

Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe

BAND II

Beziehungsangebote Diagnostik Interventionen



GEMINI



EJF-Lazarus
miteinander - luteinander



Per Wolfrum

Übergänge gestalten – Diagnosen im Aufnahmeprozess einer Familientherapeutischen Wohngruppe

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

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

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

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

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

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

Schlussfolgernd kam die Klinik zu folgenden Empfehlungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

