäre Umstände, das Lebensalter der/des Erkrankten, die Schwere der Erkrankung und organische Grundlagen sein. Bei Kindern ist eine Einschränkung des Bewusstseins meistens nicht gegeben und die Wahrscheinlichkeit eine Demenz zu erleiden ist bei ihnen nicht so hoch, wie bei Erwachsenen, die an einer organischen Psychose erkranken. Bei organisch psychotischen Kindern können Delir, Verwirrtheit, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen auftreten (vgl. Steinhausen, 2002: 75 f.).

5.4.2 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind in der ICD-10 unter F84 kodiert und zeichnen sich durch Störungen in sozialen Interaktionen mit anderen Menschen, durch Kommunikationsstörungen und durch Beeinträchtigungen von Interessen und Aktivitäten aus. Die betroffenen Kinder sind qualitativ eingeschränkt. Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gehören der Autismus, das Rett-Syndrom, die desintegrativen Störungen des Kindesalters, die hyperkinetische Störung und das Asperger-Syndrom. Etwa 60 von 10.000 sind von einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung betroffen, wobei ein Viertel bis die Hälfte von ihnen

zusätzlich geistig behindert ist. Der Fokus der Untersuchungen wurde hauptsächlich auf den frühkindlichen Autismus gelegt, der eine Rate von 10 von 10.000 aufweist. Bei dem atypischen Autismus sind 1,9 bis 10,9, bei dem Asperger-Syndrom 2,5 bis 48, bei dem Rett-Syndrom bis zu 1 und bei der desintegrativen Störung 0,2 Fälle von jeweils 10.000 bekannt.

Bei dem frühkindlichen Autismus liegen Einschränkungen in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im Verhalten vor und häufig kommen Schlafstörungen, Phobien, Probleme mit dem Essverhalten, Wutausbrüche und Aggressionen hinzu. Die Störung verfestigt sich vor dem 3. Lebensjahr. Anders verhält es sich bei dem atypischen Autismus, welcher sich von dem frühkindlichen Autismus entweder im Erkrankungsalter oder in der Anzahl der Symptome unterscheidet. Es gibt auch hier Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und es zeigen sich eingeschränkte, stereotype, repetitive Interessen, Aktivitäten und Verhaltensmuster. Bei dem atypischen Verhalten ist aber entweder der Beginn im oder nach dem 3. Lebensjahr, oder es werden nicht alle drei Bereiche, also Interaktion, Kommunikation und Verhalten als auffällig beschrieben, wie es bei dem frühkindlichen Autismus der Fall ist. Es kann bei dem atypischen Autismus auch vorkommen, dass sowohl das Manifestationsalter als auch die Anzahl der Symptome von dem des frühkindlichen Autismus abweichen (vgl. Dilling/Freyberger, 2010: 293 f.). Der Autismus tritt häufig in Verbindung mit einer geistigen Behinderung auf und es sind in einem Verhältnis von 3 bis 6 zu 1 viel öfter Jungen vom Autismus betroffen, als Mädchen. Außerdem leiden viele Autisten ab ihrer Jugend an Epilepsie und an anderen körperlichen Krankheiten, was naheliegend zusammenhängt mit einer hirnorganischen Schädigung bei Kindern mit Autismus. Dieses sind Gründe, von vornehmlich biologischen Ursachen für die autistischen Störungen auszugehen. Durch Geschwister- und Zwillingsstudien wurde herausgefunden, dass auch genetische Ursachen in Frage kommen (vgl. Steinhausen, 2002: 59 f.). Ebenfalls zu den Autismus-Spektrum-Störungen gehört das Asperger-Syndrom (vgl. Esser, 2008: 183). Ein Unterschied zu den autistischen Störungen ist aber die bei dem Asperger-Syndrom meist gut ausgebildete Sprache und der fehlende allgemeine und kognitive Entwicklungsrückstand. Die wechselseitige Interaktion ist bei dem Asperger-Syndrom gestört und es tritt oftmals motorische Ungeschicklichkeit auf. Die

Beziehungsstörungen sind meistens nicht so stark ausgeprägt, wie bei der autistischen Störung. Kinder und Jugendliche mit einem Asperger-Syndrom zeigen ebenfalls eingeschränkte, repetitive, stereotype Verhaltensweisen, sie interessieren sich aber in der Regel nicht für Teilobjekte und funktionsuntüchtige Spielmaterialien und entwickeln häufig ausgeprägte Sonderinteressen für bestimmte Themen und Spezialfertigkeiten in einigen Bereichen (Dilling/Freyberger, 2010: 304 f.). Das Asperger-Syndrom verfestigt sich erst ab dem 3. Lebensjahr und tritt mit einer Relation von 8 zu 1 ebenfalls viel öfter bei Jungen auf als bei Mädchen. Auch hier sprechen die Geschlechterrelation und familiäre Untersuchungen für eine genetische Ursache. Hinzu kommen Forschungen, die eine Hirnfunktionsstörung bei dem Asperger-Syndrom herausstellten. Gesichter werden beispielsweise mit der Hirnregion verarbeitet, die normalerweise für Objekte zuständig ist. Bei Erkrankten des Asperger-Syndroms können gleichzeitig Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, psychotische Erkrankungen, Zwangsstörungen, und das Tourette-Syndrom auftreten. Ab der Pubertät wird es den Betroffenen normalerweise bewusst, dass sie sich von anderen unterscheiden, woraufhin häufig Depressionen bis hin zu suizidalen Handlungen erscheinen (vgl. Remschmidt, 2005: 191 f.).

Anders als bei den autistischen Störungen ist das Rett-Syndrom bis heute nur bei Mädchen diagnostiziert worden. Die prä- und perinatale psychomotorische Entwicklung und der Kopfumfang sind hier bis zu dem 5. Lebensmonat normal. Ab dem 5. Lebensmonat kann das Wachstum des Kopfes nachlassen und bereits erlernte, zielgerichtete Handbewegungen funktionieren nicht mehr und es werden stereotype Handbewegungen entwickelt. Es treten Kommunikations-, Intelligenz-, Interaktions- und psychomotorische Störungen auf (vgl. Dilling/Freyberger, 2010: 299 f.).

Bei der desintegrativen Störung des Kindesalters verläuft die Entwicklung mindestens in den ersten beiden Jahren normal. Ab dem Beginn der Störung werden die vorher erworbenen Fähigkeiten innerhalb kürzester Zeit, etwa einige Monate, verlernt. Hierzu gehören das Spielen, das Sprechen, soziale Fähigkeiten oder adaptives Verhalten, Darm- und Blasenkontrolle und motorische Fertigkeiten. Es muss ein Verlust von mindestens 2 dieser Bereiche erfolgen, um die Diagnose einer desintegrativen Störung stellen zu können. In mindestens zwei Bereichen

der Störungen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und des stereotypen Verhaltens, wie sie bei dem Autismus vorkommen, muss eine qualitative Einschränkung deutlich zu erkennen sein. Es konnten Gehirnerkrankungen bei Betroffenen im Zusammenhang mit dem Auftreten der Störung festgestellt werden (vgl. ebd.: 300 f.).

Die hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien lässt sich bei Kindern diagnostizieren, welche einen Intelligenzquotienten unter 50 aufweisen und gleichzeitig Aufmerksamkeitsstörungen, stereotype Verhaltensweisen und Hyperaktivität zeigen, wobei die letztere im Erwachsenenalter in verminderte Aktivität umschwenken kann. Gegenüber dem Autismus liegen aber bei der hyperkinetischen Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien keine außergewöhnlichen sozialen Interaktionsstörungen vor (vgl. ebd.: 302 f.).

5.4.3 Störungen des Sozialverhaltens

Die in der ICD-10 unter F91 zu findenden Störungen des Sozialverhaltens spielen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine besonders große Rolle. Sie werden bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten von allen psychischen Krankheiten diagnostiziert (vgl. Rahn/Mahnkopf, 2005: 653). Die diagnostischen Kriterien weisen eine lange Liste von Merkmalen auf und das Verhalten wird immer anhand des vorhandenen Entwicklungsniveaus gemessen. Nach dem ICD-10 gilt für die Störung des Sozialverhaltens: „Vorliegen eines wiederholten, persistierenden Verhaltensmusters, bei dem entweder die Grundrechte anderer oder die wichtigsten altersentsprechenden sozialen Normen oder Gesetze verletzt werden, mindestens sechs Monate anhaltend, mit einigen der unten angegebenen Symptome [...]“ (Dilling/Freyberger, 2010: 315)

Die Symptome reichen von starken Wutausbrüchen über Regelverstöße, Abwiegung von Verantwortung für eigene Fehler auf Andere, absichtliches ärgern Anderer, Gehässigkeit, Rachsucht, Lügen, Brechen von Versprechen, Schulschwänzen unter dem 13. Lebensjahr, Quälen von Tieren oder Mitmenschen, bis hin zu schweren Verbrechen mit Gewaltausübungen,

Zerstörung von anderem Eigentum und Schädigen von Mitmenschen. Bis auf die letzten drei Punkte müssen die Symptome häufig oder in einem großen Ausmaß auftreten, um eine Störung des Sozialverhaltens diagnostizieren zu können. Zudem kann je nach Schwere und Häufigkeit des Auftretens der Symptome und der Schädigung von anderen der Grad der Störung von leicht über mittel bis schwer festgelegt werden. Untergruppen in der Einteilung der Störungen des Sozialverhaltens sind die auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten und sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens. Sie unterscheiden sich darin, dass sich das gestörte Verhalten bei ersterem hauptsächlich auf Familienkontexte bezieht und ansonsten eher normal ist. Bei Störungen des Sozialverhaltens ohne soziale Bindungen werden die unangepassten Verhaltensweisen eher alleine durchgeführt. Es gibt keine oder nur oberflächlich und kurzweilige Freundschaften und der Patient/die Patientin ist meist unbeliebt bei Gleichaltrigen. Im Gegensatz dazu wird bei Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen das Fehlverhalten häufig in der Gruppe, in Form von Diebstahl, Gewalttaten, Schulschwänzen und Anderem, durchgeführt. Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten zeigt höchstens zwei schwerwiegende Symptome von F91, tritt also etwas abgeschwächt auf, trotzdem ist auch hier das Verhalten stark gestört. Neben dieser Unterteilung wird unterschieden zwischen einer Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und im Jugendalter, wobei die Einteilung an dem Beginn der Störung vor bzw. nach dem 10. Lebensjahr festgemacht wird (vgl. ebd.: 315 f.).

Die Begriffe „Delinquenz“ und „Dissozialität“ werden häufig im Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens diskutiert. Renschmidt definiert Delinquenz als Verhalten, mit welchem gegen das Gesetz verstoßen wird und das juristische Folgen nach sich zieht. Dissozialität bezeichnet er als Verhalten, welches nicht an die allgemein geltenden gesellschaftlichen und sozialen Normen angepasst ist, sondern stark von diesen abweicht (vgl. ebd., 2005: 307). Die Ursachen für Störungen des Sozialverhaltens sind meistens polymer und wirken häufig im

Wechsel zueinander. Es wurde durch Forschungen bestätigt, dass die genetischen Anlagen und somit biologische und neurologische Bedingungen verantwortlich sind für Störungen des Sozialverhaltens. Hinzu kommen familiäre, soziale, gesellschaftliche und kulturelle Risikofaktoren. Durch negative Umwelteinflüsse, wie Misshandlungen in der Kindheit, Vernachlässigung durch die Eltern usw. können biologische und chemische Veränderungen im Körper stattfinden, welche zu Störungen im Sozialverhalten führen können. Andersherum werden Kinder, welche mit einem eher aggressiven, störenden Temperament auf die Welt kommen und ein auffälliges Verhalten zeigen, eher durch die Eltern zurückgewiesen, was sich dann wiederum negativ auf das Sozialverhalten auswirken kann. Es zeigt sich, dass das Risiko zu einem gestörten Sozialverhalten wächst, umso mehr negative Faktoren hinzukommen (vgl. ebd.: 309). Um die speziellen Ursachen genauer zu erläutern, werden hier drei Modelle vorgestellt, wobei die ersten Beiden aus der medizinisch therapeutischen Richtung und das Dritte aus der Sozialen Arbeit entstammt. In allen Modellen werden die verschiedenen Risikofaktoren unterschiedlich stark ausschlaggebend angezeigt. Das Ursachenmodell von Steinhausen (Abb.1) ist ringförmig angeordnet, wobei die Störung im Mittelpunkt steht und dort herum neigen sich die Faktoren Temperament, Persönlichkeit und die biologische Veranlagung. Daran schließt sich ein Kreis mit Faktoren der jeweiligen Situation, die Auslöser für Verhaltensauffälligkeiten der Person sind. Dann erst sind nacheinander die Familie, die soziale Umwelt und die Gesellschaft mit kulturellen Hintergründen dargestellt. Bei diesem Modell werden keine interaktionellen Hintergründe beleuchtet, wie das Wechselspiel zwischen Person und Umwelt. Sie haben bei diesem Modell keinen direkten Kontakt, da noch zwei Ringe dazwischen stehen. Eine direkte Verbindung zwischen Person und Umwelt fehlt. Zudem ist die Einteilung sehr grob gehalten und genaue Aspekte, wie Schule und zwischenmenschliche Beziehungen werden nicht dargestellt. Die speziellen Anforderungen werden nicht genannt.

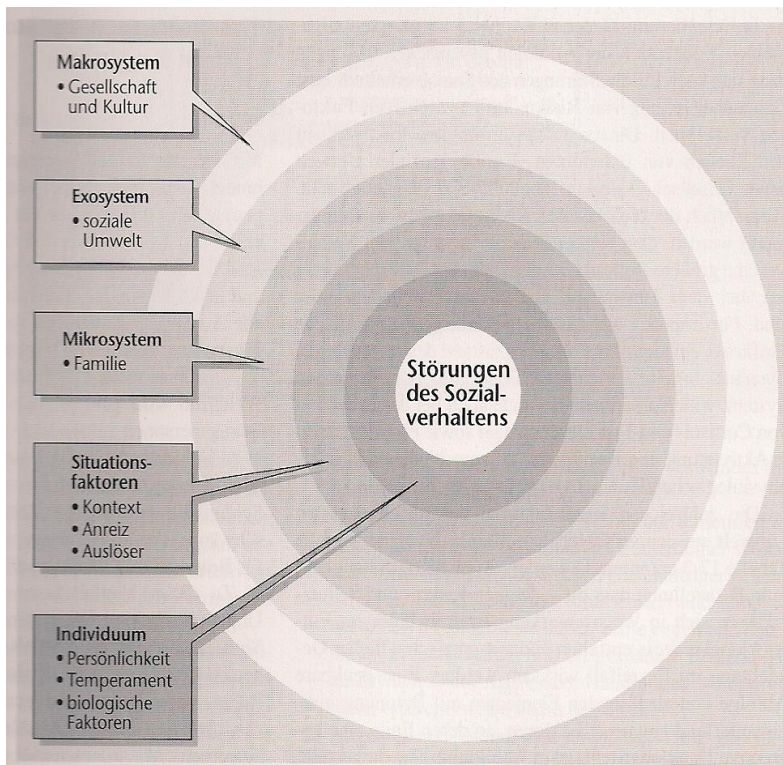


Abb.1: „Ursachenmodell für Störungen des Sozialverhaltens.“ (Steinhausen, 2002: 213)

Das Ursachenmodell von Renschmidt (Abb.2) bezieht sich zwar speziell auf die dissozialen Verhaltensweisen, aber da diese zu den Störungen des Sozialverhaltens dazu gehören kann man beide Modelle miteinander vergleichen. Renschmidt geht bei seinem Ursachenmodell weiter auf die genauen Verbindungen zwischen biologischen und Faktoren sowie Umweltfaktoren zum Verhalten ein. Er gibt die familiären Risikofaktoren als ebenfalls wichtigen Aspekt an und zeigt die Wechselbeziehungen der Faktoren und des Verhaltens zueinander an. Auch hier ist das Verhalten als Mittelpunkt dargestellt.

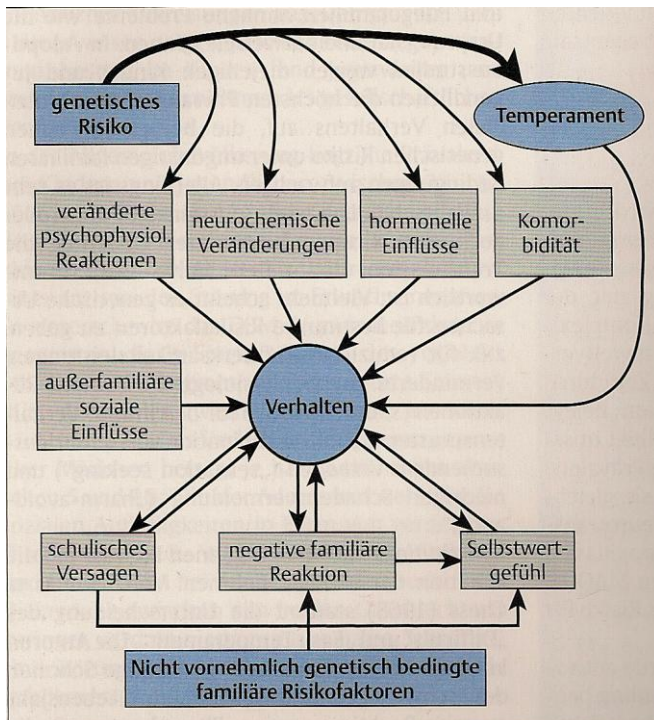


Abb.2: „Entstehungsmodell dissozialer Verhaltensweisen.“ (Remschmidt, 2005: 310)

Bei dem systemischen Ansatz aus der Sozialen Arbeit von Röh (Abb.3) steht nicht das gestörte Verhalten, sondern die Person an sich im Mittelpunkt. Um sie herum ringen sich das soziale Umfeld, die Gesellschaft, die Umwelt und die verschiedenen Themen, mit denen ein Mensch in seiner Umwelt zu tun hat. Diese werden in Wechselbeziehung zu der Person und auch zueinander präsentiert. Man kann die Vielfältigkeit erkennen, die durch die verschiedenen mehr oder weniger starken Einflüsse entsteht und immer auch im Kontext der betrachteten Person und deren Beziehungen zu anderen Menschen gesehen werden muss. Man hätte in die Ringe „Soziales Umfeld“ noch die Bezeichnung „Beziehungen“ ergänzen können, um die Interaktion, die fortwährend läuft, deutlich zu machen. Um als Modell für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu dienen, könnte, trotz des Themas Bildung, da diese auch außerschulische Aspekte betrifft, anstatt des Aspekts Arbeit auch Schule eingesetzt werden. Allerdings trifft das Thema Erwerbsleben, wenn es die Eltern beschäftigt, ebenso deren Kinder. Zudem muss man sich früh mit dem Erwerbsleben auseinander setzen, damit man in der heutigen Gesellschaft eine realistische Chance auf einen späteren Arbeitsplatz erhält. Die genetischen Faktoren, die bei den anderen Modellen in den

Vordergrund gestellt werden, sind hier nicht extra verzeichnet. Jedoch gehören zu einer Person auch seine biologischen Voraussetzungen und durch die äußeren Themen, wie Gesundheit und Bildung werden diese unter anderem beeinflusst.

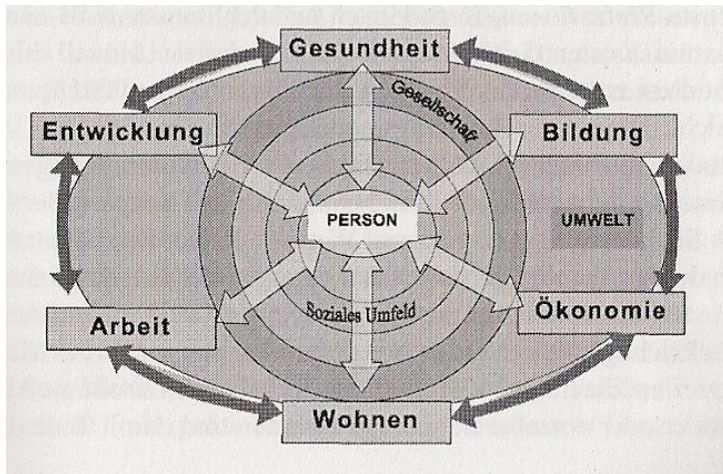


Abb.3: „Biopsychosoziales Modell“ (Röh, 2008: 41)

Die Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens kann unterschiedlich ausfallen. Es ist zum Einen ausschlaggebend, mit welchem Alter die Störung beginnt und zum Anderen, welche Faktoren auf das Kind/den Jugendlichen/die Jugendliche einwirken. Die positiven Einflüsse und Therapiemaßnahmen werden im folgenden Kapitel bearbeitet. Die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens kann schon bei einem Säugling beginnen, wenn ein bestimmtes Temperament vorhanden ist. Dies kann zu Hyperaktivität in Verbindung mit Aggressivität und Trotz bei dem Kleinkind führen und sich hinziehen bis ins Grundschulalter, wo Probleme mit Gleichaltrigen und Lernstörungen auftreten können. Im schlimmsten Fall zieht sich das Verhalten bis in das Jugendalter fort und es werden im Zusammenschluss mit anderen Jugendlichen oder als Einzelgänger Straftaten begangen. Einige Entwicklungsschritte können auch vereinzelt auftreten und es ist nicht zwingend gegeben, dass ein gestörtes Sozialverhalten im Kindesalter zu Delinquenz in der Adoleszenz führt, aber durch vermehrte Risikofaktoren kann diese Entwicklungsfolge verstärkt bedingt werden. Steinhausen beschreibt zwei verschiedene Entwicklungstypen, wobei die Probleme bei dem ersten Typ früh beginnen und häufig mit aggressivem und impulsivem Verhalten und in Verbindung mit Hyperkinese auftreten und eine ungünstige Entwicklung

vorhersagen. Oftmals gibt es Schwierigkeiten mit Beziehungen und Leistungen. Dieser Entwicklungstyp wird überdurchschnittlich von Jungen dominiert. Der zweite Entwicklungstyp kommt auch häufiger bei Jungen als bei Mädchen vor, trotzdem sind unter diesem Typ mehr Mädchen zu finden, als unter dem ersten. Die Jugendlichen, die zu dem zweiten Typ gehören, fallen weniger durch aggressives, sondern eher durch hinterhältiges, delinquentes Verhalten auf. Es sind meistens soziale Beziehungen vorhanden und das sträfliche Verhalten wird in Gruppen ausgeführt (vgl. Steinhausen, 2002: 213).

Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens haben oftmals auch andere Störungen und teilweise ist es schwer eine Diagnose zu stellen. Die verschiedenen Störungen bedingen sich zum Teil und beeinflussen sich gegenseitig. In Verbindung mit gestörtem Sozialverhalten können Schizophrenien, Manien, emotionale und hyperkinetische Störungen, organische Psychosyndrome, Lern- und Anpassungsstörungen auftreten (vgl. ebd.: 216). Das Erwachsenenleben von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens ist prognostiziert mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Psychose, mit Drogenmissbrauch, mit Schwierigkeiten im Erwerbsleben und mit der Durchführung von Straftaten (vgl. Rahn/Mahnkopf, 2005: 656). Statistiken zeigen zwar eine höhere Wahrscheinlichkeit dieser Probleme im Erwachsenenalter, trotzdem ist es unabdinglich sich Vorurteile zu bilden und Kinder und Jugendliche für ihr späteres Leben zu verurteilen, weil sie eine psychische Störung zeigen. Umso wichtiger ist es, sich anzuschauen, was Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens oder anderen Störungen brauchen und wo man mit Hilfsangeboten ansetzen kann.

5.4.4 Emotionale Störungen des Kindesalters

Die emotionalen Störungen des Kindesalters zeigen ein stark ausgeprägtes angstbezogenes Verhalten innerhalb der normalen Entwicklung, welches die Betroffenen ernsthaft in ihrer sozialen Funktion beeinträchtigt. Zu den emotionalen Störungen des Kindesalters gehören die emotionale Störung mit Trennungsangst, die phobische Störung, die Störung mit sozialer Ängstlichkeit, die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität und die generalisierte Angststörung des

Kindesalters. Um eine emotionale Störung des Kindesalters zu diagnostizieren, muss diese bis spätestens zu dem 18. Lebensjahr auftreten.

Die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters beginnt vor dem 6. Lebensjahr. Hier hat das Kind übermäßige Angst vor dem Verlust von der Hauptbezugsperson, was sich dahin auswirken kann, dass das Kind Angst vor dem Tod oder dem Verschwinden der Bezugsperson oder von sich selbst, z.B. durch den Einfluss eines Unfalls oder eines Straftäters hat, dass das Kind die Schule ablehnt, um bei der Bezugsperson zu bleiben, Probleme mit dem Ein- und/oder Durchschlafen wenn die Bezugsperson nicht unmittelbar daneben liegt, Angst alleine zu Hause zu sein, Alpträume von Trennungen, somatische Symptome oder Wutausbrüche oder Apathie oder sozialem Rückzug in Verbindung mit der Trennung von der Hauptbezugsperson (vgl. ebd.: 323 f.). Remschmidt beschreibt eine Entwicklung, welche mit der Beschwerde über körperliche Symptome, wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, besonders morgens und am Anfang der Woche beginnt, was zu einer medizinischen Abklärung von eventuell vorhandenen Krankheiten führt und nach Feststellung der körperlichen Gesundheit des/der Betroffenen eine Schulphobie erkannt wird. Diese Schulphobie steht aber mit der Trennungsangst von der Bezugsperson, die häufig die Mutter ist, in Verbindung. Als Ursache wird die enge Bindung zwischen Patient/Patientin und der Bezugsperson sowie ein Störungsbild in dem gesamten Familiensystem benannt (vgl. ebd., 2005: 240 f.).

Bei der phobischen Störung des Kindesalters hat der/die Betroffene übermäßige Angst vor eigentlich entwicklungsphasenspezifischen Befürchtungen, wobei es aber nicht bei dieser normalen Befürchtung bleibt, sondern eine abnorme und anhaltende Angst entwickelt wird.

Die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters tritt vor dem 6. Lebensjahr in Verbindung mit den normalen ängstlichen Reaktionen vor Fremden in diesem Alter auf, wird dann aber darüber hinaus in verlängerter und verstärkter Form weiter beibehalten. Kinder mit einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit weisen eine abnorme Angst, Befangenheit, Verlegenheit, Leiden in Situationen mit fremden Menschen oder Situationen auf.

Bei der emotionalen Störung mit Geschwisterrivalität treten lange anhaltende (mindestens 4 Wochen), außergewöhnlich starke negative Gefühle gegenüber einem unmittelbar jüngeren Geschwisterkind in Form von Wutausbrüchen, Schlafstörungen, oppositionellem oder aufmerksamkeitsstreichendem Verhalten gegenüber den Eltern auf.

Unter den sonstigen emotionalen Störungen des Kindesalters ist die generalisierte Angststörung des Kindesalters angeordnet. Hierunter fallen übermäßige Ängste und Befürchtungen, die auf mehrere Ereignisse bezogen sind und sich über mindestens ein halbes Jahr lang hinziehen. Sie zeichnen sich durch Ruhelosigkeit, Nervosität, Anspannung, Müdigkeit, Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, kognitive Leere, Überreizung, Muskelverspannung und Schlafstörungen aus (es müssen nicht alle Symptome zutreffen). Sie sind durch die verschiedenen Ängste und ihre Auswirkungen eindeutig in den Verrichtungen ihres Lebens eingeschränkt (vgl. Dilling/Freyberger, 2010: 326 f.).

5.4.5 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

Eine Mischung aus dissozialen, aggressiven, ängstlichen und depressiven Verhaltensweisen wird in den kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen beschrieben. Bei der Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung müssen sowohl die Kriterien für die Störung des Sozialverhaltens, als auch die Kriterien, welche für eine depressive Episode aufgestellt sind, vorkommen. Es treten also Symptome von F32 gleichzeitig mit Symptomen von F91 auf.

Bei den sonstigen kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen verbinden sich gestörtes Sozialverhalten mit Zwangshandlungen, Angst, Phobien und anderen Störungen der Emotionen. Hier zeigen sich gleichzeitig Kriterien von F91 und von F93 bzw. F40—F49 (neurotische Störungen) (vgl. ebd.: 321).

Zunächst hört es sich abwegig an, dass jemand zugleich ängstlich und aggressiv sein kann, in der Realität ist aber eine emotionale Angst, die überspielt wird mit aggressiven, dissozialen Verhaltensweisen relativ häufig bei Kindern und

Jugendlichen. „Die aus der Umwelt stammenden Ängste und Befürchtungen lassen einige Kinder ihre Verunsicherung nach außen in aggressive Handlungen ausagieren.“ (Steinhausen, 2002: 216)

Nachdem nun verschiedene Störungen mit ihren umfassenden Symptomen beschrieben wurden, wird im nächsten Kapitel herausgearbeitet, welche direkten Probleme im Alltag der Kinder und Jugendlichen auftreten können. Diese Untersuchung auf Defizite in den Alltagskompetenzen wird auf die Störungen des Sozialverhaltens bezogen. Bei diesen sind nachweislich eher Umweltbedingungen ausschlaggebend für das Auftreten und nicht vordergründig organische Ursachen, wie bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Um an verschiedenen Punkten mit Hilfsmöglichkeiten ansetzen zu können, muss zunächst herausgearbeitet werden, an welchen Stellen im Alltag Probleme auftreten können.

6. Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen der Kinder und Jugendlichen

Wie bei den Störungen des Sozialverhaltens bereits erwähnt, treten oftmals verschiedene Symptome gleichzeitig auf, wobei dann genau geschaut werden muss, welche als Hauptdiagnose gestellt wird und welche Diagnosen daneben klassifiziert werden können. Alle oben beschriebenen psychischen Krankheiten, sowohl die Psychosen, als auch die gemischt emotionalen und dissozialen Störungen und die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen können differentialdiagnostisch mit den Störungen des Sozialverhaltens auftreten. Im Folgenden wird exemplarisch am Beispiel der Störungen des Sozialverhaltens analysiert, an welchen Kompetenzen es den Kindern und Jugendlichen mit einer solchen oder ähnlichen psychischen Störung in ihrem Alltag und ihrer Lebenswelt mangelt und wo Ressourcen für einen sozialarbeiterischen Ansatz vorhanden sind.

Je nachdem, ob eine Störung mit oder eine ohne soziale Bindung vorliegt, fehlt es den Kindern und Jugendlichen an der Kompetenz mit anderen Gleichaltrigen Kontakt aufzunehmen bzw. feste Beziehungen in Form von Freundschaften oder Partnerschaften aufrecht zu erhalten. Oftmals sind solche Kinder und Jugendlichen Außenseiter in der Schule und haben wenige oder gar keine

Hobbies, bei denen sie in Kontakt mit anderen Kindern und Jugendlichen treten können. Durch den Mangel an sozialen Kompetenzen, die zum Teil durch ein zu geringes Selbstwertgefühl hervorgerufen und durch Aggression und Oberflächlichkeit abgetan wird, schaffen sie es nicht in Beziehungen zu treten oder gehen dies an, indem sie Streit anfangen oder versuchen andere Mitschüler/Mitschülerinnen in eine Opferrolle zu bringen. Dieses Verhalten führt zum Ausschluss der betroffenen Kinder/Jugendlichen, welche wiederum mit aggressivem, verletzendem Verhalten reagieren (vgl. Mehringer, 1975: 12). Es ist ein Kreislauf, aus dem es schwierig wird, ohne Hilfe auszubrechen. Ob in der Gruppe oder als Einzelgänger: aggressives Verhalten, welches als stärkstes und häufigstes Symptom bei gestörtem Sozialverhalten auftritt, kann immer auch eine negative Reaktion bei dem jeweiligen Gegenüber auslösen und die gestörten Kinder/Jugendlichen in schwierige Situationen bringen. Die Reaktion auf verhaltensgestörte Kinder zeigt diesen meistens wiederum, dass sie nicht liebenswert sind und bestätigt sie in ihrem Verhalten. Je früher interveniert wird, umso eher kann ein Einschleifen des Verhaltens verhindert oder abgeschwächt werden (vgl. Petermann/Petermann, 2009: 32). In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie muss mit den Patienten/Patientinnen erst einmal wieder gelernt werden, Selbstvertrauen aufzubauen, um in der Lage zu sein, sich von Anderen schätzen zu lassen und somit Beziehungen aufnehmen zu können. Durch fehlende, eingeschränkte oder zu enge Bindungen mangelt es an sozialen Kompetenzen. Den Kindern und Jugendlichen muss geholfen werden, wieder Vertrauen fassen zu können und Halt und Hilfe zu erfahren. Bei zu engen Bindungen muss erlernt werden, sich von der Bezugsperson abzukapseln und ein eigenständiges Leben als vollständiger, selbstwirksamer und selbstkritischer Mensch führen zu können. Manchmal ist es von Vorteil, wenn die Kinder und Jugendlichen zunächst Abstand von ihrer Kernfamilie und ihrer Umgebung bekommen, um an sich zu arbeiten und sich als vollwertiges Individuum akzeptieren zu können, damit anschließend an den Beziehungen innerhalb der Familie gearbeitet werden kann. Manchmal ist ein Abstand auch wichtig, um hochgeschaukelte Gefühle und Streitigkeiten abklingen zu lassen, um die Chance zu erhalten, mit Bedacht an den Beziehungen arbeiten zu können. In einigen Fällen, z.B. bei ständiger Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern oder bei Missbrauch ist eine vollständige Trennung von Eltern und Kind nicht zu umgehen,

um für das Kind in Zukunft eine weniger problematische Entwicklung erhoffen zu können. Kinder und auch Jugendliche brauchen für einen dementsprechenden Schritt große Unterstützung und Halt von Erwachsenen und brauchen vor allem Hilfe dabei, zu verstehen, welche Chancen sie durch eine Trennung erhalten, damit eine solche Intervention überhaupt sinnvoll gestaltet werden kann (vgl. Weiß, 2006: 76 f.). Anhand des Verhaltens von Patienten/Patientinnen auf einer psychiatrischen Station in Situationen, die zum alltäglichen Leben dazu gehören, wie z.B. die Mahlzeiten, die Vor- und Nachbereitung dieser, räumliche Ordnung halten, Hygiene, Spiel- und Sporteinheiten usw., kann beobachtet werden, wie die Patienten/Patientinnen auf Anweisungen und Hilfsangebote reagieren und man hat die Möglichkeit, dieses Verhalten mit dem von zu Hause beschriebenen zu vergleichen und auf die jeweiligen Probleme einzugehen.

An Kommunikationskompetenzen fehlt es Kindern und Jugendlichen mit gestörtem Sozialverhalten häufig. Es fällt ihnen schwer, eine angemessene Lautstärke beizubehalten, Andere ausreden zu lassen, zu diskutieren, andere Meinungen zuzulassen und Empathie zu empfinden. Sei es, weil sie sich selbst nicht als liebenswert und vollständig empfinden können, weil die erlernten Strukturen es nicht zulassen, weil sie nie wirklich einen adäquaten Gesprächspartner hatten, der sie für ernst genommen hat oder andere Probleme.

In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Voraussetzungen gegeben, erst einmal in einem engen Rahmen zu erlernen, sich an aufgestellte Regeln zu halten und Grenzen zu erproben, was Kindern und Jugendlichen mit gestörtem Sozialverhalten oftmals fehlt. Sie haben niemals richtig gelernt, sich an feste Regeln und Strukturen zu halten und Kompromisse auszuhandeln. Einige Kinder und Jugendliche haben nicht gelernt, zwischen fremdem und eigenem Eigentum zu unterscheiden, genauer gesagt haben sie durch falsche Wertvorgaben keinen Respekt davor, dass etwas nicht ihnen gehört. Einige leben auch unter so schlechten Bedingungen, dass sie dazu führt mit Stehlen anzufangen (vgl. Petermann, 2009: 38). Ihnen wurden keine oder kaum Grenzen aufgezeigt und damit kein Rahmen vorgegeben, in welchem sie handeln können, was zu einer gewissen Haltlosigkeit führen kann. Die Kinder und Jugendlichen haben häufig ihre Perspektiven aus den Augen verloren. Sie verdecken diese Ziellosigkeit mit starkem Konsumverhalten, Drogen- und Alkoholgenuss, Straftaten

wie Diebstahl, Raub, Verschandelung von fremdem Eigentum, Gewalttaten und anderem (vgl. Esser, 2008: 228). Sie brauchen Anregungen und Hilfestellungen dabei, neue sinnvolle Inhalte für ihr Leben zu entdecken, Grenzen zu erfahren und von sich selbst und anderen akzeptiert zu werden. Sie brauchen Unterstützung, um eigene Fähigkeiten zu erkennen und diese für sich positiv zu nutzen. Sicherlich haben psychisch kranke Kinder und Jugendliche Strategien und Abwehrmechanismen entwickelt, um gut durch das oftmals schwierige und komplexe Leben zu kommen, was ihnen erst einmal dabei hilft, sich aufrecht zu erhalten und ihre oftmals sehr schwierigen Lebensumstände durchzustehen (vgl. Weiß, 2006: 54 f.). Es müssen nun diese Fähigkeiten und Strategien, welche häufig mit delinquentem und dissozialem Verhalten zusammen hängen, so umgewandelt werden, dass sie in der Gesellschaft einen Platz finden und vor allem die Kinder und Jugendlichen voran bringen, aus ihrem psychischen Tief heraus holen und somit eine Entwicklung stattfinden kann, welche den Kindern und Jugendlichen nicht schadet. Sie fühlen sich durch ihre Lebensumstände und ihre Umwelt bedroht. Besonders wichtig ist es herauszufiltern, unter welchen Verhaltensweisen die Kinder und Jugendlichen selber leiden. Genauer muss beachtet werden, wie die jungen Patienten/Patientinnen ihre eigene Lebenswelt sehen. Aus deren Blickwinkel mit allen ihren inneren Vorstellungen, Einstellungen und vor allem Gefühlen, die sie selber empfinden, sehen ihre Probleme eventuell ganz anders aus, als aus der Sicht der Personen, die zu ihrem Umfeld gehören. Die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen muss darauf überprüft werden, welche Möglichkeiten es für sie gibt und wo die Grenzen des Möglichen liegen. Hierbei ist es notwendig die Kinder und Jugendlichen mit einzubeziehen und zu schauen, was ihnen dabei hilft, selber mit und innerhalb ihrer Lebenswelt zu handeln, sich selbst zu stärken und eigene Ressourcen zu nutzen. Durch die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ist also ein Raum vorhanden, in dem jungen Menschen in einer geschützten Art und Weise geholfen werden kann, mit den schwierigen Lebensverhältnissen, die zu einer psychischen Krankheit geführt haben, umzugehen und neue Aspekte zu eröffnen. „Wenn lebensweltorientierte Jugendhilfe so in den Brüchen und Schwierigkeiten heutiger Lebenswelt agiert, braucht sie Aufwand für Klärung, Unterstützung und Beratung in den gegebenen Schwierigkeiten, sie braucht aber auch Anstrengungen, um Lebensverhältnisse trotz der gegebenen Brüche und Schwierigkeiten lebbar zu machen.

Lebensweltorientierte Jugendhilfe inszeniert soziale Beziehungen in der Nachbarschaft, unter Kollegen, unter Menschen, die in gleiche Probleme involviert sind; sie arrangiert Räume, Situationen und Gelegenheiten für Kinder und Heranwachsende; sie engagiert sich in den Anstrengungen um lebensweltliche Erfahrungen und Räume in Institutionen und sozialen Netzen, auch im Stadtteil, in der Stadt, in der Region.“ (Thiersch, 2009: 26 f.). Auch wenn die Patienten/Patientinnen für eine bestimmte Zeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht sind, wo sie, wie in Kapitel 2 beschrieben, in strukturierten, geregelten Verhältnissen ihren Aufenthalt verbringen, ist es unumgänglich gemeinsam mit ihnen zu schauen, welche institutionellen Angebote sie in ihrem räumlichen Umfeld, nach dem stationären Aufenthalt nutzen können.

Durch die Verbringung z.B. von Wochenenden zu Hause können die Angebote und erlernten Fähigkeiten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie so schnell wie möglich mit den Alltagssituationen in Verbindung gebracht und somit in die normale Lebenswelt der Patienten/Patientinnen eingeplant werden. Auf diesem Wege kann erprobt werden, wie die Kinder/Jugendlichen mit ihrer Umgebung und den Menschen darin überein kommen und auftretende Schwierigkeiten in den Verhältnissen geklärt werden.

Kinder und Jugendliche mit gestörtem Sozialverhalten haben häufig nicht gelernt, in einem strukturierten, organisierten Alltag zu agieren. Ein strukturierter Tagesablauf gibt einem Menschen Halt und nimmt ihm Ängste. Man weiß, was auf einen zukommt und hat so die Möglichkeit zu planen, wie man in unterschiedliche Situationen hineingeht. Dadurch ist man seinem Alltag nicht schutzlos ausgeliefert und gerät nicht so schnell in Verlegenheit, sich auf etwas nicht einstellen zu können. Natürlich ist nicht jede Kleinigkeit vorher zu bestimmen, aber man kann sich einen Rahmen schaffen, in welchem man die täglichen Verrichtungen und die festen Termine einbauen kann. Indem die Kinder und Jugendlichen lernen, sich selber einen Plan zu strukturieren und Partizipation daran erhalten, diesen Plan mit Pflichtprogrammen und Freizeitaktivitäten auszufüllen, bekommen sie das Gefühl, für ihr Leben Verantwortung zu tragen, Selbstwirksamkeit zu zeigen und nicht allen Situationen bedingungslos ausgeliefert zu sein.

Bei vielen Kindern und Jugendlichen mit gestörtem Sozialverhalten treten Probleme in der Schule auf. Oft bringt das Verhalten der Kinder/Jugendlichen diese Probleme mit sich. Häufig stecken Ängste dahinter, welche nicht primär auf die Schule zurückzuführen sind. Bei einigen Patienten/Patientinnen kommt zu einem gestörten Sozialverhalten eine Lernstörung hinzu. Um an dem richtigen Punkt ansetzen zu können muss untersucht werden, aus welchen ausschlaggebenden Faktoren die Probleme in der Schule entstanden sind. Das Vermeiden des Schulbesuchs hat einen tieferliegenden Grund als das oftmals von den Kindern und Jugendlichen angegebene „keine Lust auf Schule und Lernen“. Da der Schulbesuch und die spätere Berufsausbildung in der heutigen Gesellschaft als Pflichtaufgabe gehandelt wird und als fester Bestandteil des Kindes und Jugendalters gilt, egal ob man diese Pflicht als positiv oder negativ bewertet, gehören Schule und Ausbildung zu der Alltagswelt von Kindern und Jugendlichen und Probleme dort müssen in der Betrachtung der Alltagskompetenzen mit berücksichtigt werden.

Es sollten aber nicht nur die Defizite in den Alltagskompetenzen fokussiert und bearbeitet, sondern auch Fähigkeiten und Ressourcen hervorgehoben und ausgebaut werden. Man muss im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen immer bedenken, dass sie das gestörte Sozialverhalten nicht aus Böswilligkeit zeigen, weil sie von Grund auf „kleine Monster“ sind, sondern dass ihr Verhalten das widerspiegelt, was in ihrem Alltag misslungen ist. „Es besteht ein Vorurteil: die Not des körper- und geistig behinderten Kindes wird als unschuldig anerkannt; das verwaarloste, seelisch gestörte Kind aber ist böse, es ist selber schuld an seiner Lage, der besonderen Hilfe nicht würdig, es „könnte schon, wenn es nur wollte“. Nur wenige sehen tiefer, nur wenige wissen es: diese Kinder *machen* Schwierigkeiten, weil sie Schwierigkeiten *haben*.“ (Mehringer, 1975: 4). Um den Kindern und Jugendlichen zu helfen aus diesen Schwierigkeiten, welche sie, wie Mehringer es bezeichnet, „*machen*“, müssen mit ihnen die Schwierigkeiten, welche sie „*haben*“, bearbeitet werden. Zu diesen Hilfen werden im nächsten Kapitel einige therapeutische Ansätze erläutert und die besondere Wichtigkeit, die der Sozialen Arbeit zukommt, hervorgehoben.

7. Typische Behandlungsansätze und ihre Grenzen

Es gibt verschiedene therapeutische Herangehensweisen, um psychische Krankheiten zu behandeln. Die bedeutendsten in der heutigen Zeit sind die Psychopharmakotherapie und verschiedene Formen der Psychotherapie. Therapien sind aus der Kinder und Jugendpsychiatrie nicht wegzudenken, da sie für die Patienten/Patientinnen eine große Möglichkeit sein können, mit ihren psychischen Problemen umzugehen. Aber die Therapie hat auch ihre Grenzen. Im folgenden Teil werden zunächst einige Therapieansätze vorgestellt, ihre Sinnhaftigkeit aufgezeigt und im Anschluss erörtert, wo die Soziale Arbeit einsetzt und welche Vorteile sie gegenüber der Therapie hat.

7.1 Die Psychopharmakotherapie

Die Medikamentengabe ist eine von vielen Möglichkeiten um eine psychische Erkrankung zu behandeln. Man sollte hierbei aber mehrere Hintergründe bedenken. Zum einen reicht nach dem heutigen Wissensstand eine alleinige Behandlung mit Medikamenten nicht aus. Der Patient/die Patientin muss zusätzlich durch weitere therapeutische Hilfen, wie Psycho- oder Verhaltenstherapie und durch Rehabilitation in Form von Ergotherapie oder Psychomotorik unterstützt werden. Zum anderen ist die Gabe von Psychopharmaka oftmals mit Nebenwirkungen besetzt, die von dem Stand der Entwicklung und von Umweltfaktoren des Kindes abhängen. Aus diesem Grund sollte immer erst eine genaue Diagnose erfolgen und auf deren Basis wird entschieden, ob die Notwendigkeit einer Medikamentengabe höher ist, als die Risiken der Nebenwirkungen. Diese Notwendigkeit liegt vor allem bei Patienten/Patientinnen vor, die sich selbst und andere Menschen gefährden, bzw. bei denen, die unter einer Psychose leiden. Ansonsten wird vor der Pharmakotherapie geprüft, wie groß der Leidensdruck des Patienten/der Patientin und die Einschränkung seiner/ihrer Lebensqualität ohne die Medikamentengabe ausfallen (vgl. Remschmidt, 2005: 428).

Man muss bei der Behandlung mit Psychopharmaka sehr bedacht und mit Vorsicht handeln. Es kann passieren, dass ein Patient/eine Patientin durch die Medikamentengabe von einer Extremstimmung in das andere Extrem verfällt und sich zunächst schlechter fühlt, als zuvor, was im schlimmsten Fall die Suizidgefährdung steigern kann (vgl. Rahn/Mahnkopf, 2005: 135).

Zu den wichtigsten Medikamentengruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören die Stimulanzien, die Neuroleptika, die Antidepressiva, das Lithium und die Tranquilizer, zu deren Einsatz und Wirkung im Folgenden die jeweils wichtigsten Daten genannt werden.

Die Stimulanzien, wie Amphetamine, Pemolin und das bei Kindern und Jugendlichen häufig eingesetzte Methylphenidat werden bei zumeist bei einer hyperkinetischen Störung oder bei einer Aufmerksamkeitsstörung angewandt. Sie wirken antriebssteigernd, impulslenkend und aufmerksamkeitssteigernd, was die schulische Situation und die Beziehungen zu Kontaktpersonen verbessern kann. Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen. Stimulanzien machen nachweisbar nicht süchtig. Sie können vorübergehend zu einer Verzögerung des Wachstums führen, was sich aber nicht auf die letztendlich zu erreichende Größe auswirkt. Es wurde das Auftreten von Stereotypien und Tics nach Beginn einer Behandlung mit Stimulanzien festgestellt. Es kommt vor, dass zunächst die Stimmung des Patienten/der Patientin durch die Einnahme von Stimulanzien gedrückt wird, was sich aber bei der richtigen Dosierung oftmals nach der Eingewöhnung an das Medikament legt. Aufgrund der Wirkungen von Stimulanzien dürfen diese auf keinen Fall bei Patienten/Patientinnen mit schizophrenen Psychosen, Depressionen oder Anorexia nervosa eingesetzt werden (vgl. Steinhausen, 2002: 301). Die mittlere Halbwertszeit bei Methylphenidat beträgt nach oraler Einnahme etwa 3 Stunden und bei Amphetaminen etwa 4 bis 6 Stunden, wobei die mittlere Halbwertszeit sich bei längerer Einnahme auf bis zu 10 Stunden erhöhen kann. Stimulanzien können jederzeit abgesetzt werden, was zur Überprüfung der Wirkung zeitweise geschehen sollte. Um die Auswirkungen der Medikamentenpause so gering wie möglich zu halten, sollten solche Aussetzversuche möglichst in den Ferien oder während eines psychiatrischen Aufenthalts geschehen (vgl. Remschmidt, 2005: 437).

Die Neuroleptika werden bei Kindern und Jugendlichen mit schizophrenen Psychosen, Manien, autistischen Störungen und auch bei sehr aggressiven und sozialverhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen eingesetzt und wirken hauptsächlich antipsychotisch bei Wahnsymptomen, Halluzinationen und anderen psychotischen Symptomen. Zudem können sie bei geringer Dosierung zu Entspannung, Schlafförderung und Angstverringerung beitragen. Bei starken Aggressionen wirkt es nur in größeren Mengen, was zu starken Nebenwirkungen führen kann. Neuroleptika müssen mit Vorsicht angewandt werden, da sie zu Herz-Kreislauf Problemen, zu Bauchschmerzen und zu starken aufeinander aufbauenden motorischen Erkrankungen, zu Organschäden und in seltenen Fällen zu Fieber und Bewusstseinsstörungen führen können. Die Dosis wird meistens gering angesetzt und langsam erhöht, um Nebenwirkungen abzuhalten und ebenso auch langsam und allmählich wieder abgesetzt (vgl. Steinhausen, 2002: 301 f.).

Bei hyperkinetischen Störungen, Essstörungen, Nachtangst und Schlafstörungen werden zum Teil Antidepressiva eingesetzt, wobei die Haupteinsatzgebiete der Antidepressiva Depressionen und Zwangsstörungen sind. Diese Psychopharmaka führen zur Verbesserung der Stimmung und des Antriebs und fördern die Psychomotorik. Einige Antidepressiva wirken angstmindernd. Bei schizophrenen Psychosen in Verbindung mit Antidepressiva können psychotische Symptome hervorgerufen werden. Antidepressiva können Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vegetative Symptome, Augensymptome und Müdigkeit auslösen. Die Therapie wird mit einer geringen Dosis begonnen und innerhalb kurzer Zeit auf die dauerhafte Dosis erhöht. Die Wirkung tritt erst nach einigen Wochen ein (vgl. ebd.: 304 f.).

Lithiumsalze werden zur Verhinderung von Rückfällen bei affektiven Psychosen, bei akuten manischen und hypomanischen Phasen, starken Aggressionen mit Fremd- und Eigengefährdung. Die Salze können die Phasen zwischen den affektiven Symptomen in die Länge ziehen und somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Psychosen beitragen. Sie werden zunächst in geringen Mengen eingesetzt und die Dosis wird langsam erhöht und über einen langen Zeitraum regelmäßig eingenommen. Die Lithiumsalze haben nicht so viele starke Nebenwirkungen wie die

Psychopharmaka. Sie können aber zu leichten Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, zu Müdigkeit, Schwindel, Muskelzittern und Problemen mit der Schilddrüse führen, weshalb auch bei dem Einsatz von Lithium eine regelmäßige Überprüfung der Körperwerte unabdingbar ist (vgl. ebd.: 306).

Die Medikamentengabe kann bei einigen Patienten/Patientinnen von großem Vorteil sein und ist teilweise notwendig. Nicht wegzudenken ist die Psychopharmakotherapie bei Psychosen, da der Leidensdruck unter den psychotischen und depressiven Symptomen und die Gefahr, die von aggressiven, manischen Patienten/Patientinnen ausgeht höher ist, als das Risiko von Nebenwirkungen. Die Psychopharmaka können aber auch dabei helfen, überhaupt einen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen zu bekommen und sie einer Therapie näher zu bringen bzw. die Aufnahmefähigkeit für Therapieinhalte möglich zu machen. Vor allem bei den Kindern und Jugendlichen, die zu dem aggressiven Verhalten Konzentrationsstörungen zeigen, können z.B. Stimulanzien helfen zugänglicher für Hilfen zu werden und den Leidensdruck zu verringern. Bei Störungen des Sozialverhaltens in Verbindung mit emotionalen Störungen können die Medikamente einen Teil der Ängste minimieren, um die Kinder und Jugendlichen zu befähigen, mit anderen therapeutischen und sozialarbeiterischen Ansätzen an ihren Störungen zu arbeiten.

7.1.1 Grenzen der Psychopharmakotherapie

Die negativen Auswirkungen von Psychopharmaka müssen trotz allem immer bedacht werden. Die Einnahme von Medikamenten kann den jeweiligen Patienten/Patientinnen Angst machen. Schließlich wird der eigene Körper und die Seele durch die Medikamentengabe beeinflusst und Viele bekommen das Gefühl „nicht mehr man selbst zu sein“. Zu den Ängsten vor einer Veränderung der Persönlichkeit kommen die Ängste vor Nebenwirkungen hinzu. Hier ist es wichtig ehrlich zu den Patienten/Patientinnen zu sein und sie genau aufzuklären. Außerdem ist eine regelmäßige Kontrolle der Organe und des Herz-Kreislauf-Systems unbedingt notwendig. Beginn und Ende bzw. Aussetzen einer Psychopharmakotherapie müssen unter strenger Beobachtung geschehen.

Man muss bedenken, dass nur chemische Aspekte beeinflusst werden. Die Bearbeitung der Probleme mit der Umwelt kann eine Psychopharmakotherapie im Gegensatz zu einem sozialarbeiterischen Ansatz nicht leisten. Die Soziale Arbeit hat die Möglichkeit, die Lebenswelt der Patienten/Patientinnen mit gestörtem Sozialverhalten in die Behandlung mit einzubeziehen. Soziale Arbeit versucht den Kindern und Jugendlichen Perspektiven zu bieten und sie zur Selbsthilfe zu geleiten, sodass auch nach einem Aufenthalt in der Psychiatrie geeignete Hilfen und eigene Kompetenzen zur Verfügung stehen. Wenn eine reine Psychopharmakotherapie induziert wird, kann es passieren, dass die Patienten/Patientinnen nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie die Medikamente wieder absetzen und wieder mit den gleichen Problemen belastet sind wie vorher. Die Soziale Arbeit kann ihnen helfen mit diesen Problemen umzugehen und eine Einsicht der Hilfsbedürftigkeit und der Notwendigkeit einer Veränderung zur Verbesserung der Lebensqualität erwirken. Wenn Soziale Arbeit zum Einsatz kommt, entsteht eine Interaktion zwischen Menschen, welche die Medikamentengabe nicht bieten kann. Erst durch Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen wird eine Betreuung geleistet, die die gesamte Lebenswelt inkludiert und nicht nur auf chemische Prozesse im Körper abzielt, wie es bei der reinen Psychopharmakotherapie der Fall ist. Erst durch die Interaktion können Beziehungen und Vorbilder entstehen, die tiefgreifende Entwicklungsprozesse ermöglichen und somit langfristig helfen können. mit einer reinen Psychopharmakotherapie kann nicht der Umgang mit anderen Menschen erlernt, keine Wochenenden zu Hause in der alltäglichen Umgebung vor- und nachbereitet und keine Stimmungen aufgenommen und beobachtet werden. Die Psychopharmakotherapie kann somit zwar in bestimmten Bereichen helfen, sie hat aber ihre Grenzen und kann nur sinnvoll genutzt werden in Verbindung mit Ansätzen aus der Sozialen Arbeit.

7.2 Die Psychotherapien

Es gibt neben der Psychopharmakotherapie noch andere Therapieansätze, welche häufig parallel zu dem pharmazeutischen Ansatz genutzt werden. Die nachweislich wirksamen Verfahren der Psychotherapien sind einige Ansätze der

Tiefenpsychologie bzw. der Psychoanalyse und der Ansatz der Verhaltenstherapie. Die Familientherapie hat eine große Bedeutsamkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ist ebenfalls dabei, ihre Wirksamkeit nachzuweisen (vgl. Eser/Hummel, 2003: 170 f.). Diese drei Arten der Psychotherapie werden im Folgenden kurz erläutert und anschließend werden ihre Vorzüge und ihre Grenzen zu der Sozialen Arbeit genannt.

7.2.1 Die Psychoanalyse

Die Psychoanalyse wurde ursprünglich von Sigmund Freud begründet und hat sich inzwischen in verschiedenen Ausführungen weiterentwickelt. Grundlegendes Kriterium ist die Annahme von unbewussten inneren Konflikten, welche mit äußeren, sozialen und gesellschaftlichen Vorgaben nicht konform sind. Die Auslöser von Ängsten psychisch kranker Menschen werden in der Vergangenheit derer vermutet und gesucht. Psychoanalytiker sehen die Symptome von gestörtem Verhalten als die Auswirkung von den eigentlichen verdrängten Problemen und nicht als Hauptproblem. Diese verdrängten Konflikte oder Erfahrungen werden in der Psychoanalyse durch unterschiedliche Methoden, wie Traumdeutung, Widerstandsdeutung, freie Assoziation und Übertragung und Gegenübertragung versucht ins Bewusstsein des Patienten/der Patientin zu rufen. Bei diesen Methoden äußert der Patient/die Patientin seine Gedanken, Hoffnungen, Wünsche, Empfindungen, Träume und Ängste, auch solche Aspekte, welche er/sie selbst als unwichtig bezeichnet und projiziert Gefühle, die eigentlich einer anderen Person in seinem/ihrem Leben bestimmt sind, auf den Therapeuten/die Therapeutin. Nach Freud hängen diese inneren Konflikte mit sexuellen Trieben zusammen, die in der oralen Phase der Kindheit, also zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr begründet sind. Die Anhänger der Psychodynamik, welche sich von Freuds Psychoanalyse unterscheidet, nennen Entstehungen von Konflikten auch schon vor dieser Phase und legen zum Teil die Gewichtung nicht mehr so stark auf das Unbewusste fest, sondern auf den Wunsch nach Liebe, auch außerhalb der sexuellen Triebe. Allgemein gilt in der Psychoanalyse, dass die Probleme aus dem Inneren des gestörten Menschen selber kommen und nicht von außen und dass der Patient/die Patientin Einsicht für die Störung zeigen

muss, damit diese therapiert werden kann (vgl. Zimbardo/Gerrig, 2004: 712 f.). Bei Kindern wird eher die Psychodynamik angewandt, weil festgestellt wurde, wie wichtig die Zuneigung für Kinder ist. „Bei den dynamischen Psychotherapieformen spielt daher in Kontrast zur strengen Reinform der Psychoanalyse der begründete Einsatz von Ermutigung, Lob für Leistung und auch pädagogischer Teilelemente neben der Interpretation eine wichtige Rolle.“ (Steinhausen, 2002: 283). Bei der Kinderanalyse werden anstatt Gesprächen hauptsächlich spielerische Formen von Kommunikation und Austausch genutzt, bei denen der Therapeut das Spielen mit Figuren und die Zeichnungen interpretiert. In späteren anderen Formen der Psychotherapie mit Kindern wurde das Spielen nicht mehr gedeutet, sondern bis zur Anpassung an die Realität gemeinsam mit Therapeut und Kind ausgespielt (Nicht-deutende Spieltherapie), vom Therapeuten dem Kind gespiegelt (nicht-direktive Spieltherapie), vom Therapeuten geführt und das Kind in die richtige Richtung gelenkt und mit Familientherapie gekoppelt (klientenzentrierte Kindertherapie). Inzwischen wurde die Wirksamkeit von der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachgewiesen (vgl. Esser, 2008: 563 f.).

7.2.2 Die Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie basiert auf der Lerntheorie und geht davon aus, dass das symptomatische Verhalten von psychisch gestörten Patienten/Patientinnen nicht intrinsisch, sondern von außen bedingt ist. Sie untersucht die Häufigkeit von bestimmtem Verhalten zu wiederkehrenden Auslösern. Wichtig ist in der Verhaltenstherapie die Gegenwart und nicht, wie bei der Psychoanalyse, die Vergangenheit. Verhaltenstherapeuten suchen nicht nach den Ursachen von Symptomen, sondern sind darauf spezialisiert, die Symptome direkt zu analysieren und zu beseitigen. Hierbei wird versucht, anhand von verschiedenen Techniken, als krank, störend oder falsch angesehenes Verhalten zu eliminieren bzw. positive Verhaltensweisen hervorzurufen. In der Verhaltenstherapie geht man davon aus, dass bestimmte Symptome durch gekoppelte Reiz-Reaktionen erlernt wurden. Oftmals weiß man dann später nicht mehr, warum man mit einem bestimmten Verhalten auf spezielle Reize reagiert. Durch Gegenkonditionierung wird z.B. anhand von direkter Konfrontation mit dem angstausslösenden Reiz in

Verbindung mit einem angenehmen Reiz oder durch gefährdende Verhaltensweisen in Verbindung mit unangenehmen Reizen erzielt, das konditionierte durch ein anderes Verhalten zu ersetzen. Man spricht bei dieser Methode von der klassischen Konditionierung. Bei der operanten Konditionierung wird mit positiven und negativen materiellen und sozialen Verstärkern gearbeitet, welche möglichst zeitnah auf positive bzw. negative Verhaltensweisen folgen oder daraufhin beendet werden. Weitere Methoden in der Verhaltenstherapie basieren auf der kognitiven Psychologie und gehen von einer Änderung des Gedankenguts aus. Teile dieser kognitiven Ansätze finden sich ebenfalls in der sozialen Lerntheorie, bei der anhand von Vorbildern ein anderes Verhalten angeeignet wird, welches über Nachahmung von Modellen in den kognitiven Bereich übertragen wird (vgl. Steinhausen, 2002: 288 f.). Der Therapeut ist in der Verhaltenstherapie der kontrollierende „Trainer“ (Zimbardo/Gerrig, 2004: 726). Die Beziehung zwischen ihm und dem Patienten/der Patientin wird dabei als nicht so wichtig erachtet wie bei der Psychoanalyse (vgl. ebd.). Grundsatz in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen ist es, dass die kognitiv erworbenen Änderungen mit den Patienten/Patientinnen in die Praxis umgesetzt und eingeschliffen werden. Man geht davon aus, dass selbst erprobte Verhaltensweisen tiefer hängen bleiben, sich eher einschleifen und auf anderen Situationen übertragen werden können, als eine alleinige Problemeinsicht (vgl. Esser, 2008: 518).

7.2.3 Die Familientherapie

Es wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche, die spezielle psychische Probleme aufweisen, besser daran arbeiten konnten, wenn der familiäre Zusammenhang sich ändert. Das beweist, wie wichtig die Einbeziehung von Eltern und Geschwistern in den therapeutischen Kontext ist (vgl. Zimbardo/Gerrig, 2004: 735). Bei der Familientherapie geht man davon aus, dass die Beziehungen untereinander in der Familie und die Störungen eines einzelnen Familienmitgliedes sich gegenseitig bedingen und sich Probleme nicht nur einseitig entwickeln. Ebenso kann in der Umkehrung die Familie helfen, die psychische Störung des Kindes oder des/der Jugendlichen zu bearbeiten. Diese

Einbeziehung von und Lösungssuche in der Familie bei der Therapie von Patienten/Patientinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Hauptmerkmal der Familientherapie. Umso jünger ein Kind ist, desto wichtiger ist es, die Familie mit einzubeziehen. Insbesondere gestörtes Sozialverhalten sollte in Verbindung mit Familientherapie behandelt werden (vgl. Esser, 2008: 541 f.). Die verschiedenen familientherapeutischen Ansätze beziehen sich auf unterschiedliche psychologische und wissenschaftliche Ansätze, wie die Psychodynamik, die Systemtheorie, die Lerntheorie, die Verhaltenstherapie, den kognitiven Ansatz, den Konstruktivismus, die Bindungstheorie, den strukturellen und den strategischen Ansatz. Besonders wirksam sind multisystemische Behandlungsansätze, bei denen mehrere Ansätze berücksichtigt werden (vgl. Steinhausen, 2002: 296 f.). Bei dem strukturellen Ansatz werden die Beziehungsgeflechte innerhalb der Generationen und der Familienebenen betrachtet, um die Bindungen untereinander zu beleuchten und darauf eingehen zu können. Der systemische Ansatz untersucht die Funktionen der Familie und die einzelnen Subsysteme innerhalb dieser unter dem Aspekt der Kommunikation und dem Verständnis der einzelnen Mitglieder des Familiensystems. Der strategische Ansatz bezieht sich ebenfalls auf die Familienfunktionen. Es wird versucht, die feststehenden Familienstrukturen durch teilweise merkwürdige Verhaltensregeln aufzubrechen und somit Veränderungen in der Familie in Gang zu bringen (vgl. Rahn/Mahnkopf, 2005: 148). Der Therapeut muss bei jeder dieser Methoden im Blick behalten, dass er alle Familienmitglieder gleich behandelt und sich in diese hinein versetzt, um so ein Verständnis für die Problematik eines jeden einzelnen Mitglieds entwickeln zu können. Er kann mit dieser Methode erreichen, dass auch die Familienmitglieder untereinander lernen, sich besser in die Anderen hinein zu fühlen und sich gegenseitig eher zu akzeptieren (vgl. Remschmidt, 2005: 413).

Nachdem nun einige Therapiemöglichkeiten aufgezeigt wurden, geht es im Weiteren darum, wo die Grenzen dieser therapeutischen Interventionen liegen und die Soziale Arbeit einen Zugang zu der Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erlangt.

7.2.4 Grenzen von Psychotherapien

Alle diese genannten therapeutischen Interventionen haben ihre Grenzen. Diese werden unter anderem anhand des Rahmenkonzepts der Lebensweltorientierung nach Thiersch aufgezeigt, welches einen von vielen wichtigen theoretischen Ansätzen in der Sozialen Arbeit darstellt. „Konzepte betonen programmatisch einen Aspekt, z.B. die Lebenslage, die Lebenswelt, den sozialen Raum, die Beteiligung (*Partizipation*). Davon werden Handlungsprinzipien und Arbeitsweisen abgeleitet. Die von Konzepten geleitete Arbeit bedient sich der M. [Methoden] in der Zusammenarbeit mit Klienten, KollegInnen, Funktionsträgern und Organisationen.“ (Krauß, 2005: 580)

Die folgenden Ausführungen müssen grundsätzlich unter den Aspekten der gesellschaftlichen und individuellen Gegebenheiten, welche im Wesentlichen unter den Punkten 3. bis 6. aufgeführt wurden, betrachtet werden. Bevor auf die Grenzen der Therapie eingegangen wird, werden zunächst die Begriffe Lebensweltorientierung und Alltag bzw. Alltäglichkeit geklärt. Thiersch unterscheidet zwei Formen von Alltäglichkeit, die heuristische und die des Verstehens und Handelns. Die heuristische Alltäglichkeit sieht er als „[...] die Schnittstelle objektiver Strukturen und subjektiver Verständnis- und Bewältigungsmuster. (Thiersch, 2009: 47). Diese Alltäglichkeit entsteht durch verschiedene vorgegebene Einflüsse und durch Gedanken und Einstellungen, die sich durch bestimmte Erfahrungen im Leben gebildet haben. Es gibt eine Wirklichkeit, die durch subjektive Einstellungen geprägt ist. Die 2. Variante von Alltäglichkeit, die Thiersch nennt, ist eine strukturelle Aufgabe, zu der unter anderem die häuslichen Verrichtungen inklusive Erziehung im Alltag gehören und die neben anderen strukturellen Handlungsmodi, wie der Wissenschaft steht, welche unter anderem die professionelle Erziehung beinhaltet (vgl. ebd.: 47 f.). Hier wird die Lebenswelt des Patienten/der Patientin⁸ in den Zusammenhang von Zeit, Raum und Sozialen Bezügen gestellt. Mit der Zeit sind die verschiedenen Lebensphasen gemeint, in denen sich die Menschen befinden bzw. welche sie schon erlebt haben. Soziale Arbeit beleuchtet anhand dieser verschiedenen Lebensphasen die Gegenwart und schaut, in welchen Gegebenheiten sich der

⁸ Diese Bezeichnung wird hier weiter benutzt, aufgrund der Einbettung in den Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thiersch benutzt in seinen Ausführungen den Begriff des Adressaten/der Adressatin.

Patient/die Patientin zu der jetzigen Zeit befindet. Zudem wird der Klient auf die offenen Möglichkeiten der Zukunft vorbereitet, es wird also nicht ein besonderes festgelegtes Ziel erarbeitet, sondern gelernt mit der Ungewissheit der Zukunft umzugehen und sich auf verschiedene Aspekte vorzubereiten. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit legt einen Teil des Fokus auf die räumliche Umgebung, in der Menschen leben. Sie sucht die Vorzüge der jeweiligen Räume bzw. schafft neue strukturelle Vorteile in den Lebenswelten, wie Jugendzentren, wenn viele Jugendliche ihren Raum auf der Straße haben, weil es keinen anderen Platz für sie gibt. Die sozialen Bezüge meinen die Beziehungen zu anderen Menschen. Die Soziale Arbeit erprobt mit den Patienten/Patientinnen soziale Beziehungen und Verlässlichkeit in einer Lebenswelt von Trennungen und neuen Beziehungen. Es werden die Belastung und die Sicherheit, die Beziehungen gleichzeitig bieten können, einander gegenüber gestellt und gelernt mit wechselnden Beziehungen umzugehen und konstante Beziehungen einzugehen (vgl. Grunwald/Thiersch, 2008: 33 f.).

Die Lebensweltorientierung beschäftigt sich mit der Schwierigkeit, gegebene Zustände und Strukturen hinzunehmen, wie sie sind oder sich dagegen zu wehren. „Gegen eine vereinfachte Sicht vom Alltag nur als kompetente oder heile Wirklichkeit betont das Konzept Lebensweltorientierung die Ambivalenz von Alltagserfahrungen im Spiel von Selbstzuständigkeit, Entlastung, Borniertheit und protestativer Authentizität. [...] Im Respekt vor gegebenen Alltagskompetenzen und in der Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Entfremdung der Adressatinnen und der in der Professionalität angelegten möglichen Kolonialisierung zielt Lebensweltorientierung als Arbeitskonzept der Sozialen Arbeit auf das Selbstverständnis eines solidarischen und partizipativen Arbeitens.“ (ebd.: 14)

Grundannahmen für die Lebensweltorientierung sind die hermeneutisch-pragmatische Erziehungswissenschaft, das phänomenologisch-interaktionistische Paradigma, die kritische Variante der Alltagstheorie und die Analyse gesellschaftlicher Strukturen. Die Erstere steht für ein ausgeglichenes Verhältnis von Theorie und Praxis. Beides muss gleichermaßen berücksichtigt werden, um einen umfassenden Blickwinkel zu erreichen. Die phänomenologisch-interaktionistische Grundlage besagt, dass Menschen auf der einen Seite von

alltäglichen Verhältnissen geprägt werden, diese aber auch umgekehrt selber mitgestalten. Die kritische Sichtweise zeigt auf, dass man sich an den vorgegebenen Möglichkeiten orientieren muss und im Rahmen des Realen Änderungen von Gegebenem vornehmen muss. Eingeschliffene Verhaltensweisen und gewohnte Gegebenheiten geben den Menschen zum einen Halt, lassen sie aber auch schnell in eine starre unveränderbare Haltung gelangen. Zu einer Analyse der gesellschaftlichen Strukturen gelangt man, indem man die Lebenswelt eines Menschen auf Zusammenhänge von Erfahrungen, Bewältigung von Problemen und dem gesellschaftlichen strukturellen Kontext beleuchtet, in welchem er sich befindet (vgl. ebd.: 17 f.). Die Einbeziehung dieser Analyse macht deutlich, dass die Lebensweltorientierung nicht nur die einzelnen Menschen in ihren jeweils unterschiedlichen Lebenswelten fokussiert, sondern auch immer die gesellschaftlichen Bedingungen, die hinter dieser Lebenswelt stehen, mitberücksichtigt. In dem weiteren Text wird Alltäglichkeit und Lebenswelt im Zusammenhang mit der Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Es werden Voraussetzungen dafür aufgezeigt, dass Alltäglichkeit bei Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin und Patient/Patientin überhaupt entstehen kann.

Auch wenn unter anderem in der Familientherapie das Umfeld in die Behandlung mit einbezogen wird und der Patient/die Patientin für sein/ihr Leben außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie etwas mitnehmen soll, so ist Therapie doch auf wenige Stunden in der Woche begrenzt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekommen die Patienten/Patientinnen einen Therapeuten/eine Therapeutin zugeteilt, der/die die Therapie durchführt. Zu bestimmten Terminen in der Woche holen die Therapeuten/Therapeutinnen ihre Patienten/Patientinnen ab bzw. treffen sich mit diesen um, je nach Therapieansatz, Gespräche zu führen oder andere therapeutische Methoden anzuwenden. Aber was passiert während der restlichen Zeit ihres stationären Aufenthaltes? Was ist mit Fragen und Zweifeln, die zwischendurch aufkommen? Was passiert, wenn es zu Problemen mit anderen Patienten/Patientinnen kommt? Wer hilft bei dem Einschleifen neu erlernter Verhaltensweisen? Wer fängt die Kinder und Jugendlichen auf, wenn sie von einem schwierigen Wochenende von zu Hause zurück kommen oder anstrengenden, nervenaufreibenden Besuch erhalten haben? Wer vermittelt zwischen Patient/Patientin und Schule wenn die Entlassung bevor steht? Wer hilft

den Kindern und Jugendlichen ein neues zu Hause zu finden, wenn sie in ihrer alten Umgebung nicht mehr leben können? Dieses sind, unter vielen anderen, Aufgaben von Sozialarbeitern. Es sind Probleme, die in dem Alltag der Kinder und Jugendlichen in einer psychiatrischen Einrichtung jeden Tag vorkommen können. Natürlich gehören noch viele andere Aspekte zu dem Alltag von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hinzu kommen Erfahrungen und Lebenszusammenhänge. Thiersch beschreibt diese „Alltäglichkeit [als] soziale Wirklichkeit; Menschen in ihrer Alltäglichkeit sehen, bedeutet, sie in ihren sozialen Bezügen sehen, bestimmt also durch Prägung, Lernerfahrung und Auseinandersetzung mit ihren Traditionen.“ (Thiersch, 2006: 78). Er differenziert sie weiterhin: „Alltäglichkeit ist die Wirklichkeit, zu der man gehört, hier gilt jeder zunächst einmal, weil er da ist.“ (ebd.). Er betont aber auch, dass diese Erfahrungen nur als relevant gelten, wenn sie von den Menschen realisiert werden. Dies ist eine Bedingung für die Alltäglichkeit. Hier wird auch die Ambivalenz von Lebenswelt deutlich, indem jedem zugesprochen wird, etwas an seiner Situation ändern zu können und grundsätzlich Alltagskompetenzen in sich zu tragen, es aber auch von einer gewissen Sicherheit zeugt, wenn man das routinierte Verhalten, wie bei den beschriebenen Patienten/Patientinnen mit gestörtem Sozialverhalten, weiterhin fortführt. Diese Sicherheit muss einerseits akzeptiert werden, trotzdem, genauer gesagt erst dann können neue Handlungsstrategien entwickelt werden. Weitere Voraussetzungen für Alltäglichkeit sind demnach Vertrauen und Nähe zu den Bezugspersonen und sinnvolle Aufgaben, die einem die Möglichkeit bieten, sich zu beweisen, ohne dass man dabei überfordert und der Aufgabe nicht gewachsen ist (vgl. ebd.: 79 f.). In der Therapie werden verschiedene einzelne Aspekte aus dem Leben eines/einer psychisch gestörten Patienten/Patientin heraus gefiltert, die speziell bearbeitet werden. Die Psychoanalytiker/Psychoanalytikerinnen suchen den problemauslösenden Konflikt in der Tiefe des Patienten/der Patientin, die Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen trainieren den Patienten/Patientinnen einzelne Fehlverhalten ab und die Familientherapeuten/Familientherapeutinnen schließen zwar andere Personen aus dem Umfeld des Patienten/der Patientin mit ein, können aber auch nicht die sozialen Bedingungen in dem Maße mit berücksichtigen, wie die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen. Ökonomische, infrastrukturelle,

sozialräumliche, institutionelle, traditionelle, kulturelle, integrative Aspekte von Lebenswelten sind zu umfangreich, um in der Therapie, die den Fokus auf bestimmte Aspekte legt, eingeschlossen zu werden. Thiersch macht die Grenzen der Therapie gegenüber der Sozialen Arbeit deutlich: „Sozialarbeit kann als Handeln im Alltag nicht ersetzt oder überformt werden durch Therapien, die, indem sie ihre Probleme spezifisch strukturieren und ihre Verfahren dementsprechend organisieren, immer auch jenseits des Alltags agieren.“ (ebd.: 76). Auch Mehringer spricht dieses Dilemma der Therapie an. Es werden nur gewisse Anteile des Patienten/der Patientin bearbeitet, sie werden nicht immer in dem Umfeld abgeholt, in dem sie sich gerade befinden und sie erhalten die Hilfe nicht in dem Umfang, den sie brauchen (vgl. Mehringer, 2008: 15).

Der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der direkten Situation, in der Probleme sich zeigen oder sich ausprägen mit dabei. Er/sie verabschiedet den Patienten/die Patientin in den Elternbesuch oder das Besuchswochenende und nimmt ihn/sie hinterher wieder in Empfang. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen helfen bei alltäglichen Verrichtungen im Haushalt, in der Hygiene, geben Tipps, zeigen Beschäftigungsmöglichkeiten auf und üben diese gemeinsam mit den Patienten/Patientinnen. Vor allem können sie die Patienten/Patientinnen in ihrem Handeln und ihrem Umgang mit den gegebenen Aufgaben und den Mitpatienten/Mitpatientinnen beobachten und Vergleiche zu anderen Situationen ziehen. Sie können in dem Moment Hilfestellung geben, wenn es nötig ist und sind nicht dahin gehend eingeschränkt, erst später in einer Therapiesitzung Hilfestellung zu leisten. „Schwierigkeiten müssen da aufgegriffen werden, wo sie sich für die Beteiligten stellen, [...]. Die Ängste, Verdrängungen und Rationalisierungen müssen angegangen werden, damit die hier verschütteten Interessen und Hoffnungen fruchtbar gemacht werden können.“ (Thiersch, 2006: 80)

Therapeuten/Therapeutinnen sind in ihren Sitzungen Vorbilder für die Patienten/Patientinnen oder versuchen dies zumindest partiell zu sein. Dieses Vorbild gilt aber nur, wie oben beschrieben, z.B. für das Modelllernen bei der Empathie in Familientherapien oder für bestimmte Gesprächsregeln oder Ähnliches. Trotzdem bleibt immer eine große Distanz zwischen Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin, damit der Patient/die Patientin nicht

in die Lage gerät, in ein Verhältnis zu geraten, in welchem er sich nicht mehr traut, seine ihm peinlichen Geheimnisse und Erfahrungen anzuvertrauen, weil er/sie sich dem Therapeuten/der Therapeutin beziehungsweise zu nahe steht (vgl. ebd.: 87). Der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin beschäftigt sich im Alltag mit dem Patienten/der Patientin und baut somit eine engere Beziehung zu diesem/dieser auf, was Voraussetzung dafür ist, jemanden als Vorbild zu akzeptieren und ihm/ihr in bestimmten Verhaltensweisen nachzueifern oder aber auch in Diskussionen zu lernen, andere Meinungen zu akzeptieren.

Die Kinder und Jugendlichen, gerade solche mit gestörtem Sozialverhalten, müssen lernen, sich an Regeln und Grenzen zu halten. Der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin hat die Aufgabe, diese Regeln und Grenzen den Patienten/Patientinnen nahe zu bringen und für sie verständlich und zugänglich zu machen. Dieses Einhalten von Grenzen kann nur mit viel Geduld und Zeit und vor allem Verständnis für die Kinder und Jugendlichen erarbeitet werden. Nur wenn man die Kinder und Jugendlichen so akzeptiert, wie sie sind, trotz allen ihren Schwächen und Problemen und sie spüren lässt, dass sie es wert sind, sich mit ihnen zu beschäftigen, kann man mit ihnen daran arbeiten. Wenn man den Kindern und Jugendlichen aber das Gefühl gibt, dass es sich eigentlich nicht lohnt, gemeinsam mit ihnen an ihren Problemen zu arbeiten, ist es verständlich, wenn sie die Hilfe ablehnen und sich gegen vermeintliche Beziehungsaufbauversuche wehren.

Weiterhin hat die Sozialarbeit auch immer die gesamtgesellschaftlichen und die politischen Hintergründe mit ihren ungleichen materiellen Verteilungen und Machtgefällen im Blick, die Einfluss nehmen auf die Alltäglichkeit der Patienten/Patientinnen und deren Familien und Umfeld. Die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen müssen diese Ungleichheiten aufnehmen und einerseits mit den Patienten/Patientinnen bearbeiten, wie sie mit diesen Voraussetzungen am Besten umgehen können und zum anderen gesamtgesellschaftlich und politisch sehen, was sie an diesen Ungleichheiten ändern können. Um die Probleme aufgreifen zu können, müssen sie sich in die verschiedenen Lebenswelten der Patienten/Patientinnen hineinversetzen.

Therapie und Soziale Arbeit sollten sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern in Verbindung miteinander angewandt werden, wobei der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin aber nicht „Handlanger“ des Therapeuten/der Therapeutin sein sollte. Wie in diesem Kapitel herausgearbeitet wurde, hat der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin zu viele eigene wichtige Aufgaben und muss diese als Fachkraft auf ihrem Gebiet, anhand verschiedener Methoden und Reflektion der eigenen Arbeit, durchführen. Die Reflektion der eigenen Alltäglichkeit und Lebenswelt ist für den Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin besonders wichtig, damit er/sie neutral an die Probleme des Patienten/der Patientin heran geht und sie nicht mit eigenen vermischt. Zudem ist eine Reflektion innerhalb des Teams wichtig, damit man sich gegenseitig wieder die Augen öffnen kann, wenn man sie vor bestimmten Aspekten verschlossen hält. Diese Methoden, die der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin sich aneignen muss, um professionell und erfolgreich arbeiten zu können, sind unter verschiedenen Arbeitsformen angeordnet und werden zum Teil in den nächsten Kapiteln dieser Arbeit vorgestellt und ihre Sinnhaftigkeit anhand der zuvor herausgearbeiteten Kompetenzprobleme der Patienten/Patientinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt.

8. Methodenbestimmung

Wenn man folgender Aussage zustimmt, sagt man, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht fähig sind an Gruppenarbeit teilzunehmen und sich daraus zu entfalten. „- *sozialer Zusammenbruch*: In diesem Stadium haben die Menschen die sozial akzeptierte Lebensform verlassen und fallen in ihrer Umwelt auf. Erst hier treten die Institutionen auf den Plan und bieten den Menschen die nötigste Hilfe an: dem Alkoholsüchtigen, dem Kriminellen, dem psychisch Kranken, [...]. Menschen, die sich bereits im Stadium des Zusammenbruchs befinden, sind selten in der Lage, konstruktive Beiträge in einer Gruppe zu leisten. Sie fallen eher der Gruppe zur Last und verhindern durch ihre starken persönlichen Probleme ein konstruktives Arbeiten auf ein äußeres Ziel hin.“ (Hinte/Karas, 1989: 94). Hier wird behauptet, dass Menschen mit sozialen Problemen isoliert behandelt werden müssen, da sie nicht zu Kommunikation und Interaktion fähig sind und somit auch nicht zu einer Gruppenarbeit. Sie würden mehr zerstören, als die Gruppenarbeit ihnen nutzen könne. Aber ist es nicht

gerade für diese Menschen, die in sozialen Problemlagen und isoliert sind, wichtig neue Beziehungen aufzubauen? Kann es nicht einer zumindest emotionalen Verbesserung führen, zu sehen, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben und ebenfalls Unterstützung benötigen? Ist es nicht hilfreich gemeinsam mit diesen anderen Menschen Stück für Stück an neuen Aufgaben zu arbeiten und sich in dieser wechselseitigen Beziehung zu entwickeln? Diese Fragen werden innerhalb der folgenden Beiträge über Methoden im Allgemeinen über Gruppenarbeit bis hin zur sozialen Gruppenarbeit und ihrem Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beantwortet.

8.1 Der Methodenbegriff

Neben dem Konzept der Lebensweltorientierung und den Alltagskompetenzen, die man als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin haben und im Arbeitsalltag vermitteln können sollte, gibt es spezielle Methoden, um mit den Patienten/Patientinnen an ihren Problemen zu arbeiten, die man sich aneignen sollte. Damit deutlich wird, was mit Methoden gemeint ist, wird zunächst eine Einordnung des Begriffs Methode und dann der unterschiedlichen Methoden der Sozialen Arbeit vorgenommen, was aufgrund der heutigen Methodenvielfalt nicht einfach ist. Krauß definiert den Begriff Methoden folgendermaßen: „Methoden *Sozialer Arbeit* sind systematische Handlungsformen für den zielgerichteten beruflichen Umgang mit sozialen Problemen.“ (ebd., 2005: 580). Sie verfeinern die Anwendung von Methoden der Sozialen Arbeit weiterhin: „M. enthalten Aussagen über die Ziele, Gegenstände und Mittel des reflektierten Handelns; sie sind zielgerichtet, prozessorientiert und systematisch strukturiert. Keine M. eignet sich zur Bearbeitung aller Probleme der sozialberuflichen Praxis.“ (ebd.)

8.2 Die drei klassischen Methoden der Sozialen Arbeit und ihre Weiterführung

Es gibt die drei klassischen Methoden der Einzelhilfe, der Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit. Diese können in dieser klassischen Form nicht mehr gehalten werden, da es in den bis heute entwickelten Methoden

Überschneidungen in den Ansätzen gibt und diese nicht mehr nach den bisherigen Kriterien getrennt werden können. Die Bezeichnung Methoden für diese drei klassischen Formen der Sozialen Arbeit ist veraltet und wird heute in diesem Sinne kaum noch genutzt (vgl. Stimmer, 2006: 203). Schilling führt eine Einteilung in Mikro-, Meso- und Makroebene an. In der kleinsten Ebene siedelt er die einzelnen speziellen Methoden an, in der Mesoebene sind die Verfahren angeordnet, in welchen die Methoden angewandt werden und als Dach bestehen die drei großen Arbeitsformen, die Einzelhilfe, die Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit (vgl. Schilling, 2005: 233). Weiter von dem Grundprinzip der drei klassischen Formen hat sich Galuske entfernt: „Die historische und systematische Betrachtung der Methodendiskussion in der Sozialen Arbeit hat als einen Ertrag erbracht, dass sie bis in die siebziger Jahr dominierende „Dreifaltigkeit“ der sozialpädagogischen Methodenlehre, von der Einzelfallhilfe über die Gruppenarbeit zur Gemeinwesenarbeit, keine Gültigkeit mehr besitzt. Im Gegenteil!“ (Galuske, 2009: 160). Er betont als Auslöser hierfür die Vielfalt der bis heute entwickelten Methoden und schlägt eine alternative Einteilung in „klientenbezogene“, in die „indirekt interventionsbezogenen und in die „struktur- und organisationsbezogenen Konzepte und Methoden“ (ebd.:163) vor. Die Ersteren unterteilt er erneut in „Einzelfall- und primärgruppenbezogene Methoden“ und in „Gruppen- und sozialraumbezogene Methoden“. Dem ersten Strang hat er unter anderem die soziale Einzelfallhilfe, die sozialpädagogische und die klientenzentrierte Beratung, das Case-Management u.a. zugeordnet, während die soziale Gruppenarbeit, die Gemeinwesenarbeit, das Empowerment, die soziale Netzwerkarbeit u.a. dem zweiten Strang zugehören. Den „indirekt interventionsbezogenen Methoden“ sind die Supervision und die Selbstevaluation und den „Struktur- und organisationsbezogenen Methoden“ das Sozialmanagement und die Jugendhilfeplanung zugeteilt (ebd.: 164).

8.3 Methodisch Handeln

Methodisches Handeln beinhaltet noch viel mehr, als nur einzelne Methoden. Das methodische Handeln bezieht sich auf die gesamte Arbeit des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin. Dieser/diese handelt nicht nur im Sinne der methodischen

Sozialen Arbeit, während er/sie auf einen Patienten/eine Patientin trifft, sondern auch bei der Vorbereitung, der Nachbereitung, der Reflektion und dem Austausch mit Kollegen/Kolleginnen, der Evaluation der Begegnung und des wissenschaftlich begründbaren Hintergrundes hinter diesen Vorgehensweisen. Von Spiegel liefert eine Definition zu dem methodischen Handeln, die kurz und knapp alle wichtigen Aspekte des sozialarbeiterischen Handwerkes, von der ethischen Grundhaltung, über Strukturen, bis hin zu der Reflektion der eigenen Handlungen und Einstellungen einbezieht. „Methodisches Handeln bedeutet, die spezifischen Aufgaben und Probleme der Sozialen Arbeit situativ, eklektisch *und* strukturiert, kriteriengeleitet und reflexiv zu bearbeiten, wobei man sich an Charakteristika des beruflichen Handlungsfeldes sowie am wissenschaftlichen Vorgehen orientieren sollte. Die Auswahl der Interventionen sollte transparent und intersubjektiv überprüfbar sein und im Hinblick auf die spezifischen Aufgaben bzw. das Problem und in Koproduktion mit den Adressaten erfolgen. Fachkräfte sollten ihre Handlungen berufsethisch rechtfertigen, bezüglich ihrer fachlichen Plausibilität unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher und erfahrungsbezogener Wissensbestände begründen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bilanzieren.“ (von Spiegel, 2008: 118)

Methoden helfen den Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen ihre Arbeit zu strukturieren. Sie müssen Informationen einbringen über die Patienten/Patientinnen und deren Umfeld, Kommunikations- und Interaktionsansätze aufzeigen, das passende Arbeitsumfeld liefern, Hilfen strukturieren und untergliedern, Patienten/Patientinnen teilhaben lassen an den Prozessen und Nachhaltigkeit zeigen (vgl. Galuske, 2003: 207 f.). Hier zeigt sich, dass Methoden nicht nur in dem Moment wichtig sind, wo mit dem Patienten/der Patientin ein Kontakt besteht, sondern auch in der Planung dieses Kontaktes, der Spezialisierung der einzelnen Handlungsschritte und der Beendigung und Nachbereitung der Hilfeprozesse.

Anhand der Vielfältigkeit der Einflüsse auf Lebenswelten und ihrer Strukturen und dem weitreichenden methodischen Handeln wird deutlich, dass man sich nicht auf einzelne Methoden spezialisieren und diese jederzeit bei jedem Menschen anwenden kann. Es ist wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen Unterstützung in ihren jeweiligen Lebenssituationen erhalten, indem man unter anderem

Einzelgespräche führt, sie berät, sie bei schwierigen Aufgaben oder auf schwierigen Wegen, wie z.B. zur Agentur für Arbeit, begleitet und zwischen ihnen und anderen Menschen und Institutionen vermittelt. Auch hierfür gibt es jede Menge verschiedener Methoden, mit denen man als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin an die einzelnen Kinder und Jugendlichen herantreten kann. Zusätzlich sind die von Galuske als „indirekt interventionsbezogenen Methoden“ (siehe 8.2) wichtig, um nachvollziehbar wissenschaftlich zu arbeiten. Die gesellschaftlichen Hintergründe und das Umfeld des Patienten/der Patientin dürfen in der Beachtung des Einzelnen nicht untergehen. Schmidt-Grünert zeigt einen Ausweg auf, wie man sich, trotz der Einschränkung nicht „das Ganze“ im Blick zu haben, die Komplexität, die der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin einbeziehen muss, zu reduzieren: „Die „Qual der Wahl“ angesichts unterschiedlicher Methodenangebote kann allerdings durch einen „roten Faden“ erleichtert werden, den die klassische Trias der Methoden vorgibt. Wenn heute auch von der Notwendigkeit ganzheitlicher und vernetzter Arbeitsbezüge gesprochen wird, so treffen wir doch auch in diesen Ganzheitlichkeiten, Vernetzungen, gesellschaftlichen Systemen und Teilsystemen immer wieder auf parzellierte Gemeinwesen, Gruppen und einzelne. Damit besteht die Notwendigkeit für jegliches professionelle Arbeiten, sich *gegenstandsadäquat*, *zielgruppen-* und demgemäß *methodenspezifisch* auf die einzelnen Bezugssysteme flexibel und differenziert zu beziehen.“ (ebd. 2009: 50). Hiermit soll nicht gesagt werden, dass die Einbeziehung der Gesellschaft nicht so wichtig ist oder man immer nur einen Aspekt betrachten kann. Aber man muss manchmal von dem Großen und Ganzen absehen, um die kleinen Teilaspekte von einem Problem erfassen zu können. Wenn man also Kinder und Jugendliche mit gestörtem Sozialverhalten auf der Station hat, muss man sich zwar das Umfeld mit ansehen, den Sozialraum betrachten, in dem die Kinder und Jugendlichen leben, die (teilweise gestörten) Beziehungen beleuchten, die Verhältnisse in der Schule berücksichtigen usw. Aber man muss auch hinhören, was den Kindern und Jugendlichen selbst fehlt, man muss Abstriche machen, damit man an einem Punkt anfangen kann mit den Patienten/Patientinnen an ihren Problemen zu arbeiten. In dieser Thesis soll darauf eingegangen werden, wie man die Kommunikations- und Verhaltenskompetenzen der Patienten/Patientinnen anhand

des Handelns in sozialen Gruppen und mit Techniken⁹ der Sozialen Gruppenarbeit fordern und fördern kann. Diese Kompetenzprobleme können hier in einem interaktiven, integrativen Kontext erprobt werden, denn laut Krauß „[...] wird durch die M. bestimmt, welche Probleme mit ihr erkannt und bearbeitet werden können und für die Zusammenarbeit mit welchen Personen(-gruppen) sie geeignet ist.“ (ebd., 2006: 580). Bevor auf einzelne Techniken eingegangen wird, werden die Grundlagen der Sozialen Gruppenarbeit skizziert.

8.4 Die Gruppenarbeit

Um genauer belegen zu können, dass und warum die Gruppenarbeit als eine Methode der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewandt werden kann, wird im Folgenden (soziale) Gruppenarbeit begrifflich bestimmt und in ihrer Anwendung konkretisiert.

Gruppenarbeit kann sehr unterschiedlich ausgerichtet sein. Sie kann sich eher präventiv mit Gruppen von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen beschäftigen, in Form von Freizeitpädagogik oder Bildung, unabhängig von Defiziten, die bearbeitet werden sollen. Sie kann aber auch eine Arbeit mit Menschen mit Defiziten sein, wie es z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Fall ist. Um die Unterschiede deutlich zu machen und abzugrenzen, um welche Gruppenarbeit es sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie handelt, werden zunächst die Begriffe „Gruppe“, „Gruppenarbeit“, „Gruppenpädagogik“ und „Soziale Gruppenarbeit“ geklärt. Die Gruppe wird häufig bezeichnet als ein Zusammenkommen von zwei oder mehr Personen, mit einer bestimmten Sinnhaftigkeit dieser Zusammenkunft. Innerhalb dieser Vorgabe von Gruppe gibt es viele verschiedene Variationen. Ausgehend von der Frage, ob schon zwei Personen eine Gruppe bilden oder eine Gruppe aus mindestens drei Menschen besteht, gehen die Definitionen der Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen auseinander. Allerdings entsteht schon eine Interaktion, wenn nur zwei Menschen zusammen kommen. Da Interaktion und Kommunikation Voraussetzungen für jegliche Art von Gruppen sind, kann man ein wiederkehrendes oder andauerndes

⁹ Nach der Definition von Krauß (2006: 580): „Techniken dienen der Operationalisierung der M. Der Begriff bezeichnet erprobte, standardisierte Verhaltensmuster, deren Wirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagbar ist.“

Zusammentreffen von zwei Personen auch als Gruppe bezeichnen. Diese Zweiergruppen findet man z.B. in Bereichen der Bildung. Metzinger nennt als Voraussetzungen für Gruppen das Gefühl zusammen zu gehören und sich dadurch zu anderen Gruppen abzugrenzen, dieses Gefühl entsteht unter anderem durch das Wiederholen von Treffen in dieser Gruppe über einen bestimmten, andauernden Zeitraum. Er nennt das Kommunizieren und Interagieren miteinander als weiteres Merkmal einer Gruppe. Mit der Zeit entstehen Einteilungen der Gruppenmitglieder in Rollen und verschiedene Aufgaben, um das gemeinsame Gruppenziel erreichen zu können, welches ebenfalls Voraussetzung für eine Gruppe ist. Hinzu kommen auf dem Weg dorthin festgelegte Regeln, welche durch annähernd gleiche Normen und Werte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eingehalten werden (vgl. Metzinger, 2010: 9 f.). Als immer wieder genanntes Merkmal von Gruppe ist der wechselseitige Kontakt durch Kommunikation und Interaktion von Menschen zueinander in einem bestimmten Rahmen zu finden (vgl. u.a. Erl, 1967: 13; Schmidt-Grunert, 2005: 19 f.). Die Arbeit in solchen Gruppen wird in verschiedenen Gebieten durchgeführt, wie z.B. in Bildungseinrichtungen, in der Erwerbsarbeit oder in der Freizeitgestaltung. Der Sinn von Gruppenarbeit in den verschiedenen Bereichen liegt immer darin, qualitativ und quantitativ besser zu einem Ziel zu gelangen oder zumindest gleiche Interessen zu teilen, was im Endeffekt auch dazu führt, dass bestimmte Ziele erreicht werden (vgl. Schmidt-Grunert, 2009: 57). Um verschiedene Gruppen genauer zu unterteilen, übernimmt Schmidt-Grunert die Begriffe von Zoll/Binder und nennt zur Unterscheidung „primäre“, „sekundäre“ und „formelle“ und „informelle“ Gruppen: „Der Familie als Primärgruppe sind wir lebenslang verbunden, als Heranwachsende treten wir für eine zeitlich begrenzte Dauer und in festgelegten Räumen in formelle Sekundärgruppen ein und setzen uns in informellen Peergroups auseinander und lernen in diesen Gruppen, uns im Alltag mehr oder weniger gut zurecht zu finden.“ (ebd., 2005: 20). Primärgruppen sind also diejenigen, denen wir konstant angeschlossen sind, Sekundärgruppen wechseln im Leben häufiger, formelle Gruppen kommen unter fest geplanten Bedingungen und für bestimmte Zwecke und Ziele zusammen und informelle Gruppen bilden sich eher zufällig.

Wo Metzinger alle Aspekte unter „Gruppe“ aufführt und sie nicht weiter in „soziale Gruppe“ aufteilt, wird diese von Schmidt-Grunert und anderen weiter abgegrenzt. Sie hat die gleichen Merkmale, wie eine Gruppe, wird aber weiter differenziert. Durch die Interaktion in der Gruppe bildet sich für jedes Mitglied eine „Rolle“ heraus, die durchaus ihren Sinn hat. Es werden auf dem Weg zum Ziel bestimmte Strukturen entwickelt. Einige Wissenschaftler setzen den Begriff „Kleingruppe“ mit der „sozialen Gruppe“ gleich, da beide über die Überschaubarkeit, die Entwicklung und den Prozess der Gruppe definiert werden. Mit Überschaubarkeit ist gemeint, dass sich die Mitglieder untereinander kennen und jedes Mitglied mit allen anderen Mitgliedern in Kontakt tritt. Bei größeren Gruppen (ab 20 bis 30 Personen) entstehen wiederum Untergruppen und nicht jeder hat mit dem Angesicht des anderen zu tun. Wenn große Gruppen formell zusammen kommen, spricht man auch von Organisationen (vgl. ebd.: 21 f.).

8.5 Soziale Gruppenarbeit

Was ist aber mit den Kindern und Jugendlichen, die in die stationäre Psychiatrie eingewiesen werden? Die Patienten/Patientinnen, um die es sich in dieser Arbeit handelt, kommen oftmals nicht zurecht mit dem Leben in Gruppen. Entweder haben sie häufig Streit und Konflikte in den Gruppen, in denen sie sich befinden, z.B. in der Familie und/oder der Schule oder sie können sich mit ihrer Peergroup nur durch starke Konflikte oder sogar Straftaten von anderen Gruppen abgrenzen und einige sind gar nicht mehr in der Lage, sich in Gruppen auseinander zu setzen und grenzen sich von allen Mitmenschen ab, so dass sie hauptsächlich für sich alleine sind und kaum noch gemeinsame Interaktion gestaltet werden kann.

Mit dieser Frage findet eine Überleitung von dem Begriff der „(sozialen) Gruppe“ und der Arbeit in Gruppen zu der sozialen Gruppenarbeit statt. Um Missverständnisse auszuschließen, wird die Gruppenpädagogik von der sozialen Gruppenarbeit abgegrenzt. Bei der Gruppenpädagogik ist das vorrangige Ziel nicht die ökonomisierte Lösung von Aufgaben oder Ergebnissen, worauf z.B. das Einsetzen von Gruppenarbeit in Firmen abzielt, sondern die Erziehung der Gruppenmitglieder steht im Vordergrund. Durch gezielte Gruppenaktivitäten oder Aufgaben sollen die Mitglieder in der Gruppe lernen mit anderen umzugehen und

sie sollen in ihrer Persönlichkeit daran wachsen. Um zu diesem Ziel zu gelangen, gibt es eine pädagogische Gruppenleitung, die fähig ist, sich selbst zu reflektieren (vgl. Schmidt-Grunert, 2009: 58 f.). Bei der pädagogischen Gruppenarbeit wird also etwas erlernt oder vertieft, was die Gruppenmitglieder in den informellen Primär- und Sekundärgruppen in ihrer Sozialisation verpasst haben. Die soziale Gruppenarbeit greift noch weiter. Sie beschäftigt sich mit Menschen, die weitreichende Probleme in ihrer Lebensführung haben. Ziel hierbei ist nach Schmidt-Grunert, „[...]“, dass also die gesellschaftliche Funktionalität des einzelnen Individuums wiederhergestellt wird.“ (ebd.:62)

Durch die soziale Gruppenarbeit als eine Form der sozialarbeiterischen Hilfen sollen verlernte oder nie erworbene, in 6. genannte, soziale Kompetenzen bzw. Alltagskompetenzen (wieder) erlangt oder stabilisiert werden. Zudem gibt es sozialtherapeutische Gruppenarbeit, die eine psychologische Zusatzausbildung erfordert. Die Soziale Arbeit zieht zwar aus einigen psychologischen Theorien Hintergrundwissen für ihre Arbeit aber sie braucht sich nicht hinter der Psychologie zu verstecken. „Heute versteht sich soziale Gruppenarbeit als bedürfnisorientierte, emanzipatorische, alltags- und lebensweltorientierte Arbeit, welche sich von der Einsicht in die Notwendigkeit der Aktivierung vorhandener Ressourcen leiten lässt, jedoch zugleich nicht leugnet, dass auch weiterhin fachlich ausgewiesene und kompensatorische Hilfen zu leisten sind.“ (ebd.: 73). Es scheinen immer wieder Grundlagen durch, die auf therapeutischen Ansätzen beruhen und für die Soziale Arbeit von Bedeutung sind. Wie auch das unten beschriebene Gruppenprogramm basieren einige Inhalte der Sozialen Arbeit auf ursprünglich aus der Psychologie stammenden Annahmen. Hier soll aber der Bezug zu den alltäglichen Lebenswelten der Patienten/Patientinnen und die von der Sozialen Arbeit allumfassende Sichtweise bedacht werden. Es soll also die Bewältigung von schwierigen Lebensverhältnissen in einem Gruppenkontext in Form von Verhaltenskompetenzen im Umgang mit anderen Menschen bearbeitet werden. Bevor auf die Gruppenarbeit in speziellen, zeitlich festgelegten Einheiten mit Gruppengesprächen und konkreten Übungen eingegangen wird, muss klar gestellt werden, dass das Leben auf einer psychiatrischen Station immer auch ein Leben in Gruppen bedeutet. Die Patienten/Patientinnen gestalten viele Teile ihres Alltags gemeinsam in Form von Mahlzeiten, Gesellschaftsspielen, spontanen

Gesprächen und anderen täglichen Verrichtungen. Es findet dort wo Menschen aufeinander treffen immer irgendwie Kommunikation¹⁰ und somit Interaktion¹¹ statt (siehe unten), also auch zwischen den Kindern und Jugendlichen und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Station untereinander. Alle Kinder und Jugendlichen sind im entferntesten Sinne aus dem gleichen Grund in der Psychiatrie, nämlich um besser mit ihren Störungen umgehen können zu lernen. Sie leben zumindest für eine gewisse Zeit zusammen und teilen ihren Alltag in der Psychiatrie miteinander. Sie ergeben ein System, nämlich eine Stationsgruppe in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Somit wirkt sich eine Veränderung z.B. in dem Subsystem der Patienten/Patientinnen oder der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, auf das Gruppenleben aus, auch wenn die Beziehungen der Individuen untereinander nicht so langfristig und verwurzelt sind, wie die Beziehungen, welche man z.B. in Familien oder festen Freundschaften vorfindet (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 2007: 119). Wenn ein akut psychotischer Patient/eine akut psychotische Patientin sich für eine Zeit eher alleine in seinem/ihrer Zimmer aufhält, hat diese Person Einfluss auf das Gruppenleben, da die anderen sich eventuell Gedanken machen, was mit der Person gerade geschieht, warum die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen besorgt erscheinen oder Ähnliches. Auch jeder/jede neu aufgenommene Patient/Patientin wirkt sich auf die gesamte Gruppe aus. Je nach dem wie stabil die Beziehungen in der Gruppe sind, umso eher positiv oder negativ wirkt sich ein neues Mitglied auf das gesamte System aus (vgl. Konopka, 2000: 67 f.).

Die soziologischen Theorien, die in Bezug auf die Gesellschaft aufgestellt wurden, lassen sich in kleineren Einheiten auch auf Gruppen anwenden. Schmidt-Grunert nennt die im Folgenden aufgezählten Elemente, die in die soziale Gruppenarbeit mit hineinspielen: „Gesamtgesellschaftliche Bezüge“, „Institutionsbezüge“, „Soziale Gruppe“, „Kommunikation/Interaktion“, „Ziele/Zweck/Interessen“, „Gruppenprogramm“, „Gruppenkonflikte“, „Konfliktlösungen“, „Soziale Kompetenzen“, „Rollen“, „Gruppenleitung“, „Gruppendynamik“, „Gruppenstrukturen“, „Gruppenprozess“, „Gruppennormen“, „Gruppenmoral und Gruppenwerte“ (ebd.: 93 f.) Zu den gesamtgesellschaftlichen, den

¹⁰ „Eine einzelne Kommunikation heißt Mitteilung (*message*) oder, sofern keine Verwechslung möglich ist, *eine* Kommunikation.“ (Watzlawick, 2007: 50)

¹¹ „Ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen wird als *Interaktion* bezeichnet.“ (ebd.: 50 f.)

Institutionsbezügen und der sozialen Gruppe wurden in dieser Arbeit schon Ansätze genannt. In den nächsten Punkten werden die eben genannten Elemente und zu bedenkende Voraussetzungen für die soziale Gruppenarbeit dargelegt.

8.5.1 Wahl- und Freiwilligengruppen

Es gibt Gruppen in der Sozialen Arbeit, die durch Freiwilligkeit der Teilnehmer entstehen. Sie werden „Wahlgruppen“ genannt. Wenn Menschen unfreiwillig an einer Gruppe teilnehmen, weil ihnen z.B. anstatt dessen etwas auferlegt würde, was sie noch weniger wollen würden, befinden sie sich in einer sogenannten „Funktionsgruppe“. Mit einer Funktionsgruppe zu arbeiten kann eine große Herausforderung sein, da die meisten Menschen sich nicht gerne aufdrängen lassen etwas zu tun. Alleine das Gefühl zu etwas gezwungen zu werden kann die Produktivität von Menschen einschränken und zu Auflehnung führen. Es gibt aber keine ausreichenden wissenschaftlichen Anhaltspunkte dafür, wie sich die Unfreiwilligkeit auf den Gruppenprozess auswirkt (vgl. Schmidt-Grunert, 2009: 89 f.). Es stellt sich hier die Frage, ob die Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie sich in Wahl- oder Funktionsgruppen befinden. Zunächst einmal leben sie auf einer Station in Gruppen. Hier hängt es davon ab, ob sie zwangsweise oder auf eigenen Wunsch den stationären Aufenthalt angetreten haben. Bei Patienten/Patientinnen, die als akuter Notfall eingewiesen wurden, stehen meistens zunächst andere Interventionen an erster Stelle, als Gruppenarbeit. Gehen wir von den Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und Verhaltensstörungen aus. Diese befinden sich oftmals auch aufgrund ihres eigenen Leidensdrucks in der Behandlung. Wenn nun spezielle sozialarbeiterische Gruppeneinheiten angeboten werden, sind diese ein Teil der Behandlung während des stationären Aufenthalts. Also kann man zunächst davon ausgehen, dass sie freiwillig an der Gruppenarbeit teilnehmen. Allerdings muss man nun auch wieder den Aspekt hinzuziehen, dass sie sich in schweren psychischen Problemen befinden und nicht jederzeit begeistert sind von der stationären Intervention. Somit kann es schnell passieren, dass sie anders auf die Teilnahme einer Gruppeneinheit reagieren, als man es erwartet. Wie kann man dem entgegen, dass die Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie das Gefühl bekommen, nicht

freiwillig an einer sozialen Gruppenarbeit teilzunehmen? Zunächst ist es wichtig, die Patienten/Patientinnen darauf vorzubereiten, dass eine Bewältigung ihrer Probleme in Gruppensequenzen geplant ist. Sie können sich demnach darauf einstellen und bekommen nicht das Gefühl übergangen zu werden. Zudem haben sie auf diesem Weg die Chance Fragen zu stellen und eventuelle Bedenken anmerken zu können. Man kann ihnen den Sinn von der Arbeitsform erläutern und ihnen bewusst machen, dass es ihnen leichter fallen könnte, im Rahmen einer Gruppe, mit anderen Kindern und Jugendlichen mit ähnlichen Ängsten und Erwartungen an ihren Problemen zu arbeiten.

8.5.2 Zielsetzungen

Wenn man mit der Gruppenarbeit beginnt, werden als erstes Ziele festgelegt. Es gibt das Fernziel, welches am Ende der gesamten Gruppenarbeit steht. Auf dem Weg zum Fernziel gibt es Nahziele, welche in kleinen Schritten, z.B. jeweils in einer Sitzung, erreicht werden sollen. Es ist wichtig, dass diese Ziele gemeinsam mit den Gruppenmitgliedern festgelegt werden, damit jeder sich mit den Zielen identifizieren kann bzw. die Gruppenziele mit denen der einzelnen Patienten/Patientinnen konform sind (vgl. ebd.: 85 f.). Die Patienten/Patientinnen müssen das Gefühl haben, zu der Gruppe dazu zu gehören, was nur geht, wenn sie mit den Zielen der Gruppe übereinstimmen. „Einiges Beweismaterial aus Untersuchungen bestätigt die Behauptung, dass die Harmonie zwischen den Zielen der einzelnen und dem Zweck der Gruppe sowohl die Befriedigung auf seiten der Mitglieder als auch die Effektivität der Gruppe erhöht. Die Erkenntnis, dass die persönlichen Ziele gleichzeitig mit dem allgemeinen Gruppenziel erreicht werden können, beeinflusst die Motivation, die Verwirklichung des Gruppenziels anzustreben.“ (ebd.: 109). Man beginnt als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin die Gruppenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie also zunächst mit dem allgemeinen Ziel, die Verhaltens- und Kommunikationskompetenzen der Patienten/Patientinnen zu verbessern. Dieses kann aber nicht als allgemeingültiges und fest allein stehendes Ziel der Gruppenarbeit sein. Es müssen die einzelnen Patienten/Patientinnen, die an der Gruppeneinheit teilnehmen, nach ihren Zielvorstellungen befragt werden und aus dem

Zusammenspiel dieser Ziele und des Ziels des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin spezielle Nah- und Fernziele erarbeitet werden. Auf dem Weg zu den Zielen müssen von dem Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin viele verschiedene gruppenspezifische Elemente beachtet werden.

8.5.3 Soziologische Begriffe

Jede Gruppe entwickelt für die einzelnen Mitglieder Rollen. Diese werden ausgefüllt mit Aufgaben, Anforderungen und Erwartungen. „Soziale Rollen sind Bündel von Erwartungen, die sich in einer gegebenen Gesellschaft an das Verhalten der Träger von Positionen knüpfen.“ (Dahrendorf, 2006: 37). In der Gruppe hängt die Rolle des Einzelnen/der Einzelnen davon ab, wie er/sie in Kommunikation und Interaktion zu den anderen Mitgliedern steht und wie diese wiederum zu ihm/ihr stehen (vgl. Schmidt-Grunert, 2009: 98 f.). Die Dynamik in einer Gruppe zeigt die Interaktion zwischen den einzelnen Rollenträgern, also den Mitgliedern der Gruppe während einer Gruppensequenz auf und aus der Dynamik entstehen mit der Zeit feste Strukturen in der Gruppe. Zudem entwickelt sich ein Prozess, das bedeutet, dass folgend auf die verschiedenen Dynamiken und die entstehenden Strukturen Veränderungen in der Gruppe wahrgenommen werden können. Der Prozess wird ausgemacht durch die sich ständig ändernden Beziehungsverhältnisse unter den Gruppenmitgliedern. Eine Gruppe entwickelt aus übereinstimmenden Grundsätzen Normen und Verhaltensmodi, die zu einer Moral in der Gruppe führen können, an die sich alle Zugehörigen der Gruppe halten müssen (vgl. Schmidt-Grunert, 2009: 95 f.).

8.5.4 Rolle und Aufgaben der Gruppenleitung

Eine feststehende Rolle hat in der sozialen Gruppe der Leiter/die Leiterin, also hier der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin. Er/sie hat die Aufgabe, die Gruppe zusammen zu halten, die einzelnen Mitglieder wahr zu nehmen, zu beobachten und die Prozesse innerhalb der Gruppe zu verfolgen, durch praktische Gruppenaufgaben bzw. ein Programm einen Input zu geben und eventuell einzugreifen, wenn die Gruppe oder einzelne Mitglieder der Gruppe Hilfe

benötigen. Als Gruppenleiter/Gruppenleiterin muss man ständig darüber reflektieren, wo die Gruppe gerade steht, ob jedes Mitglied gut eingegliedert ist und vor allem, ob man sich frei von eigenen Normen und Werten auf die Gruppe einlässt oder durch diese eingeschränkt ist in seinem Blick auf die Gruppe (vgl. ebd.: 100 f.). Hier wird deutlich, dass man sich im Vorhinein überlegen muss, mit was für einer Gruppe man es als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin zu tun hat. In diesem Fall sind es Kinder und Jugendliche mit gestörtem Sozialverhalten, die sich außerhalb ihrer sonst gewohnten Umgebung befinden, nämlich in der stationären Psychiatrie. Geht man weiter davon aus, dass verschiedene Kinder und Jugendliche von unterschiedlichen Stationen zu einer Gruppeneinheit zusammen kommen, müssen dem Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin zum einen das Alter der Kinder und Jugendlichen und die unterschiedlichen Lebenswelten bewusst sein. Zudem ist es wichtig ein Gruppenprogramm zu haben, anhand dessen man mit der Gruppe arbeiten kann. Es kann ein/eine oder auch mehrere Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen geben, der/die die Gruppe leiten.

Man muss sich überlegen, wie man den Kindern und Jugendlichen in der Gruppe gegenübertritt. Es gibt drei verschiedene klassische Führungsstile, wie man eine Gruppe leiten kann. Der autoritäre Führungsstil wird von einem Leiter/einer Leiterin ausgeführt, der/die Anweisungen gibt, welche von der Gruppe durchgeführt und wiederum von dem Leiter/der Leiterin kontrolliert und bewertet werden. Durch diesen einseitigen Input durch den Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin kann es zur Vermeidung von Beziehungsgefügen, Auflehnung und Abhängigkeit der Gruppenmitglieder von dem Leiter/der Leiterin kommen. Das Gegenteil dazu liefert der Laissez-faire Führungsstil. Er lässt die Gruppenmitglieder in großer Eigenregie handeln und der Leiter/die Leiterin hält sich so weit wie möglich aus dem Gruppengeschehen heraus. Dieser Führungsstil kann sich bei einer passenden Rollenkonformität kreativ auf die Gruppenmitglieder auswirken, kann aber auch zu schnell zu einem Durcheinander in der Organisation und zur Unterdrückung von schwächeren durch stärkere Mitglieder führen (vgl. Geldard/Geldard, 2003: 92 f.). Dieser Führungsstil scheint in Bezug auf die Gruppe Patienten/Patientinnen mit gestörtem Sozialverhalten unpassend, da sich gerade in dieser Zielgruppe viele Mitglieder befinden, die ein geringes Selbstbewusstsein haben bzw. erst lernen müssen gleichberechtigte Beziehungen

zu anderen Menschen aufzubauen. Ein dritter Führungsstil, der demokratische oder auch partnerschaftliche, ist zwischen dem autoritären und dem laissez-faire Führungsstil einzuordnen. Hier gibt der Leiter/die Leiterin der Gruppe Halt in ihrer Entscheidungsfindung. Er/sie lässt der Gruppe Freiraum etwas Eigenes zu schaffen und unterstützt die Gruppe dabei in soweit, dass sie diese Entscheidungen im Sinne der Gruppe, also im Konsens und nicht auf Grund der Stärke einiger weniger Gruppenmitglieder durchsetzen. Wenn die Gruppe dazu in der Lage ist, demokratisch zu arbeiten, kann diese Form zu einer gut funktionierenden Gruppe verhelfen. Wenn einige Stimmen dabei untergehen, kann dies zur Unzufriedenheit einzelner Mitglieder und somit zur Spaltung der Gruppe führen (vgl. ebd.). In der Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie wäre ein Führungsstil denkbar, der sich grundsätzlich an dem demokratischen orientiert aber je nach Situation an die Gruppe oder einzelne Mitglieder angepasst werden kann. Geldard/Geldard schlagen als vierte Variante den flexiblen Führungsstil vor: „Dabei ist die Basis des flexiblen Führungsstils der demokratische Stil, der einzelnen Gruppenmitgliedern erlaubt, innerhalb der gesetzten Grenzen der Gruppe frei und schöpferisch zu handeln, dabei aber gleichzeitig anderen Kindern Sicherheit durch Vorausschaubarkeit zu gewähren. Der flexible Führungsstil erlaubt aber andererseits der Gruppenleitung, nachdrücklich auf Beachtung und Befolgung gerichtete konfrontative Handlungen zu vollziehen, beispielsweise um die Beachtung der Gruppenregeln einzufordern, um sicherzustellen, dass diesen Regeln entsprochen wird und um widerständige Gruppenmitgliedern mit Konsequenzen ihres Verhaltens zu konfrontieren. In anderen Situationen kann die Gruppenleitung bewusst eine Laissez-faire-Haltung an den Tag legen, um für bestimmte Situationen mehr Freizügigkeit zuzulassen.“ (ebd.: 94). Mit der Entscheidung des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin für einen gewissen Stil, wie man eine Gruppe leitet, hängen auch Wertvorstellungen zusammen. Wenn man sich zu sehr daran gebunden fühlt, dem Gegenüber nichts aufzwingen zu wollen, kann man in den laissez-faire Führungsstil rutschen und somit riskieren, dass die Gruppenmitglieder den Halt verlieren und sich nicht mehr sicher fühlen. Gerade solch eine Sicherheit sollte eine Gruppe den Patienten/Patientinnen aber geben, damit sie sich entwickeln können und Selbstvertrauen aufbauen können in den Wechselbeziehungen mit den anderen Patienten/Patientinnen und dem Gruppenleiter/der Gruppenleiterin. Auf der

anderen Seite dürfen sich die Patienten/Patientinnen nicht eingeschränkt fühlen durch den Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin. Dieser/diese muss versuchen einen geeigneten Weg zu finden zwischen den Wünschen und Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen und denen der Institution Psychiatrie mit dem Auftrag der Behandlung und Kompetenzsteigerung der Patienten/Patientinnen. Der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin sollte also kein allwissender Lehrer/keine allwissende Lehrerin, sondern ein unterstützender Berater/eine unterstützende Beraterin sein, der/die selber jederzeit etwas dazu lernen kann. Denn auch er/sie ist Teil der Gruppe und somit in den Gruppenprozess involviert. Gerade deshalb sind eine ständige eigene Reflektion und eine Reflektion von den anderen Mitgliedern der Gruppe unabdingbar.

8.5.5 Der Gruppenprozess

Trotz aller Vorbereitungen kann man nie genau sagen, wie eine Gruppenarbeit ablaufen wird, wie sich die Beziehungen der Patienten/Patientinnen untereinander und zu dem Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin entwickeln, welche Strukturen und Prozesse sich ergeben und wie viel die Gruppenmitglieder mit in ihr Alltagshandeln übertragen können.

Es gibt verschiedene Modelle, die den erwünschten Ablauf verschiedener Gruppenarbeitsphasen aufzeigen. Die meisten dieser Modelle zeigen auch, was im Gegenteil dazu passieren kann. Man muss sich also als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin auf verschiedene Reaktionen der Gruppe vorbereiten und diese analysieren können. Die Modelle helfen bei der Einordnung verschiedener Reaktionen der Gruppenmitglieder in unterschiedlichen Zeiten der Gruppenarbeit. Dabei muss aber immer beachtet werden, dass man mit vielen unterschiedlichen Menschen arbeitet und es deshalb keine genauen Vorgaben geben kann, wie eine Gruppenarbeit tatsächlich in der Realität abläuft, da jeder Mensch andere Voraussetzungen mitbringt und unterschiedlich reagiert. Das Entwicklungsstufenmodell, welches nun kurz vorgestellt wird, wurde von Garland, Jones und Kolodny erarbeitet, von Lowy und Bernstein 1969 veröffentlicht und von Schmidt-Grunert erneut dargestellt. Das Modell beruht auf 5 Stufen, welche aufeinander aufbauen. Die Stufen unterteilen sich in „Voranschluss und

Orientierung“, „Machtkampf und Kontrolle“, „Vertraulichkeit und Intimität“, „Differenzierung“ und „Trennung oder Ablösung“ (Schmidt-Grunert, 2009: 175) Zunächst müssen die Gruppenmitglieder sich untereinander und die Gruppenleitung kennen lernen. Hierbei achten die Mitglieder darauf, nicht zu viel von sich selbst preiszugeben und die anderen einzuschätzen. Die Gruppenleitung legt ein Programm mit Alternativen vor, sodass die Gruppe mitentscheiden kann was sie machen möchten. Die Gruppenleitung muss darauf achten, dass das Programm an das Können der Gruppenmitglieder angepasst ist und dass ein Konkurrenzkampf vermieden wird, damit die Gruppenmitglieder sich nicht über Gewinnen oder Verlieren definieren. Denn es geht in der sozialen Gruppenarbeit um Lernen durch Beziehungen und nicht darum, in einem Spiel möglichst gut abzuschneiden. In der zweiten Stufe, nachdem sich die Mitglieder etwas kennengelernt haben, werden die Rollen verteilt und durch Machtkämpfe versucht jeder seinen geeigneten Platz in der Gruppe zu finden. Jeder/jede der/die einen Platz in der Gruppe hat, also eine Rolle in der Gruppe übernimmt, hat somit auch Einfluss auf die Gruppe und somit kann die Gruppe zusammen wachsen und Normen bilden (vgl. ebd.: 174 f.). Diese Phase kann sehr wichtig sein in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da man anhand von Konflikten mit den Patienten/Patientinnen üben kann, diese gewaltfrei zu lösen und Kompetenzen nahe legen kann, mit schwierigen Situationen umzugehen. Nach dieser Orientierungsphase kann jeder/jede sich besser einordnen in der Gruppe und weiß, mit wem er/sie es noch zu tun hat. Die Gruppe schweißt sich darüber zusammen und es kann gemeinsam an etwas gearbeitet werden. Die Gruppenleitung sollte sich in dieser Phase etwas zurücknehmen und den Gruppenmitgliedern die Überhand gewähren (vgl. ebd.: 177 f.). Allerdings muss in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beachtet werden, dass die Patienten/Patientinnen eventuell noch mehr Anleitung brauchen, als Kinder und Jugendliche, die keine psychischen Störungen haben. Der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin muss zusehen, dass sie den Patienten/Patientinnen genügend Schutz bietet, damit keiner/keine außen vor bleibt. In der Differenzierungsstufe schmelzen die Gruppenmitglieder soweit zusammen, dass sie sich von anderen Gruppen abgrenzen und sich als Einheit verstehen. Nun ist die Gruppe in der Lage gemeinsam ohne Gruppenleitung zu entscheiden, was in den Gruppenstunden geschehen soll. Da dies der Höhepunkt einer Gruppenarbeit ist,

wird danach die Trennung angestrebt, damit die Gruppenmitglieder anschließend in anderen Gruppen sich neu ausprobieren können. Diese kann eine sehr schwierige Phase sein, da es nicht leicht ist sich von einer Gruppe zu trennen, mit der man sich als ein Ganzes fühlt. Hier ist es wichtig, Möglichkeiten für die Zukunft mitzugeben, damit die Gruppenmitglieder nach der Auflösung der Gruppe nicht in ein Loch fallen und womöglich wieder dort stehen, wo sie vor der Gruppenarbeit waren (vgl. ebd.: 178 f.).

Eine Orientierung an diesen Stufen ist zum Teil sinnvoll, um bestimmte Verhaltensweisen erklären zu können und zu durchleuchten, wo die Gruppe steht. Allerdings müssen die einzelnen Schritte auch immer an den Gruppenmitgliedern und ihren mitgebrachten Vorerfahrungen, Problemen und den gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen gemessen werden. Kinder bringen andere Voraussetzungen mit als Jugendliche, es muss also das Alter beachtet werden. Außerdem ist die Situation für Kinder und Jugendliche, die sich in stationärer Behandlung befinden eine ganz andere, als bei Gruppen mit Mitgliedern, die sich in ihrer gewohnten Umgebung aufhalten. Es ist etwas anderes, wenn man eine Gruppe mit ängstlichen Teilnehmern hat, als wenn man extrovertierte, aggressive Gruppenmitglieder vor sich hat. Wichtig ist es vor allem, dass man sich an den Gruppenmitgliedern und nicht an einem vorgegebenen Plan, den man unbedingt einhalten möchte, orientiert, denn dann läuft man Gefahr, an der Gruppe vorbei zu arbeiten und nicht den gewünschten Effekt der Kompetenzerweiterung zu erlangen.

Eine aus der Psychotherapie entnommene Methode zur Analyse eines Gruppenprozesses ist das Erstellen eines Soziogramms, welches von Moreno eingeführt wurde. Man kann damit die momentanen Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander in dem jeweiligen Prozessstand darstellen. Allerdings können keine direkten Erklärungen aus einem Soziogramm folgen. Es dient nur der Sortierung der Beobachtung des Gruppenleiters/der Gruppenleiterin (vgl. Konopka, 2000: 72).

8.5.6 Die Kommunikation

Besonderen Stellenwert hat in der Arbeit mit Menschen die Kommunikation. Als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin sollte man sich über die Möglichkeiten und Hintergründe der Kommunikation bewusst sein und gerade in der Arbeit mit Gruppen steht die Kommunikation mit an vorderster Stelle. Watzlawick setzt die Kommunikation mit dem Verhalten gleich. Kommunikation ist demnach das Medium mit dem Beziehungen ausgetragen werden und diese sind die Grundbausteine für Verhaltensstörungen (vgl. ebd., 2007: 19 f.). Er verdeutlicht dies wie folgt: „Man kann sich nicht *nicht* verhalten. Wenn man also akzeptiert, daß alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, daß man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht *nicht* kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst.“ (ebd.: 51). Daraus kann man ableiten, dass jedes menschliche Miteinander Kommunikation beinhaltet. Ob man die verbale Sprache einsetzt, jemandem nicht antwortet oder nicht reagiert oder nur Blickkontakt sucht, ob man sich neben jemanden setzt oder am anderen Ende des Raumes Platz nimmt, man kann jedes Wort und jede Handlung deuten und eine Bilanz daraus ziehen. Ob man im Endeffekt richtig gedeutet hat ist eine zweite Sache. Hier können Missverständnisse und Probleme entstehen (vgl. ebd.: 52).

Der Psychologe Schulz von Thun hat ein Kommunikationsmodell entworfen, welchem er einen Sender/eine Senderin, einen Empfänger/eine Empfängerin und eine Nachricht, die von dem Sender/von der Senderin zu dem Empfänger/der Empfängerin geschickt wird, zuordnet. Die Nachricht hat nach Schulz von Thun vier Seiten. Diese sind der „Sachinhalt“, die „Selbstoffenbarung“, die „Beziehung“ und der „Appell“. Mit dem Sachinhalt wird etwas kommuniziert, was der sachlichen Information dient. Mit der Selbstoffenbarung ist das gemeint, was der Sender mit seiner Nachricht von sich selber bewusst oder unbewusst preis gibt. Der Appell ist das, was der Sender von dem Empfänger erwartet zu tun (vgl. Schulz von Thun, 2003: 25 f.). Auf der Beziehungsseite kann man erkennen, „[...] was der Sender vom Empfänger hält [...]“ und „[...] wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht [...]“ (ebd.: 28). Eine Nachricht oder Teilaspekte einer

Nachricht können nicht nur durch Wörter sondern auch durch Körpersprache und Tonfall vermittelt werden. Hierbei kann es sein, dass kein Sachinhalt vorhanden ist sondern nur die drei anderen Ebenen.

Es müssen die Umstände beachtet werden, unter denen eine Nachricht gesendet wird. Stimmen die Umstände nicht mit dem Gesagten überein, kann es zu Missmut des Empfängers/der Empfängerin kommen, weil er/sie sich eventuell nicht ernst genommen fühlt. Man kann aus diesen „inkongruenten“ Aussagen keine eindeutigen Wünsche, Aufforderungen oder Gefühle des Senders/der Senderin herausfiltern. Dadurch läuft der Empfänger/die Empfängerin der Gefahr, falsch zu reagieren. Der Sender/die Senderin hat durch die inkongruente Aussage die Möglichkeit auf eine Weise Unannehmlichkeiten zu entgehen, weil er/sie hinterher sagen kann, dass er/sie das Angesprochene nicht so gemeint hat, sich unverständlich ausgedrückt hat und zudem können so bestimmte Werte gewahrt werden, ohne dass man unehrlich sein muss.

Inkongruente Nachrichten können auch dadurch entstehen, dass der Sender/die Senderin kontraindizierte Konflikte in sich trägt und nicht weiß, wie er/sie damit umgehen oder diese ansprechen soll, was zu Aussagen führen kann, die mit den Umständen nicht übereinstimmen. Auf der anderen Seite können auch innerpsychische Konflikte des Empfängers/der Empfängerin dazu führen, dass er/sie eine Nachricht ganz anders deutet, als sie von dem Sender/der Senderin gemeint ist und somit zu Missverständnissen führen.

Durch Rückmeldung von dem Empfänger/der Empfängerin an den Sender/die Senderin, wie eine Nachricht angekommen ist und einen Deutungsversuch der Botschaften, können Sender/Senderin und Empfänger/Empfängerin die gemeinten und die gehörten Botschaften abgleichen (vgl. ebd.: 31 f.). Durch das Bewusstmachen davon, dass jemand etwas anders gemeint haben kann, als man es selber empfängt, hat man die Möglichkeit über die entstandene Situation nachzudenken. Kinder und Jugendliche mit gestörtem Sozialverhalten, die oft aggressiv reagieren, sind unsicher, fühlen sich missverstanden oder hören bei Anderen das heraus, was sie aus ihren Erfahrungen heraushören können. Durch bestimmte Übungen können Verstehen und sich verständlich auszudrücken erlernt werden. Es werden neue Perspektiven im Umgang mit anderen Menschen

eröffnet, indem man erkenntlich macht, dass Kommunikation mehrere Seiten hat. Wenn die Patienten/Patientinnen in der Gruppe mit anderen Kindern und Jugendlichen neue Wege entdecken zu kommunizieren, nämlich Handlungen und Verhaltensweisen von anderen zu hinterfragen und nicht als erstes aggressiv zu reagieren, wenn man etwas oder jemanden nicht versteht, können sie mit der Zeit Strategien entwickeln um die aggressiven Verhaltensweisen kontrollieren zu können und anders zu reagieren.

8.5.7 Das Gruppenprogramm

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie eine Gruppenstunde mit Kindern mit gestörtem Sozialverhalten aussehen kann, wird im folgenden ein Programm vorgestellt, das von Geldard/Geldard ursprünglich ausgearbeitet, von Müller verfeinert wurde und hier auf die Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragen wird. Das Programm läuft über 8 Wochen mit jeweils einer 90-minütigen Sitzung pro Woche (vgl. Geldard/Geldard, 2003: 176 f.). Es wird als „pädagogisch-psychologisches Trainingsprogramm mit Beratungsqualitäten“ (ebd: 179) mit einem „kognitiven verhaltensmodifizierenden Ansatz“ (ebd.) postuliert. In dem Umfang dieser Thesis können die Themen der einzelnen Wochen genannt und die Hauptaspekte skizziert aber nur eine Sitzung mit vollständigem Programm vorgestellt werden. Diese komplett veranschaulichte Gruppenstunde wird etwa in der Stufe der Differenzierung stattfinden.

Als erstes werden in dem Programm von Geldard/Geldard die Eltern in einem Informationsgespräch darüber in Kenntnis gesetzt, wer das Programm leitet und was dort mit den Kindern erlernt wird. Ihnen wird nahe gelegt, dass ihre Mitarbeit dringend notwendig ist, weil die Kinder auch zu Hause an den neu erlernten Verhaltensweisen arbeiten müssen. (vgl. ebd.: 180). In der stationären Kinder und Jugendpsychiatrie werden diese Informationen entweder bei der Aufnahme oder bei Elterngesprächen während des Aufenthaltes gegeben. Auch hier ist es wichtig, dass die Eltern bei Besuchen oder wenn die Kinder nach dem stationären Aufenthalt in das Elternhaus zurückkehren, mit ihren Kindern weiterhin an den erlernten Kompetenzen arbeiten. Damit das Einschleifen der neuen Aspekte möglich ist, bekommen die Kinder nach jeder Sitzung Hausaufgaben aufgetragen,

in denen der Inhalt der Gruppenstunde in ihrem Alltag erprobt werden kann. Die Erfahrungen, welche die Kinder bei der Ausführung ihrer Aufgaben gemacht haben, werden dann jeweils in den darauffolgenden Stunden ausgetauscht und reflektiert (vgl. ebd. 178 f.).

In der zweiten Gruppenstunde lernen die Kinder den Gruppenleiter/die Gruppenleiterin und die anderen Kinder kennen. Diese Kennlernphase wird durch Kommunikationsübungen in Form von gegenseitigen Befragungen und Vorstellung von anderen Kindern im Gruppenplenum und durch Malaufgaben, die die Beobachtungsgabe und die Öffnung gegenüber anderen Kindern fördern soll, unterstützt. Anschließend werden erste leichtere Vertrauensübungen versucht (vgl. ebd.: 180 f.). Auch wenn die Kinder in der Psychiatrie sich schon in der Einrichtung begegnet oder sogar auf der gleichen Station untergebracht sind, können solche Kennlernübungen wichtig sein, um die Kinder auf die gemeinsame Arbeit in der Gruppe vorzubereiten und zudem schulen Übungen dieser Art die Kommunikationsbereitschaft und lockern die eventuell verhaltene Stimmung etwas auf.

In der dritten Woche werden zunächst Wahrnehmungsspiele gemacht, bei denen die Kinder die anderen Gruppenmitglieder genau betrachten und Gefühle erkennen müssen. Es wird geübt, durch eindeutige Kommunikation seine Gefühle so auszudrücken, dass der Empfänger sie richtig deuten kann und weiß, was mit einer bestimmten Botschaft gemeint ist. Gleichzeitig lernen sie das Nachfragen, wenn sie eine Botschaft nicht verstanden haben. Es werden also kombinierte Übungen gemacht, in welchen über verbale und nonverbale Kommunikation die Gefühle der Kinder ausgedrückt werden können. Es werden Alternativen zu aggressiven Wutausbrüchen erlernt.

In der darauffolgenden vierten Sitzung wird dort angeknüpft und das Thema Kommunikation wird vertieft. Es wird unter anderem durch Geschichten erzählen und Rollenspiele erfahren, dass Kommunikation immer mit dem Sender und dem Empfänger zusammen hängt und nicht einseitig verläuft. Es wird geschaut, wie Missverständnisse entstehen können und wie diese z.B. durch Fragen geklärt werden können. Es werden Alternativen ausprobiert in Situationen, in denen man

wütend werden könnte, durch angemessene Kommunikation einen Streit zu verhindern.

In der fünften Woche geht es um stabile Freundschaften. Es wird in einem Spiel geübt, jemand anderem zu vertrauen. Jeder/jede schreibt auf, wie ein guter Freund/eine gute Freundin für ihn/sie wäre und es wird ausprobiert, wie man Kontakt aufbauen und sich gleichzeitig seinen intimen Raum wahren kann. Hierzu werden auch Rollenspiele eingesetzt. Zudem werden die neu erlernten Verhaltensweisen mit Themen aus früheren Sitzungen, wie der Umgang mit Gefühlen, verbunden.

In der sechsten Woche soll die Zusammenarbeit in der Gruppe gestärkt werden und somit ist es wünschenswert, dass die Gruppe sich nun in der Phase der Differenzierung befindet und ein Gruppengefühl entwickelt hat und nicht jeder für sich ganz alleine da steht oder es Außenseiter gibt. Es wird erklärt, was Kompromisse sind und die Kinder sollen lernen zwischen Kompromissen mit einzelnen Freunden und Kompromissen in großen Gruppen zu unterscheiden. Um das Gefühl zu bekommen, Teil einer Gruppe zu sein, werden Kleingruppen eingeteilt, welche untereinander versuchen schnellstmöglich das Puzzle von jedem einzelnen Mitglied der Untergruppe zusammen zu setzen und dabei vor den anderen Gruppen fertig zu werden. Es darf dabei nicht verbal kommuniziert werden. So wird nonverbale Kommunikation damit verbunden gemeinsam in der Gruppe etwas zu erreichen. Nach diesem Spiel bleiben die Gruppen in der Form zusammen und sollen sich für die letzte Gruppenstunde ein Abschiedsprogramm überlegen. Die Programme aus den einzelnen Untergruppen werden in der gesamten Gruppe zusammengetragen und diskutiert. Es kann aus allen Untergruppen einer ausgewählt werden und diese gewählten Mitglieder können wiederum eine Programmgruppe bilden, die aus allen Gruppenvorschlägen welche heraussucht und zusammenstellt und in die gesamte Gruppe trägt. Dort werden einzelne Aufgaben an jeden aus der Gruppe verteilt. Bei dieser Form der Gruppenarbeit kann aus vielen einzelnen Ideen ein interessantes Gesamtergebnis erzielt werden.

In der siebten Sitzung steht das Thema Verantwortung im Vordergrund. Es werden Spiele angeleitet, bei denen aus einzelnen Mitgliedern Gruppen werden.

Dieser Vorgang wird mit Gefühlen des ausgegrenzt, allein und klein seins hin zu einem Gruppenerleben in Verbindung mit wachsen, sich stark und geborgen fühlen über Figuren und Körperhaltungen dargestellt. Es werden in Rollenspielen Strategien entwickelt, wie man sich in schwierigen Situationen verhalten kann. Hierbei wird darauf geachtet, dass man sich als Individuum schützt und für sein Recht einsteht und gleichzeitig seinem Gegenüber respektvoll aber bestimmt auftritt. Das Selbstbewusstsein soll gestärkt werden, ohne dabei die Mitmenschen außer acht zu lassen oder zu verletzen.

In der letzten Woche bei der Abschiedssitzung sind die Eltern der Gruppenmitglieder dabei. Gemeinsam mit allen Anwesenden wird ein Identitätsspiel gespielt, bei dem jeder/jede sich einem Tier zuordnen und diese Entscheidung begründen soll. Die Stimmung der einzelnen Gruppenmitglieder wird reflektiert und es wird anhand von Erzählungen und anschaulichen Rollenspiele einiger Sitzungseinheiten durch die Kinder und den Gruppenleiter/die Gruppenleiterin vorgestellt, was in den letzten Wochen geschehen ist und was die Kinder gelernt haben. Über die gesamten Sitzungen konnten die Kinder durch gutes Mitmachen und kollektives Verhalten Belohnungspunkte sammeln, die der Gruppenleiter/die Gruppenleiterin am Ende jeder Gruppenstunde gerecht und relativ gleichmäßig verteilt hat. Es wurde geplant und vorbereitet, dass die Eltern der Kinder zu der letzten Sitzung Geschenke mitbringen, die die Kinder im Austausch gegen ihre Bonuspunkte eintauschen können. Anschließend klingt die Sitzung mit einem lockeren Beisammensein aus (vgl. ebd. 182 f.).

Bei der Darstellung der Abschlusssitzung fehlt bei Geldard/Geldard die Durchführung des von den Kindern in der 6. Woche vorbereiteten Abschlussprogramms. Es ist bei der 8. Sitzung nur die Rede von einem durch den Gruppenleiter/die Gruppenleiterin vorbereiteten und angeleiteten Programms. Wenn die Kinder ein Programm vorbereitet haben, sollte dieses auch durchaus durchgeführt werden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte ein ähnliches Programm wie dieses angewendet werden. Es ist durchaus sinnvoll, die Eltern zu einem Abschlussprogramm einzuladen. Allerdings müsste man das Abschlussprogramm als eine Art Besuchstag durch die Eltern organisieren, da ein Abschluss der Gruppensitzungen nicht gleichzeitig ein Ende des stationären Aufenthaltes bedeuten muss. Man könnte aber z.B. die Fertigkeiten, die in den

Gruppentreffen erlernt wurden nun auf das alltägliche Gruppenleben auf den Stationen übertragen.

Es ist auch denkbar, dass die Gruppensitzungen jeweils in den Zusammensetzungen der Kinder oder Jugendlichen einer Station stattfinden. Dies würde bedeuten, dass die Kinder und Jugendlichen im Alltag und zu gesonderten festgelegten Terminen als Gruppe zusammentreffen. Bei dieser Form müsste man sehen, wie man neue Kinder und Jugendliche mit in die Gruppenarbeit einbindet ohne dass diese ständig unterbrochen wird. Ein aufeinander aufbauendes Programm wie eben beschrieben wäre in diesem Konzept nicht gut möglich, weil sich die Gruppenkonstellation durch Aufnahme und Entlassung von einzelnen Kindern und Jugendlichen regelmäßig ändert. Somit wäre ein gesondertes Angebot von Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen verschiedener Stationen, zusammengesetzt nach Aufnahme und Dauer des Aufenthaltes sinnvoll, damit ein sich steigerndes Programm mit einer geschlossenen Gruppe gestaltet werden kann. Dies würde bedeuten, dass die Patienten/Patientinnen in ihrer Gruppe auf der Station im Alltag an ihren Kompetenzen arbeiten und in einer regelmäßig stattfindenden Gruppensitzung mit speziellem Programm zusätzlich in einer Gruppe an agieren können. Es bietet sich an, die Gruppensitzungen zwei bis dreimal wöchentlich anzubieten, weil die Kinder und Jugendlichen vor Ort sind und die Gruppenarbeit intensiver und länger durchgeführt werden kann. Die „Hausaufgaben“, die sich aus den jeweiligen Gruppensitzungen ergeben, können mit auf die Station und auch in Elternbesuche und Wochenenden zu Hause mitgegeben werden. Die Aufgaben, die der Schule gelten, können in dem kleinen Rahmen des Unterrichts in der Psychiatrie erprobt werden. Die Rollenspiele, welche in den Gruppenstunden durchgeführt werden, beziehen sich auf Situationen im Alltag. Man kann also als Beispiele alltägliche Szenen aus dem Stationsleben aufgreifen oder Erfahrungen aus dem Leben der Kinder und Jugendlichen abfragen und nachspielen, um dann neue Verhaltensweisen auszuprobieren und einzuschleifen. Wenn die Kinder und Jugendlichen selbst aus ihren Erfahrungen schwierige Situationen schildern und diese durch Reflektion und Übung modifizieren, bringen sie sich selbst ein. Nur sie wissen, wie sie sich in bestimmten Situationen fühlen und was sie wirklich stört. Mit Hilfe von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen und Unterstützung von wichtigen

Bezugspersonen können ihnen neue Wege aufgezeigt werden und sie können sich ausprobieren und die neuen Perspektiven in den Alltag integrieren. In der ersten Sitzung mit den Kindern fehlt die Vereinbarung von Zielen. Geldard/Geldard legen also fest, dass es nicht Aufgabe der Kinder ist ihnen wichtige Ziele festzulegen. Dies ist aber, wie oben beschrieben, für den Prozess der Gruppenarbeit von Vorteil, weil die Kinder sich nur ernst genommen fühlen können, wenn man sich anhört, was sie selber stört und welche Wünsche und Ideen sie haben.

Über das Verständnis anderer durch eine verständnisvolle Kommunikation und das Annehmen von Werten über die Auseinandersetzung mit anderen Menschen, mit denen man sich zu einer Gruppe zusammen findet, können delinquente Verhaltensweisen angegangen werden. Ein Jugendlicher/eine Jugendliche der/die Straftaten begeht kann viele Gründe für sein/ihr Verhalten haben. Durch eine Hinführung in Gruppenarbeit, Beobachtung des Verhaltens in der Gruppe, Analyse von auftauchenden Problemen und unerwarteten Handlungen und Bearbeitung dieser in und mit der Gruppe kann man eine Veränderung bei dem Jugendlichen/der Jugendlichen erreichen.

Man muss als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin einen weiten Blick haben. Da ist der einzelne Patient/die einzelne Patientin mit der jeweils individuellen Störung aber auch mit Kompetenzen, ergeben aus Erfahrungen und Lebenszusammenhängen, früheren und aktuellen, stützenden und hindernden Beziehungen. Dieser/diese lebt für eine gewisse Zeit in einer Gruppe, welche sich innerhalb der Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet und einen gesamtgesellschaftlichen und politischen Hintergrund hat. Die Patienten/Patientinnen wissen zum Teil nicht, wie ihr Leben nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter laufen wird. Sie brauchen Unterstützung, wenn sie ihr ehemaliges Umfeld nicht mehr ertragen können oder wollen, wenn sie also nach der stationären Unterbringung in eine öffentlich betreute Jugendwohnung oder ein Kinderheim ziehen. Die soziale Gruppenarbeit kann dabei helfen neue Strukturen im Umgang, in der Kommunikation mit anderen Menschen zu erlernen. Die Kinder und Jugendlichen können feststellen, dass sie nicht die jeweils einzigen mit psychischen Problemen sind sondern können in einem Kreis mit Patienten/Patientinnen mit ähnlichem Leidensdruck eventuell freier und somit lösungsbezogener für sich eintreten und

an der Erweiterung ihrer Kompetenzen mitarbeiten. Es gibt Evaluationsmöglichkeiten, um Gruppengespräche zu analysieren, deren genaue Ausführungen hier zu weit führen würden. Mit diesen können die oben angesprochenen Kommunikationsprobleme aufgedeckt und somit eine Rückführung auf Störungen erlangt werden. Die soziale Gruppenarbeit kann ein wichtiger Bestandteil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein, wenn sie richtig angewandt und nicht als die absolute und einzige Intervention der Sozialen Arbeit gesehen wird. Sie ist nur ein wichtiger Aspekt in einem weitreichenden sozialarbeiterischen Handlungsfeld in dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

9. Schlussbetrachtung

In unserer Gesellschaft findet man immer mehr Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen vor. Die Arbeit in einer stationären psychiatrischen Einrichtung basiert auf multidimensionalen Hintergründen. Um diese Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nachvollziehen und ausüben zu können, sind Kenntnisse von den organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen notwendig. Man muss sich mit den Rahmenbedingungen ebenso auseinandersetzen, wie mit den auftretenden psychischen Erkrankungen. Eine psychische Erkrankung muss als diese anerkannt, darf aber nicht als alleinstehend, nur für sich fokussiert werden. Es ist wichtig, den Menschen als vordergründig zu betrachten und nicht nur seine Störung zu sehen.

Kinder und Jugendliche, die stationär in einer Psychiatrie untergebracht sind, brauchen die uneingeschränkte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen. Sie sind aus ihrem gewöhnlichen Umfeld herausgerissen und müssen sich an feste Strukturen und Vorgaben halten. Ihre Partizipation bei der Festlegung der Regeln und Tagesabläufe darf dabei nicht zu kurz kommen.

Einzelne psychische Störungen treten auch in Kombination mit anderen Störungen auf. Eine genaue Untersuchung der vordergründigen Probleme ist wichtig, um den Leidensdruck so schnell wie möglich zu verringern. Es dürfen aber auch die unterschwelligsten Störungen nicht übersehen werden. Medizinische und Soziale

Aspekte müssen hierbei beachtet werden. Bei den Untersuchungen wird viel Wert darauf gelegt, dass sich die Patienten/Patientinnen sicher und geborgen und nicht ausgeliefert fühlen.

Die Ursachen von psychischen Störungen sind sehr vielseitig. Aufgrund dessen brauchen die Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen eine umfassende Behandlung, die über den Aufenthalt dort hinausreicht. Die Soziale Arbeit hat hierbei die Aufgabe, Störungen von verschiedenen Seiten zu betrachten und zu bearbeiten. Die Wünsche, Erfahrungen und Lebensumstände der Patienten/Patientinnen müssen angehört und einbezogen werden. Sie sollen beteiligt werden an Entscheidungen, die sie betreffen. Die Behandlung muss auf das jeweilige Individuum abgestimmt sein. Ein Patentrezept zur Lösung von psychischen Störungen gibt nicht, dafür sind die einzelnen Kinder und Jugendlichen mit ihren Persönlichkeiten, Erfahrungen und Umwelteinflüssen zu unterschiedlich und einzigartig. Die Behandlung muss darauf abgestimmt sein, was die Patienten/Patientinnen wirklich brauchen, was nicht immer einfach herauszufinden ist. Es kann ein langer und schwieriger Weg dahin sein, Lösungsmöglichkeiten zu finden, die hilfreich und für alle Beteiligten zufriedenstellend sind.

Die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen müssen sich Fachwissen aus verschiedenen Bereichen aneignen und daraus eine professionelle, wissenschaftlich fundierte sozialarbeiterische Fachhaltung einnehmen. Während und nach Arbeitseinheiten muss man sich als Person und Fachkraft in seiner Haltung und gegebenen Interventionen sowie das Arbeitsumfeld reflektieren und diese bei Bedarf überarbeiten. Die Arbeit im Team ist sehr wichtig, weil man sich mit Kollegen/Kolleginnen austauschen und gegenseitig reflektieren kann, wenn man bestimmte Aspekte übersieht oder eine einseitige Sichtweise entwickelt hat. Die oben genannten Aspekte für Gruppenarbeit gelten auch für die Beschäftigten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie arbeiten in einem multiprofessionellen Team, wobei jede Disziplin für sich wichtig ist. Dieses Team wird als Gesamtpaket wirklich hilfreich für die Patienten/Patientinnen, wenn es gemeinsam an einem Strang zieht. Wenn mehrere Ideen zusammen getragen werden, können daraus wertvolle Interventionen entstehen. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der verschiedenen Fachbereiche müssen in dem jeweiligen Rahmen ihrer

Möglichkeiten bleiben und sollten nicht versuchen andere Fachkräfte zu ersetzen. Indem ein regelmäßiger Austausch in Form von Übergaben und Dienstbesprechungen zwischen ihnen stattfindet, kann eine umfassende, nachhaltige Hilfe gesichert werden.

Die ethische Grundhaltung gegenüber den Patienten/Patientinnen und den Kollegen/Kolleginnen ist in der Sozialen Arbeit ein Hauptaspekt. Jeder Mensch, egal welche Voraussetzungen er mitbringt, muss angenommen und respektiert werden. Gegenstand der Sozialen Arbeit ist der Mensch mit seinen Problemen und Ressourcen. Somit ist es auch wichtig, den ganzen Menschen zu sehen und nicht nur die Krankheit, die er hat, denn sonst definiert man die Kinder und Jugendlichen über ihre Störung und sieht sie nicht als ganzheitliche Menschen in einer vielseitigen Lebenswelt. Die Lebenswelten der Patienten/Patientinnen dürfen von den Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen nicht als allgemein gültige und objektiv angenommene, sondern als subjektive Wirklichkeiten angesehen werden, in denen jeder Mensch seine Lebenswelt mit eigenen Augen sieht. Es sind Strukturen vorgegeben, die eine bequeme Lage versprechen, weil man sich an sie gewöhnt hat. Auf der anderen Seite ist man durch die festen Strukturen manchmal auch in einer starren, verfestigten Situation. Um etwas an seiner schwierigen Lage zu ändern, muss man sich aus dieser Bequemlichkeit befreien und kann so die statische Situation verlassen und neue Wege ausprobieren.

Um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen, muss man die Kinder und Jugendlichen dahin bringen, für sich selber einzustehen und Verantwortung zu übernehmen. Dazu ist es notwendig, dass diese sich selber für wichtig erachten. Dies erlangt man nur durch gegenseitigen Respekt und Anerkennung der Person. Eine Person muss sich selber als wertvoll ansehen, damit es für sie einen Sinn macht, etwas an der eigenen Situation zu ändern. Ansatzpunkt jeder Behandlung ist zunächst die Person an sich. Da man als Mensch in einem gesellschaftlichen Kontext mit immer kleiner werdenden Einheiten eingebunden ist, gibt es ständig Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen innerhalb eines kulturell und politisch untermauerten Hintergrunds. Somit müssen die zwischenmenschlichen Beziehungen beobachtet, analysiert und eingesetzt werden, um den Patienten/Patientinnen zu helfen. Diese müssen zu den Hilfsinstanzen Vertrauen aufbauen, was nur durch eben genannten Respekt gelingt. Einen Menschen, dem

man vertraut, den kann man auch als Vorbild anerkennen. Die Vorbildfunktion ist ein Aspekt, der beachtet werden muss.

Die Bearbeitung der psychischen Störungen wird an verschiedenen Ansätzen angegangen. In diesen Ausführungen wurde die Methode der sozialen Gruppenarbeit gewählt. Die genannten Probleme können durch Beziehungsarbeit und gemeinsame Übungen in einem Kreis mit anderen Kindern und Jugendlichen mit ähnlichen Störungen bearbeitet werden. Die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie müssen die Gruppe und die entstehenden Prozesse im Blick haben, aber auch die einzelnen Patienten/Patientinnen mit ihren jeweiligen unterschiedlichen Hintergründen. Vor allem im Gruppenalltag, in welchem Aufgaben erledigt werden müssen und Gespräche entstehen, ist es von Nöten die Kinder und Jugendlichen zu beobachten und bei Problemen und Ängsten zu unterstützen, um ihnen zu einem selbstständigen Leben mit einer selbstbewussten, reflektierten Haltung zu verhelfen.

10. Abbildungsverzeichnis

- _Abb.1 Steinhausen, H.-C. 2002: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München/Jena: Urban & Fischer
- Abb.2 Remschmidt, H. (Hg.) 2005: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme
- Abb.3 Röh, D. 2008: Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Ortmann, K./Röh, D. (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 35-50

11. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Böhnisch, L. 2008: Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa
- Dahrendorf, R. 2006: Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Dilling, H./ Freyberger, H.J. (Hg.) 2010: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR. Bern: Hans Huber
- Duden 2007: Das Fremdwörterbuch. Mannheim: Bibliographisches Institut
- Erl, W. 1967: Gruppenpädagogik in der Praxis. Tübingen: Katzmann
- Eser, K.-H./Hummel, U. 2003: Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Eine Einführung für soziale, pädagogische und sozialadministrative Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Esser, G. (Hg.) 2008: Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme
- Filsinger, D./ Homfeldt, H.G.: Gesundheit und Krankheit. In: Otto/Thiersch (2005), 705-715
- Galuske, M. 2009: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa

Galuske, M.: Sozialpädagogische Methoden zwischen Klient und Organisation. In: Homfeldt, H.G./ Schulze-Krüdener, J. (2003), 196-215

Geldard, K./Geldard, D 2003: Helfende Gruppen. Eine Einführung in die Gruppenarbeit mit Kindern. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz

Grunwald, K./Thiersch, H. (Hg.) 2008: Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München: Juventa (Sa.10.Prax.2.A.f)

Hamburger Abendblatt (Hg.) 2010: Hamburger Abendblatt vom 12.08.2010. Hamburg: Axel Springer

Hanses, A./Homfeldt, H. G. (Hg.) 2008: Lebensalter und Soziale Arbeit. Eine Einführung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

Hinte, W./Karas, F. 1989: Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit. Eine Einführung für Ausbildung und Praxis. Neuwied/Frankfurt am Main: Luchterhand

Homfeldt, H.G./Schulze-Krüdener, J. (Hg.) 2003: Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert Koch-Institut (2007), 784-793

Konopka, G. 2000: Soziale Gruppenarbeit: Ein Helfender Prozess. Weinheim: Beltz

Krauß, E.J.: Methoden Sozialer Arbeit. In: Kreft/Mielenz (2005), 580-585

Kreft, D./Mielenz, I. (Hg.) 2005: Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim/München: Juventa

Mehringer, A. 1975: Eine kleine Heilpädagogik. Vom Umgang mit verhaltensgestörten Kindern. München/Basel: Ernst Reinhardt

Mehringer, A. 2008: Eine kleine Heilpädagogik. Vom Umgang mit „schwierigen“ Kindern. München/Basel: Ernst Reinhardt

Metzinger, A. 2010: Arbeit mit Gruppen. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Münder, J. 2007: Kinder- und Jugendhilferecht. Eine sozialwissenschaftlich orientierte Darstellung. Köln: Luchterhand, Wolters Kluwer

Otto, H.-U./ Thiersch, H. (Hg.) 2005: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München/Basel: Ernst Reinhardt

- Petermann, F. (Hg.) 2009: Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, U./Petermann, F.: Aggression. In: Petermann, F. (2009), 31-50
- Rahn, E./ Mahnkopf, A. 2005: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Remschmidt, H. (Hg.) 2005: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme
- Robert Koch-Institut (Hg.) 2007: Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 5/6. Berlin: Springer Medizin
- Schilling, J. 2005: Soziale Arbeit. Geschichte. Theorie. Profession. München/Basel: Ernst Reinhardt
- Schmidt-Grunert, M. 2005: Das Gruppengespräch in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung und Evaluation. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Schmidt-Grunert, M. 2009: Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Schulz von Thun, F. 2003: Miteinander Reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch
- Spiegel, H. von 2008: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München/Basel: Ernst Reinhardt
- Stascheit, U. 2006: Gesetze für Sozialberufe. Baden-Baden: Nomos
- Steinhausen, H.-C. 2002: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München/Jena: Urban & Fischer
- Stimmer, F. 2006: Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Tegethoff, H.G. 1999: Soziale Gruppen und Individualisierung. Ansätze und Grundlagen einer revidierten Gruppenforschung. Neuwied/Kriftel: Luchterhand
- Thiersch, H. 2006: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. München/Weinheim: Juventa
- Thiersch, H. 2009: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. München/Weinheim: Juventa
- Watzlawick, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D. 2007: Menschliche Kommunikation. Formen. Störungen. Paradoxien. Bern: Hans Huber

Weiß, W. 2006: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. München/Weinheim: Juventa

Werner, C.: UKE: Jedes vierte Kind ist psychisch auffällig. In: Hamburger Abendblatt (Hg.) vom 12.08.2010, 1

Zimbardo, P.G./Gerrig, R.J. 2004: Psychologie. München: Pearson Studium

12. Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit 2010: Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbegriff-Weltgesundheitsorganisation.html#doc1205004bodyText8 (Zugriff: 03.06.2010)

Eichhorn, J 2010: Salutogenese – der andere Weg. Pathogenese oder Salutogenese? Das ist die Frage. In: <http://www.ever.ch/medizinwissen/salutogenese.php> (Zugriff: 09.06.2010)

Kickbusch, I. 1982: Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/kurmat/goepel/hoge/ggf/grundlagen/yhtml/pdf/kickbusch.pdf> (Zugriff: 09.06.2010)

Robert Koch-Institut (Hg.) 2008: Gesundheitsberichterstattung - Themenheft 41. In: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=11616&suchstring=stationäre_kinder-_und_jugendpsychiatrie&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=3&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gastd&p_aid=28670799&hlp_nr=3&p_janein=J#Kap3.2.1.3 (Zugriff: 26.08.2010)

Schulz, H./Barghaan, D./Harfst, T./Koch, U.: Psychotherapeutische Versorgung. In: Robert Koch-Institut (2008). In: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=11616&suchstring=stationäre_kinder-_und_jugendpsychiatrie&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=3&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gastd&p_aid=28670799&hlp_nr=3&p_janein=J#Kap3.2.1.3 (Zugriff: 26.08.2010)

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2009: Grundstruktur des Bildungswesens in der Bundesrepublik Deutschland. In: http://www.kmk.org/fileadmin/doc/Dokumentation/Bildungswesen_pdfs/dt-2009.pdf (Zugriff: 19.05.2010)

Statistisches Bundesamt 2008: Haushalte. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Stati>

[stiken/Bevoelkerung/Haushalte/Aktuell,templateld=renderPrint.psmI](#) (Zugriff: 19.05.2010)

Statistisches Bundesamt 2008: Durchschnittliche Kinderzahl je Frau. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbepfaelle/Tabellen/Content50/GeburtenZiffer,templateld=renderPrint.psmI> (Zugriff: 19.05.2010)

Statistisches Bundesamt 2008: Eheschließungen und Ehescheidungen. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/EheschliessungenScheidungen/EheschliessungenScheidungen.psmI> (Zugriff: 19.05.2010)

Statistisches Bundesamt 2009: Pressemitteilung 234. 14% mehr Inobhutnahmen durch Jugendämter im Jahr 2008. In: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/06/PD09_234_225.psmI (Zugriff: 02.06.2010)

World Health Organization 2010: About WHO. In: <http://www.who.int/about> (Zugriff: 03.06.2010)


World Health Organization 2010: Millennium Development Goals (MDGs). In: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/index.html (Zugriff: 04.06.2010)

World Health Organization 2010: Constitution of the World Health Organization 1946. In: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (Zugriff: 09.06.2010)

Schriftliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Bachelor-Thesis eigenständig, ohne Hilfe Dritter, nur mit den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst zu haben. Alle Gedanken und Aussagen, die den Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht worden. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Geesthacht, d. 31.08.2010

A handwritten signature in blue ink that reads "Esther Debe" followed by a long horizontal flourish.

Ort, Datum

Unterschrift