

**Patientenorientierter Bedarf
im Alltag der
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

**Eine empirisch explorierende Untersuchung
zu pädagogischen Handlungsgrundlagen
Sozialer Arbeit
in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades

Fakultät für Erziehungswissenschaft
an der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Dirk Bruland
Prießallee 68
33604 Bielefeld

August 2016

1. Prüfer: Prof. Dr. Holger Ziegler
2. Prüfer: Prof. Dr. Ullrich Bauer

Gedruckt auf alterungsbeständigem,
holz- und säurefreiem Papier nach DIN-ISO 9706.

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Menschen, die mich in der Zeit der Doktorarbeit unterstützt haben. Der überwiegende Teil von ihnen weiß eigentlich, dass ich sie hiermit anspreche. Es gibt bestimmt ebenfalls Personen, die gar nicht wissen, wie viel mir die (Fach-)Gespräche mit ihnen zur Vollendung der Arbeit bedeutet haben.

Besonders möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. H. Ziegler und Herrn Prof. Dr. U. Bauer bedanken, die mich in den letzten Schritten der Arbeit begleitet haben. Sie gaben mir einen zum Abschluss benötigten Motivationsschub und standen mir mit fachlichem Rat zur Seite. Ein großer Dank gilt auch all denen, die mich in schwierigen Zeiten unterstützt haben: Hierzu gehört allen voran meine Frau Ruth Bruland. Ebenfalls Sonja Bergenthal, Bernadette Hof, André Armbruster, Isabelle Demuth, Jan Terstegge und Tobias Staiger, die mich immer wieder mit ihrem Rat unterstützt haben.

Bedanken möchte ich ebenfalls bei den Experten für ihre Bereitschaft, mir Einblicke in ihre Arbeitswelt zu geben. Besonders bedanken möchte ich mich bei allen Psychiatrie-Erfahrenen, die mir trotz ihrer (höchst) sensiblen Lebensgeschichten ihr Vertrauen geschenkt haben und mir ein Interview zugestanden haben. Nicht zu vergessen sind auch die vielen Psychiatrie-Erfahrenen, die ich während der Phase des Schreibens getroffen habe und die mir in den Gesprächen umfassende Einblicke in die Welt der Psychiatrie gewährten. Aus den Gesprächen habe ich persönlich sehr viel mitnehmen und lernen können.

Dank gebührt ebenfalls Sami Timimi und dem Team vom Child and Adolescent Mental Health Service in Lincoln (GB) sowie den Mitarbeitern des Forschungsteams Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste in Bern (CH), die mir Einblicke während meiner Forschungsaufenthalte in ihre Arbeit und Forschung ermöglichten.

Gedenken möchte ich Chris Abderhalden† und Manfred Rose†, die ich während der Promotionsphase kennenlernen durfte und die mich durch ihre Fachkompetenz und ihre persönliche Unterstützung zutiefst beeindruckten.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Einleitung	1
I Erkenntnisinteresse und Fragestellung.....	6
1 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	6
1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	6
1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	8
1.2.1 Bezugsgruppe Pflege- und Erziehungsdienst	8
1.2.2 Was kennzeichnet die professionelle Kompetenz Sozialer Arbeit?	11
1.2.3 Soziotherapie	12
1.2.4 Lebensweltorientierung	13
1.2.5 Messbarkeit und Erfolgskontrolle pädagogischer Interventionen	15
1.2.6 Forschungsstand Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein erster Einblick.....	17
1.2.7 Soziale Arbeit im Gegensatz zum medizinischen Arbeitsverständnis	20
1.3 Erkenntnisinteresse und Fragestellung	21
1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung	24
1.4.1 Allgemeines pädagogisches Grundverständnis	24
1.4.2 Erziehung und Therapie.....	37
II Empirische Untersuchung zum Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	40
2 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiter	40
2.1 Forschungsstand	42
2.1.1 Allgemeine Aussagen zum Forschungsstand	42
2.1.2 Übersicht des Forschungsstandes	44
2.1.3 Erfahrungsberichte.....	48
2.1.4 Fazit	51
2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen	54
2.2.1 Interviewerhebung.....	55
2.2.1.1 Problemzentriertes Interview nach Witzel	55
2.2.1.2 Zugang zum Feld und Auswahl von Probanden.....	58
2.2.1.3 Durchführung der Interviews.....	66
2.2.2 Auswertungsmethode	71
2.2.2.1 Begründung einer Qualitativen Inhaltsanalyse.....	71

2.2.2.2 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	72
2.2.3 Auswertungen und Vorbereitungen.....	74
2.2.3.1 Allgemeiner Ablauf	74
2.2.3.2 Theoretische Vorüberlegungen.....	75
2.2.3.3 Vorbereitung der Extraktion.....	78
2.2.3.4 Extraktion	79
2.2.3.5 Aufbereitung der Daten	80
2.2.3.6 Auswertung.....	81
2.2.4 Darstellung der Ergebnisse.....	82
2.2.4.1 Erleben des Klinikaufenthalts – 1. Auswertungsphase	82
a) Erleben des eigenen Aufenthaltsverlaufes	82
b) Organisation Aufenthalt – Phasengestaltung	92
c) Aufenthaltsgestaltung – Strukturierung und Ausgestaltung des Stationsalltags, Programmgestaltung während des Aufenthalts und mögliche Einflussnahme durch den Patienten	94
d) Konzepte und Strukturen – Leitsätze, Prinzipien und Eigenschaften des Aufenthalts	97
e) Station – Gruppe – Mitpatienten	99
f) Medizinische Aspekte – Erleben von Diagnosen, ärztliche Untersuchungen/Testungen und Medikament	101
g) Pädagogische Ansätze – erlebtes Erziehungsideal oder Umsetzung der Erziehung in Bezug zum Patienten	102
h) Schule – Aussagen über Schulerleben vor dem Aufenthalt, der Klinikschule/Besuch der Regelschule bei Aufenthalt sowie Rückführung in die Schule.....	104
i) Kontakt zu Mitarbeitern – Beziehungsgestaltung zu den Klinikmitarbeitern	106
j) Eltern/Personensorgeberechtigte – Aussagen über Eltern oder andere Sorgeberechtigte.....	111
k) Eigene Problemsicht.....	113
l) Prägnante Szenen	114
2.2.4.2 Welche Aspekte beeinflussen das Erleben des Klinikaufenthalts und wie wirkt sich das Erleben auf die Einstellung zum Aufenthalt aus? - 2. Auswertungsphase	116
2.2.4.3 Welche Wirkfaktoren des Aufenthalts lassen sich aus den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen ableiten und sind für eine (nicht) förderliche pädagogische Konzeptualisierung maßgeblich? - 3. Auswertungsphase	121
2.2.4.4 Reflexiver Entwicklungsraum	124
2.2.4.5 Zusammenfassung der Erkenntnislage	126
2.3 Experteninterviews	129
2.3.1 Interviewerhebung und Auswertung	129
2.3.1.1 Wer ist Experte?	129
2.3.1.2 Interviewpartner.....	130

2.3.1.3 Leitfaden und Interviews	132
2.3.1.4 Auswertungsverfahren.....	133
2.3.2 Bericht	135
2.3.2.1 Erster Berichtsteil – Verständnis der Institution und die Sicht auf die (Beziehungs-)Arbeit mit Patienten	135
a) Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Expertensicht	135
b) Die Sicht auf Patienten.....	137
c) (Institutionelle) Beziehungsaspekte zwischen Mitarbeitern und Patienten...	138
d) Psychosoziale Bewältigungsaspekte	140
e) Bezugspersonensystem.....	142
f) Indikator guter Begleitung	142
g) Pädagogische Aufenthaltsgestaltung.....	143
2.3.2.2 Zwischenfazit – Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Expertensicht	145
2.3.2.3 Zweiter Berichtsteil – Aufenthaltsablauf.....	146
h) Aufenthaltsgestaltung und Behandlungsphase.....	146
i) Umgang mit Diagnosen.....	151
j) Entlassung	153
k) Setting	154
l) Medikamente.....	155
2.3.2.4 Zwischenfazit – Gegenüberstellung der Aussagen.....	155
2.3.3 Zusammenfassung	157
III Theoretische Grundlagen.....	160
3 Zum aktuellen Behandlungsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie	160
3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie	161
3.1.1 Disziplinargesellschaft und Kontrollgesellschaft.....	161
3.1.2 Normalität und Wahnsinn.....	163
3.1.3 Der klinische Blick.....	164
3.1.4 Macht	166
3.1.5 Gesellschaftliche Funktion	166
3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie	168
3.2.1 Verständnisse zur Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine erste Übersicht	168
3.2.2 Anfänge und Weimarer Republik – Reformen und Rassenhygiene.....	170
3.2.3 Nationalsozialismus – Eugenik und der Umgang mit dem Vorgängerstaat	172
3.2.4 Nachkriegsjahre und Kontinuitäten.....	174
3.2.5 Psychiatrie-Enquête und Psychiatrische Personalverordnung.....	177
3.2.6 Das heutige Verständnis der Psychiatrie	180
3.2.7 Zum Grundverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	181

4 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	183
4.1 Relevanz von psychischen Verhaltensauffälligkeiten	183
4.1.1 Prävalenz	183
4.1.2 Zur Relevanz der Sozialen Dimension	186
4.2 Was sind psychische Störungen und Behinderungen?	187
4.3 Klassifizierung und Diagnosegruppen psychischer Störungen	189
4.4 Ursachen psychischer Störungen.....	191
4.5 Psychosoziale Ursachen	193
4.6 Bewertung von Problemlagen und Behandlungsverständnis	194
4.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	196
4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen.....	198
5 Pädagogische Bedürfnisse und Interaktionserfahrungen als Wirkfaktoren.....	202
5.1 Besondere Verletzlichkeit.....	203
5.1.1 Entwicklungsphase Kindheit und Jugend.....	203
5.1.2 Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	204
5.1.3 Aufnahmesituation der Kinder- und Jugendpsychiatrie	206
5.1.4 Arbeitsbündnisse unter Zwangsverhältnissen und die Sicht auf Problemlösungsstrategien.....	207
5.1.5 Selbstsorge.....	209
5.2 Anerkennung	210
5.2.1 Definition von Anerkennung.....	210
5.2.2 Anerkennungstheorie nach Honneth	211
5.2.3 Anerkennungstheorie und pädagogisches Umfeld	216
5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen.....	217
5.3.1 Objektbeziehungstheorie und Affekte	217
5.3.2 Bindungstheorie nach Bowlby.....	219
5.3.3 Die heilende Wirkung der Psychoanalyse (Selbstpsychologie nach Kohut)	222
5.3.4 Korrigierende Interaktionserfahrungen	225
5.4 In Beziehung gehen	227
5.4.1 Anerkennungstheorie und Resonanz/Umfassung.....	227
5.4.2 Erzieherisch in Beziehung treten.....	228
5.5 Das psychiatrische/pädagogische Heilungsverständnis.....	230
5.6 Zur pädagogischen Handlungskonzeption.....	233
6 Zwischenfazit zum aktuellen Behandlungs-verständnis.....	236
IV Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	239
7 Wirkungen des Klinikaufenthalts – ein Rückblick auf die Interviews der Psychiatrie- Erfahrenen	241

7.1 Wirkung des Aufenthaltes aus Patientensicht	241
7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen	243
8 Erziehungsklima im Stationsalltag	248
8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen	248
8.2 Institutionelle Grundlagen	253
8.2.1 Institution als soziales Gebilde	253
8.2.2 Einfluss der sozialen Umwelt	255
8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung	256
8.3.1 Allgemeine Wirkfaktoren	257
8.3.2 Milieuthherapie	259
8.3.3 Therapeutische Gemeinschaft	262
8.4 Pädagogische Grundhaltungen	265
8.4.1 Normalisierungsprinzip	266
8.4.2 Sivus-Konzept	267
8.4.3 Funktional oder Personenorientiert?	267
8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie	269
8.5.1 Patientenrolle	271
8.5.2 Patientenrechte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	272
8.5.3 Ethische Grundhaltung	274
8.5.4 Selbstbestimmung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	276
8.5.5 Kindeswohlergehen als Entscheidungsgrundlage	277
8.5.6 Gesundheitsbefähigung	278
8.6 Wirksamkeitsmessungen	279
8.6.1. Grundannahmen	279
8.6.2 Dimensionales Modell nach Mentzos	280
8.6.3 Messung durch visualisierte Rückmeldung	283
8.7 Zusammenarbeit mit anderen Professionen	283
8.8 Zusammenfassung	286
V Fazit	289
9 Abschließende Betrachtung und Ausblick	289
Literaturverzeichnis	296
Einleitung	296
Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	296
Die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiter	304
Zum aktuellen Behandlungsverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	311
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	318

Pädagogische Bedürfnisse und Interaktionserfahrungen als Wirkfaktoren.....	323
Zwischenfazit zum aktuellen Behandlungsverständnis.....	329
Wirkungen des Aufenthalts – ein Rückblick auf die Interviews der Psychiatrie- Erfahrenen	330
Erziehungsklima im Stationsalltag	330
Abschließende Betrachtung und Ausblick	337
Anhang	338
Eidesstattliche Versicherung	348

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Gläser und Laudel 2010, S.203), S. 75.

Abb. 2: Psychische Störung als Schnittstelle zwischen Individuum und Psychiatrie, S. 121.

Abb. 3: Psychische Störung und Psychiatrie als Identitätsmerkmal, S. 122.

Abb. 4: Verhaltensprobleme nach Elternangaben und Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren in Deutschland (RKI - Robert Koch Institut 2006, www.kiggs.de – eingesehen am 14.12.2011), S. 185.

Abb. 5: Erfahrungsraum Patienten, S. 244.

Abb. 6: Situatives Handeln nach Müller (1995, S.55f.), S. 250.

Abb. 7: Beziehungs- und funktionaler Aspekt der Abwehrmodi (Mentzos 1997, S.347), S. 281.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Prinzipien pädagogischen Denken und Handelns (nach Benner 2012 S. 126), S. 35.

Tabelle 2: Übersicht der interviewten Psychiatrie-Erfahrenen, S. 62.

Tabelle 3: Extraktionsbeispiel (Auswertungsverfahren), S. 80.

Tabelle 4: Übersicht der interviewten Experten, S. 130.

Tabelle 5: Formen der Selbstobjekt-Übertragungen (Wutke 2009, S.132), S. 223.

Tabelle 6: Gegenüberstellung von Wirkfaktoren der Psychiatrie-Erfahrenen und pädagogischer Grundvorstellungen zur Gestaltung eines Erziehungsklima, S. 245.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DALY	Disease Adjusted Life Year
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (der ältere Name lautet: Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.)
DB-Therapie	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM-IV/-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen in der 4./5. Auflage)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)
ICD 10	Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision
IFSW	International Federation of Social Workers
KHG NRW	Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KICK	Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe
KiGGS-STUDIE	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vom Robert-Koch-Institut
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MAS	Multiaxiale Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche
MIA	Makrosammlung für die qualitative Inhalts-Analyse

NS	Nationalsozialismus
PED	Pflege- und Erziehungsdienst
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB V	Sozialgesetzbuch 5 Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch 8 Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB IX Menschen	Sozialgesetzbuch 9 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird vorrangig als ein medizinisches Feld verstanden; die Klinik steht u. a. fachlich unter medizinischer Leitung (siehe Krankenhausgesetz des Landes NRW - KHG NRW) und die Leistungen werden nach den Kriterien des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) bestimmt. Neben der Besonderheit des Behandlungsgebietes seelischer Erkrankungen kommt in dieser Klinik ebenfalls die Lebensphase von Heranwachsenden als weitere Besonderheit hinzu, die mit alterstypischen Entwicklungsaufgaben über das medizinische Aufgabenfeld hinausweisen. Die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Problemen und psychischen Erkrankungen, die in medizinisch ausgerichteten Versorgungseinrichtungen behandelt werden müssen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für Patienten temporär ein Lebenszusammenhang. Die Patienten haben als Einweisungsgrund psychische Probleme und sind deswegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber sie bleiben stets Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Borg-Laufs und Spancken (2010) zeigten in ihrer Untersuchung eine pädagogische Besonderheit von Patienten deutlich auf. In Anlehnung an Grawe wurden Grundbedürfnisse nach Kontrolle/Orientierung (die relevante Umwelt verstehen und beeinflussen können), nach Bindung (das Erleben lang andauernder emotionaler Beziehungen zu nicht auswechselbaren Bezugspersonen), nach Selbstwertstabilisierung/Selbsterhöhung (sich selbst als „gute“ Person sehen) und nach Lustgewinn/Unlustvermeidung (Erleben von angenehmen und Vermeiden von unangenehmen Zuständen) mittels Fragebogen untersucht. Ergebnis war trotz u. a. unterschiedlich großer Datensätze zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern ein hoch signifikanter Unterschied bei der Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse. In der Kategorie psychisch kranke Kinder des Datensatzes war die Befriedigung deutlich geringer und bei den Antworten war ein stärkerer Bedarf auf psychische Grundbedürfnisse erkennbar (a.a.O., S. 35). Somit ist anzunehmen, dass in diesem Feld pädagogische Probleme durchgehend und teilweise in dramatischer Weise bei den Patienten zum Ausdruck kommen. Verhaltensauffälligkeiten bzw. Störungsbilder können durch das Ausbleiben von kindlichen Grundbedürfnissen entstehen bzw. sich verfestigen. Krankheits- und Krisenbewältigung können daher nicht getrennt von der Entwicklungsförderung im Kindes- und Jugendalter gedacht werden und muss deshalb

Einleitung

aus pädagogischer Sicht trotz oder gerade aufgrund der Krankheitssymptomatik Bestandteil der Behandlung sein.

Die psychiatrisch relevanten Lebenssituationen der Kinder und Jugendlichen bedürfen einer speziell ausgerichteten pädagogischen Konzeption in einem als vorrangig verstandenen medizinischen Feld, um so zu einem förderlichen Milieu, i. S. der Förderung und Stärkung gesunder Anteile der Kinder und Jugendlichen (Entwicklungsförderung), beizutragen. Wesentlicher Bestandteil pädagogischer Aufgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Alltagsgestaltung des Klinikaufenthalts. Die Soziale Arbeit¹ könnte aufgrund ihrer Ausbildungsinhalte Prozesse begleiten und somit eine vorrangige Stellung bei der Alltagsgestaltung einnehmen (vgl. Heimann und Schmeck 2012). „Sozialpädagogik ist keine Hilfsdisziplin, sondern hat ihren eigenen Stellenwert mit klar entwickelten, in der Praxis erfolgreichen Methoden“ (a.a.O., S. 226). Unter diesem Verständnis werden Soziale Arbeiter als Ko-Therapeuten, Vernetzer verschiedener Berufsgruppen und Administratoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesen (vgl. ebd.). Wie kann die Profession der Sozialen Arbeit in diesem Feld mit ihren Methoden zu einem förderlichen Milieu und zur förderlichen Alltagsgestaltung unter Berücksichtigung der psychiatrisch relevanten Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen beitragen?

Ein zentrales Handlungskonzept der Sozialen Arbeit ist die Alltags- bzw. Lebensweltorientierung, die hingeht zu einer an den individuellen Ressourcen ausgerichteten Unterstützung. Hierin geht es neben den individuellen Möglichkeiten ebenfalls darum, die gegebenen Sozialräume mit zu betrachten, hier die Lebenslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Fokus liegt dabei auf der Alltagsbewältigung von wahrgenommenen Verhältnissen, um hieran an die gesunden Anteile der Patienten anzuknüpfen. Soziale Arbeit wendet sich mit der Ressourcenorientierung ab von einem defizitorientierten Verständnis. Somit geht es um den Einbezug des Patientenerlebens und die Wirkung von alltagstypischen Situationen während des Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Lebenswelt der Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bislang unerforscht und somit in wissenschaftlichen Diskursen der Sozialen Arbeit zur Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang unberücksichtigt geblieben. Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt auf der Profession der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ausgehend von dem Handlungskonzept der

¹ Sozialarbeiter und Sozialpädagogen werden unter dem Begriff Soziale Arbeit zusammengefasst. Die Begriffe werden synonym verwendet.

Einleitung

Lebensweltorientierung und der Frage, wie die Profession konzeptionell auf die (Handlungs-)Anforderungen in der Alltagsgestaltung der Kinder und Jugendlichen reagieren kann. Pädagogische Konzeptionalisierungen, die durch Wirkfaktoren² begründet sind, stärken die Disziplin der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Klinische Sozialarbeit, so sei an dieser Stelle explizit erwähnt, hat in dieser Arbeit keine Berücksichtigung gefunden. Die Klinische Sozialarbeit ist in der Fachdiskussion nicht ganz unumstritten. Die weitreichendsten Argumente, die gegen diese Fachsozialarbeit angeführt werden, sind, dass mit der Hinwendung zu dem ‚heilenden‘ Kontext eine Hinwendung zum medizinischen Feld erfolgt und/oder diese Fachsozialarbeit kein abgrenzbares Handlungsfeld neben der allgemeinen Sozialen Arbeit darstellt (vgl. Crefeld 2002, S. 24). So fanden zwar einige Hinweise von der Klinischen Sozialarbeit Berücksichtigung (z. B. Gahleitner et al. 2014), jedoch ist in diesem Feld ebenfalls keine Arbeit vorgefunden worden, die sich mit der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den angeführten Schwerpunkten beschäftigte.³ Gesetzeslagen und Aufgabenbeschreibungen für die (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie beziehen sich auf die Allgemeine Soziale Arbeit. Die Arbeit behandelt daher die Soziale Arbeit allgemein und ihre Aufgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die vorliegende Dissertation gliedert sich wie folgt:

I Erkenntnisinteresse und Fragestellung

In diesem Teil werden die eingangs dargestellten Thesen näher ausgeführt, um das Erkenntnisinteresse zu untermauern und zur Fragestellung hinzuleiten. Dabei werden die Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgearbeitet. Ebenso werden Verständnisgrundlagen für diese Arbeit erläutert.

² Wirkfaktoren werden hier als jegliche psychosoziale Einflussgröße auf das kinder- und jugendpsychiatrische Alltagsgeschehen verstanden. Die eindrucksvolle Arbeit von Klaus Grawe zu den therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren und die Verwendung des Begriffs wurde erst im späteren Verlauf der Arbeit bekannt, weswegen der Begriff weiterhin Verwendung findet.

³ Kirchweger (2010) geht zwar auf die besondere Herausforderung und die Lebenswelt einführend ein, jedoch reichen die Ausführungen lediglich für einen ersten Einblick in die Thematik. Des Weiteren werden hier Aspekte der Sozialen Arbeit angeführt, die keine Unterscheidung von der Allgemeinen Sozialen Arbeit zur klinischen Sozialarbeit zulässt.

II Empirische Untersuchung zum Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der empirische Teil der Arbeit gibt am Anfang einen Überblick über den Forschungsstand und zeigt die Forschungslücken auf. Der Hauptteil bildet die Auswertung der Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen, die eine Betrachtung des Klinikalltags aus Patientensicht erlaubt. Hierüber wird ein Zugang zu der Lebenswelt der Kinder- und Jugendpsychiatrie hergestellt. Zur Vervollständigung und Erweiterung der Sichtweise werden Aussagen von Experten denen der Psychiatrie-Erfahrenen gegenübergestellt und liefern eine erweiternde Einschätzung zur Theorie aus Perspektive der Handelnden. Über die Darstellung des empirischen Teils werden Ansatzpunkte anhand der Lebenswelt herausgestellt, um die Frage im weiteren Verlauf der Arbeit zu beantworten, welche Handlungsanforderungen sich für die Soziale Arbeit ergeben und wie sie darauf reagieren kann. Die Interviews sind aufgrund der Vereinbarungen mit den interviewten Experten und auf Wunsch der Psychiatrie-Erfahrenen mit dem Fokus auf Datenschutz nicht Bestandteil des Anhangs.

III Theoretische Grundlagen

Um im weiteren Verlauf der Arbeit Handlungsgrundlagen näher bestimmen zu können, bedarf es einer näheren Betrachtung von Aspekten, die Einfluss auf die Behandlung von Kinder- und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben. Hierzu gehört das aktuelle Verständnis der Psychiatrie, welches über die gesellschaftliche Funktion und die geschichtlichen Entwicklungen nachgezeichnet wird. Des Weiteren werden psychische Störungen und die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Abgrenzung zur Erwachsenenpsychiatrie dargelegt. Der Schwerpunkt wird hier auf die pädagogischen bzw. psychosozialen Anteile gelegt. Anknüpfend werden pädagogische Bedürfnisse der Patienten mit einem besonderen Schwerpunkt auf Interaktionserfahrungen behandelt. Das Kapitel wird mit einem Zwischenfazit zum pädagogischen Behandlungsverständnis abgeschlossen.

IV Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In diesem Bereich werden aufbauend auf den vorangegangenen Ergebnissen der empirischen Phase und der Grundlagenbeschreibungen Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit beschrieben. Hier steht die Beantwortung der Frage im Vordergrund,

Einleitung

welche Handlungsanforderungen sich aus den Ergebnissen ergeben und wie Soziale Arbeit auf die Anforderungen im Klinikalltag reagieren kann. Zu Anfang des Kapitels werden wesentliche Erkenntnisse aus den Interviews rückblickend behandelt. Ausgehend hiervon werden Wirkfaktoren und die Gestaltung des Klinikalltags, als klinisches Erziehungsklima, zentral behandelt.

V Abschließende Betrachtung und Ausblick

Im letzten Teil werden die Ergebnisse kritisch betrachtet und resümierend ein Ausblick für die Praxis gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und um bessere Anonymisierung im Sinne des Datenschutzes bei den Interviews zu erreichen, wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

I Erkenntnisinteresse und Fragestellung

1 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bevor auf die Soziale Arbeit nähergehend eingegangen wird, werden das allgemeine Verständnis und die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie angeführt. Die Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit, die sich aus den Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben, werden anschließend herausgearbeitet. Die sich für das Feld ergebenden Problemstellungen werden benannt und führen zum Erkenntnisinteresse und zur Fragestellung.

1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Allgemeine Verständnis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt sich aus 1) der Bestimmung von Psychiatrie, 2) die Aufgabenbestimmung des Fachgebiets und 3) das aktuelle Verständnis der Einrichtung.

1) Das Wort Psychiatrie steht allgemein für die Lehre von seelischen Störungen (vgl. Bosshard et al. 2007, S. 19) und für psychiatrische Versorgungseinrichtungen⁴, wie z. B. in der bundesweit gültigen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) angeführt (vgl. Bundesministerium der Justiz, eingesehen am 13.11.2013). Beide Bedeutungen sind in der Praxis eng miteinander verbunden. Die Lehre von seelischen Störungen ist maßgebend für die praktische Arbeit. Die Kenntnisse aus der praktischen Arbeit fließen in die Lehre, vor allem die Behandlung von seelischen Störungen mit ein.

2) Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im 13. Kinder- und Jugendbericht deutlich bestimmt:

„Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie beinhaltet die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prophylaxe, Rehabilitation und Psychotherapie von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen/Störungen sowie von psychischen und sozialen

⁴ Die Aufteilung der psychiatrischen Versorgungseinrichtung kann wiederum in stationäre und ambulante Einrichtungen unterteilt werden.

1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) sowie die Intervention bei akuten psychischen Krisen (z. B. Suizidale Krisen, aggressive Impulsdurchbrüche oder durch Drogenkonsum ausgelöste akute Psychosen). Auch Entziehungskuren bei jungen Suchtkranken und die Erstellung von Gutachten über psychiatrisch relevante Störungen von Heranwachsenden für andere Instanzen gehört zu ihren Aufgaben. Dabei wird jeweils den Eigenheiten der kindlichen Entwicklung, der Wechselwirkung zwischen Kind, Familie und Umwelt sowie der Lebenssituation der Heranwachsenden Rechnung getragen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie unterhält enge Beziehungen zur Kinder- und Jugendmedizin sowie zur Erwachsenenpsychiatrie“ (BMFSFJ, Stand 01.09.2014).

Die Definition weist mit psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten sowie mit der kindlichen Entwicklung über das medizinische Aufgabenfeld von psychiatrischen Erkrankungen hinaus und berührt somit weitere Disziplinen wie die Pädagogik, obwohl an dieser Stelle explizit nur Beziehungen zu medizinische Disziplinen genannt werden.

3) Psychiatrien im Sinne psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sind im heutigen Verständnis gemeindenaher Sozialpsychiatrien. Um Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen entgegenzuwirken, sind Psychiatrien in die Versorgungsstrukturen der Gemeinden eingegliedert worden (vgl. Fegert 2012, S. 226). Das Wort Sozialpsychiatrie kennzeichnet die komplexe Interaktion mit dem sozialen Umfeld. Dazu gehört das familiäre, berufliche bzw. schulische und gesellschaftliche Umfeld der Patienten (vgl. Hoff 2008, S. 22). „Soziale Kinder- und Jugendpsychiatrie wird hier verstanden als eine fachlich unter medizinischer Leitung – häufig interdisziplinär erbrachte Leistung, eingebettet in ein Versorgungsnetz und koordiniert mit Leistungen der Jugendhilfe, der Sozialhilfe, schulischer Förderung, Selbsthilfe etc.“ (Fegert 2012, S. 226). Bestandteil dieser Definition ist augenscheinlich eine vorrangige Stellung der medizinischen Leistung innerhalb der Kinder und Jugendpsychiatrie. Nach diesem allgemeinen Verständnis scheint Psychiatrie ein interdisziplinärer Bestandteil medizinischer Fürsorge unter medizinischer Leitung in guter Vernetzung zu anderen öffentlichen Leistungsgebern zu sein.

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

1.2.1 Bezugsgruppe Pflege- und Erziehungsdienst

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und regelt gesetzlich den Personalschlüssel und die Aufgabenfelder der Berufsgruppen. Den anteilmäßig größten Personalbedarf stellt hierin der Pflege- und Erziehungsdienst (PED), in dem Erzieher, Pflegekräfte, Heilpädagogen und Soziale Arbeiter⁵ als Stationsmitarbeiter zusammengefasst sind. Demnach sind pädagogische Fachkräfte vornehmlich auf der Station im Einsatz⁶ (vgl. Denner 2006, S. 57). Diplom-Pädagogen mit universitärem Abschluss sind laut Psych-PV nicht vorgesehen und werden nur in Ausnahmefällen eingestellt (vgl. Höfig 2006, S. 66). Auf diesen Berufsbereich entfällt die Aufgabe der pädagogischen Behandlung und Gestaltung des Alltags. Über die Relation von pädagogischen Mitarbeitern zu Pflegefachkräften auf den Stationen gibt es keine aussagekräftigen Zahlen. Die Aufgaben der genannten Berufsgruppen innerhalb des PED (so die Aussage eines Konzepts aus einer Klinik⁷) unterscheiden sich nicht wesentlich und die pflegerisch-pädagogischen Maßnahmen sind so verzahnt, sodass sie nicht wirklich nach Berufsgruppen getrennt werden können. Der PED wird meist als eine feste Berufsgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesehen. Diese Arbeit ist kaum erforscht und es kann fast gar nicht auf wissenschaftlich fundierte Konzepte zurückgegriffen werden (vgl. Vogt 2011, S. 47).

Die spezifischere Berufsrolle des Pflege- und Erziehungsdienstes kann über Anforderungen und Aufgaben der Arbeit hergeleitet werden. Jede Klinik ist in der Ausrichtung unterschiedlich, deswegen kann dies nur einen Versuch darstellen, einen Überblick der Berufsrollen- und Aufgabenbeschreibung zu schaffen. Folgende Aufgaben werden von Denner (2006) und Vogt (2011) in ähnlicher Weise genannt:

- „die Schaffung einer annehmenden, emotional tragenden Atmosphäre mit professionellen Bindungen im Rahmen des Bezugspersonenkonzepts,

⁵ Sozialarbeiter und Sozialpädagogen werden unter dem Begriff Soziale Arbeit zusammengefasst.

⁶ Daneben sind Sonderpädagogen hauptsächlich in der Klinikschule tätig.

⁷ Aufgrund der Zusicherung der Anonymität wird der Name der Klinik nicht erwähnt.

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- die Gestaltung tragender Beziehungen über Spielangebote, Gespräche und Aktivitäten,
- eine individuelle akute Krisenbegleitung in Zusammenarbeit mit den zuständigen Therapeuten,
- die Sicherstellung der Aufsichtspflicht“ (Denner 2006, S. 89).
- Elternarbeit, (vgl. Denner 2006 S. 89),
- Gestaltung familienähnlicher Bedingungen (Vogt 2011, S. 57).

Aufgaben des PED sind demnach Kinder und Jugendliche in ihren normalen Alltagsstrukturen zu begleiten und zu unterstützen sowie ein verlässliches Beziehungsangebot in den Einrichtungen anzubieten, vor allem wenn dies das soziale Umfeld nicht leisten kann. Es gilt Ausgrenzungen, Abschiebungen und häufige Bezugspersonenwechsel zu vermeiden (vgl. Clausen et al. 1996, S. 214). Ersichtlich wird, dass die Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes die Basis für die Aufenthaltsgestaltung und die Behandlungsprozesse sind. Professionalität und besondere Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes werden von Kuchenbecker (2011, S. 27ff.) wie folgt umrissen:

- spezifische Grundhaltung (professionelles Handeln vs. intuitives Alltagshandeln, Selbstreflexion, Übernahme von Verantwortung, reflektierter Umgang mit Macht, Vermeidung von Elternkonkurrenz, Ressourcenorientierung),
- Aufgaben: Behandlungsplanung (geplant und zielgerichtet), Entwicklungen fördern und begleiten, Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen und Krankheit, Sicherstellung von Schutz und Fürsorge, Kooperation,
- Werkzeuge: Pflegerisch-pädagogisches Assessment, Beziehungen (aufnehmen, gestalten, beenden), Alltag gestalten (Erlebnis- und Erfahrungswelten), Fürsorge und kompensatorische Pflege, Förderung und Training, Gruppendynamische Intervention, Deeskalation und Sicherungstechniken, Reflektierendes Selbst- und Fallverstehen, Beschreiben und Verschriftlichen.

Vordergründig pädagogische Aufgaben werden somit allgemein dem Pflege- und Erziehungsdienst zugesprochen. Bei näherer Betrachtung des Leistungskatalogs wird jedoch die hohe Anlehnung an den Pflegeberuf deutlich. Dieser umfasst laut Vogt (2011., S. 57ff.):

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Allgemeine Pflege und Betreuung,
- Somatische Pflege,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege,
- Bezugspersonensystem.

Hierunter werden folgende Tätigkeiten gefasst:

1. „Fortwährende Betreuung und Beobachtung, Verhaltensbeschreibungen,
2. Begleitung in Krisensituationen,
3. Gespräche zur Orientierung und Entlastung mit Eltern, Angehörigen, Lehrern, inkl. Telefonkontakte,
4. Mitwirkung bei Eltern- und Familientherapie, ...
5. Tagesstrukturierung, ...
6. Stations-Gruppenversammlungen durchführen, evtl. themenzentriert,
7. Training lebenspraktischer Tätigkeiten, Selbständigkeitstraining, gruppenpädagogische Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Station, Projektarbeit,
8. Freizeitaktivitäten, unter Berücksichtigung von gruppendynamischen Prozessen, ...“ (a.a.O., S. 58).

Ein grundlegendes pädagogisches Verständnis und hieran angelehnte überprüfbare Handlungskonzepte können nicht näher benannt werden. Ziele, Strategien und Maßnahmen werden wie angeführt nur sehr weitläufig angegeben. Grund hierfür könnte wie bei Baierl (2008, S. 72ff.), der für die Arbeit mit „psychisch gestörten Jugendlichen“ pädagogische Grundinterventionen anführt, die Berücksichtigung der Individualität von Fällen sein, an denen die Interventionen angepasst werden sollen. Für die Kennzeichnung einer spezifischen Berufsrolle der Sozialen Arbeit und deren Handlungskonzeptionalisierung stellt sich die Frage, was diese Profession in dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie auszeichnet, wie sie sich von anderen Bereichen (z. B. der Pflegeberufe) abgrenzt, ob die professionelle Kompetenz der Sozialen Arbeit zur Geltung kommt und worauf sie sich stützt z. B. durch welches spezifische Fallverstehen sie sich auszeichnet und welche Wirkung die pädagogischen Interventionen haben?

1.2.2 Was kennzeichnet die professionelle Kompetenz Sozialer Arbeit?

Zentrale Bestandteile der Profession sind gestützt auf fachliche Kenntnisse, Interaktionen und die Befähigung von Menschen:

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (Definition Sozialer Arbeit des IFSW – International Federation of Social Workers, Montreal 2000 zitiert nach DBSH 2013).

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) beschreibt die professionelle Kompetenz der Sozialen Arbeit wie folgt:

„Die professionelle Kompetenz der Sozialarbeit manifestiert sich in dem spezifischen Blickwinkel, der stets das gesamte persönliche, familiäre und gesellschaftliche Umfeld berücksichtigt. Die Lebenswelt von Patienten wird sowohl im Hinblick auf die individuellen und psychischen Faktoren als auch auf die soziale und materielle Situation erfasst. Insofern können Hilfebedarf und Hilfeansprüche kompetent berücksichtigt werden“ (DBSH 2002, S. 15).

Soziale Arbeiter stehen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit im Sinne des doppelten Mandates im Auftrag der Klienten und im Auftrag der staatlichen bzw. institutionellen Einrichtungen, was einen Spagat zwischen Hilfe und Kontrolle verlangt (vgl. Galuske und Müller 2005, S. 490). Das doppelte Mandat deutet damit Widersprüche in der Sozialen Arbeit an, die bei der praktischen Aufgabenerfüllung einen Umgang erfordern. Dieser Umgang mit den Widersprüchen berührt die professionelle Kompetenz in höchstem Maße. Hervorzuheben ist die Bestimmung Sozialer Arbeit als Normalisierungsarbeit (vgl. Olk 1986), als Vermittlungsleistung zwischen individuellem Fall und allgemeiner Norm (vgl. Offe 1987, S. 175). Es sollen auf der einen Seite die individuellen Lagen und Bedürfnisse der Patienten gewahrt und respektiert werden, während auf der anderen Seite ein Zustand allgemeiner Ordnungs- und Wertvorstellungen

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

hergestellt werden soll. Soziale Arbeit soll in Zusammenarbeit mit anderen Instanzen zur Beseitigung von Störungen (von der Norm zu weit abweichendes Verhalten) soziale Kontrolle ausüben. Durch Änderung einer devianten Person soll diese in die Lage versetzt werden, Normen selbstständig einzuhalten, ohne Gesellschaftsmitglieder an herrschende Normalitätsstandards anzupassen (vgl. Olk 1986, S. 13). Würde eher der generalpräventive Aspekt betont, würden Normen durch Bestrafung und Isolierung geschützt, um darüber hinaus ebenfalls andere Gesellschaftsmitglieder abzuschrecken (vgl. ebd.). Als Ziel Sozialer Arbeit kann dagegen die „Einregulierung eines akzeptablen Verhältnisses von konformen und abweichenden Verhaltensweisen“ (ebd.) genannt werden. Hierfür stehen drei Mechanismen zur Verfügung:

1. Änderung von Personen durch Erziehung oder Therapie,
2. Statusveränderung, also Zuteilung von alternativen Rollen oder materiellen Gütern,
3. oder die erzwungene Durchsetzung einer Normerfüllung.

Welche Mechanismen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinder und Jugendliche befähigt, möglichst in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten, wird Teil des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit sein.

1.2.3 Soziotherapie

Ein Anhaltspunkt für die Tätigkeiten und der Berufsrolle der Sozialen Arbeit ist die Soziotherapie, da diese in der Psych-PV ausschließlich Sozialpädagogen vorenthalten ist. Laut Psych-PV gelten soziotherapeutische Maßnahmen als handlungsorientierte Einflussnahme auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten (deviantes Verhalten) und seinem sozialen Umfeld. Damit ist das Gemeinschaftsleben in einer natürlichen oder künstlichen Gruppe mit ihren dynamischen Auswirkungen, die Arbeit des Individuums, die Stimulierung der Persönlichkeit durch Erschließung neuer Interessen und die Gestaltung der Freizeit gemeint. Es stellt ein allgemeines Handlungskonzept dar, worunter alltagsbezogene Strategien in der sozialen Nahwelt fallen (vgl. Knoll 2000, S. 68f.). Dies ist eine weitläufige Bestimmung, denn Soziotherapie ist kein fest umrissener Begriff, sondern kann viele unterschiedliche Ansätze beinhalten. Dies begünstigt eine fehlende methodische und theoretische Grundlage. Es ist aber andererseits auch ein Ausdruck einer weitläufigen, individuellen,

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

prozesshaften Sichtweise der Sozialen Arbeit in Bezug auf Patienten (vgl. ebd.) Die Soziotherapie in der Klinischen Sozialarbeit ist bislang wenig erforscht und die wissenschaftliche Begründung noch nicht ausreichend entwickelt. Der Begriff ist momentan als diffus und uneindeutig einzuschätzen (vgl. Ortmann und Röh 2014, S. 71). Laut Psych-PV gehört ebenso Milieuthérapie zu den Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In einer Übersicht von Trutzel (2011) gehören zur milieuthérapeutischen Funktion unter anderem das Bezugspersonensystem und ein strukturierter Tagesablauf, das als Grundvoraussetzung für die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen angesehen wird. Sozio- und Milieuthérapie werden auch gemeinsam in Kinder- und Jugendpsychiatrien genannt (z. B. LWL-Klinik Marsberg, eingesehen am 23.12.2013). Der Begriff Milieuthérapie und was (nicht) dazu gehört ist ebenso wie die Soziotherapie m. E. meist nicht genau abgegrenzt und erscheint deswegen ebenfalls nicht eindeutig.

1.2.4 Lebensweltorientierung

Lebenswelt ist ein Ort, an dem Individuen oder Gruppen alltäglich handeln. Im Zusammentreffen von Individuum und Gesellschaft ist die Lebenswelt ein vermittelnder Prozess. Die Lebenswelt, als von Menschen gestaltete und gleichzeitig unterliegende ökonomische, soziale, politische, kulturelle etc. Verhältnisse, stellt Möglichkeiten und ebenso Behinderungen von Handlungsalternativen dar (vgl. Oelschlägel 2001, S. 40). Vereinfacht gesagt, ist die Lebenswelt somit die umgebende Welt mit all ihren realen Lebensbedingungen und wie sie von einem Menschen subjektiv erfahren und wahrgenommen wird. Eine Orientierung an der Lebenswelt, die bereits 1990 im achten Jugendbericht eingefordert wurde, ist ein maßgeblicher pädagogischer Ansatz (vgl. Gröning 2006, S. 111) und bleibt als pädagogisches Rahmenkonzept äußerst aktuell (vgl. Thiersch 2004, S. 700). Lebensweltorientierte Angebote sind keine funktionalen und normativen Hilfsangebote sondern sie knüpfen an Erfahrungen und Räumen der Kinder und Jugendlichen an und richten sich so fallspezifisch aus. Thiersch, der an dem 8. Jugendbericht der Bundesregierung mitwirkte, konstatierte 1992, dass die Jugendhilfe-Fachdiskussionen zu sehr aus der Sichtweise der institutionellen und professionellen Strukturen gestaltet wurden und weniger „wie sich die Lebensverhältnisse und -schwierigkeiten in den heutigen gesellschaftlichen Strukturen und in der unmittelbaren Erfahrung derer, mit denen sie arbeitet, darstellen“ (Thiersch, 1992, S. 18f.) und versteht

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

unter „Lebensweltorientierte Jugendhilfe (...) die ganzheitliche Wahrnehmung von Lebensmöglichkeiten und Schwierigkeiten, wie sie im Alltag erfahren werden.“ (a.a.O., S. 24). Ziel der lebensweltorientierten Arbeit ist die Leistung von Hilfe zur Selbsthilfe, damit der Alltag des Klienten eigenständig bewältigt werden kann. Eine an die Patienten ausgerichtete lebensweltorientierung erkennt den individuellen Prozess von psychosozialen Bewältigungen von Alltagssituationen an.

Um die Lebenswelt einer Person zu erfassen, sind die Untersuchung des Erfahrungshintergrunds und der objektiven und subjektiven Zusammenhänge erforderlich. Schütz beschreibt:

„Dem Sozialwissenschaftler [gegenüber dem Naturwissenschaftler, Anm. DB] liegen aber Tatsachen, Ereignisse und Daten einer völlig verschiedenen Struktur vor. Sein Beobachtungsfeld, die Sozialwelt, ist nicht ihrem Wesen nach untergliedert. Sie hat eine besondere Sinn- und Relevanzstruktur für die in ihr lebenden, denkenden und handelnden Menschen. In verschiedenen Konstruktionen der alltäglichen Wirklichkeit haben sie diese Welt im Voraus gegliedert und interpretiert, und es sind gedankliche Gegenstände dieser Art, die ihr Verhalten bestimmen, ihre Handlungsziele definieren und die Mittel zur Realisierung solcher Ziele vorschreiben – kurz: sie verhelfen den Menschen in ihrer natürlichen und soziokulturellen Umwelt ihr Auskommen zu finden und mit ihr ins Reine zu kommen“ (Schütz 1971, S. 6).

Habermas beschäftigte sich mit der Lebenswelt im Kontext des kommunikativen Handelns. Gemeinsam mit Schütz betont Habermas, dass ein verstehender Zugang der Lebenswelt einer Person zu suchen ist (vgl. Habermas 1981, Bd. 1, S. 159). Das Verstehen ist kein intuitiver Vorgang, denn das Funktionieren einer Interaktion benötigt die Einigung auf „eine intersubjektiv gültige Beurteilung ihrer Weltbezüge“ (a.a.O., S. 157), der Sinn der kommunikativen Handlung muss entschlüsselt werden. Als Lebenswelt bezeichnet Habermas die symbolisch vorstrukturierte Wirklichkeit, in der sich handelnde Menschen aufhalten. Die Lebenswelt ist das gesamte Spektrum von Symbolen Bedeutungen, Ordnungen und Strukturen, welches gegenseitige Kommunikation überhaupt möglich werden lässt und ist die Voraussetzung von Kommunikation und Handlung (vgl. a.a.O., S. 159). Habermas führt den Begriff der Situation in seine Analysen ein. Sofern die Lebenswelt den Hintergrund darstellt, so ist die Situation der

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

sichtbare Vordergrund. Situationen bilden begrenzte Ausschnitte, um deren Zentrum sich die Lebenswelt, der die Kommunikationsteilnehmer angehören, jeweils zuordnet (vgl. Habermas 1981, Bd. 2, S. 187).

Die Lebensweltorientierung zeigt sich demnach in alltäglichen Situationen und Szenen. Hieraus lassen sich Sinn- und Relevanzstrukturen der Klienten erschließen. Wird die Interaktion fokussiert, bedarf es einer intersubjektiv gültigen Beurteilung ihrer Weltbezüge. Die Beurteilung über die Sinnhaftigkeit von u. a. Maßnahmen wie z. B. der Einkauf mit fünf Euro im nahe gelegenen Supermarkt als Belastungsprobe erscheint bei Patient und Mitarbeiter unterschiedlich, ein verstehender Zugang zu den Reaktionen erscheint nur über den Erfahrungshorizont mit seinen Normen, Sinngebungen und Handlungsmustern möglich.⁸ Ohne Lebensweltbezug sind pädagogische Handlungen nicht auf den Klienten ausgerichtet und Interventionen gehen ins Leere (sie wirken nicht, sind qualitativ geringwertig). Übertragen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Alltagsgestaltung und die Sinngebung maßgeblich relevant.

1.2.5 Messbarkeit und Erfolgskontrolle pädagogischer Interventionen

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Bedeutung von Ökonomisierung und Qualitätsüberprüfung (Dohmen und Fiedler 2015), stellt sich die Frage der Messbarkeit von pädagogischen Interventionen und nach welchen Kriterien die Handlungspraxis beurteilt werden kann. Pädagogische Arbeit ist durch den hohen individuellen Grad kaum bis gar nicht standardisierbar und der Erfolg einer Intervention erscheint somit schwer messbar. Die mögliche Messbarkeit von gelungenen Interventionen wird hier anhand von Qualitätsmerkmalen erörtert. Für Kuchenbecker (2011, S. 17) hat die interdisziplinäre Kooperation eine hohe Bedeutung für die Qualität von Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Interdisziplinarität wird bei dem Autor nicht nur als die Addition verschiedener Disziplinen verstanden, sondern als Kooperation auf Augenhöhe zwischen Sichtweisen verschiedener Professionen und das Zusammenwirken von verschiedenen methodischen Handwerkszeugen mit dem Blick auf den Fall und wirksam-

⁸ Beispiel aus meinem Praxissemester: Die Aufgabe war, Nahrungsmittel in einem Wert von unter fünf Euro in einem naheliegenden Supermarkt einzukaufen. An den Wochenenden, an denen der Patient seine Eltern besuchen durfte, ging er dagegen mit bis zu 50 Euro alleine einkaufen. Trotz der Erfahrungen im häuslichen Bereich beförderte die Art der Anleitung des Klinikmitarbeiters bei dem Patienten mit der Diagnose Depression Zweifel an der eigenen Person (vgl. Bruland 2007, S. 56f.).

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

therapeutisches Handeln. Qualität wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Eine gute Strukturqualität ist die Voraussetzung für erfolgreiche Prozesse und gute Ergebnisse (vgl. Spöhring und Richter 2001, S.733). Strukturqualität umfasst u. a. die Personalausstattung, -qualifikation, Finanzausstattung, die Belegung, die Klinik und das Umfeld an sich sowie die Leitungsstruktur. Die Prozessqualität ist mit Ablaufqualität gleichzusetzen und umfasst die Kernpunkte der psychiatrischen Behandlungen (Diagnostik, Therapie und Pflege) sowie die Gestaltung des Aufenthalts⁹ (vgl. ebd.) und schließt somit alle Behandlungsformen mit ein. Die eingangs erwähnte Zusammenarbeit hat vor allem in diesem Bereich eine hohe Bedeutung. Wichtig sind ebenfalls Grundhaltungen und Einstellungen der Mitarbeiter auf den Heilungsprozess und für die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander. Quantitativ kann die Qualität anhand der Behandlungsdauer gemessen werden. Doch zeigen sich bei vereinfachten quantitativen Messungen Schwächen. So hat die Schwelle zur Einweisung abgenommen und bei einem Rückfall gelangen die Patienten schneller wieder in die Klinik als noch vor ein paar Jahren. Der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Qualität sind bislang nicht ausreichend untersucht. Faktoren nach der Entlassung, wie schlechte Nachbetreuung, Drehtür-Effekte, steigende Selbstmordraten und ansteigende Mortalität werden können meist nur unzureichend berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Bei der Ergebnisqualität ist zwischen zwei Parametern zu unterscheiden. Primäre Parameter sind Zustandsveränderung, lebenspraktische Fertigkeiten, Leistungsfähigkeit (z. B. Schule), erhöhte Lebensqualität und zu den sekundären Parametern subjektive Zufriedenheit des Patienten, Vermeidung Selbst- und Fremdgefährdung, Verringerung der Belastung in der sozialen Umwelt.

Die Messung von Qualität in diesem Bereich ist augenscheinlich von vielen subjektiven Faktoren abhängig z. B. bei der Struktur die Einbindung von Diensten in das Krankenhausteam: Abläufe werden z. B. je nach Profession unterschiedlich bewertet (z. B. anhand der verschiedenen Vorstellungen an Zusammenarbeit). Bedeutsam für die Einschätzung von Qualität sind Klientenzufriedenheit, Zufriedenheit der Mitarbeiter und Zufriedenheit der Kooperationspartner. Weiterhin können sich Ergebnisse erst weit nach der Entlassung einstellen (Behandlung als Prozess) (vgl. DBSH 2002, S. 18ff.). Wichtig für eine hohe Qualität sind also Adressaten, Patienten, deren Angehörige und Mitarbeiter. Dies verweist auf die Ausrichtung von Konzeptionen: Personenorientierung (Patienten)

⁹ Was hier als Hotelleistung (Unterbringung und Pflege) wenig wertschätzend benannt wird.

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Mitarbeiterorientierung. Beide Ausrichtungen gehören zusammen. Ein gutes Arbeitsklima fördert eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Mitarbeiter werden motiviert, was sich wiederum auf Patienten auswirkt (vgl. Kuchenbecker 2011, S. 18ff.). Dies zeigt, dass Qualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ausdruck von interdisziplinär erbrachtem wirksam-therapeutischen Handelns ist, dessen Wirkfaktoren sehr subjektiv (von Mitarbeitern und Patienten) sowie schwer messbar sind (z. B. durch die späte Einstellung von Ergebnissen) und Kennziffern noch nicht ausreichend entwickelt wurden. Für die Beurteilung von pädagogischen Interventionen bedarf es demnach eine auf das pädagogische Fallverstehen zugeschnittene und angemessene Beurteilung von Qualitätsmerkmalen.

1.2.6 Forschungsstand Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein erster Einblick

Gesamtkonzepte zur (pädagogischen) Aufenthaltsgestaltung konnten in der Literatur nicht entdeckt werden. Trutzel (2011) hat dagegen einen Überblick über Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand einer Dokumentenanalyse nach Mayring von 206 Internetauftritten teil- und vollstationärer Einrichtungen vorgenommen und durch die Befragung per Online-Fragebogen ergänzt. Dies ist die einzig bekannte Erhebung für diesen Bereich. Gegenstand der Untersuchung der Internetseiten der Kliniken sind die Nennungen von Therapieansätzen, Leitlinien und Leitwerten, Gruppenangeboten und Trainings, fachtherapeutischen Angeboten sowie pädagogischen Stationsangeboten. Die Darstellung der Untersuchung dient dem ersten Einblick zur Ausrichtung der Kliniken in der Praxis, zum pädagogischen Leistungsangebot sowie der Berufsrolle. Als Einblick in die Studie werden ausgewählte Ergebnisse vorgestellt.

Zur Ausrichtung der Klinik wird bei Klinikansätzen und Leitlinien allen voran ein familienorientierter Ansatz (60,7 Prozent) genannt, dicht gefolgt von systemischen Ansätzen (51,2 Prozent). Interdisziplinäre Arbeit betonen fast die Hälfte (45,6 Prozent) der Befragten, dagegen einen Ansatz, der aus mehreren Behandlungsarten besteht nur 20,4 Prozent. Während 58,7 Prozent eine Behandlung speziell auf die Störung ausgerichtet angeben, nennen nur 13,6 Prozent einen ganzheitlichen Ansatz, was auf eine eher funktionale Behandlung verweist. Eine Ressourcenorientierung wird von etwas mehr als 20 Prozent genannt. Hieran lässt sich erahnen, welche Schlüsselwörter zurzeit in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie aktuell sind. Da eine Online-Untersuchung den Nachteil birgt, dass lediglich Namen abgefragt wurden, ist dies noch keine Aussage über

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

die Umsetzung von Maßnahmen oder ob Konzepte lediglich nicht erwähnt werden. So wird bei den Fachtherapien nur von 24,3 Prozent die Soziotherapie erwähnt, obwohl diese vorgeschrieben ist, und bleibt damit sogar unter der Beschäftigungs-/Arbeitstherapie (29,6 Prozent).

Zu den pädagogischen Leistungsangeboten zählen Gruppenangebote, Trainings und pädagogische Angebote im Stationsalltag. Diese gehören hauptsächlich zum Aufgabengebiet des PED. Zu den pädagogischen Angeboten im Stationsalltag gehört in dieser Erhebung das Bezugspersonensystem. Dieses erwähnen 9 von 10 Einrichtungen und nennen dabei einen strukturierten Tagesablauf, als Grundvoraussetzung für die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen und als zentrale milieutherapeutische Funktion. Die Orientierung des Stationsangebots an einem normalen Alltag der Kinder und Jugendlichen nennen 42,2 Prozent. Nicht ersichtlich wird hier, ob die Struktur des Alltags mehr einem Dienstplan und der Ablauforganisation oder mehr alterstypischen Bedürfnissen entspricht z. B. Nachtruhe weil Schichtwechsel nicht weil alterstypische Schlafenszeit. Zu den Gruppenangeboten und Trainings zählen in absinkender Reihenfolge:

Entspannungstraining (53,9 Prozent); Soziales Kompetenztraining; Aufbau Bewältigungsstrategie für den Alltag (30,6 Prozent); Aufmerksamkeits-/Konzentrationstraining; Nachstationäres Training (19,9 Prozent); Selbstsicherheitstraining, Selbständigkeitstraining, Elternttraining (12,1 Prozent). Da es sich hier nur um Nennungen handelt, sind Aussagen, dass Entspannungstraining häufiger angeboten wird als Soziales Kompetenztraining schwer einzuschätzen. Dagegen wird angenommen, dass das Elternttraining meist in der Familientherapie mit eingebunden wird und somit aus dem Zuständigkeitsbereich des PED herausgenommen ist. Auffallend ist weiterhin, dass lebenslagen- und lebensalterspezifisches Arbeiten in der Untersuchung nicht erwähnt wird obwohl diese als eine Grundlage pädagogischer Arbeit anzusehen ist. Es ist anzunehmen, dass diese Aspekte in der Praxis eine hohe Berücksichtigung finden und in dieser Untersuchung nicht erwähnt werden.¹⁰

¹⁰ Trutzel nimmt im Rahmen pädagogischer Angebote im Stationsalltag zwei weitere Aspekte auf; die Gestaltung des Stationsmilieus und die daraus resultierenden Möglichkeiten für Kompetenztraining und Erfahrungslernen aus dem Ausprobieren von Verhaltensweisen. Hierbei handelt es sich um keine neuen Aspekte, sondern um eine Aneinanderreihung von nicht näher bestimmten Begrifflichkeiten, wie bereits moniert. Siehe hierzu 6.2 Soziotherapie in diesem Kapitel.

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Untersuchung des Internets wurde mittels eines Online-Fragebogens ergänzt. Gegenstand des Fragebogens waren Sichtweisen und Beurteilungen von Mitarbeitern der Einrichtungen hinsichtlich des pädagogischen Konzepts, ihres eigenen Stellenwerts und möglicher Entwicklungschancen. Hierzu wurden 787 E-Mail-Einladungen (meist an Klinikleitungen) versendet. Aufgrund der Nicht-Erreichbarkeit von Empfängern wurde von 500 korrekt zugestellten E-Mails ausgegangen. Hieraus resultieren 100 vollständige Fragebögen und 82 unvollständige. An der Umfrage beteiligten sich überwiegend Stationsleitungen, Ärzte/Fachärzte, Oberärzte und Pflegedienstleitungen. Heil-/Sonderpädagogen sowie Diplom-Pädagogen kamen auf 3 Prozent, da der Anteil dieser Berufsgruppen in Einrichtungen unterrepräsentiert ist. Sozialpädagogen waren immerhin mit 10 Prozent vertreten. Bei der Untersuchung per Fragebogen ist die niedrige Rücklaufquote, die allgemein als gering anzusehende Anzahl der ausgefüllten Fragebögen und die Zusammenfassung der unterschiedlichen Professionen ein Manko, da keine Repräsentativität gegeben ist oder keine Aussage getroffen werden kann, welche Berufsgruppe welche Aussagen trifft. Es lässt sich hieran erahnen, wie schwer der Zugang zum Feld für Untersuchungen herstellbar ist, und somit eine allgemeine Übersicht über pädagogische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erfassen. Für einen ergänzenden Einblick werden die Aussagen zu den Thesen vorgestellt.

Der These I: „Psychiatrisch-therapeutisches Handeln und Pädagogik sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eng miteinander verzahnt“ wurde mit fast dreiviertel Mehrheit zugestimmt. Eine befragte Person äußerte, dass dies in der Praxis nicht so sei. Es fehlt eine Erläuterung, was die fehlenden 25,8 Prozent nennen. Bei These II: „Alle Mitarbeiter auf der Station müssen Erziehungsaufgaben leisten“ ist interessant, dass fast 10 Prozent nicht zustimmten – hier wäre eine Verteilung der Antworten auf die unterschiedlichen Professionen erkenntnisreich gewesen. Anmerkungen der Probanden erfolgten über die Zuständigkeit der Erziehung oder das Infrage stellen einer therapeutischen Funktion auf der Station. Es macht den Anschein, dass Erziehung/Pädagogik nicht als selbstverständlich anzusehen ist.

Zufrieden mit der pädagogischen Arbeit auf der Station waren lediglich 45,06 Prozent, 7,15 Prozent waren unzufrieden und 8,79 Prozent konnten sich nicht entscheiden. Die anderen fast 40 Prozent können nicht nachvollzogen werden. Ähnlich verhielt es sich zu der Frage zur Qualität der pädagogischen Arbeit. Die geringe Zufriedenheit lässt vermuten, dass etwas fehlt, um eine höhere Zufriedenheit zu erhalten. Interessant erscheinen hierbei die genannten Mängel wie fehlende pädagogische Ausbildung nicht-

1.2 Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

pädagogischer Mitarbeiter, fehlende fachspezifische Fortbildung, fehlende Zeit, fehlendes (pädagogisches) Personal. Auffällig sind ebenfalls die angegebenen Mängel: Fehlende pädagogische Strukturierung (auch durch zu viele Personen), fehlende Zusammenarbeit und uneinheitliche Konzepte, mangelnde Reflexion über Methoden, unzureichende pädagogische Fähigkeiten bei neueren Ärzten. Die Mängel weisen auf einen Bedarf an der Stärkung pädagogischer Themen sowie pädagogischer Konzeptualisierungen hin. Aussagen über Chancen durch pädagogisches Handeln für Mitarbeiter und Patienten wurden häufig gleichgesetzt. Es wurden mehrfach Wünsche geäußert, eine inadäquate Medizinalisierung abzubauen und pädagogische Handlungsausrichtungen zu stärken, auch gegenüber krankenschwägerischer Prägung. Anhand weiterer Fragen wurde angegeben, dass lediglich 31,32 Prozent der antwortenden Mitarbeiter eine pädagogische Handlungskompetenz für wichtig halten. Die vorher genannte Wertung der engen Verzahnung kann daher nicht nachvollzogen werden.

Obwohl Trutzel (2011) einen umfangreichen Blick über die Darstellung von Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet, ist eine anknüpfende genauere Tiefe der Befragung zur Umsetzung der Maßnahmen zu bemängeln. Die Untersuchung ist die einzige Bekannte zur Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine exakte Darstellung und Einschätzung von pädagogischer Arbeit oder einem Verständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hierüber nicht möglich. Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass Ergebnisse und Aussagen bislang nicht vergleichbar und somit uneindeutig sind.

1.2.7 Soziale Arbeit im Gegensatz zum medizinischen Arbeitsverständnis

Bosshard (1996) und Ebert (1996) haben Unterschiede von Sozialen Arbeitern im Gegensatz zu Medizinern im psychiatrischen Bereich anhand von Befragungen herausgestellt. Ebert (1996) führt drei Problemkomplexe an: divergierende Problemzugänge, diskrepante Erwartungen und Umgang mit der eigenen Kompetenz. Der ärztliche Problemzugang lässt sich als lineares Vorgehen in Form von Behandlungsschritten ausgehend von Diagnosen beschreiben, die komplexen Lebensumstände sind unbedeutend, es geht nur um die Krankheit. Es bestehen in der Sozialen Arbeit dagegen kaum Möglichkeiten, die Arbeitsabläufe zu standardisieren. Soziale Arbeit ist ein offener Prozess, der umfassend Lebenszusammenhänge versucht einzubeziehen, welche ebenfalls verwirrende Bezüge beinhalten können. Der auf den

1.3 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Alltag ausgerichtete Ansatz muss erst das Problem erörtern, mittels der Perspektive der betroffenen Person, des sozialen Umfelds und mithilfe anderer Fachleute. Somit ist Soziale Arbeit auf die Medizin angewiesen, umgekehrt jedoch nicht. Die Erwartungen eines Arztes an die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist eine additive, um Fertigkeiten zu ergänzen, die ihm nicht zur Verfügung stehen. Die Soziale Arbeit ist dagegen aufgrund ihres Hintergrundes des Problemzugangs um kooperative Zusammenarbeit bemüht. Sie sieht die Arbeit als Prozess, in dem Betroffene beteiligt und Ungewissheit zugelassen werden müssen. Vorschnelles Handeln kann zwar eine Verbesserung bedeuten, die aber nicht zu dem Ziel der Sozialen Arbeit einer dauerhaften Verbesserung der Lebenssituation führt. Die Kompetenz der Mediziner wird als selbstbewusst dargestellt, mit einem hohen Professionalisierungsgrad und hohem Ansehen („hoher gesellschaftlicher Nutzen“ als Experte und Verwalter von Gesundheit). Dem gegenüber steht die mangelnde Identität der Sozialen Arbeit. Die Bedeutung der Alltagsgestaltung scheint banal und scheint keine Experten zu benötigen. Für die Aufwertung werden häufig therapeutische Verfahren in die Soziale Arbeit integriert, was zu einer Abwertung der eigentlichen Sozialen Arbeit führt (vgl. a.a.O., S. 9f.). Bosshard (1996) hat dagegen drei Sozialpädagogen und drei Mediziner als Paare interviewt. Sie kommt allgemein zu dem Schluss, dass bei Ärzten eine Sicherheit des Wissens besteht, „das gleichermaßen ermöglicht, Theorien zu formulieren, Verantwortung zu übernehmen, sich als ganzer Mensch, auch mit seinen Gefühlen in der Arbeit einzubringen, und das außerdem auch Zugang zu den materiellen Ressourcen verschafft. ... Selbstzweifel werden nicht geäußert“ (a.a.O., S. 4). Die Sozialarbeiter werden von den Ärzten für die äußere Welt des Krankenhauses, für gesellschaftliche Normen und für die Existenzsicherung sowie für die Einschätzung von Patienten. Die Gruppe der Sozialarbeiter erscheint in sich nicht geschlossen, hat nicht so ein hohes berufliches Selbstwertgefühl - eher Selbstzweifel - und kann zwar einen begrenzten Aufgabenbereich für sich beschreiben, aber keine eigenen Theorien bestimmen.

1.3 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

In einer Kinder- und Jugendpsychiatrie werden soziale Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in interdisziplinärer Zusammenarbeit unter medizinischer Leitung in einer speziellen Versorgungseinrichtung gemeindenah und unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds behandelt. Sie ist für die

1.3 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Patienten temporär ein Lebenszusammenhang, der auf die Behandlung einer Störung oder eines störenden Verhaltens ausgelegt ist. Neben den institutionellen Besonderheiten eines psychiatrischen Krankenhauses kommen pädagogische Besonderheiten der Patienten (vgl. Borg-Laufs und Spancken 2010) hinzu.

Die Alltags- bzw. Aufenthaltsgestaltung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört zum Aufgabenbereich des PED, zu dem ebenfalls Soziale Arbeiter gehören. Die Soziale Arbeit könnte aufgrund ihrer Ausbildungsinhalte Prozesse begleiten und somit eine vorrangige Stellung bei der Alltagsgestaltung einnehmen (vgl. Heimann und Schmeck 2012). Unter diesem Verständnis werden Soziale Arbeiter als Ko-Therapeuten, Vernetzer verschiedener Berufsgruppen und Administratoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesen (vgl. ebd.). „Sozialpädagogik ist keine Hilfsdisziplin, sondern hat ihren eigenen Stellenwert mit klar entwickelten, in der Praxis erfolgreichen Methoden“ (a.a.O., S. 226).

Dennoch wurde gezeigt, dass die pädagogischen Aufgaben, vor allem in der zusammengefassten Berufsgruppe PED, nicht eindeutig sind. Grund hierfür könnte wie bei Baiertl (2008, S. 72ff.), der für die Arbeit mit „psychisch gestörten Jugendlichen“ pädagogische Grundinterventionen anführt, die Berücksichtigung der Individualität von Fällen sein, bei denen die Interventionen angepasst werden sollen. Anhand der Soziotherapie, die Sozialpädagogen vorenthalten ist, kann dies verdeutlicht werden. Soziotherapie ist kein fest umrissener Begriff, sondern kann viele unterschiedliche Ansätze beinhalten. Dies begünstigt eine fehlende methodische und theoretische Grundlage. Es ist aber andererseits auch ein Ausdruck einer weitläufigen, individuellen, prozesshaften Sichtweise der Sozialen Arbeit in Bezug auf Patienten (vgl. Ortmann und Röh 2014, S. 71). Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit sind daher nicht eindeutig bestimmbar und hoch individuell aufgrund der hohen Alltagszentrierung der Klienten, das Vorgehen ist nicht standardisierbar. Knoll (2000, S. 27ff.) führt den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit als Aushandlungsprozess mit anderen Berufsgruppen an, sich in die arbeitsteilige Struktur einzubinden und Kernaktivitäten zu bestimmen. Professionalisierung bedeutet ein spezifisches Fallverstehen. Das spezifische Fallverstehen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde laut Knoll nicht weiter verfolgt, stattdessen wurden therapeutische/juristische/psychologische Expertisen in die Soziale Arbeit unreflektiert übernommen. Das mangelnde eigenständige Fallverstehen hat Folgen für das vorgegebene Einsatzfeld, z. B. die geringere Wertschätzung der Disziplin (siehe Gegenüberstellung Soziale Arbeit und Medizin –

1.3 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Kapitel 1.2.7). Für einen erfolgreichen Aushandlungsprozess mit anderen Berufsgruppen ist jedoch eine inhaltlich eindeutig bestimmbare und spezifisch pädagogische Berufsrolle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich.¹¹

Ein zentrales Handlungskonzept der Sozialen Arbeit ist die Alltags- bzw. Lebensweltorientierung, die hingeht zu einer an den individuellen Ressourcen ausgerichteten Unterstützung.

„Die Lebenswelt von Patienten wird sowohl im Hinblick auf die individuellen und psychischen Faktoren als auch auf die soziale und materielle Situation erfasst. Insofern können Hilfebedarf und Hilfeansprüche kompetent berücksichtigt werden“ (DBSH 2002, S. 15).

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt auf der Profession der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ausgehend von dem Handlungskonzept der Lebensweltorientierung und wie die Profession konzeptionell auf die (Handlungs-) Anforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reagiert bzw. reagieren kann. Ziel der Arbeit ist es, ausgehend von der Lebenswelt der Patienten, mögliche Wirkfaktoren zu erfassen und hieraus Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit zu diskutieren. Für die Untersuchung ergeben sich folgende Fragestellungen:

1) Wie wird das kinder- und jugendpsychiatrische Alltagsgeschehen und dessen Wirkung von Patienten erlebt?

2) Welche pädagogischen Handlungsgrundlagen und -konzepte ergeben sich aus den Lebenswelterfahrungen für die Soziale Arbeit?

In der Aufenthalts- und Alltagsgestaltung ist Erziehung maßgeblich. Dieser pädagogische Grundbegriff wird explizit in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) angeführt und gehört aufgrund vorgeschriebener Zeitwerte für den Erziehungsdienst, die zusammen mit dem Krankenpflegepersonal angegeben werden, zu den festen Aufgaben einer

¹¹ Bei Pflegekräften ist dies die Durchführung und Überwachung medizinischer Maßnahmen wie z. B. Medikamente stellen und verabreichen, Ausarbeiten von ärztlichen Anordnungen und Assistenz bei Eingriffen wie Blutentnahme.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Bundesministerium der Justiz, eingesehen am 13.11.2013). Das Grundverständnis von Erziehung muss als eine wichtige Voraussetzung dieser Arbeit angesehen und ergänzt werden.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

1.4.1 Allgemeines pädagogisches Grundverständnis

I

Als pädagogischer Grundbegriff wird Erziehung explizit in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) angeführt und gehört aufgrund vorgeschriebener Zeitwerte für den Erziehungsdienst, die zusammen mit dem Krankenpflegepersonal angegeben werden, zu den festen Aufgaben einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Bundesministerium der Justiz, eingesehen am 13.11.2013). Als erzieherisches allgemeingültiges Ziel gilt das „Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ des §1 Abs. 1 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Kron hat ein Erziehungsverständnis anlehnend an Mollenhauers formulierten symbolischen Interaktionismus entwickelt (vgl. Koller 2004, S. 57), das für die Interpretation und Analyse pädagogischer Situationen, wie sie im empirischen Teil vorgenommen werden, geeignet erscheint:

„Erziehung sei ein dem Sinne nach aufeinander *bezogenes* gegenseitiges soziales Handeln oder ein Prozess symbolischer Interaktion zwischen mindestens zwei Personen - im Regelfall einer älteren, wissenderen oder kompetenteren Person und einer jüngeren, weniger wissenden oder noch nicht kompetenten - in welcher es um die gegenseitige Aufhellung und Aufklärung von Rollen, Positionen, Wertorientierungen, Normen, Intentionen und Legitimationen des sozialen Handelns und des diesen mitbedingten sozialen und gesellschaftlichen Feldes geht“ (Kron et al. 2013, S. 47, Hervorhebung im Original).

Soziales Handeln wird hierin verstanden als ein von Einzelpersonen oder Gruppen sinnhaftes auf den Gegenüber bezogenes „Sich-Verhalten“ (vgl. Kron et al. 2013, S. 50). Hervorzuheben ist die intersubjektive Beziehung zwischen Erzieher und Zu-Erziehenden als ein gleichgerichtetes aufeinander bezogenes Verhalten zur Untersuchung von Ursache-Wirkung-Relationen sowie der Annahme einer Fähigkeit zur praktischen

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Vernunft. Kron et al. (2013, S. 47) betonen weiter, dass sich „Erziehung ... an den demokratischen Grundwerten der Emanzipation und Verantwortung für das Ganze (gesellschaftlicher Aspekt des Erziehungsprozesses) und der Individuation (subjektiver Aspekt des Erziehungsprozesses) orientiert“. Bezogen auf den Zu- Erziehenden werden pädagogische Grundwerte des Sozialmachens vorausgesetzt ebenso wie die Fähigkeit zur praktischen Vernunft.

II

Pädagogische Grundwerte lassen sich bereits bei Rousseau ausmachen. Das von Rousseau selbst bezeichnete Hauptwerk *Emile* (vgl. Rang 1965, S. 60) beinhaltet für die damalige Zeit revolutionäre Gedanken. Das Hauptwerk wurde nicht nur öffentlich kritisiert, sondern zerrissen und verbrannt, der Autor selber floh von Paris nach England (vgl. Stapelfeldt 2013, S. 120). Basis seiner Erziehungsvorstellungen ist die Vernunftbegabung von Kindern, die ihnen seit der Antike abgesprochen wurde. Rousseau wird heute zugeschrieben im Zuge der französischen Aufklärung den Entwicklungsprozessen und der Erziehung von Kindern einen Stellenwert gegeben und somit den ersten Lebensphasen des Menschen eine neue Betrachtungsweise geschenkt zu haben (vgl. Scholz 2000, S. 9). Er entwarf Wesensmerkmale der menschlichen Natur, beschrieben als Naturzustand (*état naturel*). Darunter gehörten die Fähigkeit, sich zu vervollkommen (*perfectibilité*), Selbstliebe als Selbsterhaltungstrieb, die Ausstattung einer ursprünglichen Güte (*bonté naturelle*, gute Natur), Mitleid- und Empfindungsfähigkeit sowie Freiheit und Unabhängigkeit (vgl. Jostock 1999, S. 22ff.). Freiheit war im Sinne Rousseaus die Befreiung aus dem bestehenden Zwang und das Gegenteil der Herrschaft von Menschen über andere Menschen (vgl. Stapelfeldt 2013, S. 120f.). Die angeführten Wesensmerkmale des natürlichen menschlichen Zustands sind augenscheinlich positiv konnotiert. Der Übergang aus dem Naturzustand durch Erziehung in den kultivierten bzw. zivilisierten Zustand (*état civil*) kennzeichnet die Lebensphase Kindheit bei Rousseau (vgl. Reichenbach 2007, S. 83). „Die Erziehung, die Jean Jacques dem *Emile* zuteilwerden läßt, ist die künstliche und kunstvolle Sicherung dieses Übergangs: sie versetzt den so Aufwachsenden in die Bereitschaft und in die Lage, den Gesellschaftsvertrag zu schließen – wenn die Gesellschaft ihrerseits entsprechend verfaßt ist“ (von Hentig von 1985, S. 22). Die Erziehung zum Bürger hat in seinem Werk eine herausstellende Bedeutung.¹²

¹² Das Werk ist nicht kritiklos geblieben. Beispielhaft ist zu nennen, dass Rousseau eine widersprechende Vorstellung hatte, einerseits an positive gesellschaftliche Wandlungen über gute Erziehung zu

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Anhand der Ausführungen lassen sich notwendige Rückschlüsse auf die Adressaten von Erziehung und grundlegende Erziehungsvorstellungen ziehen. Kinder und Jugendliche befinden sich in einer Lebensphase und in einem Zustand der Entwicklung (bei Rousseau die Entwicklung zu einem Bürger). Die Kindheit als eigene Phase ist somit nicht mit gleichen Rechten wie die des Erwachsenseins ausgestattet. Dies bedeutet ebenfalls, dass es charakteristische Zuschreibungen von kindlichem Verhalten gibt, die gesellschaftlich als normal gelten (und nicht normal für Erwachsene). Vernunftbegabung wird Kindern in der Entwicklung zugesprochen. Anlehnend hieran lassen sich pädagogische Prinzipien und Erziehungsziele ableiten.

III

Die Epoche der Aufklärung hat, wie angedeutet, die Sichtweise auf Erziehung und Bildung maßgeblich mit dem Streben nach Autonomie und der Höherbildung und Moralisierung der Menschheit geprägt: der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit; Kant 1784 (vgl. Reichenbach 2007, S. 106f.). Das Grundverständnis Kants, „der Mensch kann nur Mensch werden durch Erziehung“ erscheint auf den ersten Blick paradox. Der enthaltene Widerspruch wird durch die Annahme des zukünftigen beseitigt; der Mensch ist von Geburt an ein Mensch, dessen Anlagen sich erst entwickeln. Diese Anlagen, auf die Erziehung sich richtet, gehen über den Instinkt hinaus. Erziehung richtet sich an das vernunftbegabte Wesen, das die Notwendigkeit hat, das eigene Verhalten zu kontrollieren (vgl. Koller 2004, S. 30f.). Das angesprochene Werk Emile ist in diesem Sinne ein vielfältiges und ganzheitliches Erziehungsprogramm (vgl. von Hentig 1985, S. 32). Eine Erziehung zum Bürger nimmt in dem Werk eine herausstellende Bedeutung ein. Ziel ist die Vermeidung von Tyrannei und das Erlangen von Freiheit, Erziehung ist das wesentliche Element für dessen Erreichung (vgl. Reichenbach 2007, S. 83). Vor Rousseau hatte unter anderem Locke maßgeblich Einfluss auf die pädagogische Reformbewegung (vgl. Rang 1965, S. 65), dessen erzieherischen Vorstellungen eher dem bildlichen Vergleich eines Handwerkers ähnelte. Das Bild des Handwerkers weist Erziehung mit einem vorgegebenen Ziel als ein machendes, formendes, herstellendes Handeln aus, angelehnt an der handwerklichen Produktion eines Gegenstandes. Erziehung ist in diesem Verständnis „*herstellendes Machen*“ (vgl. Treml 1991, S. 347, Hervorhebung im Original). Rousseau setzte dem

glauben, auf der anderen Seite den Glauben zu vertreten, dass unter dem Menschen alles zerfallen wird (vgl. Herzog 2006, S. 63). Das Buch Emile kann nicht eindeutig interpretiert werden und die Intentionen des Autors werden, vor allem an den paradoxen Vorstellungen, diskutiert.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

vorgegebenen gesellschaftlichen Lebensweg u. a. dem Ständeverhältnis ein Verständnis von offener und sich entwickelnder menschlicher Natur entgegen (vgl. Benner 1994, S. 10). Die pädagogischen Prinzipien in Emiles Erziehung, die ihn zu einem unabhängigen und wahrhaftigen Menschen leiten, überführt von Hentig (2004, S. 43ff.) in aktuelle Begriffe:

- „Der Eigenwert der Kindheit,
- Eine anthropologische Erziehungslehre« Die Kindheit studieren
- Eine negative Pädagogik« Nicht eingreifen/Die eigenen Zwecke hintansetzen/Zeit verlieren/Euch und euer Raisonement zurücknehmen/Entmoralisierung der Pädagogik
- Erfahrungslernen «Belehrung durch die Dinge/Verzicht auf Macht-auf Zwang oder Überredung
- Altersgemäße Erziehung« Stufung/Erziehung wird nicht allein vom Ziel bestimmt/Der richtige Weg als Norm
- Die Erziehung zum Bürger« Vorbereitung auf den état civil
- Die natürliche Religion« Die Bestätigung der Empfindung durch die Vernunft/Das Recht des Zweifels/Das Gebot der Toleranz.“

Rousseau verweist in Emile weiterhin darauf, dass nicht Selbstverwirklichung nach eigenen Interessen der Heranwachsenden das Ziel ist, sondern eine Heranführung an den Platz in der Gesellschaft durch indirektes Erziehen, beispielhaft im freien Spiel (vgl. Ruhloff 1998, S. 101) und gleicht somit dem Bild des Gärtners. Das Bild des Gärtners geht von dem Verständnis aus, dass Voraussetzungen für ein selbst reifendes und selbst entwickeltes Wesen gegeben sind. Im Vordergrund steht das „*begleitende Wachsenlassen*“ (vgl. Treml 1991, S. 347, Hervorhebung im Original)¹³. Im Konstrukt des état civil ist Moral vorausgesetzt: „Als Moral fordert es keinen »Gehorsam« gegenüber Menschen, sondern ein Handeln aus »Pflicht« gegenüber dem allgemeinen Wollen“ (Stapelfeldt 2013, S. 125).

¹³ Die binäre Aufteilung von Gärtner und Handwerker ist nicht unproblematisch, da die Grundverständnisse unterschiedliche Maßstäbe und Sichtweisen von Erziehung voraussetzen und sich ausschließen müssten. Doch ein Verständnis kommt nicht ohne das andere aus. Eine Position einzeln vollführt würde ohne die andere Position in ein Extrem verlaufen und Erziehung würde nicht mehr stattfinden. Beide Grundverständnisse sind unabdingbar füreinander und gleichen in der Praxis die Defizite des jeweiligen anderen Verständnisses aus (vgl. Treml 1991, S. 351ff.).

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Rousseaus Emile wird grundsätzlich diskutiert. So wird angeführt, dass Rousseau weder die Kindheit entdeckte, noch dass Emile ein Erziehungsprogramm ist, sondern eine andere Intention dahinter steckte.

„Sie lautete, dass wir unter modernen Bedingungen grundsätzlich nicht um die künftige Bestimmung von Kindern und Heranwachsenden wissen können und daher sowohl in theoretischer als auch in experimenteller und pragmatischer Hinsicht fragen müssen, ob und, wenn ja, wie Erziehung in einem rationalen Sinne ohne ein solches Wissen möglich ist“ (Benner 2000, S. 230).

Es wird an anderer Stelle angeführt, dass Emile eine Konstruktion im Vergleich zum Contract Social ist, die dem Erkennen (und nicht der Verwirklichung) der Gedanken dienen soll (vgl. von Hentig 2004, S. 43). Trotz der Diskussionen um Rousseaus Emile bleiben die angeführten Prinzipien aktuell. Als Erziehungsziele, die zum Bürger im demokratischen Sinne hinführen, gelten Mündigkeit, Emanzipation und Partizipation (vgl. Giesecke 1978).

Mündigkeit ist, juristisch betrachtet, die Befähigung Rechte und Pflichten eines Volljährigen ausüben zu können. Seit der Aufklärung hat der Begriff, vor allem durch Kant eine unerlässliche Bedeutung gewonnen: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leistung eines anderen zu bedienen“ (Kant 1784, S. 481). Mündigkeit ist als eigenständiges Denken zu verstehen, welches zum Ausdruck gebracht wird. Selbstverschuldete Unmündigkeit nach Kant ist wenn sich nicht getraut wird den vorhandenen Verstand einzusetzen. Der Begriff Mündigkeit ist mit der Bedeutung von Demokratie verbunden. „Der Mündige paßt sich gesellschaftlichen Zwängen nicht nur an, er prüft ihre Ansprüche auch vor seinem eigenen Bewußtsein ..., durchschaut die Strukturen seiner Lebensbedingungen und läßt sich nichts vormachen“ (Giesecke 1978, S. 98). Mündigkeit erfordert zur (Selbst-)Reflexion also neben dem Verstand eine gewisse Reichweite von Autonomie von gesellschaftlichen Einflüssen.

Partizipation wird verstanden als die Möglichkeit, an Entscheidungen in Institutionen und allgemein in der Gesellschaft mitzuwirken. Bei dem Verständnis von Partizipation wird im Gegensatz zur Mündigkeit angenommen, dass die grundlegenden Verhältnisse akzeptiert werden und nur innerhalb eines definierten Rahmens Änderungen vorgenommen werden (vgl. a.a.O., S. 99f.).

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Emanzipation ist ebenfalls fest mit dem Verständnis von Demokratie verbunden. Im soziologischen Sinne bedeutet Emanzipation die prozesshafte Beseitigung von Benachteiligungen, oder anders formuliert: die selben Voraussetzungen für alle Menschen gruppenunabhängig zur Artikulation von Bedürfnissen zu schaffen (vgl. a.a.O., S. 100 und Kaiser und Kaiser 1981, S. 60f.). Der Begriff Emanzipation verbindet die Mündigkeit mit der Partizipation, denn Mündigkeit kann sich nur beim Mitmachen an gesellschaftlichen Aufgaben realisieren und prüfen lassen (vgl. Giesecke 1978, S. 100). Die angesprochenen Prinzipien werden erweitert und vervollständigt durch *Bildung*. *Bildung* ist subjekt-intern ausgerichtet und ist das Verständnis des Lernens im Sinne von Aneignung. Bildung soll Menschen befähigen, das Verständnis zu entwickeln, sich für oder gegen etwas entscheiden zu können (vgl. Kaiser und Kaiser 1981, S. 58). „Bildung wendet sich gegen Vereinnahmung des Lernenden für gesellschaftliche, ökonomische oder politische Zwecke“ (ebd.). Bildungsvorgänge können als „lebenslange Prozesse der Aneignung der Welt und der Selbst-Konstitution der Person beschrieben“ (Liegle und Treptow 2002, S. 14) werden.

IV

Das Erziehungsverständnis wird anknüpfend über das erfahrungsbasierte Lernen nach Dewey präzisiert. Der Fokus von Deweys Ansatz liegt darauf, das Lernen zu lernen. Sein Erziehungsverständnis versteht Erziehung als kontinuierlichen „Prozess der Erneuerung, Vertiefung und Mehrung von Erfahrungen bei der Lösung praktischer Probleme“ (Himmelman 2005, S. 47). Das Erziehungsziel beinhaltet die Ermöglichung kontinuierlicher Erfahrungen im Sinne eines Wachstums in Wechselwirkung mit der näheren und weiteren Umwelt. Die Erfahrungen sollen auf das Selbst bezogen sein, um eine Bereicherung, Vermehrung und Weiterentwicklung von Erfahrungen zur Lösung lebenspraktischer Probleme zu ermöglichen. Die darüber (weiter) entwickelten persönlichen und gesellschaftlichen Fähigkeiten sollen auf der persönlichen Ebene zum Freiwerden des Heranwachsenden, also zur Erziehung zur Unabhängigkeit beitragen. Auf der gesellschaftlichen Ebene geht es um das Lernen von Interaktion und Kooperation in einer als demokratisch verstandenen und auf Indoktrination verzichtenden Gemeinschaft. Das Hauptaugenmerk Deweys lag auf der Schulpraxis seiner Zeit. Er lebte in Amerika zu einer Zeit, in der Kritik an einer autoritären Erziehungspraxis begann (u. a. durch Pestalozzi), jedoch nicht deutlich sichtbar war. In der Erziehung waren Disziplin, Strenge, Drill und Auswendiglernen bedeutsam, Vernunft beispielsweise wurde dagegen als nicht relevant erachtet (vgl. Suhr 2005, S. 83ff.). Schule wurde allgemein verstanden als

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Vorbereitung auf das Leben als Erwachsener. Dewey ging von Fehlbegriffen bei diesem Erziehungsverständnis aus, denn:

- Erziehung kann keine Vorbereitung auf zukünftige Situationen sein. Der Prozess der Begegnung neuer/unbekannter Situationen (durch neue/nicht erprobte Möglichkeiten) würde ansonsten nicht ausreichend beachtet werden und die Lern- und Anpassungsfähigkeit eines erarbeiteten Verhaltenskonzepts behindern.
- Erziehung kann nicht als Erziehung zur Perfektion verstanden werden. Das Ziel von Perfektion ist stets von einem Ideal (z. B. des Charakters) geprägt, das wandelbar ist.
- Erziehung kann nicht als Training umgesetzt werden. Bei einem Training würde von inneren Kräften ausgegangen werden, die von außen geprägt werden sollen und bei denen Gewohnheiten durch Wiederholungen verfestigt werden. Innere Kräfte des Kindes können nicht durch äußere Reizeinflüsse gesteigert werden, ebenso wenig wie innere Zustimmung durch Disziplin erreicht werden kann (vgl. Oelkers 2000, S. 300ff.).

Der maßgebliche Aspekt für Erziehung war bei Dewey die intrinsische Motivation des Kindes und seine Fähigkeit lernen zu wollen. Hierfür gilt es, Interesse für eine Handlung zu wecken und nicht über Disziplinierung das Interesse von außen zu fördern. Auf die Schule übertragen soll das Lernen durch Kooperation der Schüler untereinander zum Lernen anregen. Demnach sollen Probleme in Kooperation bewältigt werden. Angelehnt an Joseph Priestley verstand Dewey Problemlösung so, dass ein vorhandenes Problem (ein Problem entsteht, wenn die übliche Handlungsstruktur durchbrochen wird) mittels der Hilfe von Daten, die sich aus Erfahrungen (machen) und Beobachtungen zusammensetzen, bewältigt wird (vgl. a.a.O., S. 294). Diesem Verständnis entgegenstehen deutlich Bestechungen und Bedrohung von außen durch Zensuren und Sanktionen und weiterer kleinlicher Regeln, Notizen und Berichten (vgl. Bohnsack 2005, S. 107f.). Während Dewey jegliche Diskussionen von Dualismen geprägt sah (z. B. Natur und Kultur bei Anhängern der child-centered education), wollte Dewey Dualismen in seinem Erziehungsverständnis vermeiden, denn „eine demokratische Erziehung verträgt kein autoritäres Wissen“ (Oelkers 2000, S. 310).

Deweys Erziehungsverständnis beruht auf Erfahrungen. „Eine Erfahrung (an experience, was etwa dem deutschen »ein Erlebnis« entspricht: also eine bestimmte, abgeschlossene,

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

individualisierte Erfahrung) hat mehrere »Phasen« ...“ (Suhr 2005, S.102 Hervorhebung und Anmerkung im Original). Dewey führt folgende fünf Phasen an:

1. Problem tritt auf,
2. Problemwahrnehmung,
3. Suchen nach Erklärung oder Lösung für das Problem,
4. Überlegen und Durcharbeiten einer Idee,
5. Idee wird durch Experiment geprüft (vgl. Dewey 1951, S.75ff.).¹⁴

„Jede dieser Phasen hat einen eigenen Verlauf und ihre eigene Logik und jede spielt eine bestimmte Rolle bei der Lösung des Problems, um dessentwillen das bewusste Handeln einsetzt, die bestimmte Erfahrung gemacht wird“ (Suhr 2005, S. 102). Denken findet zwischen dem Auftreten und der Prüfung, also zwischen der ersten und letzten Phase, statt. Dewey erwähnt an dieser Stelle die Reflexion, die in Erkenntnis mündet ohne die eine Erfahrung keinen Sinn macht (vgl. Dewey 1951, S.75ff.) „Dewey interpretiert Erfahrung als eine Konsequenz oder Folge koordinierten Handelns und Denkens und der Erkenntnis von handlungsleitenden Antizipationen oder von Handlungskonzepten bzw. -plänen“ (Kron 2008, S. 177). Er maß also der Bedeutung von Erlebnissen, Erfahrungen und Erkenntnissen, als ein Teil des Bildungsprozesses durch die Prägung auf das Denken einen hohen Stellenwert zu. Das bedeutet nicht, dass jede Erfahrung gut ist. Erfahrungen, die weitere Erfahrungen verhindern, z. B. Offenheit unterbinden und Möglichkeiten von weiteren Erfahrungen einschränken, sind negativ. Hierdurch wird die Güte der Erfahrung entscheidend (vgl. Wentz 2007, S. 77). Erziehung nach Dewey ist eine ständige und andauernde (Re-)Konstruktion von Erfahrungen (vgl. Bohnsack 2005, S.65f.), die wiederum Fähigkeiten fördern, die den Lauf von weiteren Erfahrungen lenken (vgl. Wentz 2007, S. 76). Dies wird als Wachstum bezeichnet und ist das wesentliche Erziehungsziel (vgl. ebd.).

Die kontinuierliche (Re-)Konstruktion von Erfahrungen bestimmen nach Dewey persönliche Verhaltensdispositionen (habits). Wie entscheidend Erfahrungen für unser Leben sind, wird deutlich, wenn der Begriff 'habits' betrachtet wird.

¹⁴ Der erfahrungsbasierte Lernzyklus nach Kolb (1984) hat an dieser Stelle keinen Erkenntnisgewinn und wird deshalb nicht berücksichtigt.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Habits „bezeichnet ... die elementaren Verhaltenskontexte einer jeden konkreten Handlung eines Individuums: »Habits« strukturieren die Art und Weise, wie wir uns bewegen, kleiden und nähren, wie wir unsere Umwelt wahrnehmen und entscheiden, was für uns von Bedeutung ist, wie wir einen Freund begrüßen, ein Geschäft tätigen, ein Gespräch beginnen, Freude und Trauer äußern, einen Streit beilegen, eine praktische Aufgabe lösen oder ein abstraktes Denkspiel durchführen usw. Dabei setzen sie einen kulturellen Kontext, eine bereits geleistete Vermittlung von Verhalten und Bedeutung immer schon voraus. Dennoch kommt ihnen in kultur-anthropologischer Sicht nach Deweys Überzeugung ein Primat gegenüber Impulsivität und Intelligenz zu, die immer erst kulturspezifisch, das heißt auf der Grundlage bestehender »habits« interpretiert werden müssen, um für ein Individuum oder eine Gruppe Bedeutung zu erhalten“ (Neubert 1998, S. 167).

Hier wird eine Wechselwirkung von Individuum und Gesellschaft angesprochen, die weiterführend zu Deweys Demokratieverständnis betrachtet wird.

Nach Deweys Vorstellungen sind Kinder bereits ein Selbst, ein Selbst im Austausch bzw. in Wechselwirkung mit der Umwelt (vgl. Suhr 2005, S. 85f.). Unter Umwelt wird im Sinne Deweys alles verstanden, in dem ein Mensch eingebettet ist, wie andere Menschen und Gemeinschaften (vgl. ebd. und vgl. Wentz 2007, S. 84f.). Eine Gemeinschaft gibt Verhaltensdispositionen über Kommunikation vor. Die Grundlage eine (Interessens-)Gemeinschaft zu formen, ist die Fähigkeit, Anteil an der Erfahrung anderer zu nehmen. Die Fähigkeit wird durch Erziehung erworben (vgl. Suhr 2005, S. 104f.). Die Anteilnahme an Erfahrung ist wiederum Grundlage einer demokratischen Wertvorstellung nach Dewey: „In einer wirklichen Demokratie wird das wechselseitige Interesse als Faktor in der Regelung sozialer Beziehungen anerkannt; die Wechselwirkung führt zu dauernder Umgestaltung. »Demokratie ist mehr als eine Regierungsform; sie ist in erster Linie eine Form des Zusammenlebens, der gemeinsamen und miteinander geteilten Erfahrungen«“ (a.a.O., S. 106). Demokratie ist als eine Lebensform (nicht als Lebenswelt) zu verstehen, die Partizipation und den Ausgleich von Interessen beinhaltet (vgl. Oelkers 2000, S. 311f.). Das demokratische Erziehungsverständnis nach John Dewey verfolgt ein Verständnis von intrinsischer Motivation und Demokratie im Kleinen. Es bedarf den Blick auf das Individuum zu richten, das in Interaktion mit der Gesellschaft tritt. Gemeinschaft wird durch

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Kommunikation verschiedener Individuen hergestellt, die miteinander in Interaktion treten. So geht es in dem demokratischen Verständnis von Dewey¹⁵ zwar um die Verbundenheit von Menschen, jedoch nicht als einheitliche Masse, sondern als integrierte Individualität (vgl. Wentz 2007, S. 79). Die Verbundenheit berücksichtigt die Verschiedenheit, eben die Individualität einer Person.

V

Der Gerechtigkeitsgedanke muss für eine Institution weiter als für einen Einzelfall gefasst werden. So schreibt Honneth (2010): „Die Möglichkeit, diese aus Anerkennung hervorgehenden Persönlichkeitsaspekte zu etablieren, ist eine normative Voraussetzung dafür, die Einrichtung einer Gesellschaft als gerecht zu bezeichnen“. Der Ausdruck einer gerechten Gesellschaft ist, „wenn die Institutionen in der Gesellschaft Menschen nicht demütigen“ (Nothdurft, 2007, S. 115). Demütigung liegt nach Margalit dann vor, wenn jemand ein rationales Argument hat sich in seiner Selbstachtung verletzt zu fühlen. Es ist das Ausbleiben der Achtung vor der eigenen Person (vgl. a.a.O., S.117.)¹⁶. Es lassen sich drei Arten unterscheiden:

„durch institutionelle Beraubung von Selbstkontrolle. Dass dies eine Verletzung von Selbstachtung und damit demütigend ist, liegt daran, dass für Selbstachtung

¹⁵ Dewey war Vertreter des Pragmatismus und kritisierte Kants Vorstellungen (Denken ist immer im Kontext gefangen und kann nicht außerhalb des Kontextes stehen) (vgl. Salaverria 2007, S. 46). Im Gegensatz zu Kant ging Dewey davon aus: „Menschen lassen sich stärker von Hoffnungen und Ängsten, von Liebe und Hass leiten als von Vernunft...“ (Suhr 2005, S.92) und „Menschen werden eher von Erinnerung als vom Denken angetrieben...“ (ebd.). Dies wird in Teil IV an geeigneter Stelle wieder aufgenommen. Obwohl Dewey Kant kritisierte und mit den an die Natur angelehnten Vorstellungen von Rousseau brach, betonte er gleichermaßen den Eigenwert des Menschen, eine Autonomie verstanden als Befreiung von Abhängigkeiten (vgl. Bohnsack 2005, S. 80) und somit das frei werden von Heranwachsenden und die Ablehnung von Erziehung auf Abhängigkeiten (vgl. a.a.O., S .62). Ferner die hohe Bedeutung der intersubjektiven Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt. Deweys Philosophie selber ist nicht unkommentiert und kritiklos geblieben. Horkheimer hat sich in der Kritik der Vernunft mit Deweys Instrumentalismus kritisch auseinandergesetzt (vgl. Suhr 2005, S. 183ff.). Die Kontroverse um Deweys Arbeiten kann hier nicht wiedergegeben werden. Als weiterführende Literatur werden: Bohnsack F. (2005) sowie Joas H. (2000) empfohlen.

¹⁶ Kränkung, im Sinne von Verletzung des Selbstwertgefühls durch Ausbleiben von Respekt, ist von Demütigung zu unterscheiden.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

die Vorstellung von Handlungsautonomie und -autarkie und damit Kontrollfähigkeit über das eigene Ich von zentraler Bedeutung ist. ...
durch institutionelle Behandlung als Nicht-Mensch ... als Maschine, als Objekt, als Nummer, als Stigmatisierten...
durch institutionelle Zurückweisung der identitätsrelevanten Gruppe...“ (a.a.O., S. 116).

Das Vermeiden von Demütigungen ist grundlegend für eine anerkennende institutionelle Gestaltung und Grundlage der Integration pädagogischer Ansprüche. Hierzu gehört die Einbeziehung der gesamten Institution, denn „Gerecht und normativ gut wäre eine Veränderung von Anerkennungsverhältnissen also dann, wenn sie mehr Personen als zuvor einschließt und wenn sich diese Personen in diesen Institutionen gehaltvolle Werte aneignen können, die ihnen dazu dienen können, eigene, gehaltvolle moralische Identitäten und Lebensziele auszubilden...“ (Honneth und Stahl 2010, S. 19).

Bei der Anerkennungstheorie nach Honneth werden intersubjektive Beziehungen, in grundlegender Übereinstimmung mit Hegel und Mead, hervorgehoben (vgl. Honneth 2012, S. 148). Hegel konstatiert, dass Identitätsentwicklung wesentlich von Anerkennung anderer Menschen beeinflusst ist. Anerkennungserwartungen sind gegenseitig d. h. dass andere Menschen ebenfalls Anerkennung vom Interaktionspartner annehmen (vgl. a.a.O., S.64). Anerkennungsbeziehungen sind intersubjektiv und setzen voraus, dass „in sie gewissermaßen ein Zwang zur Reziprozität eingebaut ist, der die sich begegnenden Subjekte gewaltlos dazu nötigt, auch ihr soziales Gegenüber in einer bestimmten Weise anzuerkennen: wenn ich meinen Interaktionspartner nicht als eine bestimmte Art von Person anerkenne, dann kann ich mich in seinen Reaktionen auch nicht als dieselbe Art von Person anerkannt sehen, weil ihm von mir ja gerade jene Eigenschaft und Fähigkeit abgesprochen werden, in denen ich mich durch ihn bestätigt fühlen will“ (a.a.O., S. 64f.). Die Anerkennungstheorie verweist auf die notwendige Anerkennung und Vermeidung von Demütigungen in Institutionen zur Persönlichkeitsentwicklung, die in wechselseitigen Interaktionen hergestellt werden.

VI

Für eine pädagogische Handlungskonzeption bedarf es einer Argumentation für Erziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Allgemein gilt heute eine Erziehung zur Befähigung der Selbstständigkeit als förderlich und fortschrittlich (vgl. Büchner 2003, S. 16), was sich ebenfalls in §1 SGB VIII Abs. 1 „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ ausdrückt. Benner hat in Anlehnung an die genannten Erziehungsziele eine Prinzipientafel des pädagogischen Denkens und Handelns entwickelt. Er verortet Ziele einerseits nach individueller oder gesellschaftlicher Seite sowie nach Erziehungs- und Bildungstheorie (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Die Prinzipien pädagogischen Denkens und Handelns nach Benner 2012 S. 126

	Konstitutive Prinzipien der individuellen Seite	Regulative Prinzipien der gesellschaftlichen Seite
A Theorie der Erziehung	Aufforderung zur Selbstständigkeit	Pädagogische Transformation gesellschaftlicher Einflüsse und Anforderungen
B Theorie der Bildung	Bildsamkeit als Bestimmtsein des Menschen zu rezeptiver und spontaner Leiblichkeit, Freiheit, Sprachlichkeit und Geschichtlichkeit	Nicht-hierarchischer Ordnungszusammenhang der menschlichen Gesamtpraxis
	C Theorie pädagogischer Institutionen und ihrer Reform	

Ein wesentlicher Zusammenhang wird mittels der Tabelle verdeutlicht. Bildung auf der gesellschaftlichen Seite wird als nicht-hierarchischer Ordnungszusammenhang dargestellt. Nur wenn Menschen sich gleichberechtigt begegnen, sind gesellschaftliche Einflüsse und Anforderungen pädagogisch zulässig und annehmbar - nur über die gleichberechtigte Begegnung kann Erziehung zur Selbstständigkeit erfolgen (vgl. Benner 2012, S. 125f.). Die gesellschaftlichen Einflüsse und Anforderungen beeinflussen demnach die Erziehung des Einzelnen (individuelle Seite der Theorie der Erziehung, Aufforderung zur Selbstständigkeit). Benner warnt, dass Pädagogik sich hüten muss, gesellschaftlicher Erfüllungsgehilfe zu werden und Strukturen hinterfragen muss. Es muss ein Ausgleich zwischen Kritik an der Gesellschaft und Auftrag aus der Gesellschaft geschaffen werden (vgl. ebd.). In dieser Vermittlungsfunktion benötigt Pädagogik eine Argumentation für die Handlungspraxis.

Pädagogische Prinzipien können nicht antrainiert oder unter Zwang vermittelt werden.

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

„Im Gegensatz zur Dressur ... und seiner Unterscheidung von »geplanter« und »planender Gesellschaft« entsprechend implizierte Erziehung für Dewey die »aktive Beteiligung der Lernenden beim Erreichen von Schlussfolgerungen und bei der Verhaltensbildung«: »die aktive Beteiligung, das Interesse, die Reflexion und das Verständnis des Lernenden sind nötig. Doch Erziehung braucht einen »Rahmen zur Orientierung«, den Dewey »Demokratie« nannte, wenn sie nicht ziellos sein sollte“ (Bohnsack 2005, S. 61f.).

Nach Dewey ist „Demokratie ... in erster Linie eine Form des Zusammenlebens, der gemeinsamen und miteinander geteilten Erfahrungen“ (Suhr 2005, S.106). Das frei werden von Heranwachsenden im Sinne Deweys bedeutet für die Pädagogik selber eine Unabhängigkeit von ökonomischen und politischen Interessen zu erreichen (vgl. a.a.O., S. 79), um Manipulationen oder Indoktrinationen zu vermeiden. „Unter Indoktrinationen verstand er »die systematische Benutzung jedes möglichen Mittels, Schülerköpfen einen besonderen Satz politischer oder ökonomischer Ansichten bei Ausschluss anderer [Meinungen] aufzuprägen«, wofür Dewey auch den Begriff des Einimpfens ... verwandte“ (a.a.O., S. 61f.).

Erziehung hat eine gesellschaftliche Funktion und stets einen Bezug zum vorherrschenden Gesellschaftsbild. So soll Pädagogik häufig durch Erziehung mit der Gesellschaft versöhnen und Konflikte zwischen Mensch und Gesellschaft vermeiden (vgl. Mollenhauer 1973, S. 22ff.). Wenn es in der Pädagogik jedoch lediglich um eine Versöhnung zwischen Gesellschaft und Individuum ginge, wäre eine gesellschaftliche Stagnation das Resultat. „Der Anspruch fortschreitender Demokratisierung“ (vgl. a.a.O., S. 27) ist das emanzipatorische Element der Pädagogik. Die gesellschaftlichen Verhältnisse sollen demnach stetig demokratisch wachsen, Pädagogik soll hierzu über ihre Aufgabenfelder beitragen. Doch welche Legitimation hat Pädagogik in der Praxis, wenn das vorrangige Ziel eine konfliktfreie Eingliederung in die Gesellschaft ist und darüber hinaus Verhältnisse nicht nach dem Ideal gestaltet werden können wie z .B. dass Menschen sich nicht gleichberechtigt begegnen können wie in einer Psychiatrie? Brumlik argumentiert mit einer vernünftigen Lebensführung. Als vernünftige Lebensführung ist das Zusammenleben mit anderen Menschen maßgeblich zu nennen. Unvernünftiges (Zusammen-)Leben kann innerhalb der bestehenden Gesellschaft zum Verlust der körperlichen und geistigen Integrität führen. In verschiedenen Staaten/Gesellschaften/Gruppen wird soziale Kontrolle ausgeübt. Hierin muss das Ziel

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

sein, Menschen die weitgehendste Kontrolle über das eigene Leben zu ermöglichen, zu erhalten und/oder zu erweitern. Da in der Gesellschaft viel über die eigenen finanziellen Mittel bestimmt wird, kann daran beispielhaft angeknüpft werden; greift Pädagogik in einigen Lebenssituationen in den Lebensbereichen für den Menschen nicht ein, was dem Prinzip der Mündigkeit entgegen steht, kann dies zur finanziellen Verarmung führen und darüber zur weitergehenden Entmündigung (vgl. Brumlik 1992, S. 246ff.). Diese pragmatische Legitimation ist logisch. Kann das Individuum nicht weitgehend aufgrund sozialer Kontrolle frei für sich selber entscheiden, wird die Umsetzung pädagogischer Prinzipien verhindert. Patienten sollen demnach befähigt werden, in freier Entscheidung (verstanden als größtmögliche Kontrolle und Handlungsbefähigung) ihr Leben zu gestalten.

Das emanzipatorische Element der Pädagogik in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet demnach, dass Rahmenbedingungen des Aufenthalts möglichst hinsichtlich der Einhaltung pädagogischer Prinzipien sowie pädagogischer Handlungskonzeptionen gestaltet werden und hierüber Erfahrungen ermöglicht werden, die trotz oder gerade aufgrund seelischer Beeinträchtigungen, die Persönlichkeitsentwicklung fördern. Die vorgestellten Erziehungstheorien von Dewey, Kant und Rousseau verweisen darauf, dass Erziehung ein allgemein in der Person liegendes Recht ist, welches ebenso für psychisch kranke Kinder gilt und nicht eingeschränkt werden darf. Der Anspruch auf Erziehung wird in den Grundrechten und den gesetzlichen Ableitungen (z. B. wie angeführt §1 SGB VIII und Psych-PV) untermauert. Die Erziehungstheorien und die angedeuteten Rechtsansprüche verlangen einen Bezug zu einem theoretisch fundierten Erziehungsbegriff und einem eigenen pädagogischen Professionsbereich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, vorrangig der Sozialen Arbeit wie oben angeführt. Inwieweit dieser Anspruch gewährleistet werden kann und welche Handlungskonzeptionen diesem Anspruch dann zugrunde liegen, wird in dieser Arbeit bei der Untersuchung mit berücksichtigt.

1.4.2 Erziehung und Therapie

Die Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie beinhaltet die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prophylaxe, Rehabilitation und Psychotherapie psychischer Erkrankungen/Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die Alltagsgestaltung mit der Erziehung ist ebenfalls Teil der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zur Reflexion

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

pädagogischer Arbeit ist eine Abgrenzung zur therapeutischen Arbeit Voraussetzung - arbeite ich therapeutisch oder pädagogisch? Zur Verdeutlichung pädagogischer Aufgaben wird Erziehung (als pädagogischer Grundbegriff) zur Therapie (Störungsbehandlung) anhand wesentlicher Unterscheidungsmerkmale (vgl. Kobi 1993 S. 344 f., zit. n. Buchka 2005, S. 57 ff.) abgegrenzt und erörtert.

Die deutlichsten Unterscheidungen zwischen Therapie und Erziehung liegen in den Aufgabenbegrenzungen. Therapie fokussiert sich auf ein spezifisches Störungsverhalten und ist somit partikulär. Sie ist heilend auf die Wiederherstellung eines Gesundheitszustandes ausgerichtet und somit temporär für eine Person etwas Zusätzliches. Zur Restauration sucht sie nach Ursachen. Der Blick ist auf die Ursachen der Störung gerichtet, somit funktional und objektivierend. Erziehung dagegen bezieht sich auf den Subjektstatus und ist interaktional – Personen interagieren miteinander. Dabei ist Erziehung immanent und ganzheitlich, Nicht-Erziehung wird mit Verwahrlosung gleichgesetzt. Der Blick ist ein edukativer, der an der Aufdeckung von Förderungs-, Erziehungs- und Bildungsmöglichkeiten zur persönlichen (Weiter-)Entwicklung interessiert ist. Die Unterscheidungen erscheinen auf den ersten Blick eindeutig, jedoch ist eine solche Trennung bei näherer Betrachtung problematisch. Die Frage, was gehört zu den Ursachen einer psychischen Erkrankung und was gehört zu erzieherischen Fördermöglichkeiten, bleibt in der Praxis nicht eindeutig trennbar. Therapie wird schwerpunktmäßig als alltagsferne, punktuelle Problembearbeitung angegeben gegenüber der erzieherischen immanenten Grundsätzlichkeit und der hohen Alltagsorientierung. Eine solche Unterscheidung kann als problematisch angesehen werden, denn ein therapeutischer Erfolg kann sich auf den Alltag auswirken und umgekehrt der Alltag auf den Therapieprozess. In der therapeutischen und erzieherischen Praxis einer Kinder- und Jugendpsychiatrie kann somit eine eindeutige Unterscheidung im Stationsalltag nicht vorgenommen werden. Ein Stationsmitarbeiter kann sich nicht bei jeder Tätigkeit fragen, ob gerade erzogen oder im Sinne der Therapie gearbeitet wird, sondern beides muss miteinander kombiniert werden (vgl. Ludewig 1987, S. 91). Das gemeinsame Ziel eines Aufenthalts, unabhängig, ob von pädagogischer oder therapeutischer Seite gesehen, muss demnach die Hilfe zur gelingenden Lebensbewältigung mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Profession sein. Es ist Ludewig zuzustimmen, wenn das Ziel eine gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Professionen ist, um Patienten und deren Lebenslage ganzheitlich zu betrachten. Eine scharfe Trennung von Therapie und Erziehung ist

1.4 Zum pädagogischen Grundverständnis Erziehung

demnach nicht praktikabel. Dennoch zeigen sich bei der Gegenüberstellung deutliche Spannungen vor allem in dem Objektstatus der Störungen bei der Therapie und dem interaktionalen Subjektstatus in der Erziehung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein vorrangig medizinisches Feld. Die Spannung wird im Rückgriff auf den klinischen Blick von Foucault deutlich, der Patient in dem Beobachtungsfeld Klinik wird hierin lediglich als Träger einer Krankheit angesehen. Durch eine rein therapeutische Sichtweise wird der Patient als Träger einer Krankheit objektiviert, dessen individueller Lebenskontext nachrangig ist und somit die pädagogische Sichtweise einschränkt. Das Spannungsfeld zwischen Therapie und Erziehung ist ein zentraler Aspekt zur Klärung von Handlungskonzeptionen und wird im Laufe der Arbeit, vor allem über das Heilungsverständnis in dieser Arbeit, fortführend behandelt.

II Empirische Untersuchung zum Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

2 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiter

In der Wissenschaft werden Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen bislang nicht hoch angesehen. Peter Beresford, Professor an der Brunel Universität in London und selber Psychiatrie-Erfahrener, spricht dabei von einer doppelten Unterdrückung:

„So wird persönliches Wissen natürlich beträchtlich abgewertet. ... Das Wissen von Psychiatrie-Betroffenen fordert die herkömmlichen positivistischen Forschungswerte der Neutralität, Objektivität und Distanz heraus. Sie wird demnach als zweitklassig beurteilt. Gemessen an diesen Werten besitzt das Wissen von Psychiatrie-Betroffenen weniger Wert, Glaubwürdigkeit und Rechtmäßigkeit. ... Im Gegensatz dazu wurde der Wissensanspruch von Forscher_innen und anderen ohne eine derartige direkte Erfahrung als gewichtiger betrachtet – weil man davon ausgeht, dass sie durch diese Erfahrung nicht voreingenommen sind. ... Als Grund dafür [die geringe Glaubwürdigkeit Psychiatrie-Betroffener, Anm. DB] wird angeführt, dass sie als zu „nah am Problem“ gelten – es betrifft sie direkt, sie können nicht beanspruchen, dem Problem gegenüber „neutral“, „objektiv“ und „distanziert“ zu sein. Zusätzlich zu Diskriminierung und Unterdrückung, die sie womöglich bereits erfahren, begegnen sie folglich einem weiteren Problem. Sie werden höchstwahrscheinlich als weniger zuverlässige und gültige Wissensquelle betrachtet. Infolgedessen erfahren sie eine doppelte Unterdrückung“ (Beresford 2012, S. 11).¹⁷

¹⁷ Während die Aussage für erwachsene Psychiatrie-Betroffene getroffen wird, kommt bei Kindern und Jugendlichen ergänzend das Alter als ein weiterer Faktor hinzu.

2 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiter

Die Bedeutsamkeit von Erfahrungen drückt sich in Aussagen von Psychiatrie-Erfahrenen aus. Nach Claußen, ebenfalls ein Psychiatrie-Erfahrener, sollte im Zeitalter der Technik Empathie wieder entdeckt werden und spricht hierbei Heilung und Selbstheilung an. Dies beinhaltet nach ihm den Erhalt der Seele, die Entwicklung des Selbst und den Umgang mit Symbolwelten. Zur Unterstützung von professioneller Seite müssen allerdings Erfahrungen ergründet und Bedürfnisse, Interessen und Erleben der Psychiatrie-Erfahrenen analysiert werden. Verallgemeinerte Theorien sieht er als eine Reduzierung der Komplexität an, die nicht auf jeden Menschen zutrifft (vgl. Claußen 1997, S.32). Auch Claußen bemängelt letztlich eine Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in Reformen zur psychiatrischen Versorgung, ebenso die mangelnde Möglichkeit an Forschung mitzuwirken oder diese zu verhindern. Dabei spricht er davon, dass stets darauf verwiesen wird, dass alle nur das Beste für die Patienten wollen, ohne sie jedoch zu fragen. „Das Problem ist nur, daß die Forscher sich selbst für die besten Ärzte halten, weder krankheitseinsichtig noch dialogfähig sind und dabei Verbündete in den politischen Strukturen haben“ (a.a.O., S. 34). Prins verweist auf konstruktive Art auf die Bedeutung von Erfahrungen hinsichtlich der Psychiatrie-Arbeit:

„Die Anregungen und Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen mehr ins alltägliche psychiatrische Handeln einzubeziehen, steigert die Qualität der Arbeit und fördert das gegenseitige Verständnis“ (Prins 2008, S. 126). Ihr Wunsch ist z. B. nicht der nach einem einheitlich auftretenden Team, sondern nach Zeit, Zuwendung, respektvoller und freundlicher Behandlung, Aufrechterhaltung und Eröffnung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Transparenz des Geschehens, Beachtung der Schweigepflicht und der Privatsphäre. Dies sind alltägliche Dinge, die es während des Aufenthalts besonders zu gestalten und zu beachten gilt. Ein weiter Wunsch ist, dass ehemalige Patienten die Chance erhalten, den Mitarbeitern von ihren Erfahrungen zu erzählen, was (nicht) geholfen hat, um so Rückmeldungen als Reflexionsorientierung zu geben, die sonst übersehen werden (vgl. a.a.O., S. 128ff.).

In diesem Teil erfolgt die Untersuchung des Aufenthalts in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Patientenperspektive. Patienteneindrücke bieten lebensweltorientierte Reflexionsmöglichkeiten zur Gestaltung des Psychiatrieaufenthalts. Die Orientierung an der Lebenswelt entspricht dabei nicht nur einem pädagogischen Grundverständnis, sondern knüpft über die Ansprache der gesunden Anteile weitergehend an dem pädagogischen Prinzip der Mündigkeit an. Ziel der explorativen

2.1 Forschungsstand

Untersuchung des Patientenerlebens ist die Betrachtung von Erfahrungswissen, das in der Forschung bislang kaum Berücksichtigung findet, um Erkenntnisse über die Aufenthaltsgestaltung im Behandlungsprozess in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Patientenperspektive zu gewinnen. So kann der bisherige Wissensstand im Forschungsprozess überprüft und psychosoziale Wirkungen im Behandlungsprozess über die Patientensicht ergänzend erkundet werden. Dieser Teil gliedert sich in vier Teile:

Der *erste Teil* ist die Darstellung des Forschungsstandes zum Psychiatrie-Erleben aus Betroffenenensicht.

Der *zweite Teil* ist die Untersuchung zum Patientenerleben.

Der *dritte Teil* ist die Darstellung der Experteninterviews (Mitarbeiter).

Der *vierte Teil* ist die Gegenüberstellung der Aussagen der Patienten und der Mitarbeiter.

2.1 Forschungsstand

Der Forschungsstand zeigt aktuelle Untersuchungen und Ergebnisse aus Studien zum Erleben eines Aufenthalts in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Behandlung aus naheliegenden Bereichen. Die Darstellung des Forschungsstands wird einleitend anhand wissenschaftlicher Studien vorgenommen, die durch Erhebungen unter Einbeziehung von Patienten, wie Befragungen, entstanden sind und verfolgt das Ziel, einen möglichen Erfahrungshorizont in der Literatur nachzuzeichnen. Neben den aktuellen Ergebnissen weist die Darstellung auf eine deutliche Forschungslücke hin. Die Studien werden durch Erfahrungsberichte Psychiatrie-Erfahrener angereichert.

2.1.1 Allgemeine Aussagen zum Forschungsstand

Es gibt eine Vielzahl von Publikationen, die den Blickpunkt auf Kinder und Jugendliche in der Rolle von Patienten richten. Anhand der veröffentlichten Literatur wird ersichtlich, dass vorwiegend über die Patientengruppe gesprochen wird. Sichtweisen und Aussagen von Kindern und Jugendlichen selber lassen sich in den wenigsten Fällen finden. In deutschsprachigen Fachzeitschriften (hier: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) konnten ab dem Jahr 2000 (bis

2.1 Forschungsstand

2014)¹⁸ im Vergleich zu Studien über Symptombeschreibungen kaum Anhaltspunkte zur Sichtweise von Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefunden werden. Es wurden Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität (Flechtner et al. 2002, Wurst et al. 2002, Bullinger und Ravens-Sieberer 2006, Kühnapfel und Schepker 2006), Artikel mit Fragebögen zum Behandlungserfolg (Mattejat und Remschmidt 2006, Seiffge-Krenke und Nitzko 2011) sowie zur Patientenzufriedenheit (Naumann et al. 2001) und zur therapeutischen Beziehung (Kinnen und Döpfner 2013) veröffentlicht. Psychische Belastungen in der Selbstbeurteilung wurden ebenfalls mittels Fragebogen abgefragt (Lacina et al. 2014). Hinzu kommen Befragungen der Personensorgeberechtigten (Distler 2002, Mattejat et al. 2003) und der Elternpartizipation (Buschmann und Multhauf 2013). Bredel et al. (2004) führten Fragebögen zum Behandlungserfolg, Behandlungserleben und zur Behandlungszufriedenheit in evaluativer Absicht. Sie kamen zu dem Ergebnis: „Bei den Patienten scheinen Erlebensaspekte, bei Eltern Erfolgsaspekte die stärkeren Prädiktoren für die Behandlungszufriedenheit zu sein“ (Bredel et al. 2004, S.256). In allen Befragungen wurde ein vorgegebener Fragebogen verwendet. Qualitative Befragungen zum Erleben der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Patientensicht konnten jedoch nicht entdeckt werden. In Fachzeitschriften lassen sich Aussagen von erwachsenen Psychiatrie-Erfahrenen finden (wie z. B. die oben angeführten von Prins und Claußen), jedoch nicht für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Studie von Kühnapfel und Schepker (2006) verweist jedoch auf die Bedeutung von Mitsprachemöglichkeit, Teilhabe und dem Gefühl der Patienten, in der Behandlung und mit Blick auf den Therapieerfolg ernst genommen zu werden (vgl. Kühnapfel und Schepker 2006). Gemessen an den Gesamtveröffentlichungen kommen Patientenbefragungen nur in einem sehr geringen Maße vor, Psychiatrie-Wissen von Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint als eine nur geringfügig genutzte Wissensquelle. Quantitative Studien, die dominieren, berücksichtigen nur ungenügend eine Betrachtung subjektiver Bedeutungen und Werte der Psychiatrie-Erfahrenen. Cropp et al. (2008) untersuchten zum Beispiel den Zusammenhang von Behandlungserleben und Behandlungserfolg. Die Erhebung erfolgte per Fragebogen bei 95 Patienten zwischen 2002 und 2006, die Auswertung über multiple

¹⁸ Die Auswahl der Zeitschriften erfolgte, da diese die bekanntesten Zeitschriften für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im deutschsprachigen Raum sind. So hat z. B. die Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie den höchsten Impact-Factor für diesen Bereich. Der Zeitraum der letzten 15 Jahre erschien zur Eingrenzung ausreichend und sinnvoll. Die letztgenannte Zeitschrift hatte nur einen Zugriff bis Dezember 2011.

2.1 Forschungsstand

Regressionsanalysen. Obwohl sich z. B. Selbstwirksamkeitserwartungen als ein guter Indikator für den Behandlungserfolg herausstellte, konnten näher gehende Fragen der Kausalität nicht eindeutig geklärt werden. Der aktuelle Forschungsstand wird anhand von prägnanten Studien und deren Ergebnissen vorgestellt, die das Psychiatrie-Erleben von Kindern und Jugendlichen als Betroffene zum Untersuchungsgegenstand hatten. Die Ergebnisse verweisen eindeutig in die Richtung, dass die eigene Beteiligung an der Behandlung aus Patientensicht zu gering ausfällt und im Umkehrschluss die gesunden Anteile der Patienten nicht ausreichend angesprochen werden.

2.1.2 Übersicht des Forschungsstandes

Die umfassendste und aussagereichste Untersuchung hierzu ist die Studie von Rothärmel et al. (2006). Sie ist die einzige Studie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im nationalen und internationalen Raum, die sich mit dem Erleben von Kindern und Jugendlichen bei der stationären Aufnahme und Behandlung mit dem Augenmerk auf Patientenbeteiligung und Informationspraxis befasst (vgl. a.a.O., S. 14)¹⁹. Die Studie wurde mittels eines Fragebogens in den Kinder- und Jugendpsychiatrien Rostock und Weißenau durchgeführt und umfasste 298 untersuchte Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren. Die Erhebungszeitpunkte waren jeweils eine Woche und vier Wochen nach Aufnahme. Dabei wurden Daten unter anderem zur Schichtzugehörigkeit, Alter und Geschlecht berücksichtigt (vgl. a.a.O., S. 123 ff.). Ausgewählte Ergebnisse: Bei der Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt verneint über die Hälfte der Patienten eine aufklärende Beratung durch die einweisenden Ärzte. Bei 40 Prozent der Patienten wurde die Aufenthaltsdauer vorenthalten. Während zur Informationspraxis zum Aufnahmezeitpunkt fast 75 Prozent der Patienten angaben, über Stationsregeln aufgeklärt worden zu sein, gaben nur 50 Prozent an, dass Gespräche über psychische Störungen stattgefunden hatten und nur 34 Prozent gaben an, über die bevorstehende Behandlung informiert worden zu sein. Nur die Hälfte empfand sich aufgefordert, Fragen zu stellen. Eine große Mehrheit von 90 Prozent gab ein allgemeines Bedürfnis an Informationen an, wobei Jugendliche diesem einen höheren Stellenwert zusprachen als Kinder. Nach vier Wochen in Behandlung sagten fast 33 Prozent der Befragten in Gesprächen über Ziele der Behandlung nicht teilgenommen zu haben. In Gesprächen über die Zukunft fühlten

¹⁹ In der Literatur ab 2006 konnte keine weitere Studie entdeckt werden, die sich mit diesem Schwerpunkt auseinandersetzt.

2.1 Forschungsstand

sich nur 33 Prozent einbezogen. Des Weiteren wurden von 60 Prozent der Kinder und 34 Prozent der Jugendlichen vor allem die Personensorgeberechtigten als Hauptansprechpartner der Ärzte und Therapeuten angegeben. Über Medikamente und deren Nebenwirkungen fühlten sich nur die Hälfte ausreichend informiert. Je älter die Patienten sind, umso höher wird das Informationsbedürfnis über Behandlung und Störungen (vgl. a.a.O., S. 171ff.). Unabhängig von Alter, Geschlecht und Störung äußerten 61,5 Prozent der Patienten ein Bedürfnis nach mehr Teilhabe. Jedoch bevorzugten etwa 1/3 der Patienten andere Personen als Entscheidungsträger. Etwa die Hälfte empfand eine mangelnde Teilhabe an Arztgesprächen, die andere Hälfte empfand die Teilhabe als gut bis sehr gut. Bei Mädchen war die Art der Störung mitentscheidend für das Bedürfnis nach Teilhabe (vgl. a.a.O., S. 202).

Befürchtet wurde vor der Aufnahme von 20 Prozent der Befragten persönlichen Schaden von dem Aufenthalt davonzutragen. Angaben darüber waren Verschlechterung des Zustandes, negativer Einfluss durch Mitpatienten, Freiheitseinschränkung, Stigmatisierung und Verlust von Freunden. Während der Behandlung wurden die Freizeitaktivitäten, die Beziehung zu Mitpatienten und zum Behandlungsteam als angenehm empfunden, dagegen wurden die Behandlung, die Kontaktaufnahme zu Mitpatienten und die strengen Regeln auf der Station als besonders unangenehm empfunden (vgl. a.a.O., S. 217). Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen befürchteten Stigmatisierungen (vgl. a.a.O., S. 221). Mehr als die Hälfte empfanden eine mangelhafte Aufklärung ihrer Rechte. Mehr Rechte wünschen sich viele bezüglich der Freizeitgestaltung, der Privatsphäre, Bewegungsfreiheit und der Mitentscheidung in der Therapie (vgl. a.a.O., S. 229).

Bei möglichen Mehrfachnennungen über Personengruppen in der Psychiatrie gab der überwiegende Teil der Patienten Ärzte und Schwestern an, wobei nur weniger als 10 Prozent Sozialarbeiter und Lehrer nannten. Angemessene Behandlungsvorstellungen nahmen mit höherem Alter zu, erreichten allerdings höchstens 50 Prozent. Nur die Hälfte der 16- bis 17-jährigen und 20 Prozent der 7- bis 13-jährigen können genauere Aussagen über gestellte Diagnosen machen (vgl. a.a.O., S. 179f.).

Aus der beschriebenen Befragung gingen weiterhin zwei Poster hervor, die auf dem 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJPP) vorgestellt wurden. Diese geben weitere Informationen zu der gerade vorgestellten Studie preis. Ein Poster behandelte das Thema Kenntnisse und Unkenntnisse bei Behandlungsbeginn. Informationen über die Behandlung waren in

2.1 Forschungsstand

dieser Studie für 86 Prozent der Untersuchten wichtig, aber nur 47 Prozent erhielten eine entsprechende Vermittlung über die Therapie. Zu beobachten ist, dass fehlendes Wissen mit dem Alter abnimmt, aber immer noch bei jedem 5. der untersuchten 16- bis 17-jährigen vorgelegen haben (vgl. Dippold et al. 2002). Bei dem anderen Poster standen die Fragen der Bedingungen und Folgen der Aufnahme in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fokus der Betrachtung. Das Partizipationsbedürfnis der Untersuchten ist insgesamt größer als die erlebte Teilhabe. Alters- und symptombedingte Unterschiede konnten in diesem Zusammenhang festgestellt werden (vgl. Wiethoff et al. 2002).

Zielke-Nadkarni und Cormann (2009) beschreiben anhand von drei Kindern im Grundschulalter, die alle die Diagnose Störung des Sozialverhaltens haben, beobachtete Situationen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als Auslöser für die aggressiven Durchbrüche konnten Gruppendynamik, Eingrenzungen, Anforderungen und Regeln ausgemacht werden. Ebenfalls als Ursache konnte die Enge des Raumes (Architektur) genannt werden. Hauptursache für körperliche Übergriffe waren Eingrenzungen, denn die beobachteten körperlichen Attacken erfolgen erst nach einer Wutphase mit verbal aggressivem Verhalten durch Eingrenzungen. Ein Kind wurde erst übergriffig, als es vom Mitarbeiter festgehalten und auf sein Zimmer gebracht wurde (vgl. a.a.O., S. 253). Regeln und Grenzen werden einerseits als hilfreich für die Kinder beschrieben, sind allerdings der häufigste Grund für Eskalationen. Als Gründe werden weiterhin interne Faktoren wie sich wehren, Hilferuf und Grenzen austesten angeführt. Ergänzend wird die familiäre Lebenssituation angesprochen, in der keine Erfahrungen zu einem konstruktiven Umgang mit Konflikten gemacht werden konnte. Nach der Eskalation traten übrigens bei allen drei Kindern große Schuld- und Schamgefühle ein, ein Leidensdruck war erkennbar (vgl. a.a.O., S. 254). Das Bedürfnis nach Zuwendung war allen Kindern anzumerken. In einer Situation ist die Erzieherin aus Ärger nicht auf das Kind eingegangen. (vgl. a.a.O., S. 255). Das Verhalten gegenüber den Kindern war von reinen Erziehungsmaßnahmen geprägt. Gutes Verhalten wurde belohnt und negatives Verhalten getadelt. Die Eskalation wurde auf Seiten der Mitarbeiter der ungünstigen Erziehung des Kindes zugeschrieben und nicht als Problem des Kindes angesehen. Eine Strafe war z. B. die Kürzung der Besuchszeit der Eltern, was von den Kindern nicht unmittelbar mit der Situation und dem emotionalen Erleben in Zusammenhang verstanden wurde (vgl. a.a.O., S. 256). Bei den Mitarbeitern waren die Folgen der Aggression Gegengewalt (Vorenthaltung von Kinderbedürfnisse, körperliches Festhalten), Spaltungen im (interdisziplinären) Team

2.1 Forschungsstand

und negativ emotionale Reaktionen (vgl. a.a.O., S. 258f.). Im Team wurden strukturelle Probleme, wie Personalmangel, fehlende Schulung der Mitarbeiter und fehlende räumliche Möglichkeiten, sichtbar (vgl. a.a.O., S. 258).²⁰ Anhand des Beispiels zeigt sich augenscheinlich, dass und wie Situationen Ausdruck der Wechselwirkung zwischen Patient, Mitarbeiter und Institution sind. Die Institution geben die strukturellen Vorgaben (z. B. architektonisch, Rückzugsmöglichkeiten, Personalschlüssel), der Mitarbeiter bringt sich über die Bewertung der Situation mit seinen Fähigkeiten²¹ und von der Institution gegebenen Möglichkeiten ein. Es ist zu beachten, dass der Professionelle sein Handeln reflektieren kann und somit auf Kinder- und Jugendliche zugehen muss, eine Anpassung von Seiten der Patienten an die Mitarbeiter und an standardisierte Abläufe erscheint als weitere Bewältigungsanforderung.²²

Zwei Studien sind in für die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutsamen Handlungsfeldern durchgeführt worden und nehmen an dieser Stelle einen informativen Charakter ein. Lenz (2000) veröffentlichte seine explorative Studie mit dem Augenmerk auf Kinder in der Familienberatung. Insgesamt wurden vierzig Beraterinnen und Berater von Erziehungsberatungsstellen mit einem Leitfaden interviewt. Das Ergebnis war, dass Kinder im Wesentlichen bei der Familienberatung eine zuschauende Rolle zukommt (vgl. ebd.). Diese Studie wurde ohne Berücksichtigung der Kindersicht durchgeführt. Im Jahre 2001 veröffentlichte Lenz eine weitere Untersuchung, bei der 100 Leitfaden-Interviews mit Kindern zwischen 6 und 13 Lebensjahren durchgeführt wurden. Dabei ging es um die Partizipationserfahrungen von Kindern in der Erziehungs- und Familienberatung. Die Ergebnisse waren sehr eindeutig. So fühlten sich 65 Prozent nicht ausreichend in den Prozess einbezogen. Dies wurde als ein Grund vermutet, weswegen Problembeschreibungen von Kindern von denen der Berater drastisch abweichen, was m.

²⁰ Während die strukturelle Situation der Mitarbeiter und das Resultat bei älteren Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen die gleichen sein können, weisen die untersuchten Kinder im Grundschulalter gegenüber der genannten Altersklassen geringere kognitive Fähigkeiten auf. Doch Situationen, in denen es um Regeln und deren Einhaltung maßgeblich geht, sind ein möglicher allgemeiner Auslöser für aggressives Handeln. Nach Richter (1999) finden die häufigsten Übergriffe von erwachsenen Patienten in den Morgenstunden zwischen 8 und 9 Uhr statt, gefolgt von den Zeiten zwischen 23 und 24 Uhr. Während die Morgenzeit der typische Beginn für eine therapeutische Sitzung ist und Patienten hierfür motiviert werden, ist in den Abendstunden die Einhaltung der Nachtruhe maßgeblich.

²¹ Mitarbeiter weisen ebenfalls Merkmale auf, die auf internalisierte Beziehungserfahrungen beruhen, und mit denen sie auf die Patienten zugehen

²² Zu demselben Ergebnis von Auswirkungen von strukturellen Interventionen auf Patienten kommen auch Ulke et al. 2014, allerdings beinhaltet diese Studie sehr viele Legitimationen, weswegen diese nicht gänzlich aufgeführt wurde.

2.1 Forschungsstand

E. auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragbar ist und wie noch darzustellen ist Einfluss auf das Arbeitsbündnis hat.

Unveröffentlichte Studien und Befragungen gibt es wahrscheinlich viele, die wichtige Daten und Informationen bereithalten würden. Anzeichen dafür ist z. B. eine Diplomarbeit aus dem Jahre 2005 mit dem Titel „Stigmaerleben und Stigmamanagement von stationär psychiatrisch behandelten Jugendlichen und deren Eltern“ (Grieser 2005), die mittels Fragebogen und problemzentrierten Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten das genannte Thema untersuchte, jedoch nicht veröffentlicht wurde. Weiterhin stellen Konopka et al. (2001) das Ergebnis einer Umfrage vor, wie die Zufriedenheit von Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemessen wurde. Im Rahmen zur Entwicklung eines eigenen Fragebogens zu diesem Themenbereich wurden Fragebögen bei über 153 psychiatrischen Abteilungen für Kinder und Jugendliche angefordert. Diese Fragebögen wurden miteinander verglichen (vgl. a.a.O., S. 154). Entscheidend ist hier, dass viele Kinder- und Jugendpsychiatrien anscheinend mit Fragebögen intern arbeiten, deren Ergebnisse nicht verglichen oder veröffentlicht werden.²³ Erfahrungsberichte ergänzen den Forschungsstand.

2.1.3 Erfahrungsberichte

Erfahrungsberichte über das Erleben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie enthalten nicht methodisch aufgearbeitete Aussagen, die jedoch einen tiefergehenden Einblick in das Patientenerleben ermöglichen.

Der Erfahrungsbericht von Arnhild Lauveng, mittlerweile Psychologin, die in ihrer Jugend lange Zeit an Schizophrenie litt, bietet einen dieser Einblicke, wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrgenommen wird. Die Autorin ist Norwegerin, das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheidet sich von dem der BRD. Das Buch zeigt nicht nur, wie eine Schizophrenie wahrgenommen wird, sondern auch wie sich eine Schizophrenie sich auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Beachtenswert ist die Geschichte eines Jungen, der in seiner Krankheitsphase Außerirdische sieht und das in einer gesunden Phase nutzt, um sein Zimmer nicht aufräumen zu müssen. Dieses Geschehen wird verglichen mit normal aufwachsenden

²³ Übrigens enthielten nur 10 Prozent der eingegangenen Fragebögen Fragen zum Themengebiet Autonomie, das Thema Autonomie nimmt demnach insgesamt keine herausragende Bedeutung ein (vgl. Konopka et al. 2001).

2.1 Forschungsstand

Jugendlichen, die z. B. andere wichtige Termine (anstatt wie hier die Krankheit) verschieben. Die Regeln und Vorschriften des Stationsalltags, die demnach eine Eigenständigkeit und individuelle Bedürfnisse unterdrücken, werden gut dargestellt, hier mit einer weiteren Geschehen nach dem unerfüllten Wunsch duschen zu dürfen, der erst nachgegeben wurde, wenn auf die Diagnose verwiesen wurde. Angereichert wird der Erfahrungsbericht durch die Beschreibung diverser Momente des Unwohlfühls, der Scham z. B. Durch das Lügen bezogen auf die Diagnose, um Wünsche erfüllt zu bekommen (vgl. Lauveng 2005, S. 61ff.). Der Moment, die Welt neu zu erfahren und der Kontakt zu einer alten Freundin, die sich aufgrund der unterschiedlichen Lebenssituation von einander distanziert haben, sind real gemachte Erfahrungen. Lauveng zeigt deutlich den Einfluss von Medikamenten auf den Alltag und persönliche Erfahrungen, der im Ergebnis den Abbruch von Kontakten bedeutet (vgl. a.a.O., S. 81ff.). Vor allem der Kampf für ein Leben nach den eigenen Wünschen wird deutlich hervorgehoben. Der Wunsch, Psychologin zu werden, wird von den Mitarbeitern von vorne herein mit Argumenten zu Statistiken zum Scheitern verurteilt (vgl. a.a.O., S. 105). „Aber Menschen halten sich an keine Statistik“ (ebd.). Dieses Buch zeigt, dass zwar Statistiken durch verschiedene Werte die Wirklichkeit versuchen abzubilden, auf der individuellen Ebene jedoch ein Mensch sich nicht an Statistiken halten muss, und deshalb die individuelle Ebene eine herausragende Rolle spielt.

Berichte vom Leben in bzw. nach der Psychiatrie wurden in zwei Büchern gefunden, die das Ergebnis der ehemaligen Düsseldorfer Klinikzeitschrift „Klapse“ sind. Die berichteten Erfahrungen fallen recht unterschiedlich aus. Die Beiträge umfassen kurze Gedichte bis hin zu umfassenderen Erfahrungsberichten. Die Bücher sind sehr vielfältig, die Berichte behandeln unterschiedliche Schwerpunkte. Es können Impressionen aus den Büchern entnommen werden. Menschen mit Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichten: Um aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen zu werden, wird nicht ein Prozess der Heilung, sondern der Anpassung als wichtigster Aspekt angesehen (vgl. Knopp und Napp 2000, S. 34). Eine Zornattacke wird als ein befreiendes Gefühl beschrieben, welches mit Sanktionen beantwortet wird (vgl. a.a.O., S. 32f.) und Medikamente als wichtigster Teil der Therapie (vgl. a.a.O., S. 39). Es gibt gegenteilige Erfahrungen; die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auch als eine wichtige Station im Leben wahrgenommen, wo man endlich ernst genommen wird. Ohne den Aufenthalt hätte eine andere Person sich das Leben genommen (vgl. a.a.O., S. 39f.). Die Berichte zeigen die hohe Individualität von Fällen und Bedürfnissen unter Patienten. Bei

2.1 Forschungsstand

den Berichten zur Abschlussphase sticht in den Erzählungen die Ungewissheit direkt nach der Entlassung hervor, vor allem über den weiteren Verlauf und die große Hoffnung auf ein gesundes, also auf ein ‚normales‘ Leben. Dabei wird häufig berichtet, dass Anschläge zu Personen mit einem hohen Vertrauensstatus gesucht werden und die Hoffnung auf Veränderungen, die das Leben leichter machen, ein wesentlicher Teil des Aufenthalts ist (vgl. Knopp 1999).

Über das nachfolgend berichtete Buch ist seinerzeit viel diskutiert worden, es vermittelt einen intensiven Einblick in die Gefühlswelt der Mutter und die Beziehung zu ihrem Sohn. Die Niederländerin Sera Anstadt erzählt über den Beginn und Verlauf der Schizophrenie ihres 15-jährigen Sohnes. Interessant ist das Buch vor allem über die Beschreibung der Gefühle wie Verzweiflung, die häufig die Welt ihres Sohnes offenbart. Der Sohn, als musikalisch und sportlich begabt beschrieben, zieht sich zu Beginn mehr und mehr zurück. Als der Gesundheitsdienst gerufen wird, schafft der Sohn bei dem Besuch des Arztes mal wieder pünktlich aufzustehen, sich ordentlich anzuziehen und ein Gespräch mit dem Arzt zu führen, der den Sohn für normal hält und geht. Der Sohn zog sich wieder zurück, eine Sozialarbeiterin sprach von einer Identitätskrise. Nachdem Anstadt die Beherrschung aufgrund des Verhaltens und der Hilflosigkeit verliert, kommt Raf, der Sohn, in ein Jugendinternat, wo kurz darauf die erste Einweisung in eine Psychiatrie angewiesen wurde. Der erste Eindruck war erschreckend für die Mutter und sie hatte das Gefühl, dass ihr Sohn nicht dort hingehört. „Als ich dann jedoch Rafs Abteilung wieder betrat und ihn wie ein in einen Käfig eingesperrtes Tier im Flur hin und her gehen sah, mit einem verwunderten Blick, wie ich als Mutter ihn dermaßen hatte verraten können, half dieses Verstehen mir nicht, und Mitleid und Schuldgefühle bekamen wieder die Oberhand“ (Anstadt 1989, S. 33). Erst nach dem viermonatigen Aufenthalt erfährt die Mutter die Diagnose hebephrenische Schizophrenie, die als unheilbar gilt – die Mutter fühlt sich schuldig. In der nachfolgenden Anstalt verbessert sich der Zustand und Raf berichtet von Einsamkeit und sucht die Nähe zu anderen Jugendlichen, merkt aber, dass er nicht in die Welt, die er vorfindet, hineinpasst. Als es ihm wieder schlechter geht, erhofft sich die Mutter Hilfe beim Gesundheitsamt und wird abgefertigt. Nun hat die Mutter Angst vor den Reaktionen auf ihre Anrufe und nur unter äußerster Not, ruft sie letztendlich an, doch die Antwort „versuchen sie es noch ein paar Tage“ läßt das Gefühl der Machtlosigkeit aufsteigen. In diesem Stil erzählt Anstadt über den Verlauf, über ihre Gefühle und der Welt z. B. über Nachbarn, die sich über

2.1 Forschungsstand

nächtlichen Lärm von Raf beschweren. Das Buch zeigt die emotionalen Reaktionen auf Bürokratie, die unterschiedlichen Behandlungen (durch verschiedene Theorien), die Zeiten mit einer kurzfristigen Verbesserung des Zustands und der erneuten Verschlechterung der Krankheit. So auch, dass die Änderung der Gefühlslage durch Medikamente Angst machen, da die Wirkung nicht verarbeitet werden kann (vgl. a.a.O., S. 136). Letztendlich führt der Weg von Raf in eine Anstalt, die ihm ein neues Zuhause gibt, was der Mutter ein gewisses Maß an Entspannung bringt. Der Zustand verbessert sich zunehmend, jedoch wird klar, dass er zu der Anstalt gehört, auch als Schutzraum für Raf gegen die unerträgliche Welt draußen dient. Das Buch endet mit Rafs Aussage: „Ich fühle mich in der Klinik am wohlsten. Ich geh' zurück. Ich kenne hier fast niemanden mehr. All meine Freunde sind verrückt“ (a.a.O., S. 157). Dieses Buch zeichnet ebenfalls die Welt von Raf und trägt zum Verständnis von Elternteil und Patient bei.

Die Anmerkungen in dem Buch schließen an einen Teil aus dem Buch Secheyay (1973) „Tagebuch einer Schizophrenen“ an. Während im vorherigen Buch häufig die ruhige, sachliche Art des Sohnes von der Mutter beschrieben wird, wird in diesem Buch erzählt, dass hinter dem ruhigen, normalen Äußeren das innere Drama verborgen wurde und verweist so auf den inneren Kampf der Schizophrenie im Vorfeld des eigentlichen Krankheitsausbruchs (a.a.O., S. 25). Der Ausbruch einer Lungentuberkulose wird sogar als glücklich bezeichnet, da dies von den Strapazen der Schizophrenie ablenkt (a.a.O., S. 29).

2.1.4 Fazit

Im Forschungsstand stechen zusammenfassend drei Aspekte hervor: Eine Forschungslücke in Bezug zum Patientenerleben, die hohe Bedeutung von Teilhabe, die nicht ausreichend umgesetzt wird (dies ist der Part der Mündigkeit und die Ansprache an den gesunden Anteil der Patienten), sowie der hohe Grad von individuellen Bedürfnissen, wie er in den Erfahrungsberichten hervorsteht.

Die Erfahrungsberichte deuten auf einen sehr hohen emotionalen Anteil und einen erforderlichen sensiblen Umgang beim Aufenthalt hin. In den Berichten kommt neben den emotionalen individuellen Aspekten und Bedürfnissen das Streben eines Lebens nach den eigenen Vorstellungen zum Vorschein. Vorstellungen sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konfliktbehaftet, da die Vorstellungen der Klinikmitarbeiter und der Patienten auseinandergehen können, somit können diese Konflikte eine zusätzliche Belastung während des Aufenthalts bedeuten. Wie wichtig die Analyse von sozialen

2.1 Forschungsstand

Wechselwirkungen ist, zeigte die Studie von Zielke-Nadkarni und Cormann (2009), in der aggressives Verhalten der jungen Patienten über das Milieu und dessen Rahmenbedingungen erklärt werden konnte und nicht von einer förderlichen Erziehung geprägt war. Anpassung an die Psychiatrie ist laut der Berichte aus der „Klapse“ ein weiteres bedeutungsvolles Thema. Aber auch die Normalität des Handelns z. B. Wutausbrüche um Dampf abzulassen oder Lustlosigkeit zum Zimmer aufräumen und die Reaktion der Mitarbeiter darauf. Dabei sind Einschätzungen zum Psychiatrie-Aufenthalt und dessen Wirkung sehr unterschiedlich wie die „Klapse“ zeigt, in der der Aufenthalt vom einen als sehr negativ und vom anderen als sehr positiv beschrieben wird, obwohl es sich um die gleiche Institution handelt. Die wissenschaftlichen Untersuchungen scheinen im Bereich der Partizipation und Informationsweitergabe eindeutig. Die Beachtung der Patientenautonomie wird nicht ausreichend berücksichtigt, z. B. werden Informationsweitergaben über den Stationsablauf häufiger von Patienten wahrgenommen als über deren Problematiken und Diagnosen (wobei hier das Bedürfnis mit zunehmenden Alter wächst) und kaum pädagogische Mitarbeiter im Gedächtnis bleiben. Doch hier ist auf die Forschungslücke in Bezug zum Patientenerleben zu verweisen. Die wenigen Studien, wobei quantitative Befragungen überwiegen, bieten keinen ausreichenden Einblick für Rückschlüsse in das Patientenerleben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vermutet wird anhand eigener Felderfahrungen, dass eine Anzahl an Arbeiten entsteht, die nicht veröffentlicht wird und somit nicht einsehbar ist. Davies und Wright (2008) kommen anhand eines Literaturreviews zur Kindersicht im Mental Health Service im britischen Raum (insgesamt 39 Studien, inbegriffen unveröffentlichte, konnten gesichtet werden!) zu der Schlussfolgerung, dass qualitative Methoden einen Blick aus Kinderaugen auf das Gesundheitssystem ermöglichen, denn sie sind in der Lage, die Therapie zu kommentieren und Erfahrungen mit dem psychiatrischen Helfersystem zu äußern. Kinder sind sogar sehr daran interessiert mit einbezogen zu werden. Die Sichtweise von Kindern ist eine große Hilfe für die Arbeit von Professionellen (ebd.). Vor diesem Hintergrund verwundert die Überhand an quantitativen Studien. So wird der Aussage in der Einladung zur ersten internationalen Fachtagung 'Qualitativer Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie' (2012)²⁴ vorbehaltlos zugestimmt:

²⁴ Siehe Einladung unter:

<http://www.pflegesoft.de/forum/index.php?action=dlattach;topic=5500.0;attach=3438>, eingesehen am 03. Juni 2014.

2.1 Forschungsstand

„Kinder- und jugendpsychiatrische Forschung ist heute inhaltlich und methodisch vorwiegend naturwissenschaftlich-medizinisch ausgerichtet; Forschung aus sozial-, geistes- und pflegewissenschaftlichen Disziplinen und Forschung mit qualitativen Ansätzen spielen eine eher marginale Rolle.

Dieser Befund erstaunt, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem in ihrer Praxis betont interdisziplinär ausgerichtet zu sein und sich deshalb neben medizinischen unter anderem soziologische[n], sozialpädagogische[n], sozialarbeiterische[n] oder pflegewissenschaftliche[n] Fragen stellen [müsste]. Solche Fragen betreffen Aspekte wie die Einrichtung und Ausgestaltung von Arbeitsbeziehungen zwischen Professionellen und PatientInnen, Stigmatisierungsphänomenen, Erfahrungen mit Krankheit und Therapie, Peer-Beziehungen, Bedingungen für gelingendes interdisziplinäres Arbeiten, das Fallverständnis unterschiedlicher Professioneller oder ihre jeweiligen diagnostischen Zugangsweisen. Die Erforschung solcher Inhalte bedarf qualitativer Ansätze, will man zum Beispiel verstehen, welche Strukturproblematiken professionellem Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugrunde liegen. Bis anhin gibt es nur wenige Studien mit entsprechenden Fragestellungen und methodischen Herangehensweisen.“

Um die Erfahrungen von Patienten als Ausdruck der wahrgenommen Lebenswelt bzw. des Klinikalltags mit einzubeziehen werden im nächsten Abschnitt Erfahrungen von Patienten sichtbar gemacht.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Für die Beantwortung der Fragestellung ‚Wie wird das kinder- und jugendpsychiatrische Alltagsgeschehen und dessen Wirkung von Patienten erlebt?‘ ist eine Untersuchung des Erlebens eines Psychiatrie-Aufenthalts aus Sicht der Patienten erforderlich, die Einblick in die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen vermittelt. Angesichts der dargestellten Forschungslücke ist es ein zentrales Anliegen, das Erleben der Psychiatrie-Erfahrenen zu untersuchen um damit grundlegende Einsichten in die Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erhalten. Das Forschungsvorhaben resultiert aus dem Verständnis, dass die Einbeziehung der Lebenswelt/Selbstsicht der Patienten wesentlich dazu beiträgt, aus einem subjektorientierten Ansatz heraus Aussagen über Wirkfaktoren der Aufenthaltsgestaltung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten. Die Einbeziehung der Patientensicht ermittelt sich aus und orientiert sich an den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten und an erlebten Wirkfaktoren. Für die Untersuchung des Erlebens und des Verständnisses von Patienten eignet sich eine qualitative Herangehensweise. Die Erfassung von psychosozialen Prozessen ist mit quantitativen Output-Studien nicht möglich, da dafür individuell wahrgenommene Aufenthalts- und Therapieverläufe eingeschränkt werden müssen (vgl. Bilker und Eggers 1997, S. 327). Bei qualitativen Untersuchungen können dagegen subjektive Bedeutungen und Werte, so wie die Unterschiedlichkeit der Perspektiven genauer betrachtet werden. Die Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses (vgl. Flick 2007, S. 39). ‚Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus (‘subjektiv’) erfahren und verstehen ... Ziel ist es aus den gewonnen Daten Theorien und Konzepte zu entwickeln...‘ (Mayer 2007, S. 89). Genauer formuliert ist das Ziel der vorgenommenen Untersuchung, Erkenntnisse für eine pädagogische Konzeptualisierung der Aufenthaltsgestaltung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Wirkung zu gewinnen. Folgende Fragen stehen für die folgende qualitative Untersuchung im Fokus:

- Wie werden die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der (pädagogische) Alltag von den Patienten erlebt?
- Welche Aspekte beeinflussen das Erleben des Klinikaufenthalts und wie wirkt sich das Erleben auf die Einstellung zum Aufenthalt aus?

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- Welche Wirkfaktoren des Aufenthalts lassen sich hieraus ableiten und sind für eine (nicht) förderliche pädagogische Konzeptualisierung maßgeblich?

Die Untersuchung soll nah an der Betroffenenegruppe und deren Erlebniswelt vorgenommen werden, über die für diesen Gegenstand kaum gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Qualitative Forschung ist bemüht, die soziale Wirklichkeit ganzheitlich darzustellen, die jedoch vielschichtig ist (vgl. Kelle 2010, S. 101f.). Die soziale Wirklichkeit wird in dieser Untersuchung methodisch angemessen und nachvollziehbar veranschaulicht. Weiterhin muss beachtet werden, dass soziale Wirklichkeit sich in einem fortlaufenden Prozess befindet und diese über Interaktionen hergestellt werden (vgl. a.a.O., S. 103). Die Untersuchung wird Handlungs- und Denkmöglichkeiten der Befragten sichtbar machen. So ist zu untersuchen, ob Psychiatrie-Erfahrene trotz unterschiedlicher Psychiatrien und Zeiträume einen gemeinsamen Erfahrungsraum bzw. ein strukturidentisches Erleben haben, das darüber hinaus Auskunft über eine klinische Subkultur im Umgang mit sozialen Dimensionen gibt. Die Erkenntnisse geben ein umfassendes Bild von der Aufenthaltsgestaltung aus Patientensicht, unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse, der vorhandenen Möglichkeiten und dem Verständnis von Rahmenbedingungen. Der Fokus liegt auf alltäglichen Situationen in Kinder- und Jugendpsychiatrien. Zugänge zur Sichtweise von Psychiatrie-Erfahrenen müssen sich stets der Frage des Verstehen-Könnens aus Nicht-Betroffenensicht stellen. Werden Sichtweisen der Psychiatrie-Erfahrenen angemessen verstanden, werden eigene professionelle Bilder verwendet und eventuell entgegen gehalten, wie gestaltet sich die Beziehungsebene bei den Interviews? Die Berücksichtigung der Aspekte und die Durchführung der Interviews werden zur Annäherung an die oben angeführten Fragen an dieser Stelle genau beschrieben. Als Anmerkung ist zu nennen, dass die Psychiatrie-Erfahrenen die Untersuchung des Aufenthaltes in dieser Form begrüßten, da laut ihren Rückmeldungen sie sich gehört fühlten, mit all ihren Sorgen, Ängsten und mit diesem Lebensabschnitt, der ansonsten kaum oder selten angesprochen wird.

2.2.1 Interviewerhebung

2.2.1.1 Problemzentriertes Interview nach Witzel

Für die Erhebung der Erlebniswelt über einen sehr sensiblen Lebensbereich eignet sich nur ein Interviewverfahren, das Menschen mit Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie anregt und ermöglicht, umfassend über ihre Erfahrungen Auskunft zu

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

geben. Trotzdem erscheint eine zu offene und zu wenig durchstrukturierte Gesprächssituation unangemessen, da hierbei eine hohe Gesprächsbereitschaft und -fähigkeit vorausgesetzt würde. Während bei der vorgestellten Studie von Rothärmel et al. die Möglichkeiten von sozial erwünschten Antworten diskutiert wird (vgl. Rothärmel et al. 2006, S. 138), soll im eigenen Vorhaben die Nähe zur alltäglichen Kommunikation in den Interviewerhebungen Vertrautheit schaffen (vgl. Lenz 2001, S. 57). Das spezielle Interviewverfahren des problemzentrierten Interviews nach Witzel eignet sich für dieses Vorhaben bestens.

„Die Konstruktionsprinzipien des problemzentrierten Interviews zielen auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000, S. 1). Es ist eine Methodenkombination, welches qualitatives Interview, Fallanalyse, biografische Methode, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse beinhaltet (vgl. Witzel 1985, S. 230). Allerdings kommen hauptsächlich das spezielle Interviewverfahren und die Art der Leitfragenstellung zur Anwendung, während die Gruppendiskussion und die biographische Methode in der Forschungspraxis nur wenig Anwendung findet (vgl. Flick 2007, S. 212).

Witzel sieht die Entwicklung des problemzentrierten Interviews als Methode an, die aus der Kontroverse in den Sozialwissenschaften zwischen ausschließlich normativen und auf der anderen Seite ausschließlich interpretierenden Verfahren hervorgegangen ist. Werden gesellschaftliche Vorgaben zum Erklärungsgrund menschlicher Handlungen, können spezielle Situationen und Prozesse nicht ausreichend berücksichtigt werden. Liegt der Fokus während des Forschungsprozesses auf Offenheit und richtet sich der Blickwinkel auf die Sicht der untersuchten Subjekte kann dies zur Ablehnung kausaler Erklärungsmodelle führen (vgl. Witzel 1985, S. 227ff.). „Das problemzentrierte Interview ist ein theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“ (Witzel 2000, S. 1). Die offene Darstellung der persönlichen Problemsicht wird ergänzt durch vorab entwickelte leitfadengestützte Nachfragen. Das Interviewverfahren verfolgt dabei folgende Grundprinzipien, Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung, Prozessorientierung.

Die *Problemzentrierung* der Methode ist die Orientierung an eine gesellschaftliche Problemstellung – hier das Erleben des Aufenthalts. Objektive Rahmenbedingungen und

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

strukturelle Merkmale des Untersuchungsgegenstandes werden vorab erarbeitet um Handlungsgrundlagen der Befragten verstehen und problemorientierte (Nach-)Fragen stellen zu können. Es gilt eine Wechselwirkung zwischen bestehendem und zu erhebendem Wissen zu schaffen. So hat der Interviewer eine doppelte Aufgabe: einerseits Gesprächspartner zu sein, der mittels seines Wissens die Seite des Befragten einnehmen kann und andererseits Forscher zu sein, der an Erkenntnissen interessiert ist (vgl. Witzel 1985, S. 230ff.; Witzel 2000, S. 2f.). Die Darstellung der Sichtweise des Befragten soll unbeeinflusst vom Interviewer ermöglicht werden.

„Auf der Basis dieser Überlegungen bekommt das Kriterium der Problemzentrierung eine doppelte Bedeutung: Einmal bezieht es sich auf eine relevante gesellschaftliche Problemstellung und ihre theoretische Ausformulierung als elastisch zu handhabendes Vorwissen des Forschers. Zum anderen zielt es auf Strategien, die in der Lage sind Explikationsmöglichkeiten der Befragten so zu optimieren, daß sie ihre Problemsicht auch gegen die Forscherinterpretationen und in den Fragen implizit enthaltenden Unterstellungen zur Geltung bringen können“ (Witzel 1985, S. 231f.).

Die *Gegenstandsorientierung* betont die flexible Ausrichtung des gesamten Erhebungsverfahrens an den Anforderungen des Forschungsfelds Die Erarbeitung eines Vorkonzepts soll als Vorbereitung die Sicherstellung eines dem Untersuchungsgegenstand gerechten und nahen Zugang zu Handlungs- und Bewusstseinsanalysen gewährleisten (vgl. Witzel 1985, S. 232; Witzel 2000, S. 3). Innerhalb des Interviewprozesses selber können Gesprächstechniken den Gegebenheiten einer „befragtenzentrierten Kommunikationssituation“ angepasst werden; der Interviewer kann z. B. „...je nach der unterschiedlich ausgeprägten Reflexivität und Eloquenz der Befragten stärker auf Narrationen oder unterstützend auf Nachfragen im Dialogverfahren setzen“ (Witzel 2000, S. 3).

Der komplette Forschungsablauf ist *prozessorientiert* und bezieht sich besonders auf die Vorinterpretationen. „Es geht um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexivem Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1985, S. 233). Die Prozessorientierung richtet sich ebenfalls auf den

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Kommunikationsprozess. „Wenn der Kommunikationsprozess sensibel und akzeptierend auf die Rekonstruktion von Orientierungen und Handlungen zentriert wird, entsteht bei den Befragten Vertrauen und damit Offenheit, weil sie sich in ihrer Problemsicht ernst genommen fühlen“ (Witzel 2000, S. 3). Indem die Problemsicht mit dem Interviewer zusammen erarbeitet wird, werden immer wieder neue Aspekte hervorgebracht, die aus der Selbstreflexion während des Interviews resultieren. Hieraus soll sich beim Interviewten ein Selbstverständigungsprozess- bzw. Verstehensprozess bilden (vgl. Witzel 1985 S. 233f.; Witzel 2000, S. 3f.).

Elemente des Interviews sind ein Kurzfragebogen zum Überblick von Personendaten, der Leitfaden als Orientierungsrahmen und Gedächtnisstütze sowie die Erstellung eines Gedächtnisprotokolls nach Ende des Interviews zum Festhalten der Interviewsituation. Der Aufbau des Interviews als wichtigstes Instrument des Erhebungsverfahrens (vgl. Witzel 2000, S. 3) gliedert sich in vier Phasen:

- Phase 1: Erklärungsphase (Eingrenzung Problembereich, Aufklärung über Interview)
- Phase 2: Allgemeine Sondierung (Erzählstimulus, möglichst Alltagsnah, freie Erzählung),
- Phase 3: Spezifische Sondierung (Vertiefung des Verständnisses) über drei Vorgehensweisen:
Zurückspiegelung,
Verständnisfrage,
Konfrontation (konstruktiv, ist jedoch mit Bedacht einzusetzen),
- Phase 4 Ad-hoc Fragen zum Ansprechen von nicht angesprochenen Themenbereichen mittels Leitfragen (vgl. Lamnek 1995, S. 75f.).

2.2.1.2 Zugang zum Feld und Auswahl von Probanden

In dieser Arbeit wurde aufgrund des vorhandenen Vorverständnisses auf ergänzende Methoden zur Entwicklung eines Vorverständnisses verzichtet und sich lediglich auf das spezifische Interview konzentriert. Die Ausrichtung und die Ausgestaltung an dem Forschungsgegenstand 'Erleben eines Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie' erschienen ausreichend fundiert.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Die Erarbeitung eines Vorverständnisses soll den (Verstehens-)Zugang zu Handlungs- und Bewusstseinsanalysen der Befragten sicherstellen. Zu dem Vorverständnis gehört zweifellos die Anknüpfung an eigene Erfahrungen und dem eigenen Hintergrundwissen.²⁵

Das eigene Interesse an dem Thema wurde durch das fünfmonatige Praxissemester in einem kinder- und jugendpsychiatrischen Sozialdienst entfacht. Erste Einblicke in das Erleben des Aufenthalts aus Patientensicht, gerade durch die Kontakte zu Patienten und die Einschätzung der Mitarbeiter, regten die erste Beschäftigung mit dem Thema an. Die Diplomarbeit befasste sich mit „Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Hierzu wurden bereits eigene Erfahrungen von Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen verschriftlicht, Kontakte zu Psychiatrie-Erfahrenen (Erwachsene) z. B. über Kongresse oder Vereine gesucht, Literaturrecherche betrieben und Literatur aufgearbeitet. Nach der Diplomarbeit konnte der Bezug über eine Stelle als Wissenschaftliche Hilfskraft und den losen Gesprächen zu Forschern und Stationsmitarbeitern weiter fortgesetzt werden (Erwachsenenpsychiatrie). Bei der daran anschließenden Vorbereitung der Promotion wurde das Kontextwissen über Literaturrecherchen aufgefrischt und ausgebaut. Kontakte zu Psychiatrie-Erfahrenen (Erwachsene) und Mitarbeitern aus dem Psychiatriebereich wurden z. B. über Veranstaltungen der psychischen Gesundheitswochen wieder vermehrt gesucht. Bei Beginn der Doktorarbeit wurde eine Verhaltenstherapie begonnen, die als Perspektivenwechsel (zumindest als Empfänger von Therapie) und zur Reflexion der eigenen Biografie genutzt wurde.

Zusammenfassend wurde das Vorverständnis durch Literaturrecherche und -aufarbeitung, z. B. von Berichten Psychiatrie-Erfahrener oder Artikeln über Studienergebnisse, Aufarbeitung theoretischer Grundlagen, Gespräche mit Psychiatrie-Erfahrenen (Erwachsene), Forschern und Mitarbeitern der Psychiatrie und eigene Therapieerfahrungen entwickelt. Das Vorverständnis wurde in dieser Form während des Promotionsvorhabens stetig weiter ausgebaut und für das Erhebungsverfahren genutzt. Anhand dessen konnten relevante Problembereiche der Aufenthaltsgestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert werden.

²⁵ Die Darstellung erfolgt in der dritten Person, um eine Distanzierung zur Patientenrolle zu gewährleisten.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Der eigentliche Zugang zum Feld gestaltete sich schwierig und herausfordernd.²⁶ Da der Zugang zu der Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht offen stand und eine Kooperation als Forscher mit Kinder- und Jugendpsychiatrien kaum herzustellen war²⁷, wurden andere Wege eingeschlagen. Der Wunsch, Psychiatrie-Erfahrene für mein Promotionsvorhaben zu interviewen, wurde im nahen und weiten sozialen Umfeld gestreut. Direkte Arbeitskollegen vermittelten mir Kontakt zu zwei Psychiatrie-Erfahrenen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus entfernteren Arbeitszusammenhängen entstanden weitere zwei Kontakte. In einem von diesen Fällen bezog sich der gesamte Kontakt von informieren bis hin zur Terminabsprache über eine Kollegin, in den anderen Fällen konnte die E-Mail-Adresse getauscht werden. In den Mails wurden die Informationen über die Interviews gegeben und ein telefonischer Kontakt wurde ausgemacht, um über weitere Details zu sprechen. In einem vor Ort ansässigen Verein für junge Psychiatrie-Erfahrene erklärten sich drei Personen für ein Interview bereit. Der Kontakt wurde telefonisch zu der Leitung aufgebaut. In dem Telefonat erläuterte ich mein Anliegen und versendete im Nachhinein eine E-Mail mit den wichtigsten Informationen. An dem nächsten Treffen konnte ich teilnehmen und mein Anliegen vortragen. Des Weiteren wurde nach den Interviews ein Aushang in den Vereinsräumen aufgehängt, auf die sich eine weitere Person meldete.

Eine Person konnte im weiteren Bekanntenkreis gewonnen werden. Hier wurden über den Kontakt des Bekannten die E-Mail-Adressen ausgetauscht. Nach einer E-Mail mit der Erklärung meines Vorhabens und den Hintergrunddaten wurde bereits eine Zustimmung für ein Interview gegeben und die Telefonnummern wurden ausgetauscht. Eine Person wurde aus meinem eigenen Bekanntenkreis rekrutiert, nachdem diese offen über ihre Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sprach.

Erfolglos blieben Aushänge in Jugendwohnheimen, die durch Bekannte aufgehängt wurden. Auch angesprochene Sozialarbeiter, z. B. einer aus dem Jugendamt konnten mir keine Kontakte vermitteln. Anfragen bei einer renommierten Psychologie-Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei einer Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes blieben aussichtslos. Die Idee, einen Aufruf über die Presse zu starten, wurde nach Gesprächen mit Psychiatrie-Erfahrenen nicht durchgeführt. Die

²⁶ Die Darstellung erfolgt ab hier in der ersten Person, da die Rolle als Forscher berührt ist.

²⁷ Siehe anhängende Berichte. (Es muss ergänzend erwähnt werden, dass die Erlaubnis eines Aushangs zur Probandengewinnung bei der ersten Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits nicht erteilt wurde.)

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Meinung tendiert, dass die wenigsten sich auf Anzeigen melden würden, da Vertrauen das Wichtigste und die Presse zu unpersönlich wäre. Das Fragen der Interviewpartner selber nach weiteren Möglichkeiten brachte ebenfalls keinen Erfolg. Insgesamt ist zu sagen, dass der Zugang zum Feld sehr sensibel ist. Zwei Bekannte hatten in ihrem Bekanntenkreis Psychiatrie-Erfahrene der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich nicht in der Lage fühlten (wiederkehrende Krise) oder kein Interesse aufgrund der höchst sensiblen Thematik hatten (keine Lust über diese Phase des Lebens zu sprechen). Auf Therapieeinrichtungen wurde ebenfalls aufgrund negativer Erfahrungen zu Anfragen („die Leute möchten das hier nicht“) verzichtet. Aufgrund des schweren Feldzugangs wurde aus pragmatischen Gründen bereits zu Beginn des Promotionsvorhabens die Probandengruppe von Jugendlichen mit unmittelbarer Erfahrung als Psychiatrie-Nutzer auf Psychiatrie-Erfahrene im jungen Erwachsenenalter umgeschwenkt.

Bevor mit den Interviews begonnen wurde, wurde ein Sampling erstellt.

„Bei der Vorab-Festlegung der Samplestruktur werden vor der Durchführung der Untersuchung Kriterien festgesetzt, nach denen die Stichprobe 'absichtsvoll' ... bzw. 'begründet' gebildet wird. Die Kriterien zur Bildung der Stichprobe ergeben sich aus der Fragestellung der Untersuchungen, theoretischen Vorüberlegungen sowie anderen Studien. Dabei wird von einer Vorstellung von Typik und Verteilung von Eigenschaften in der Grundgesamtheit ausgegangen, die in der Stichprobe Berücksichtigung finden“ (Mayer 2013, S. 39).

Um ein umfangreiches Bild und zuverlässige Aussagen über den breiten Themenbereich zu erhalten, beinhaltete das Sampling die Auswahl nach Kriterien der Unterbringung (stationär, Tagesklinik, lediglich Kontakt), nach angegebenem Einweisungsgrund (vom Forschungsstand eher als genetisch angesehene Störungen wie Schizophrenie gegenüber Verhaltensauffälligkeiten wie Störungen des Sozialverhaltens), nach Geschlecht und Alter während der Unterbringung (Kinderbereich, Jugendbereich, Mix). Die Auswahl sollte prozessorientiert, ergebnisoffen und kontrastierend erfolgen (theoretical sampling). In der ersten Erhebungsphase sollten ähnliche Fälle befragt werden und in der zweiten Erhebungsphase durch Variation der Merkmale kontrastiert werden, die in der Lage sind, die ersten Erkenntnisse zu bestätigen oder zu widerlegen. Der Umgang mit den Merkmalen und die Akquise der Probanden sollten bis zur Sättigung (es ergeben sich keine neuen Erkenntnisse) durchgeführt werden.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Aufgrund des schwierigen Zugangs erfolgte der Zugang nach dem convenience sampling, also einer nicht absichtsvollen Probandengewinnung. Die am einfachsten zu erreichenden und verfügbaren Fälle, deren Merkmale für den Untersuchungsgegenstand interessant und annehmlich sind, werden ausgewählt. Das convenience sampling ermöglicht es in Anbetracht des geringen Aufwands, eine Untersuchung mit begrenzten Ressourcen (auch von Probanden) überhaupt durchzuführen. Diese Untersuchung hat nicht das Ziel mittels der Interviewanalyse auf eine bestimmte Population zu schließen oder es zu können, da Erfahrungen mit der Psychiatrie sehr heterogen sind. Es geht in der Analyse der Interviews vielmehr darum, ein erstes zusammenfassendes Verständnis über das Erleben und Problemfelder aus der Sicht der Patienten zu entwickeln. Pädagogische Konzepte können über das Verständnis der zusammengefassten Einzelfälle Standpunkte bzw. Orientierungspunkte mit einbeziehen, die ihre Stärke bei einzelnen Patienten und deren individueller psychosozialer Entwicklung entfaltet. So bleibt die nachzuziehende Frage unverändert, ob Psychiatrie-Erfahrene trotz unterschiedlicher Psychiatrien und Zeiträume einen gemeinsamen Erfahrungsraum bzw. ein strukturidentisches Erleben haben das darüber hinaus Auskunft über eine klinische Subkultur im Umgang mit sozialen Dimensionen gibt. Dies ermöglicht in einem weiteren Schritt in der Diskussion einen aussagekräftigen Vergleich gegenüber der herangezogenen Theorie und der Aussagen der Mitarbeiter. Für die Untersuchung konnten zehn Probanden gewonnen werden (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Übersicht der interviewten Psychiatrie-Erfahrenen

Interview	Geschlecht	1. Aufenthalt mit (in Lebensjahre)	Dauer Aufenthalt	Alter bei Interview	Vom Interviewten angegebener Einweisungsgrund
1	weiblich	18	k.A.	21	Borderline-Persönlichkeits-Störung
2	männlich	15	4 Wochen	25	k.A.
3	weiblich	12 o. 13	6 Wochen (noch mal 1 Woche)	22	Suizidversuch
4	weiblich	19	1 – 2 Monate	26	Paranoide Schizophrenie
5	weiblich	17 o. 18	5 Monate	26	Posttraumatische Belastungsstörung
6	männlich	16 (stat. Jugendhilfe Diagnostik in	5 Jahre	25	Entwicklungsverzögerung, Autismus, soziale Überempfindlichkeit

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

		Kinder- und Jugendpsychiatrie)			
7	weiblich	15	k.A.	30	Entwicklungsverzögerung, Depressionen
8	weiblich	17	2 Wochen	24	Trauma/Suizid
9	weiblich	15	3 Monate	32	Essstörungen, Schulverweigerung
10	weiblich	17	8 Wochen	31	Psychotische Depression (Suizidversuch)

Im Vorfeld der Interviews waren der Problemzusammenhang, sowie gemachte Erfahrungen oder Meinungen der Interviewpartner unbekannt. Aufgrund der erhobenen Interviews ist zu sagen, dass eine Breite an Meinungen und Erfahrungen erfasst worden sind, und so unterschiedliche Problemsichten aufgenommen werden konnten. Es sind keine einheitlichen Interessenslagen oder Grundrahmenbedingungen bei den Probanden vorhanden gewesen. Allerdings muss erwähnt werden, dass alle Probanden vereint, dass sie einen Aspekt hatten, der ihnen hinsichtlich der Aufenthaltserfahrungen besonders im Gedächtnis geblieben ist und dass ein Interesse an dem Interview geweckt hat, der allerdings sehr unterschiedlich war. Der Umgang bzw. die aktuelle Situation der psychischen Erkrankung unterschied sich ebenfalls, so waren Personen darunter, die noch in Maßnahmen eingebunden waren, eine Person, die Psychopharmaka nutzte, der Großteil führte, wie es so genannt wird, ein „normales“ Leben (in Beruf/Studium, Partnerschaft etc.). Je unterschiedlicher das Untersuchungsfeld, desto größer sollte der Umfang der Erhebungen sein. Eine quantitative Anzahl von Interviews kann bei qualitativen Analysen nicht statistisch ermittelt werden, um allgemeingültige Aussagen zu erhalten. So reichen die Schätzungen von fünfzehn einstündigen Interviews (für 80 Prozent der Aspekte aufzunehmen) und 20 bis 30 Interviews für 90-95 Prozent, andere Einschätzungen halten sieben bis fünfzehn Interviews (90-120 Minuten) für ausreichend (vgl. Kurz et al. 2007, S. 467f.). Gemessen an den Zahlen hat die Studie ebenfalls einen explorativen Charakter, sofern weiter davon auszugehen ist, dass eine Sättigung nicht stattgefunden hat. Aussagen können anhand der Probanden nur für den Jugendbereich getroffen werden.

Die Kontaktaufnahme verlief dem sensiblen Feld entsprechend. Sie wurde lange vorbereitet und vorsichtig initiiert. Bei dem ersten Interview wurde der komplette Kontakt über die direkte Arbeitskollegin vermittelt. In diesem Fall versendete ich Informationen

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

über das Ziel und die Durchführung mit besonderem Hinweis auf Prinzipien des Interviews an die Arbeitskollegin, die mit der Probandin sprach und mir die Rückmeldung über die Bereitschaft mitteilte. So wurde ebenfalls ein Termin vereinbart. Bei dem Termin selber sah ich die Probandin das erste Mal, einige rudimentäre Infos hatte ich von meiner Arbeitskollegin erhalten. Ich nahm mir Zeit für die Kontaktaufnahme und um mich selber vorzustellen und ein gewisses Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Vor allem stand nochmals die Information im Raum, dass das Interview anonymisiert wird, was mit dem Interview geschieht, dass Antworten auf die Fragen verneint werden können und sogar die komplette Bereitschaft zum Interview während des Interviews selber entzogen werden kann sowie ein erhöhtes Bedürfnis für Pausen etc. berücksichtigt würde.

In den meisten Fällen wurde der Kontakt über E-Mail hergestellt. In diesen Fällen wussten die Personen von dem Gatekeeper, dass eine Mail meinerseits erfolgen wird. In dieser Mail wurde meine Person vorgestellt, das Erkenntnisinteresse und die Zusicherung der Anonymität sowie die Auslassung von Fragen zur Diagnose und zur Familiensituation, da diese zu sensibel erschienen.²⁸ Bei einer ersten Zustimmung durch Rückmeldung wurde nach der Telefonnummer zwecks weiterer Absprachen und Terminvereinbarung gefragt. Es erfolgte ein Telefonat, in dem der erste persönliche Kontakt aufgenommen wurde. Da alle Informationen bereits gegeben wurden, war der Hauptteil des Telefonats die Möglichkeit Fragen zu stellen, die Beziehung zu gestalten und einen Termin abzusprechen. Von den Personen selber wusste ich im Vorfeld eigentlich nur, dass sie einen Aufenthalt hatten und erfuhr eine subjektive Angabe für den Aufenthaltsgrund.

In dem Verein für die jungen Erwachsenen nahm ich Kontakt mit der Leitung auf, die mir in Rücksprache mit der Gruppe eine Zustimmung gab, zu einem Treffen zu kommen. Auf diesem Treffen gab es die Möglichkeit, das Thema und Erkenntnisinteresse vorzustellen sowie auf die Prinzipien der Anonymität hinzuweisen und nach bereitwilligen Personen zu fragen. Interessant ist, dass hier viel über meine Vorgeschichte und meine Person gefragt wurde und die letzten Therapieerfahrungen sowie meine Erfahrungen im Kindesalter mir einen Zugang verschafften. Es erklärten sich drei Personen für das Interview bereit, ein Termin wurde im Rahmen eines Gruppentreffens vereinbart. Hier erfuhr ich nichts weiter über die Aufenthaltsgeschichte.

²⁸ Die Kontrolle über die Themen lag bei den Interviewpartnern.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

In einem Fall meldete sich eine Person telefonisch aufgrund des eines Aushangs in dem Verein für Psychiatrie-Erfahrene. Ebenfalls hatte die Person von den Interviews und meiner Person gehört. Ich bot an auf meine Kosten zurückzurufen, und erläuterte das Verfahren, während im Gegenzug von der eigenen Psychiatrie-Erfahrung kurz und knapp berichtet wurde. Es wurde ein Termin vereinbart.

Während ich über die Schwierigkeiten des Zugangs berichtete, erklärte sich eine Bekannte, nachdem sie ihren Psychiatrieaufenthalt offenlegte, direkt für ein Interview bereit. Mein Promotionsvorhaben war aus vorherigen Gesprächen bekannt. In diesem Rahmen wurde kurz über die Begründung des Aufenthalts gesprochen. Die Terminfindung gestaltete sich aufgrund der örtlichen Entfernung schwerer, konnte aber mittels der Technik (Internettelefonie) realisiert werden.

Bereits bei der Kontaktaufnahme wurde auf ethische Grundlagen geachtet, die eine hohe Reflexion der Prozesse und des eigenen Handelns verlangte. Zu den Grundlagen gehörte eine informierte Einwilligung mittels Bekanntgabe von Zweck und Ziel der Interviews, Dauer und Belastungen des Interviews, Umgang mit Daten und Ergebnissen (Anonymisierung), Freiwilligkeit, die eine Verweigerung der Datennutzung bis weit nach dem Interview ermöglichte. Auf eine schriftliche Fixierung wurde verzichtet, da dies einen formalen Vertragscharakter aufweist und so die Beziehungsgestaltung unnötig gestört hätte. Weiterhin wurde es für notwendig erachtet, auf eine mögliche besondere Vulnerabilität der Untersuchungsgruppe zu achten, was ein besonders sensibles Vorgehen, je nach Proband und dessen Lage (Schutz), verlangte (vgl. Mieth 2010, S. 929ff.).

Ein Bias bezüglich der Probanden hinsichtlich der Zustimmung für das Interview ist nicht auszuschließen. So bleibt die Frage, ob es einen besonderen Grund für die Zustimmung gab, wie z. B. über negative Aspekte sprechen und der Wunsch nach Veränderung. Jedoch ergab sich eher der Eindruck, dass die Suche nach Probanden breit und die Auswahl der Probanden zufällig erfolgte, was sich in den unterschiedlichen Geschichten, Erfahrungen und Meinungen widerspiegelte. Während der Untersuchung wurde aufgrund des erfolglosen Zugangsversuches zu (Kindern und) Jugendlichen mit Psychiatrie-Erfahrung weiter pragmatisch vorgegangen. So wurden Psychiatrie-Erfahrene im jüngeren Erwachsenenalter interviewt, deren Aufenthalte zeitlich zurückfallen. Dies ist eine Abänderung der Forschungsprinzipien des problemzentrierten Interviews, da eigentlich ein aktuelles Problem untersucht werden soll, das die Sicht auf das Problem und das Verhalten untersucht. Die Retrospektive erzeugt bei den Befragten konstruierte und

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

strukturierte Selbstbilder und einige Situationen waren nicht mehr in so guter Erinnerung. Im Laufe der Untersuchung wurde der Vorteil entdeckt, dass über Situationen reflektiert werden konnte und so unterschiedliche Perspektiven der Untersuchten eingenommen werden konnten. So z. B. damals habe ich so gedacht, heute denke ich da aber so drüber. Das heißt, dass für Wirkfaktoren und für pädagogische Konzepte eine Langzeitansicht mit berücksichtigt werden kann.

2.1.1.3 Durchführung der Interviews

Prinzipien im Umgang mit dem Vorverständnis:

An die Interviews wurde mit einem bestimmten theoretischen Konzept herangegangen. Theorien werden als gewonnen Erfahrungen anderer verstanden, an denen Erfahrungen angeknüpft werden, um einen Gewinn an Erkenntnissen zu ermöglichen (vgl. Mayring 2000, S. 52). Entscheidend ist die Frage, wie das Vorwissen eingesetzt wird und wie mit dem Risiko umgegangen wird, dass Antwortverhalten manipulativ zu beeinflussen (vgl. Dollinger 2002, S. 376). Das Vorwissen sollte die Akzeptanz mittels Wissen und Auftreten erhöhen und wie oben beschrieben die Zielgerichtetheit der Nachfragen und die Beachtung bedeutsamer Phänomene gewährleisten. Das theoretische Konzept wurde nicht offen gelegt, um Beeinflussungen im Interview zu vermeiden. Es sollte ein Maximum an Offenheit zugesichert sein, der Interviewpartner sollte den Verlauf des Interviews bestimmen.

Ort

Die Orte der Interviews wurden von den Probanden nach deren Wohlbefinden bestimmt. Als Möglichkeit für die Durchführung der Interviews wurde ein stiller Raum an der Universität angeboten. So wurden je nach Wahl Interviews in Privatwohnungen, in einem Büro einer kommunalen Sozialeinrichtung, in Vereinsräumen und an der Universität durchgeführt. Ein Interview wurde per Internet-Telefonie (Skype) geführt.

Die Umgebung sollte den Probanden Sicherheit bieten, entweder durch Vertrautheit der Räumlichkeiten oder durch Schutz der Privatsphäre. Bei einem Interview war eine Sozialarbeiterin anwesend, was im Vorfeld so vereinbart wurde. In einem Fall war die Lebensgefährtin anwesend, die sich jedoch passiv verhielt. In den übrigen Fällen handelte es sich um ein Gespräch unter vier Augen.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Vorgespräch

Das Vorgespräch gehörte zur Erklärungsphase (Phase 1). Es wurde genutzt, um das Themengebiet zu erläutern und nochmals über die Interviews aufzuklären. Zu Beginn des Interviews wurden also nochmals alle Informationen durchgesprochen. Hierzu gehörten die Ziele, der Ablauf und mögliche Belastungen, die Möglichkeit von Unterbrechungen, die Zusicherung der Anonymität, die Verwendung der Daten, die Verweigerungsmöglichkeit von Antworten und die Zurücknahme der Zustimmung zu jeder Zeit und die Zustimmung zur Tonbandaufnahme. Das Vorgespräch sollte die informierte Zustimmung sichern, Wertschätzung für die Bereitschaft ausdrücken, Vertrautheit schaffen und Sicherheit geben sowie eine angenehme Gesprächsatmosphäre aufbauen. Es wurde sehr viel Wert darauf gelegt, dass das Vorgespräch lang genug ist und in lockerer Runde stattfindet. In einigen Fällen wurde z. B. Kuchen mitgebracht um ein Wohlfühlmilieu zu schaffen und sich gegenseitig in Ruhe kennenzulernen. Ebenfalls wurde die Rolle der Interviewten als Experten ihrer Erfahrungen herausgehoben, sodass der Interviewer selber als Lernender verstanden wird.

Verlauf des Interviews

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, um das Gesagte detailliert wiedergeben zu können. Das Interview wurde mit einer Einstiegsfrage begonnen. Die Einstiegsfrage gehörte zu Phase 2. Der Interviewte sollte zum Erzählen angeregt werden, was möglichst frei und alltagsnah geschehen sollte. Weiterhin sollte so die Bedeutungsstrukturierung des Gegenstands der Auskunftsperson überlassen werden. Die Einstiegsfrage wurde so offen wie möglich, orientiert an dem Forschungsgegenstand, formuliert. Die allgemeine Grundeinleitungsfrage, die je nach Vorabinformation und Gesprächssituation modifiziert wurde, lautete:

„Bitte erzähle mir alles aus Deiner²⁹ Sicht, wie Du den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebt hast! Am besten beginnst Du mit der Einweisung.“

Nach dieser Einleitung erzählten die Interviewten, strukturierten die Erlebnisse und setzten bereits ihre Schwerpunkte. Der Erzählfluss wurde durch einfaches Nachfragen, Kopfnicken oder leise Äußerungen wie zustimmendes 'mmh' gefördert. Im Laufe des Gesprächs wurden spezifische Sondierungen zur Vertiefung des Verständnisses (Phase

²⁹ In allen Interviews konnte eine Vertrautheit hergestellt werden, dazu gehörte sich zu duzen und nicht das förmliche Sie zu verwenden.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

3) und für den Erzählfluss benutzt. Dies sollte den Zugang zu der Lebenswirklichkeit der Befragten zusichern und die Erschließung der Sichtweise ermöglichen. Im Mittelpunkt stand hier das Erleben von speziellen Situationen aus Sicht der Interviewten. Das Vorgehen führte zu einer Vertiefung der Themenfelder und die Erläuterung von Sichtweisen z. B. mittels Beispielen. Darüber hinaus sollte es den Befragten spiegeln, was der Interviewer verstanden hatte und eine Reflexion des Gesagten zur eigenen Person und der Verhältnisse anspornen. Sofern die Themen zum Erliegen kamen, wurde mittels Leitfragen (Phase 4) weiter gearbeitet. Die Fragen ermöglichten die Generierung von nicht angesprochenen Themen und ermöglichen ebenfalls einen Vergleich von relevanten Themengebieten. Die Fragen dienten als Ansatzpunkte und wurden ebenfalls der Gesprächssituation angepasst. Sie bezogen sich auf spezifische Themen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch Fragen zum sozialen Umfeld. Folgende Grundleitfragen wurden formuliert:

Bist Du freiwillig in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gegangen?

Wie hast Du die Aufnahme erlebt?

Zu wem und warum konnte Vertrauen aufgebaut werden?

Wie war der Kontakt zu den anderen Kindern und Jugendlichen?

Wie sah die Beziehung zu Deinen Freunden während und nach der Psychiatrie aus?

Welche Berufsgruppen haben Dich während des Aufenthalts begleitet? Welche Berufsgruppe hältst Du für die entscheidendste Berufsgruppe für den Aufenthalt?

Welches Erziehungsideal hat nach Deiner Ansicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie gehabt? (Szene?)

Wie war Dein Umgang mit der Diagnose? Hast Du die Diagnose mal benutzt, um an Dich herangetragene Aufgaben nicht zu machen?

Hattest Du den Eindruck, dass Du ausreichend in Gespräche mit einbezogen worden bist?

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Was hat Dir gut getan?

Was hättest Du Dir für die Zeit gewünscht?

Wie hast Du die Entlassung erlebt?

Was ist Dir noch wichtig, was noch nicht angesprochen worden ist?

Die Interviews und der Verlauf waren sehr unterschiedlich. Dies spiegelt sich in der Dauer der Interviews, die Spanne liegt zwischen 27 und 99 Minuten. Für viele war es das erste Mal, dass sie in dieser umfangreichen Form davon berichteten. Die Befragten hatten Interesse von ihren Erfahrungen zu berichten, jedoch schienen bei einigen Interviews Vorbehalte zu existieren genauer ins Detail zu gehen. Bewertungen der Aussagen wurden während des Interviews vermieden, obwohl situationsabhängig eigene Einschätzungen formuliert wurden, zu denen die Befragten Stellung nahmen. Es wurde sich weiterhin dem Sprachgebrauch der Befragten angepasst. Es entstand der Eindruck, was von zwei Interviewpartnern bestätigt wurde, dass die Interviews eine Strukturierung und neue Einschätzung des Erlebten zur Folge hatten und über viele Situationen, während des Gesprächs, neu nachgedacht wurde. Die Sensibilität des Themas war jederzeit während des Interviews präsent. Die Möglichkeiten der offenen Einstiegsfrage und der Leitfragen ermöglichte eine Anpassung auf die Gesprächspartner. Es wurde zu Beginn des Interviews betont, dass Diagnosen und Familiensituationen nicht erfragt werden, doch im Laufe des Gesprächs berichteten die Interviewten freiwillig (obwohl einige im Vorgespräch betonten, dass sie das auch nicht wünschten) davon. Das Vorverständnis war unabdingbar, um über Details zu sprechen.

Der Leitfaden, der als weiterer Orientierungsrahmen diente, wurde so formuliert, dass er Fragen zur Einschätzung der erzählten Situationen und Fragen zum Erkenntnisinteresse beinhaltet, resultierend aus dem Vorverständnis. So hat die Frage nach den Berufsgruppen eine vergleichende Funktion zu vorherigen Studien (Rothärmel et al. 2006). Bei der Entwicklung der Fragen wurde darauf geachtet, dass die Fragen nicht zu sehr in die Tiefe gehen (Schutzfunktion – Achtung der sensiblen Lebenslage), dennoch im Laufe des Gesprächs je nach Situation eine weitere Befragung der Themenkomplexe im weiteren Erzählfluss möglich war. Die Eingangsfrage und die Leitfragen wurden mit

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

diversen Personen unterschiedlicher Disziplinen und Vorerfahrungen (Soziologie, Erziehungswissenschaft, Psychologie – mit/ohne Erfahrung zum Psychiatriethema) durchgesprochen und modifiziert. Hierbei erfolgte ebenfalls eine Diskussion um Trigger und dem Umgang mit unsensiblen und zu direkten Fragen. Durch die Besprechung konnten also Probleme entdeckt und unnötige Herausforderungen vermieden werden. Für die Hinweise und Mitarbeit möchte ich mich bei diesen Personen an dieser Stelle bedanken.

Nachbereitung

Nach dem Interview wurden grundlegende Daten (siehe Tabelle 2) erhoben, um einen kurzen Überblick zu erhalten. Im Anschluss wurde die Interviewatmosphäre angesprochen und es folgte meist ein lockeres Gespräch. Ebenso wurde ein Gedächtnisprotokoll über das Interview verfasst, um die Situation, Gesprächsinhalte und besonders die Auffälligkeiten im Interview zu erfassen. Ebenfalls kam die Reflexion der eigenen Rolle als Teil der Erhebung zu tragen z. B. mittels der Beschreibung von Eindrücken. Das Gedächtnisprotokoll soll Beeinflussungen auf die Interviewsituation aufzeigen und zum besseren Verständnis von Interpretationen genutzt werden.

Die Prozessorientierung sieht als methodische Vorgehensweise die Modifizierung durch Empirie vor. Für die schrittweise Datengewinnung und -interpretation wurden deshalb die erhobenen Interviews genutzt, um die Erhebungsmaterialien dem neuen Erkenntnisstand anzupassen.

Transkription

Für die Transkription bestehen keine allgemein akzeptierten Regeln. Für rekonstruierende Auswertungsverfahren ist eine detailnahe Transkription nicht erforderlich (vgl. Gläser und Laudel 2010, S. 193). Die Interviews werden vollständig nach folgenden Maßgaben transkribiert:

- Standardorthographie (z. B. 'hast du' statt 'haste'),
- Äußerungen wie Lachen und Besonderheiten wie Dehnungen werden nicht transkribiert, außer sie haben für die Passage eine Bedeutung,
- Unterbrechungen wie Pausen werden notiert,
- unverständliche Äußerungen werden kenntlich gemacht (vgl. a.a.O., S. 193f.).

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und anonymisiert (vgl. ebd.). Die Transkription wurde ebenfalls für einen Lerneffekt genutzt, um die Durchführung der Interviews z. B. wie wurde was gefragt, zu analysieren (vgl. a.a.O., S.195)

2.2.2 Auswertungsmethode

2.2.2.1 Begründung einer Qualitativen Inhaltsanalyse

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten »von innen heraus« aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick et al. 2007, S. 14).

Problemzentrierte Interviews sind nicht an ein bestimmtes Auswertungsverfahren gebunden. Kodierende Verfahren zur systematischen Textanalyse werden allerdings empfohlen und bevorzugt angewendet. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wird oftmals angewendet, um die über ein theoriegeleitetes Verfahren induktiv und deduktiv Kategorien zu entwickeln und hierüber Daten und Erkenntnisse aus dem Material zu filtern (vgl. Daut 2005, S. 72). Für eine qualitative Inhaltsanalyse sprechen ein regelgeleitetes und systematisches Verfahren, das leicht nachvollziehbar ist. Das gesamte Material wird gleichberechtigt einbezogen. Ein weiterer Vorteil ist das theoriegeleitete Vorgehen. Das vorhandene Wissen und die theoretischen Vorüberlegungen werden zu der Untersuchungsfrage in Bezug gestellt. Während auf der einen Seite die Vorteile für das Verfahren sprechen, ist die mangelnde Offenheit ein Negativpunkt, der sich bei der Auswertung nachteilig reduktiv und oberflächlich bleibend auswirkt. Gläser und Laudel (2010, S. 198f.) benennen als großes Problem das nicht mehr veränderbare, geschlossene Kategoriensystem. Voraussetzung hierfür ist, dass im Material keine neuen Informationen mehr enthalten sind. Es werden eher Häufigkeiten analysiert, anstatt Informationen zu extrahieren, Kausalmechanismen können so nicht ausreichend erfasst werden.

Angelehnt an der Mayringschen Technik haben Gläser und Laudel ein modifiziertes Verfahren entwickelt, das dem Text Informationen entnimmt und auswertet, die variablenorientierte qualitative Inhaltsanalyse (vgl. a.a.O., S. 199). Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse wird die Informationsfülle systematisch reduziert und entsprechend dem Untersuchungsziel strukturiert. Zentral ist die Extraktion, die mittels eines vorab bestimmten Suchrasters, das anhand theoretischer Vorüberlegungen entwickelt wird, Informationen aus dem Text liest. Die theoretischen Vorüberlegungen leiten die Extraktion an. Das Kategoriensystem und die darin enthaltenen Dimensionen sind jedoch nicht geschlossen, sondern bleiben während der Untersuchung modifizierbar

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

bzw. erweiterbar. Damit komplexe Zustände beschrieben werden können, bleiben die Skalen nominal (vgl. a.a.O., S. 200f.).

„Die qualitative Inhaltsanalyse beansprucht, zwei einander widersprechende methodologische Prinzipien (Offenheit und theoriegeleitetes Vorgehen) zu synthetisieren und darüber hinaus durch ihr regelgeleitetes Vorgehen die systematische Einbeziehung des gesamten empirischen Materials und eine gewisse Reproduzierbarkeit der Auswertung qualitativer Daten zu gewährleisten“ (Gläser und Laudel 1999, S. 3).

„Die mehrdimensionalen, nominalskalierten Konstrukte, die mitunter in der Theorie als Variablen behandelt werden, entsprechen der Komplexität des Gegenstandes qualitativer Sozialforschung viel besser als einfache, an quantitative Vorbilder angelehnte Variablen und können deshalb als Analyseraster einer Inhaltsanalyse benutzt werden. Der Verzicht auf geschlossene Kategoriensysteme garantiert die notwendige Offenheit der Analyse für unerwartete Informationen“ (ebd.).

Aufgrund der genannten Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse und des offenen Prinzips wurde sich für die variablenorientierte qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) entschieden.

2.2.2.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Laut Steinke (2007, S. 319ff.) lassen sich drei Grundpositionen benennen:

- Die Übernahme quantitativer Kriterien für die qualitative Forschung,
- eigene Kriterien für die qualitative Forschung,
- die generelle Ablehnung von Kriterien.

Während eine wenn auch operationalisierte Übernahme quantitativer Kriterien als nicht optimal übertragbar angesehen wird, ist eine Durchführung ohne Bewertungskriterien aufgrund des Risikos der Beliebigkeit und Willkür nicht ratsam (vgl. ebd.) In dieser Untersuchung erfolgt eine Anlehnung an die Grundsätze von Mayring (2002):

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

1. Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sind die von der Forschungsfrage betroffenen Menschen. Sie müssen mit ihrer Ganzheitlichkeit, ihrer Lebensgeschichte und anhand ihrer konkreten, praktischen Probleme wahrgenommen werden.
2. Zu Beginn der Analyse muss eine genaue und umfassende Deskription des Gegenstandsbereiches erfolgen. Sie setzt am einzelnen Menschen an, dem mit großer Offenheit begegnet werden muss. Das methodische Vorgehen wird innerhalb des Forschungsprozesses sorgfältig kontrolliert und zeichnet sich vor allem durch eine explizierende und regelgeleitete Verfahrensweise aus.
3. Die Bedeutung des Untersuchungsgegenstandes muss durch Interpretation aufgeschlüsselt werden. Hierbei gilt in besonderem Maße, dass das eigene Vorverständnis die Interpretation beeinflusst. Eine vorurteilsfreie Forschung ist kaum zu realisieren. Um den Einfluss des Vorverständnisses zu überprüfen, muss das Vorverständnis zu Beginn der Analyse offengelegt und schrittweise am Gegenstand weiterentwickelt werden. Das bedeutet auch, dass eigene subjektive Erfahrungen mit dem Gegenstandsbereich als legitimes Mittel in den Erkenntnisprozess einfließen dürfen. Schließlich wird die Auseinandersetzung mit dem Gegenstand als eine „Forscher-Gegenstands-Interaktion“ verstanden, d. h., dass die Beziehung des Forschers zu seinem Gegenstand nicht statisch ist, sondern durch den Forschungsprozess verändert wird.
4. Die Untersuchung soll möglichst nahe im natürlichen, alltäglichen Lebensumfeld der befragten Menschen erfolgen, um negative Beeinflussungen zu reduzieren.
5. Die Verallgemeinerung der Forschungsergebnisse muss schrittweise im Einzelfall begründet werden. Da qualitative Forschung mit kleinen Fallzahlen arbeitet, müssen die Resultate verstärkt nach dem Sinn und Zweck ihrer Gültigkeit expliziert werden.

Zu diesen Grundsätzen, an die sich im Laufe der Arbeit orientiert wurde, wird Offenheit (nach Gläser und Laudel 1999/2010) im Erhebungs- und Auswertungsprozess ergänzt.

2.2.3 Auswertungen und Vorbereitungen

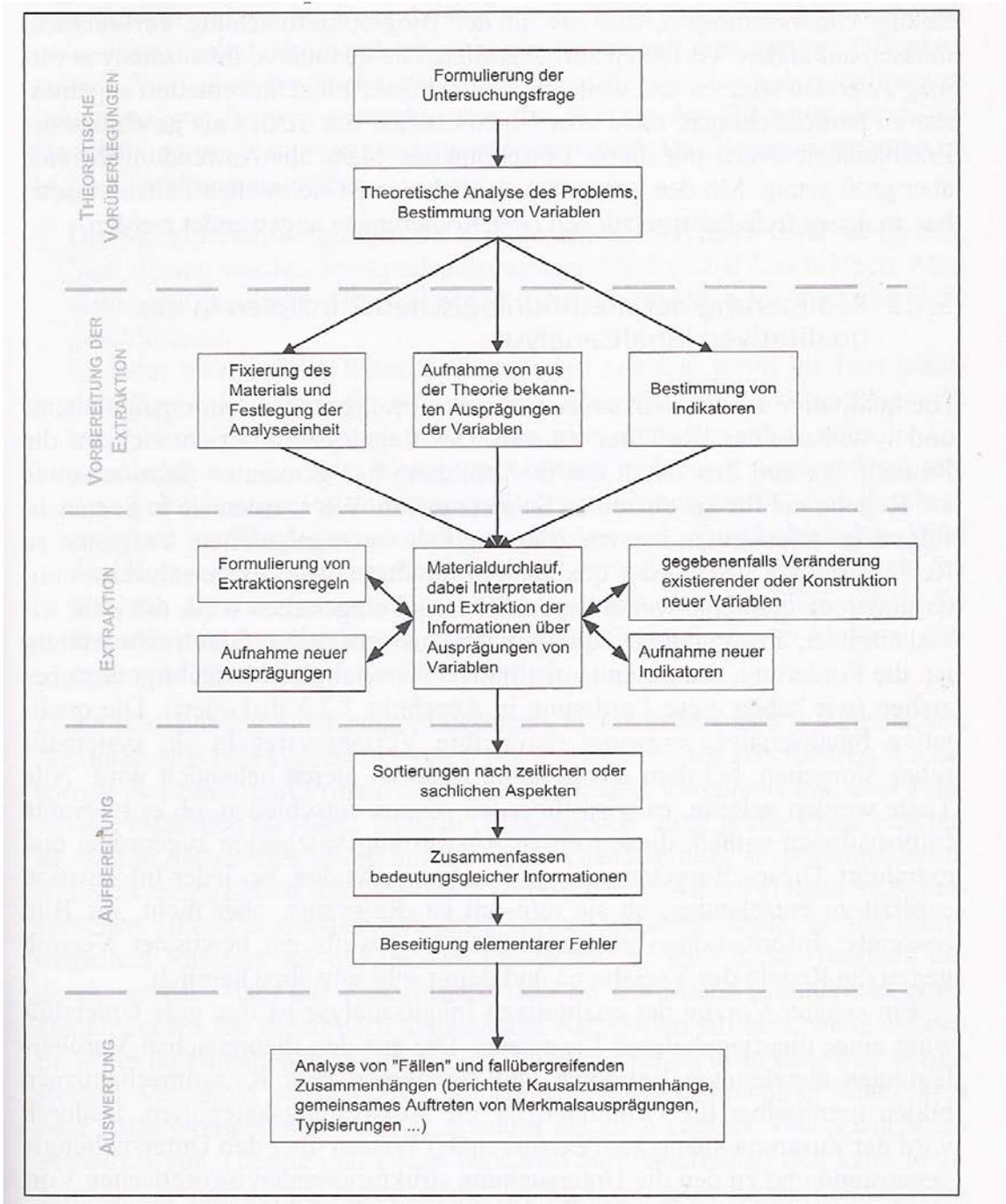
2.2.3.1 Allgemeiner Ablauf

„Der Anwendungsbereich der qualitativen Inhaltsanalyse beschränkt sich demgegenüber auf Beschreibungen einer sozialen Welt, die der eigentliche Untersuchungsgegenstand ist. Die Analyse solcher Texte will aus den in ihnen enthaltenen Informationen auf die soziale Welt schließen“ (Gläser und Laudel 1999, S. 11).

Die qualitative Inhaltsanalyse unterscheidet sich von anderen qualitativen Verfahren durch zwei wesentliche Punkte; es werden erstens Informationen aus dem Text extrahiert und getrennt vom Text diese Informationen verarbeitet und zweitens wird der Text unter ein vorab entwickeltes Kategoriensystem analysiert (vgl. ebd.). Dies ist die theoretische Vorbereitung der Auswertung. Das eigentliche Verfahren der variablenorientierten qualitativen Inhaltsanalyse gliedert sich in vier Hauptschritte; Vorbereitung der Extraktion, Extraktion, Aufbereitung der Daten und die Auswertung. Eine genauere Darstellung zu dem Ablauf zeigt Abbildung 1.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Abbildung 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Gläser und Laudel 2010, S. 203).



2.2.3.2 Theoretische Vorüberlegungen

Der Erkenntnisgewinn gründet sich auf das Erfahrungswissen Psychiatrie-Erfahrener, in dessen Fokus das Erleben der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie steht. Erfahrungswissen wird hier verstanden als subjektives Wissen, das durch Erleben und Durchstehen von Situationen entsteht. Anlehnend an der qualitativen Grundhaltung, dass Soziale Wirklichkeit durch Interaktion entsteht, werden aus den Aussagen Rückschlüsse

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

auf Handlungen und nicht-kommunikative Sachverhalte gezogen. Durch die Analyse mehrerer geführter Interviews werden die berichteten Erfahrungen zusammengeführt, um zu einem verdichteten Erfahrungswissen zu gelangen. Dies soll das Verständnis für den Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen in Psychiatrien ermöglichen und erweitern, um Bedürfnisse der Patienten in verschiedenen Situationen zu erfassen. Die Untersuchung folgt den Fragen:

- Wie wird der (pädagogische) Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Patienten erlebt?
- Welche Aspekte beeinflussen das Erleben des Klinikaufenthalts und wie wirkt sich das Erleben auf die Einstellung zum Aufenthalt aus?
- Welche Wirkfaktoren des Aufenthalts lassen sich aus den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen ableiten und sind für eine (nicht) förderliche pädagogische Konzeptualisierung maßgeblich?

Bei der Formulierung der Fragen sowie der Bestimmung von Variablen, wird sich nicht nur an der Grundfrage „Wie wird die Aufenthaltsgestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Patienten erlebt?“ orientiert, sondern ebenfalls prozessorientiert an den erarbeiteten theoretischen Grundlagen und dem Stand der Forschung. Die Untersuchungsvariablen beziehen sich auf die gebildeten Überschriften der Auswertung von den Experteninterviews, da diese sich in Bezug auf die theoretischen Grundlagen bewährt haben. Folgende zwölf Variablen wurden vorab gebildet:³⁰

in Bezug zur Institution

- Organisation Aufenthalt - Phasengestaltung
- Aufenthaltsgestaltung – Strukturierung und Ausgestaltung des Stationsalltags, Programmgestaltung während des Aufenthalts und mögliche Einflussnahme durch den Patienten
- Konzepte und Strukturen – Leitsätze, Prinzipien und Eigenschaften des Aufenthalts

³⁰ Zum prozessorientierten Vorgehen wurde in der Einleitung hingewiesen. Die Ebene Pädagogik konnte in Bezug zu Patient und Institution nicht abgegrenzt werden, weswegen nur die zwei Ebenen genannt sind.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- Station – betrifft die organisatorische Einheit im Krankenhaus und deren (funktionale) Inhalte
- Schule – Aussagen über Schulerleben vor dem Aufenthalt, bzgl. des Besuchs der Klinikschule/Regelschule während des Aufenthalts sowie bei Rückführung in die Schule
- Medizinische Aspekte – Erleben von Diagnosen, ärztliche Untersuchungen/Testverfahren und Medikamenten
- Pädagogische Ansätze – erlebtes Erziehungsideal oder Umsetzung Erziehung

in Bezug zum Patienten

- Eltern/Personensorgeberechtigte – Aussagen über Eltern oder andere Sorgeberechtigte
- Kontakt zu Mitarbeitern – Beziehungsgestaltung zu den Klinikmitarbeitern
- Mitpatienten – auf ein oder mehrere Mitglieder der Station bezogen, jedoch nicht auf die gesamte Gruppe
- Gruppe – funktionale Gruppe (Stationsgruppe) mit allen Mitgliedern als Gesamtes
- Aufenthaltsverlauf – Erleben des eigenen Verlaufes

Aus dem Material selber wurden während der Auswertung zwei ergänzende Variablen, 'prägnante Szene' und 'Beschreibung eigener Probleme', gebildet, die keiner anderen Variablen zugeordnet werden konnten und besonderer Aufmerksamkeit bedurften.

- Prägnante Szenen – Erzählung einer für die Interviewpartner herausstechenden Aufenthaltssituation
- Eigene Probleme – Problembeschreibung aus eigener Sicht (nicht Diagnose)

Die Untersuchung hatte nicht die Überprüfung einer generellen Hypothese zum Ziel, sondern vielmehr Wirkfaktoren von positivem, negativem und neutralem Erleben zu untersuchen. Die Ausprägungen der Variablen sind aufgrund der Komplexität und der Subjektivität nicht quantifizierbar oder durch Einzelhypothesen statistisch überprüfbar. Innerhalb der benannten Variablen (abgesehen der zwei aus dem Material entwickelten) wurden Kategorien zur inhaltlichen Strukturierung gebildet. Die Kategorien sind:

- Aufenthaltsphase (Beginn des Erlebens nach Phase)
- Gültigkeit (Beendigung des Erlebens nach Phase)

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- Überschrift für Beschreibung (Unterthema)
- Erleben (Bewertung positiv, negativ, neutral)
- Ursache (Wird ein Grund/eine Erklärung genannt, die als Begründung für den Aufenthalt diente, vonseiten der Klinik?)
- Wirkung (Wie wirkte sich die Situation aus?)
- Kurzbeschreibung (Paraphrasierung)
- Quelle (Originalquelle im Interviewtranskript– automatisch generiert)

Das Kategoriensystem war entsprechend dem Verfahrensvorschlag von Gläser und Laudel (2010, S. 205) offen und modifizierbar. Dies ermöglichte die Berücksichtigung neuer Informationen aus dem Text ohne die theoretischen Vorüberlegungen zu verwerfen. Das vorab erarbeitete theoretische Modell stellte sich als sehr passend heraus, sodass kaum Modifizierungen während der Auswertung vorgenommen wurden. Die äußerst passende Entwicklung von Variablen und Kategorien ist wahrscheinlich in dem prozessorientierten Vorgehen begründet.

2.2.3.3 Vorbereitung der Extraktion

Zur Vorbereitung der Extraktion gehören die Fixierung des Materials, die Festlegung der Analyseeinheiten und die Aufnahme von aus der Theorie bekannten Ausprägungen sowie Bestimmung von Indikatoren. Die Fixierung des Materials beinhaltet die Entscheidung, welche Interviews mit in die Analyse einfließen und welche ausgeschlossen werden (vgl. Gläser und Laudel 2010, S. 209f.). Da in jedem Transkript Aussagen zum rekonstruierenden Gegenstand gefunden wurden, wurden alle Transkripte in die Analyse miteinbezogen. Die Festlegung der Analyseeinheiten erfolgte nach Sinneinheiten. Die Kenntlichmachung erfolgte durch Absatzwechsel (vgl. a.a.O., S. 210). Die Festlegung der Analyseeinheiten ist der erste interpretative Schritt, denn die Festlegung beinhaltet die Interpretation von Sinnzusammenhängen und erste Vorüberlegungen, zu welcher Variable die Sinnzusammenhänge Auskunft geben. In diesem Schritt fand ebenfalls eine Überprüfung der Variablen anhand in Fragen formulierten Kriterien statt:

- „Sind unsere Variablen (und ihre ...[Kategorien, Anm. DB]) zweckmäßig konstruiert?“

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- Zeichnet sich bereits ab, dass eine Variable, die in den theoretischen Vorüberlegungen nicht berücksichtigt wurde, zusätzlich in die Auswertung einbezogen werden muss?
- Sind die Variablen zweckmäßig definiert? Gestatten die Definitionen die Abgrenzungen von Phänomenen im empirischen Material?“ (a.a.O., S. 206f.).

Wie oben beschrieben stellt sich das vorab erarbeitete theoretische Modell als sehr passend heraus. Es wird geraten, dass wenn die Extraktion durch mehrere Personen erfolgt, Bestimmungen zu den Ausprägungen der Variablen und den Ausprägungen der Indikatoren vorab festzulegen sind (vgl. a.a.O., S. 210). Die Extraktion wurde vom Autor alleine vollzogen, weswegen diese Schritte wegfielen.

2.2.3.4 Extraktion

Zentraler Interpretationsschritt ist die Extraktion. Die Analyseeinheiten werden interpretiert indem diese nach deren Deutung den Variablen unter Hinzunahme der Kategorien zugeordnet werden (vgl. a.a.O., S. 201). Unter Interpretation wird hier die Deutung von Analyse-Inhalten zur Gewinnung von Erkenntnissen über grundlegende Erlebensstrukturen verstanden. Die Extraktion wurde mittels des von Gläser und Laudel entwickelten Auswertungsprogramms MIA (Makrosammlung für die qualitative Inhalts-Analyse) computerunterstützt mit MS Word 2010 durchgeführt.³¹

Bei jeder Analyseeinheit wurde entschieden, zu welcher Variable diese zugeordnet wird. Die Zuordnung der Aussagen orientierte sich an den oben genannten Variablendefinitionen, die somit gleichzeitig als Extraktionsregel diente. War die Zuteilung unklar, wurde die Variablendefinition verfeinert, um ähnliche Aussagen den gleichen Variablen zuzuordnen. Die Zuordnung beinhaltete nach dem Verfahrensvorschlag von Gläser und Laudel (2010) eine Paraphrasierung des Absatzes (sinngemäße prägnante Kurzbeschreibung in eigenen Worten). Die inhaltliche Relevanz einer Analyseeinheit konnte in einigen Fällen für zwei oder mehrere Variablen zugesprochen werden. Diese Passagen wurden entweder der bedeutsameren Variable zugeordnet und nur in Ausnahmefällen für zwei Variablen genutzt. Diese sind kenntlich gemacht worden. Über die inhaltliche Zuordnung hinaus wurden die oben genannten

³¹ Mehr zum Programm an sich, siehe Gläser und Laudel 2010, S. 211 oder <http://www.laudel.info/mia/> eingesehen am 24.02.2011.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Kategorien zugeordnet oder als Paraphrasen zusammengefasst. Zur Verdeutlichung dient eine Beispieltabelle (Tabelle 3) aus der Extraktion.

Tabelle 3: Extraktionsbeispiel

Aufenthaltsphase	Gültigkeit	Unterthema	Erleben	Ursache	Wirkung	Kurzbeschreibung	Quelle
Aufenthalt		Betreuung	Positiv	Gutes Betreuer-Jugendlichen-Verhältnis	Konnten mit Mitarbeiter häufig alleine reden, guter Bezug	Viele Einzelstunden möglich, war für Interviewte ungewöhnlich (kam aus Jugendhilfe)	\Interview 7-4\

Auf diese Art und Weise führte die Extraktion der Interviewaussagen zu einer Tabellenform, in der durch die Quellenangabe der Bezug zum Originalmaterial schnell herstellbar war. So konnte bei Bedarf innerhalb der Auswertung die Originalpassage nachgelesen werden.

2.2.3.5 Aufbereitung der Daten

Die Aufbereitung dient dazu, das entstandene Material (Tabellenform) unter Kontrolle des Originalmaterials weiter zu bearbeiten, zu sortieren und zu komprimieren (vgl. a.a.O., S. 201f.). Wie die Aufbereitung erfolgt, hängt von den Variablen und dem Untersuchungsgegenstand ab, es gibt hierbei einen großen Entscheidungsspielraum für die Auswertung (vgl. a.a.O., S. 231). Allgemein sind folgende Schritte vorgesehen:

1. Zusammenfassung von verstreuten Informationen innerhalb einer Variable anhand der Kategorien z. B. hier Aufenthaltsphase.
2. Zusammenfassung von bedeutungsgleichen Informationen. (Die Quellenangaben bleiben erhalten, um eine Überprüfung am Originaltext vornehmen zu können.)
3. „Widersprüchliche Informationen werden dann korrigiert, wenn sich beim Vergleich der Aussagen miteinander und mit den Interviewtexten entscheiden lässt, ob ein Interviewpartner fehlerhafte Aussagen (z. B. aufgrund von Erinnerungslücken) gemacht hat. In allen anderen Fällen werden widersprüchliche Informationen nebeneinander belassen und als Widerspruch gekennzeichnet“ (Gläser und Laudel 1999, S. 19).
4. Unterschiedliche Informationen aus Aussagen werden beibehalten.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Durch die Aufbereitung der Daten wird eine Zusammenfassung von bedeutungsgleichen Aussagen erzielt. Jeder vorgenommene Schritt wird dokumentiert. Resultat der Datenaufbereitung ist eine strukturierte Zusammenfassung, die es ermöglicht, den Untersuchungsgegenstand zu rekonstruieren (vgl. Gläser und Laudel 2010, S. 201f.). Die strukturierte und sortierte Tabelle wurde für eine erste Übersicht in einem Fließtext zusammengefasst, um die Auswertung/Interpretation daran auszurichten.

2.2.3.6 Auswertung

Mithilfe der sortierten und zusammengefassten Aussagen in Tabellenform ist es nun möglich, die subjektive Wahrnehmung der Psychiatrie-Erfahrenen herauszuarbeiten und diese mit Blick auf ihr Erleben zu interpretieren. Grundlage ist die strukturierte Informationsbasis. Durch das vorgenommene Ordnungsprinzip wurden die Tabellen themenspezifisch durchgegangen. Die kreativen Elemente der Interpretation lassen sich nunmehr nicht in Regeln fassen, es würde ansonsten keine neuen Erkenntnisse hervorbringen und zu einer reinen Deskription werden (vgl. a.a.O., S. 247).

Ein Patient kommt selten in die Rolle etwas für einen Professionellen geben oder tun zu können. Dies ist auch ein Ausdruck, dass Patienten nicht in einer gleichgestellten Beziehung zum Personal stehen. Die Interviewten haben für die vorliegende Arbeit in den Interviews sehr viel von sich einem fast Unbekannten für seine Doktorarbeit (preis-) gegeben. Der Wunsch ist nahe, dass die Erwartungen der Interviewten, einen Aufenthalt besser begreifbar zu machen, vollends erfüllt werden können. In der ersten Darstellungsphase der Auswertung wird der Frage nachgegangen: Wie wird der (pädagogische) Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Patienten erlebt? Die Darstellung erfolgt anhand der zusammengefassten Tabellen nach Variablen und zeigt das Erleben der verschiedenen Aspekten und der individuellen Behandlungserfahrungen. Es stellte sich hierbei heraus, dass die Trennschärfe zwar theoretisch ausreichend, die Einteilung der Berichte über das Erleben jedoch in Fällen nicht immer genau möglich war, da sich viele Themen überschneiden. In der zweiten Phase wird über in den Ergebnissen vorgefundene Gemeinsamkeiten der Frage nachgegangen: Wie beeinflusst das Erleben des Klinikaufenthalts die Einstellung zum Aufenthalt und zur therapeutischen Behandlung? Dies führt zur dritten Auswertungsphase, die der Frage nachgeht: Welche Wirkfaktoren sind maßgeblich für eine (nicht) förderliche pädagogische Konzeptualisierung? In dieser Phase werden die bis dahin erfolgten Ergebnisse über die Rekonstruktion von Wirkungszusammenhängen interpretiert. Die Interpretation erfolgte

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

in einem Dialog über die Ergebnisse zwischen dem Autor und einem Bekannten, der Erfahrungen als Pflegefachkraft in einer Erwachsenenpsychiatrie, als Forscher und kurzfristig Psychiatrie-Erfahrener hat. Das Ergebnis ist eine erste subjektive Theorie aus den Informationen der Interviewpartner über Bedingungen, Verläufe und Ergebnisse von Behandlungs- und Aufenthaltsprozessen.

2.2.4 Darstellung der Ergebnisse

2.2.4.1 Erleben des Klinikaufenthalts – 1. Auswertungsphase

Die Darstellung des Erlebens erfolgt anhand der oben dargestellten Auswertung. Jede Variable wird einzeln vorgestellt. Eine zusammenfassende interpretierende Beschreibung mit Herausarbeitung der wichtigen Aspekte des Aufenthalts erfolgt am Ende der Variablenbeschreibung. Dabei sind Erhebung und Daten als explorativ anzusehen.

a) Erleben des eigenen Aufenthaltsverlaufes

Interview 1:

Als die besten Tage in der Klinik werden der Tag der Einweisung und der Entlassung angegeben. Zentral im Interview stehen die Therapie, die Sinnhaftigkeit und die Selbstbestimmung, die als allesamt negativ erlebt wurden.

Die Therapien wurden nicht als solche anerkannt und die Person fühlte sich mit der DB-Therapie alleine gelassen – wodurch diese als ineffizient wahrgenommen wurde. Die kreativen Angebote der Klinik entsprachen nicht den eigenen Interessen und Fähigkeiten. Auch nach einer Mitteilung dieses Umstands gegenüber den Mitarbeitern konnten keine adäquaten Alternativen angeboten werden. Der Interviewpartner gab an, dass der eine Laptop weggenommen und dadurch die Möglichkeit eigener kreativer Arbeitsprozesse verloren gegangen sei. Bei den Angeboten der Klinik wurde der Sinn hinterfragt, aber nicht erklärt.

„Ja, es beruhigt, glaube ich, wahrscheinlich. Ich weiß nicht. »Machen Sie mal, das ist gut für Sie«, war, glaube ich, so die Aussage. Und ich habe bei diesem Spinnen und bin einfach nur aggressiv geworden, weil ich es (a) nicht auf die Kette gekriegt habe, und (b) weil (räuspert sich) **Spinnen, was will ich denn? Verdammt noch mal, ich bin krank und schneide mich auf! Warum soll ich einen Faden aus Wolle machen!**“ (Interview 1-69).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Um Ausgang zu erhalten wurden durch den Patienten Fortschritte vorgetäuscht obwohl keine therapeutischen Effekte vom Patienten selbst bemerkt wurden – im Gegenteil es ging schlechter. Der Ausgang wurde genutzt, um Regeln der Klinik zu ignorieren. Die tatsächlichen Rückschritte im Zustand der Person wurden von den Mitarbeitern nicht erkannt. Zur Linderung von Schlafstörungen wurden lediglich Tees angeboten, die keine Wirkung zeigten, sodass der Interviewpartner sich nachts mit sich alleine beschäftigen musste. Die Selbstbestimmung war sehr bedeutsam und wurde durch Vorspielung des verbesserten Wohlbefindens erhalten, jedoch hatte der Patient letztendlich das Gefühl, der Klinik den Erfolg nicht zu gönnen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrschten Lustlosigkeit und weitere Exzesse. Patienten durften den nahe gelegenen Supermarkt besuchen, jedoch nichts kaufen. Mit dem Zweck der Klinik einen 'reinzuwürgen' wurde eine Feier vorbereitet, für die Alkohol gekauft und in die Klinik geschmuggelt wurde. Die Feier wurde dann unter Patienten angekündigt. Als Mitarbeiter den Alkohol fanden, erfolgte die Zwangsentlassung wegen Regelbruchs. Dabei wurde dem Interviewpartner angedroht, dass keine andere Klinik ihn aufnehmen würde. Dennoch konnte ein Aufenthalt in einer anderen Klinik (Erwachsenen-Psychiatrie) stattfinden, der mehr Erfolg hinsichtlich der Symptome zeigte. Der Interviewpartner betonte, dass er sich unterordnen und an Regeln halten kann, sofern der Sinn dahinter verständlich ist. In darauf folgenden Kliniken gab es keinen Ärger.

(Interview 1-10, -13, -30, -31, -38, -47, -69, -71, -78, -81, -87, -88, -110, -111, -114, -143, -191)

Interview 2:

Zu Beginn des Aufenthalts war die Einstellung des Patienten relativ neutral (Schauen wir mal was ich habe und wie man mir helfen kann). Positiv erlebt wurden von ihm die räumliche Trennung von zu Hause und die als neu erlebten Strukturen. Die Therapeutin fand heraus, dass kein psychisches Problem vorlag, sondern ein Problem mit der Situation im Elternhaus. Der Interviewte gab an, dass die eigene Offenheit wichtig für das Verstehen ist, da ohne Offenheit keine Therapie richtig greift und es für die zuständigen Experten schwierig wird Entscheidungen für die Behandlung zu treffen. Er vermutet, dass er aufgrund seiner offenen Art ernst genommen und in Gespräche mit einbezogen wurde. Nach zwei Wochen hat der Interviewpartner während des Aufenthalts gemerkt, dass niemand ihn verändern wollte.

(Interview 2-14, -25, -26, -48, -57, -76, -78, -118).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Interview 3:

Das dritte Interview zeigt, dass ein anfänglicher Fehltritt beim Aufnahmegespräch Auswirkungen auf den gesamten Aufenthalt haben kann. Der Interviewte vertraute seinem Gesprächspartner Dinge an, die im Anschluss direkt an die Eltern preisgegeben wurden. Die darauf folgende Therapie wird bis heute als nicht gut empfunden, da der Sinn des Vorgehens dem Interviewpartner verborgen blieb. Er konnte darin keine Hilfe erkennen und die entgegengebrachten Argumente für die Durchführung dieser Therapie waren für ihn nicht nachvollziehbar. Das Programm wurde ohne Wirkung durchgezogen. Er hatte das Gefühl, dass Ergebnisse bewusst von ihm in der Therapie gesteuert wurden. Trotz allem und obwohl es psychisch keine Wirkung – dafür aber Streit mit einer Mitpatientin – gab, beschreibt der Interviewte den Aufenthalt wegen der vielen Freizeitbeschäftigung als eine gute Zeit. Unter vielen Leuten zu sein und verschiedene Dinge ausprobieren zu können, waren positive Aspekte des Aufenthaltes. Allerdings kam schnell Langeweile auf. Als Abwechslung wurde das Sitzen im Schwesternzimmer genannt. Nach dem Aufenthalt verschlechterte sich Zustand des Interviewpartners, was durch körperliche Anzeichen bemerkt wurde.

(Interview 3-8, -20, -25, -30, -41, -46, -63, -78, -100, -108, -154)

Interview 4 (Tagesklinik):

Zu Beginn des Behandlungsprogramms musste der Interviewpartner täglich von einer Aufsichtsperson gebracht werden und durfte erst im Verlauf alleine zur Tagesklinik fahren. Der zentral geäußerte Wunsch des Interviews ist der nach mehr Informationen. Der Interviewpartner beschreibt, dass er gerne mehr über die Hintergründe des Aufenthaltes erfahren hätte, so z. B. eine Erklärung über weitere Unterstützungsangebote und Ziele wünschte. Er konnte zwar an einigen Gesprächen von Klinikmitarbeitern mit den Eltern teilnehmen, jedoch gab es viele Gespräche bei denen er nicht anwesend war und sich an keine richtige Rückmeldung durch die Mitarbeiter erinnern kann. Er erzählt von einer paradoxen Informationsweitergabe. Einerseits wurden in Einzelgesprächen zu wenige Informationen mitgeteilt, andererseits bei der abendlichen Abholungen vor anderen Personen Dinge wie Geschehnisse des Tages offen ausgesprochen. Ein unklarer Hintergrund und eine nicht ersichtliche Zielsetzung führten dazu, dass er die Therapie nicht als solche annehmen konnte. Die mangelnde Transparenz wirkte sich auf die Mitarbeit aus. Insgesamt hatte er das Gefühl, seine Zeit in der Tagesklinik abzusetzen. Zuhause hätte er sich nach eigenen Aussagen besser beschäftigen können. So war und ist

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

der nachträgliche Wunsch gegeben, weniger Zeiten zu haben, in denen man sich selber beschäftigen muss oder sich selbst überlassen ist. Der Gesundheitszustand veränderte sich nach eigenen Aussagen des Interviewten während des Aufenthalts nicht. Gut getan haben aber die seltenen Gespräche mit der Ärztin und die Freizeitangebote, in denen man die Klinik verließ und entdecken konnte, welche Möglichkeiten es gibt.

Während des Aufenthalts sprach der Interviewpartner häufiger die Bitte aus, in den Erwachsenenbereich wechseln zu dürfen. Ob es sein eigenes Bitten oder eines der Elterngespräche war, das den Ausschlag für den tatsächlichen Wechsel gab, ist ungewiss. In der Tagesklinik für Erwachsene hat der Interviewpartner sich unter anderem wegen des kürzeren Zeitgefühls besser aufgehoben gefühlt.

(Interview 4-3, -14, -16, -18, -19, -22, -25, -26, -29, -43, -46, -55, -79, -89, -90, -91, -99)

Interview 5:

Lange Zeit gab es bei diesem Interviewpartner keine Fortschritte im Verlauf des Aufenthalts. Er bemängelt, keine Informationen über den Stand des Aufenthalts erhalten zu haben. Seinen Berichten nach beruhte der Aufbau der Therapie auf aktuellen Empfindungen, jedoch wusste er nicht, worauf diese abzielte. Ihm fehlte von Beginn an die Transparenz und damit eine frühzeitige Informationsgabe, was geschieht und vermutet wird. Zwischenzeitlich befürchtete er, wirklich verrückt zu sein, wodurch eine Unsicherheit über den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand. Es wurde um eine Diagnose 'gebettelt'. Wenn er die aktuelle Situation beim Klinikpersonal hinterfragte, wurde um den 'heißen Brei' geredet, aber nichts direkt angesprochen. Die Mitarbeiter führten nur untereinander Gespräche. Ohne Einbeziehung des Interviewpartners war eine Verlegung angedacht worden. Seine Mutter wurde abgewimmelt, da nicht zu bestätigende Vermutungen im Raum lagen. Die Klinik führte ohne die Nennung eines Grundes den Abbruch des Elternkontaktes herbei. Sowohl aufseiten des Patienten als auch der Eltern brach Angst aus. Der Interviewpartner wurde von mir gebeten, die Kontrolle der eigenen Situation in diesem Moment auf einer Skala von eins (geringste) und zehn (höchste) zu bewerten. Seine Antwort: Zwei!

Die Behandlung durch die Mitarbeiter beruhte häufig auf einem schlechten Ergebnis im IQ-Test. Man versuchte, ihm das Abitur auszureden. Die Zuschreibungen der Mitarbeiter, die auf seine Äußerungen der eigenen Wahrnehmung nicht eingegangen sind, lösten verstärkte Selbstzweifel aus. Erst im letzten Monat vor der Entlassung erfolgte eine Diagnose. Der Patient konnte erst dann 'therapiert' werden. Nur der letzte Monat hat aus

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Sicht des Interviewpartners etwas bewirken können, vorher wurde der Aufenthalt nur als Abwarten, als Verschwendung von Zeit und Bemühungen empfunden.

Der Kontakt zu Freunden hat während dieser Zeit gutgetan, mehr Rückzugsmöglichkeiten in der Klinik wären wünschenswert gewesen. Nach dem langen Aufenthalt (ohne Fortschritte) war der Wunsch nach Entlassung groß. Bei der Reflexion des Aufenthaltes resümiert der Interviewpartner: besser Kinder- und Jugendpsychiatrie als keine Behandlung. Jedoch hat der Interviewpartner durch die auf den schlechten Testergebnissen beruhenden Behandlung der Mitarbeiter eine Selbststigmatisierung (bis hierhin hast Du es schon geschafft) vorgenommen. Er schätzt sich selbst bis heute nicht als einen aufmüpfigen Typen von Mensch ein, lässt sich aber auch nicht alles gefallen. Ein Verhalten, das sanktioniert wurde.

(Interview 5-8, -12, -13, -16, -17, -19, -21, -27, -28, -30, -32, -48, -55, -70, -76, -84, -85, -88)

Interview 6 (stationäre Jugendhilfe):

Durch die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellte Diagnose und die vorliegende Krankheit war das Verständnis des Interviewpartners eingeschränkt und Behandlung gefühlt zu sehr auf die Krankheit bezogen. Man traute ihm und seinen Fähigkeiten gefühlt zu wenig zu, sodass selber gesehene Fortschritte von Mitarbeitern nicht als solche anerkannt wurden. Man berief sich weiter auf §35a (SGV VIII), um ihn in der Einrichtung zu behalten. Er hatte das Gefühl, dass seiner möglichen Entwicklung hinterher zu hinken, da vorhandene Ressourcen nicht genutzt wurden. Häufig wurden Diskussionen um die realistische Einschätzung von Wünschen geführt. So wurde z. B. der Führerschein als unrealistisch eingeschätzt, der mit Unterstützung eines Elternteils und mit mehreren Anläufen jedoch geschafft wurde. Seine Leistungen wurden durch die Mitarbeiter nicht gewürdigt. Er beruft sich darauf, seine eigenen Stärken und Schwächen zu kennen, doch letztendlich öffnet oder verschließt nur die Einschätzung der Einrichtung Möglichkeiten. Besonders negativ fiel die mangelnde Transparenz („hinter dem Rücken alles gemacht“) und das Gefühl nicht gefördert worden zu sein auf. So wurde nicht über Entwicklungsförderungen gesprochen, sondern über vorhandene Defizite. Er selber wurde dabei nicht als Ansprechperson akzeptiert. Die Behandlung führte zu Wut und Enttäuschung. Der Wunsch nach mehr Unterstützung zur Selbstständigkeit und weniger aufgezwängter Verhaltensweisen wird geäußert.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Er sieht „jeder Mensch hat Probleme und seine Schwächen, mit denen er konfrontiert ist. Auch wenn Menschen in jungen Jahren eine Entwicklungsverzögerung haben, dann heißt das noch lange nicht, dass man wirklich lebenslang sich so auswirkt wie eine geistige Behinderung oder so was nicht vorliegt, ich sag mal, die Menschen können sich dann immer noch entwickeln“.

Er hat sich die Selbstständigkeit selbst angeeignet. Um aus der Einrichtung zu kommen, hat er immer wieder neuen Ehrgeiz entwickelt und letztendlich Unterstützung durch Mitarbeiter der Jugendhilfe und im weiteren Verlauf seine Eltern erhalten.

(Interview: 6-5, -6, -12, -13, -20, -21, -26, -29, -33, -34, -37, -40, -44, -51, -61, -63, -71, -93, -94, -96, -101)

Interview 7:

Der Interviewpartner hatte drei Aufenthalte. Bei dem ersten Aufenthalt wurde eine Intervall-Therapie abgelehnt, da der Klinikbesuch zu lang gewesen wäre und der Wunsch nach Hause zu kommen vorhanden war. Negativ empfand er die nächtlichen Stationsgeräusche, wie die Lautstärke von den Piepern der Bettnässer. Insgesamt bewertet er den Aufenthalt und das Ergebnis eher positiv („hat schon etwas gebracht“).

Der zweite Aufenthalt wird als 'freiwilliger Zwang' bezeichnet, da der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie Voraussetzung für die erneute Aufnahme in die Jugendhilfe war. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie verweigerte er sich komplett und verließ das Zimmer nur für das Essen und die Einzelgespräche, da man ihn sonst aus dem Zimmer geholt hätte. Hierauf folgte die Entlassung aus Sinnlosigkeit, aber das Ziel Jugendhilfe wurde erreicht.

Der dritte Aufenthalt erfolgte in Absprache und auf Empfehlung des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes.

In diesem Interview wurde betont, dass die als freiwillig bezeichnete Zusage für die Aufnahme unter einem Situationszwang erfolgte, der wiederum doch als Druck und Zwang wahrgenommen wird. Das Gefühl von Druck und Zwang löste beim Interviewpartner Widerstand (Verweigerung) aus. Obwohl die Aufenthalte insgesamt als positiv empfunden wurden, ist der größte negative Punkt die mangelnde Transparenz. Probleme, die zur Aufnahme führten, wurden zwar angesprochen, aber die ermittelte Diagnose wurde nicht benannt. Im Nachhinein löste dies ein Zweifel am Vertrauen in die Mitarbeiter aus. Ansonsten hatte er das Gefühl, dass alles hinter verschlossenen Türen besprochen wurde, aber nicht richtig mit den Patienten. „Alle wussten Bescheid über

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

mich, nur ich nicht“, beschreibt er die Situation, die er als 'zum Kotzen' empfand. Die Therapien wurden durchgezogen ohne über Diagnosen zu sprechen. Wenn ihm etwas nicht passte, lehnte er sich auf. Allgemein fühlte er sich jedoch bei den Aufenthalten in den Kinder- und Jugendpsychiatrien ernst genommen und (abgesehen von der Diagnose) miteinbezogen in Gesprächen. Gutgetan haben ihm Leute, die ihn verstanden haben (Verständnis für Probleme und nicht relativierende Aussagen) und die Abnahme von alltäglichen Aufgaben wie dem Kochen. Gewünscht wurde lediglich Stadtnähe, obwohl auf der anderen Seite eine schöne Landschaft positiv erwähnt wurde. Die Entlassung erfolgte, wenn Mitarbeiter in dem Aufenthalt keinen Sinn mehr sahen. Der Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie wurde in der fehlenden Selbstständigkeit wahrgenommen, da er bei Ausgang um Erlaubnis fragen musste (Unterschied zu Erwachsenen).

(Interview: 7-2, -39, -50, -51, -71, -73, -75, -78, -91, -92, -93, -97, -101, -104, -105).

Interview 8 (Akuteinweisung):

Anfänglich fühlte sich der Interview-Partner wie ein „Häftling“. Die Sprache wurde wie im Gefängnis wahrgenommen. Er war anfangs eher passiv. Seine eigenen Bedürfnisse blieben unberücksichtigt und es wurde irgendetwas mit ihm gemacht, das ihm nicht bewusst ist. Der Gesprächspartner hatte das Gefühl, sofort rauskommen zu wollen und dass er nicht dort hingehört – dies war nicht der Ort für seinen schlechten Zustand („es geht einem schlecht und du kennst keinem und bist eingesperrt und alle anderen sind auch krank“). So hat er alles daran gesetzt, so schnell wie möglich aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kommen. Die Bedürfniswahrnehmung wurde im Gespräch wichtiger als das Behandlungsprogramm eingestuft. Über die Institution sagte er, dass diese Macht hat – es ist egal, ob das Vorgehen erklärt wird oder nicht, es wird so oder so mit einem gemacht – dies verstärkt das Gefühl des Ausgeliefertseins, das die Situation deutlich verschlechtert. Die Wahrnehmung des Aufenthalts wurde als altersabhängig bezeichnet. Viele Patienten sind, so vermutete er, froh über die zuteil gewordene Aufmerksamkeit, viele haben sich auch einfach dem Schicksal ergeben.

Als positiv beschreibt er, dass er Zeit zum Runterkommen hatte. U. a. taten ihm der Drogenentzug, die Rückzugsmöglichkeit auf dem Zimmer, der ermöglichte Besuch von Freunden und die festen Strukturen gut. Dinge und Umstände, die er zu Hause nicht hatte. Die Umsetzung und die Art und Weise wurden von ihm als heftig erlebt. Die mangelnde situative Beachtung der Intimsphäre und das fehlende Gefühl, in Gespräche einbezogen zu werden stellten negative Punkte des Aufenthaltes dar.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Die eigenen geäußerten Pläne des Patienten für eine Therapie nach dem Aufenthalt und für die Schule wurden von den Mitarbeitern positiv bewertet. Er vermutet, dass der Grund für die schnelle Entlassung die fortgeschrittenen Zukunftspläne waren, aber ebenfalls auch im negativen Sinne für eine von ihm wahrgenommene mangelnde therapeutische Beschäftigung.

Insgesamt beschrieb er den Aufenthalt als abschreckend. Bis heute wird bei ihm ein schlechtes Gefühl ausgelöst, wenn der Name des Ortes erwähnt wird. Die Auszeit tat gut, besser wäre jedoch eine Zeit mit einer persönlichen Beziehung gewesen, bei der er sich aufgefangen gefühlt hätte und nicht nur ein routinemäßig abgespieltes Pflichtprogramm erhalten hätte. Bei einem späteren Aufenthalt im Erwachsenenbereich fühlte sich der Interviewpartner ebenfalls stark reglementiert, dennoch wurde ein höherer Freiwilligkeitsanteil gespürt als im Bereich der Kinder und Jugendlichen.

(Interview 8-3, -6, -30, -31, -34, -35, -42, -43, -53, -58, -64, 71, -72, -76, -77)

Interview 9:

Der Interviewpartner berichtete von zwei Aufenthalten.

Während des ersten Aufenthalts wurde nicht an seinem eigenen Problem gearbeitet (z. B. Familienkonstellation), sondern an der Diagnose. Für die Therapie wurden viele Fragebögen ausgefüllt und vieles durchgesprochen, aber nicht danach gefragt, was in seinem Leben geschieht und was ihn beschäftigt. Der Interviewpartner verstand deshalb nicht den Sinn und Zweck des Aufenthalts. Das Gefühl war, nichts für sich oder allgemein für das Leben gelernt zu haben. Er fühlte sich gefangen in der psychischen Geschichte, die den Tag strukturiert und das Leben bestimmt. In der Klinik konnte er nicht mehr dieser psychischen Störung nachgehen. Dort ging es eher um ein angepasstes Verhalten. Sein Ziel war eine schnelle Entlassung, um die Kontrolle über die Krankheit zurückzugewinnen bzw. die Störung wieder ausleben zu können. So wurde in der Klinik vorgespielt, dass es besser wird mit der Störung, im Endeffekt blieb jedoch alles, wie es war. Die Mitarbeiter hatten laut dem Interviewpartner ein gutes Gefühl, dass die Störungssymptomatiken besser werden. Er beschrieb die Transparenz als mäßig. Seine Bereitschaft, an sich selber zu arbeiten, war dadurch eher gering. Am Anfang hatte er noch viel Hoffnung auf eine positive Veränderung, die jedoch nicht erfüllt wurde. Den Mitarbeitern eine verbesserte Symptomatik vorzutäuschen empfand er als Zeit absitzen.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Der zweite Aufenthalt wurde von der Behandlung her schlechter erlebt. Ein am Anfang zugesagter Wechsel des Therapeuten erwies sich als nicht möglich. Es wurden Zwangsmaßnahmen an Mitpatienten wahrgenommen. Die Maßnahmen fanden hinter verschlossener Tür statt, aber die Mitpatienten sollen danach schrecklich ausgesehen haben. Er beschrieb dies mit den Worten: „Der Wille wurde gebrochen.“ Die näher erläutert wurden: Eine Essstörung ist mächtig, für die wird ein starker Wille benötigt. Bei der Einlieferung waren alles starke Persönlichkeiten, bei der Entlassung war nichts mehr davon übrig.

Beim zweiten Aufenthalt wurden mehr Tricks für die eigene Essstörung gelernt. Dies führte bei dem Interviewpartner zu dem Eindruck, was die Essstörung angeht gestörter aus der Psychiatrie herausgegangen als hereingekommen zu sein. Über die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte keine Information, nur, dass zu dem Therapeuten kein Vertrauen aufgebaut werden konnte und so wieder das 'Aufhaltungsspiel Anpassung in der Rolle ich passe mich hier an', so wie es der Interviewte nannte, erfolgte. In der Therapie wurde Stille sowie Fragen mit Ja oder Nein zu beantworten nicht als negativ angesehen. Die Sitzungen wurden von ihm als ein Aushalten wahrgenommen. Der Interviewpartner fühlte sich hier wie ein Insasse, da er aufgrund der Regeln die Einrichtung nicht verlassen durfte. Daher versuchte er, Freiheiten mit Tricks im Sinne von Täuschungen über das eigene Befinden zu erlangen. Die Geburtstagsfeier zu Hause, anstatt direkt in einer Wohngruppe, war das einzige Mal, dass der Interviewpartner seinen Willen durchsetzte und Mitarbeitern widersprach, da ihm das sehr wichtig war. Bei dem zweiten Aufenthalt fühlte er sich nicht mehr als Person und glaubte auf dem Wege zu sein sich selber zu verlieren.

Insgesamt entstand bei ihm das Gefühl, dass eigene Wünsche nicht einbezogen wurden. Der Interviewpartner wurde an Gesprächen beteiligt, aber es gab kaum angebotene Alternativen. Bei den Klinikaufenthalten standen Anpassung und Rollenspiel im Vordergrund, um schnell entlassen zu werden. Laut Interviewpartner überlegte niemand, ob sich Patienten schlecht fühlen, da sie schlecht in der Klinik behandelt würden und niemand dachte darüber nach, was der eigentliche Grund für das schlechte Wohlbefinden sein könnte. Für den Interviewpartner fehlte eine Art Anwalt, der für die Patienten eintritt – es war das Gefühl einer Machtlosigkeit vorhanden. Anpassung wurde in der Familie bereits vor dem Aufenthalt gelernt und passte gut in die Klinik, das Verhalten konnte leicht übernommen werden. Der Interviewte merkte an, dass Anpassung nach außen keinen größeren Schaden verursacht, aber nach innen.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Als Entlastung wurden die Aussagen des Hausarztes wahrgenommen. Der Interviewpartner hatte Probleme in der Familie gesehen, wollte damit jedoch niemandem zur Last fallen. Sein Hausarzt wurde von ihm als ein zugänglicher Mensch beschrieben, der die Schuldfrage von ihm nahm und ihm darstellte, dass nicht er alleine an allem die Schuld trug. Dies war ihm während des Aufenthalts in der Psychiatrie eine große Hilfe. Während des Aufenthalts hat ihm die kreative Betätigung (Einzelbetreuung), die wohnliche Atmosphäre sowie das Interesse zeigen der eigenen Familie und der Kontakt zu dieser (auch wenn es nicht immer gut für einen ist) gutgetan.

Sein Wunsch für den Aufenthalt war es, dass jemand da ist, der versucht den Patienten zu verstehen, wirkliches Interesse zeigt und nicht versucht, den Patienten in eine Rolle zu drücken oder die Behandlung letztendlich wie bei tausend anderen verläuft.

(Interview 9-6, -9, -20, -21, -25, -30, -31, -35, -37, -38, -39, -40, 41, -59, -70, -80, -81, -83, -84, -86, -93, -94, -100, -101, 123, -140, -142, -143, -144, -146, -148)

Interview 10:

An die Aufnahme in der Psychiatrie ist bei dem Interviewpartner keine wirkliche Erinnerung vorhanden, die Stabilisierung war damals vorrangig. In der ersten Zeit wurden ausschließlich Tests vorgenommen, ansonsten war viel Zeit zur Stabilisierung vorhanden. Der schnelle Wechsel von der geschlossenen auf die offene Station erfolgte nach Ansicht des Interviewpartners aufgrund der guten Stabilisierung und dem Kontaktaufbau. Dort hat er aktiv an den Angeboten teilgenommen und andere Patienten motiviert. Er beschreibt, dass eigene Themen verarbeitet werden konnten und Lebensfreude zurückgewonnen wurde. In der Psychiatrie selber hätte es ohne den neuen Freund, die während des Aufenthalts gewonnen wurde, nur minimale Änderungen im Verlauf gegeben – sonst hätte der Interviewpartner sich mehr an die Betreuer gewendet. Negativ wurde jedoch empfunden, dass ein Freund (außerhalb der Klinik) Details über den Interviewten erzählte und die bisher als gut empfundene Freundschaft sich als Fehlentscheidung herausstellte. Positive Aspekte stellten die Einzelgespräche mit der Psychologin und das Empfinden der Natur (Frühling) dar. Die Natur steht hier symbolisch für das eigene Erleben – der Interviewpartner nahm wieder alles um sich herum wahr und konnte dieses mehr wertschätzen. Gutgetan hat damals die Therapie, die viel bewegte, die Auszeit, der Abschluss einer Lebensphase und die neu gewonnenen Perspektiven.

(Interview 10-3, -5, -23, -24, -38, -53, -55, -92, -117, -145, -147, -159)

b) Organisation Aufenthalt – Phasengestaltung

„... und dann hat der Hausarzt gesagt, dass halt dringend etwas passieren müsste und der hat auch eigentlich eine Kur gemeint oder so eine Klinik, wo man einfach mal zur Ruhe kommen kann, oder eine Reha oder so etwas und die ist dann von der Krankenkasse nicht bewilligt worden.

F: Ach so und der nächste Schritt war dann ...

A: Psychiatrie genau“ (Interview 5-46).

Entscheidend für die Psychiatrie-Erfahrenen ist die Zeit bereits vor der Aufnahme als individuelle Geschichte. Die Erfahrungen vor der Einweisung haben Einfluss auf die Motivation für den Aufenthalt. Hoffnung auf eine Verbesserung der eigenen Situation durch den Aufenthalt, obwohl die Institution und deren Aufgabe an sich nicht genau bekannt sind, ist eine häufige Motivation. Es wird berichtet, dass Verhaltensauffälligkeiten bereits zu Problemen führen (Ärger bekommen, Zuschreibungen, negative Reaktionen auf Verhalten, keine Freunde). Eine Verhaltensänderung von sich aus wird trotz Wollen als nicht möglich angegeben, Unterstützung wird gewünscht. Lange Wartezeiten von der Entscheidung für die Klinik bis zur Aufnahme führen zur sichtlich gefühlten Verschlechterung der Situation.

Die Aufnahme wird eher passiv, als kurze, genaue Abklärung (Was hast Du, warum bist Du hier etc.) und mit vielen Tests erlebt. Das Aufnahmeprogramm wird von einigen als neue Situation und druckvoll empfunden, jedoch von anderen eher als „normale Klinikaufnahme“ erlebt. Es wird bei Passivität einfach vollführt, so das Empfinden der Interviewpartner. Die mangelnde Transparenz des Vorgehens führte bei einem Interviewpartner bei der Blutentnahme zu Aggressionen als plötzlich die Spritze kam und darauf hin zu Zwangsmaßnahmen (Interview 7-79 und -80). Bei der Aufnahme werden durch die gemachten Erfahrungen die ersten Arbeitsbündnisse aufgebaut oder ver-/behindert.

„Vor allem wenn da jemand erst mal eine Beziehung aufbaut und nicht irgendwie dich gleich so kalt und formell, weiß nicht, du bist ja komplett fremd und in einem absolut desolaten Zustand und total verletztlich. Und dann ist glaube ich auch am wichtigsten, dass jemand eine Beziehung zu dir aufbaut, wo man denkt, dass man

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

dem auch erst mal vertrauen kann und sich gut aufgehoben fühlt und irgendwie auch einen Fürsprecher hat, also einen, der sich nicht über dich stellt, der dir nicht die ganze Zeit zeigt, so, dass er sowieso besser Bescheid weiß oder irgendwas und die Macht hat irgendwie“ (Interview 8-14).

Die Stationseinführung wird positiv empfunden als Integration in die interne Struktur und Kennenlernen der Leute. Als negativ und Stress erzeugend wird die Konzentration auf Regeln und Forderungen erlebt, schlechte Laune der Mitarbeiter, direkte Ablehnungen von Aktivitäten (die angepriesen wurden) und eine mangelnde Vorstellung. Eine anfängliche Stabilisierungs- und Eingewöhnungszeit, um Gefühle und Eindrücke zu sortieren, wird als positiv erlebt.

Der Aufenthalt selber wird als sehr durchstrukturiert empfunden mit vielen Angeboten (therapeutische Angebote, Schule, Untersuchungen, Gespräche, Freizeitangebote etc.). Der Aufenthalt selber wird in Abhängigkeit von der Notwendigkeit und dem Willen des Patienten gesehen. In mehreren Fällen wird die Finanzierung durch die Krankenkasse als weiterer Faktor angegeben (siehe Zitat oben). Berichtet wird häufig, dass Mitarbeiter durch angepasstes Verhalten getäuscht wurden, um mehr Freiheiten zu erlangen oder die Entlassung herbei zu führen, was im weiteren Verlauf genauer beschrieben wird.

„Obwohl ich sehr verzweifelt war und ich dachte 'eigentlich habe ich gar kein Bock zu leben, aber ich habe auch unter den Umständen noch viel weniger Bock und hier drin bleibe ich nicht so' und das war mir die höhere Priorität so daraus zu kommen sozusagen“ (Interview 8-8).

Ebenfalls werden soziale Probleme durch den Aufenthalt selber und durch die Störung erwähnt:

„Darauf habe ich eigentlich mein ganzes soziales Umfeld auch verloren. Es gab immer wieder Brüche, es gab auch Anschuldigungen gegen mich 'was machst du hier', 'was soll das' und 'warum bist du so wie du bist' und 'geh doch weg' und so und ich würde alle nur belasten, also, das kam dann auch irgendwann, also, es waren Zeiten die waren nicht wirklich schön und dadurch sind mir eigentlich aus

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

meiner Jugendzeit alle Freunde bis auf einer komplett weggebrochen“ (Interview 9-125).

Als Gründe für die Entlassung werden Absprachen mit den oder auf Wunsch der Personensorgeberechtigten sogar gegen Empfehlung Therapeuten angegeben. Weitere Gründe sind die Verbesserung der Störungssymptomatiken und Zurechtkommen in der Öffentlichkeit. Es wird vermutet und negativ bewertet, dass ein vorgetäuschter verbesserter Zustand und Anpassung (wissen was an Antworten gewünscht ist), dem die Mitarbeiter Glauben schenken, zur Entlassung führt. Die Entlassung erfolgt mit gemischten Gefühlen. Einerseits wird sie als befreiend erlebt. Es wird sich auf das Zuhause oder den neuen Lebensabschnitt gefreut und Hoffnung darin gesetzt, dass sich etwas geändert hat. Auf der anderen Seite entstehen Sorgen bezüglich der richtig getroffenen Entscheidungen und die Angst vor Stigma ist vorhanden.

Nach der Entlassung sollen die Behandlungen meist fortgesetzt oder Veränderungen im Verhalten übernommen werden. Vor allem das Fehlen in der Schule muss erklärt werden, was meist mit der Erklärung eines Kuraufenthalts erfolgt. Die Unterstützung nach dem Aufenthalt und die abgesprochenen Maßnahmen werden unterschiedlich, aber als wichtig empfunden. Wichtig sind als hilfreich wahrgenommene Unterstützungen. Der Rat vom Psychologen, die Familie solle miteinander reden, erweist sich nicht als hilfreich, wenn die Familie vorher auch nicht miteinander geredet hat (Interview 3-116).

c) Aufenthaltsgestaltung – Strukturierung und Ausgestaltung des Stationsalltags, Programmgestaltung während des Aufenthalts und mögliche Einflussnahme durch den Patienten

Ablauf und Programm werden häufig als vorrangig angesehen, dies ist ein Grund, warum man nicht zum Kern des Problems kommt:

„Genau, es ging immer nur ums Wiegen, es ging darum, dass man in die Klinikschule geht, dann konntest du dein ganzes Programm da abspulen, deine Therapiesitzungen machen, aber womöglich ist meine Sicht auch ein bisschen verzehrt, weil ich mich irgendwann dagegen gesperrt habe. Das mag durchaus sein, das kann gut sein, dass ich das aufgrund dessen so fürchterlich empfinde“ (Interview 9-102).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Die Gestaltung verläuft über regelmäßige Termine in Tages-/Wochenstrukturen. Nach ein paar Tagen steht das Programm fest, das über einen Stundenplan festgehalten wird. Der zu erstellende Stundenplan selber scheint Konfliktmöglichkeiten zu bieten. Während die Person aus der Tagesklinik moniert, dass sie diesen im Gegensatz zu anderen Patienten nicht selber erstellen darf und viel Leerlauf hat (Interview 4-5), gab es in einer anderen Klinik schlechte Erfahrungen mit der Teilnahme der Patienten und die Mitarbeiter mussten die Teilnahme an Programmen des Stundenplans bestätigen (Interview 7-46). Verpflichtende Veranstaltungen wie Morgenspaziergänge wird bei Ablehnung mit „Motivierung zum Soll“ entgegnet. Langeweile, therapeutische Effektivlosigkeit und mangelnde Erläuterungen in der Programmgestaltung werden als negativ erlebt (unstrukturiert und undurchsichtig – Interview 4-6 und 4-88). Auch gleichbleibende Angebote werden als redundant und öde empfunden, positiv dagegen die Beschäftigung mit Mitpatienten (Interview 3-126) und Kreatives, bei dem hinterher ein Ergebnis sichtbar ist (Interview 9-43). Der Wunsch beim Aufenthalt ist die Konzentration auf die eigenen Probleme (nicht die Beteiligung an Problemen von anderen) (Interview 8-46) und nicht der Fokus auf die Diagnose, sondern die (Mit-)Berücksichtigung der empfundenen eigenen Probleme (Interview 9-7). In einem anderen Fall war die Beschreibung, dass es viele Angebote gab, aber das Bedürfnis („hatte einen sehr großen Liebesbedarf zu der Zeit“) war mehr auf Kommunikation mit den Mitpatienten (Flurgemeinschaft) ausgerichtet (Interview 10-78). Die Einbettung von Angeboten muss auf die Aufenthaltsgestaltung abgestimmt sein, sonst macht diese keinen Sinn (Interview 1-14), ebenso muss die Aufenthaltsgestaltung altersgerecht und störungsspezifisch ausgerichtet werden.

Regeln und Bestimmungen der Klinik werden nicht unbedingt und aus Prinzip abgelehnt, sondern die Durchsetzung und Umsetzung während des Aufenthalts. Es wird Verständnis für Regeln gezeigt, damit sich für einen geregelten Tagesablauf alle Patienten als Gruppe an Strukturen halten. Mangelnde Erklärungen wie Abläufe, die unlogisch sind, mit dem Argument 'Musst Du halt trotzdem machen' durchsetzen, werden dagegen als negativ empfunden. Als Strafen gegen Regelverstöße werden Ausgangs- und Aktivitätenverbote genannt. Im gleichen Sinne werden Regeln wie Essen auf dem Zimmer und Verzicht auf Alkohol (und Drogen) akzeptiert, die Mitnahme persönlicher Gegenstände wird als zu streng reglementiert wahrgenommen, die Klinik wird in diesem Sinne als sehr steril empfunden. Gleiche Regeln für alle, da Patienten an unterschiedlichen Problemen arbeiten und unterschiedliche Voraussetzungen haben, werden als nicht sinnvoll erachtet.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Die Möglichkeiten der Gestaltung des Aufenthaltsortes werden positiv erlebt:

„... hatte ich gefragt, ob man da nicht so ein bisschen die Gruppenräume verschönern dürfte, mit Blumen und so. Und gerade danach war ein Gruppentag. Da habe ich dann – da wurde ja eh gefragt »was kann man denn machen? ...“ (Interview 10-51).

Als Mitarbeiter für den Aufenthalt werden gewünscht:

„Menschen, die ihren Job ernst nehmen, die das tun, was ihr Job von ihnen verlangt, nämlich auf die Patienten eingehen, die ein gewisses Setting schaffen, in dem eine produktive Entwicklung möglich ist, und die einfach adäquat reagieren“ (Interview 1-166).

Möglichkeiten in der Klinik werden personenabhängig und nach Strenge der Mitarbeiter angesehen (Interview 10-85). Positiv wahrgenommen wurde, dass im Vergleich zur Jugendhilfe viele Einzelstunden möglich sind (Interview 7-4). Für die Gestaltung des Aufenthalts gelten vor allem Psychologen und Ärzte als entscheidende Berufsgruppe. Bei der Nachfrage nach den Berufsgruppen werden viele Berufsgruppen genannt, ebenso vereinzelt Küchenpersonal und Reinigungskräfte, die Pförtnerin und Personen der Freizeitgestaltung.

Unabhängig der Klinik betont ein Interviewpartner, dass der Aufenthalt nach dem Verhalten der Patienten verläuft (Interview 2-43 und -45). Dagegen vergleichen andere Interviewpartner ihre Erlebnisse aus unterschiedlichen Kliniken. Doch der Vergleich verläuft über Stationsgestaltung (Größe der Station und Anzahl Mitpatienten), die funktionale Umgangsweise, Strukturierung, Informationsbasis, Transparenz (Vergleich mit Erwachsenenpsychiatrie, dort besser – mehr als Ansprechpartner angesehen) und Zeit nehmen für eine dezidierte Auseinandersetzung mit dem Menschen. Ruhe wird als sehr wichtig angesehen (Interview 5-47 und -56). Konflikte aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen sind vor allem auf das Beharren auf Strukturen und die Unwissenheit der Mitarbeiter zurückzuführen.

Die Klinikgestaltung und -umgebung vermittelt als erster Eindruck den Psychiatrie-Erfahrenen, ob sie Hilfe bekommen oder nicht. Der Beziehungsaufbau wird als Grundlage der Behandlung, bevor an den Kern der Sache/an Störungen herangegangen

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

werden kann, genannt. Als Jugendliche ist die Annahme von Ratschlägen und Hinweisen sehr schwierig, da man nicht wissen möchte, was andere für einen besser finden (Interview 8-26 und -49). Bei vielen Tests und Gesprächen kommt irgendwann ein Bewusstsein, was sortiert und geäußert werden muss. Es hat nie ein Gespräch über den Aufenthalt selber stattgefunden, die Erfahrungen haben sich so festgesetzt. Das Nachdenken über den Aufenthalt und die Verarbeitung der Eindrücke kam erst später mit etwas Abstand und Ruhe (Interview 5-54).

d) Konzepte und Strukturen – Leitsätze, Prinzipien und Eigenschaften des Aufenthalts

„Reden können sie alle viel“ (Interview 1-94).

„Insgesamt diese, das überhaupt nicht individuell zu machen so, das ist, was ich ganz schlimm finde. Man kann nicht zig Menschen mit der gleichen Methode und mit der gleichen Art und Weise behandeln. Ich glaube, jeder ist so individuell, dass man auch individuell gucken muss, was braucht der Mensch so und mit falschen Versprechungen kommt man da nicht weiter und auch mit rigiden Strukturen kommt man da eigentlich auch nicht wirklich weiter“ (Interview 9-151 und -152).

Der Interviewpartner aus der stationären Jugendhilfe nennt die Bedeutsamkeit der wahrgenommen Eigenschaften, Prinzipien und Leitsätze:

Dass Menschen mit Problemen in Einrichtungen sind, wird als normal angesehen. Ziel soll es sein, Stärken und Verselbstständigung zu fördern. Diagnostiken können einen lebenslangen Einfluss haben. Das Konzept/Menschenbild ist die entscheidende Basis für eine Behandlung (Interview 6-9, -18, -31).

Die sichtbaren Eigenschaften der Architektur und der Inneneinrichtung zeigen bereits: Je mehr Klinik/Psychiatrie deutlich wird, umso unwohler fühlen sich Psychiatrie-Nutzer. Selbst die Fassade ist einem Interviewpartner negativ aufgefallen. Unwohlsein ist ein zentraler Punkt für die Effektivität der Behandlung. (Interview 9-117). Das Empfinden als „Schutzraum“ mit Privatsphäre und allein sein können, um z. B. Gefühle herauslassen zu können, wird als bedeutsam empfunden. So ist der eigene Raum ein zentraler Punkt und zu viele Zimmernachbarn sind kontraproduktiv. Arbeitskleidung mit Unterscheidungen der Berufsgruppen und förmliche Anreden gelten als nicht guttugend.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Aufseiten der Psychiatrie-Erfahrenen wird der Wunsch nach nachvollziehbaren Strukturen, Ansprechpartnern, Therapien und Angeboten sowie Informationen, Gespräche über den Verlauf und den weiteren Weg geäußert. Mangelnde Rückmeldungen und Informationen werden auf Krankheitssicht (beeinträchtigte Aufnahmefähigkeit) zurückgeführt. Vor allem klärende Gespräche und das Gefühl, dass mit dem Patienten Fragen geklärt werden, sind wichtig. Verstehen wird als wichtig für die Herangehensweise bei einer Behandlung betrachtet: „Bevor ich nicht verstehe warum ich überhaupt hier bin, warum ich diese Krankheit – wie es so schön genannt wurde – habe also ich wollte verstehen warum ich das habe und was ich dagegen tun kann, aber dazu sind wir nie gekommen“ (Interview 9-29). Auf der anderen Seite wird der Wunsch nach etwas pragmatischem für den Alltag geäußert, um mit den Problemen/Gefühlsausbrüchen umzugehen (Interview 8-73 und -74).

Bei den Aufenthalten werden unterschiedliche Ziele zwischen Kliniken und eigenen Zielen als deutlich negativ beschrieben.

Eigene Ziele sind: Verstanden zu werden und, dass Gefühle wahrgenommen werden. Themen und Ziele der Klinik sind: Rahmenbedingungen einhalten, Ziel wieder zur Schule zu gehen und Behebung des Störungsbildes (Interview 9-12 und -13). Negativ wird berichtet, wenn hinter den Aufgaben kein Sinn aufgrund der Ziele gesehen wird. Die Durchführung gegen den Willen und ohne den Sinn verstehen zu können, führt zu einem entmündigenden Gefühl. Das Gefühl der Entmündigung führt wiederum zu Wutgefühlen (Interview 1-192).

Verantwortung lernen für sich und andere wird als wichtig erachtet, aber ohne Mitarbeiter funktioniert das nicht. Mitarbeiter haben bei einem Interviewpartner Verantwortung abgewälzt, was als zusätzliche Aufgabe empfunden wurde:

„... ihr müsst besser aufeinander aufpassen, ihr müsst halt verhindern, dass so etwas passiert und da war dann auch so ein Punkt, wo meine Eltern dann gesagt haben 'meine Tochter ist da, um für sich eine Therapie zu machen und die kann sich jetzt nicht auch darum kümmern'“ Interview 5-62 und -63).

Regeln als Durchsetzung von Prinzipien und Leitlinien wurden unterschiedlich wahrgenommen von „es war locker“ (Interview 3-18) bis nicht so streng aber krasse Fälle wurden fixiert (Interview 10-88) bis hin zu sehr streng (keine Möglichkeit Angebote abzulehnen – Interview 1-7). Regeln waren abhängig von Mitarbeiter und Situation – eine

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

annehmende Art des Mitarbeiters wirkt in emotionalen Situationen beruhigend (Interview 10-87). Verbote von Neuen Medien heißt auch, Möglichkeiten zu nehmen z. B. Musik zu hören (Interview 4-10). Übergreifend für alle Interviews gilt: Die Strenge wird an der Verhältnismäßigkeit der Strafen gemessen, oder daran, dass wegen alltäglichen normalen Handlungen gefragt werden musste. Das Verhältnis zwischen Pflichten und als gut empfundenen Situationen ist bedeutend. Ebenfalls wurde vermutet, dass Strafen aufgrund des Verhaltens der Eltern erfolgten. Das Erwirken von Regellockerungen wird positiv mit Selbstwirksamkeitserfahrungen beschrieben (spätere Nachtruhe für ältere Patienten erwirken) oder negativ, aufgrund von Nichtinteresse am Problem des Patienten (außerplanmäßig Film gucken bei Unwohlsein).

Aus den Berichten sticht allgemein der Wunsch nach einem Wohlfühlort. Ein Wohlfühlort in dem Sinne, dass die individuellen Bedürfnisse und Anliegen berücksichtigt werden. Regeln schränken die eigenen Bedürfnisse und Anliegen ein, können als Effekt angstmachend wirken, vor allem wenn die Patienten aufgrund ihrer Verfassung noch nicht bereit für gewissen Regeln sind. Im Allgemeinen wird jedoch angegeben, dass Regeln je nach verstandener Sinnhaftigkeit in der Situation akzeptiert werden. Strukturen sind wichtig für einige Leute, für andere Leute sind aber im Vordergrund Techniken und Umgangsweisen mit Akutsituationen. Anpassung an die Klinik wird als vorteilhaft für den Aufenthalt beschrieben. Anpassung ermöglicht viele Freiräume (Belohnungssystem), keine Anpassung bedeutet weniger Freiräume (z. B. Freigang). Ein Interviewpartner äußert, dass wohl der Aufnahmegrund und die Veränderung des Verhaltens im Mittelpunkt stehen. Eine Grundhaltung bei der erst der Mensch im Mittelpunkt steht und nicht die Störung oder die Strukturen werden gewünscht.

e) Station – Gruppe – Mitpatienten

Thematisch liegen die Variablen Gruppe, Station und Mitpatienten nah beieinander und werden deswegen zusammen vorgestellt. Zu den ersten beiden Variablen wurden im Vergleich zu anderen Variablen sehr wenige Aussagen getroffen.

Station – betrifft die organisatorische Einheit im Krankenhaus und deren (funktionale) Inhalte

Die Station/Klinik wird positiv erlebt, wenn diese leicht überschaubar und bereits vom ersten Eindruck an positive Assoziationen vermittelt. Das Eingangsgefühl (zumindest bei

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

einer freiwilligen Aufnahme) scheint sich besser zu gestalten und positiven Einfluss auf die Eingewöhnung zu haben. Zu der Struktur ist der Wunsch nach Austauschpartner hinsichtlich der eigenen Diagnose da und nach altersgerechter Einteilung, d. h. dass die Regeln altersgemäß sind und nicht z. B. strenger sind wegen jüngerer Mitpatienten. Die Einbettung des Ausgangs, ist zwar ein nicht häufig angesprochenes Thema in der Variable, doch eine sinnvolle Gestaltung wird als bedeutsam von den Psychiatrie-Erfahrenen empfunden.

Gruppe – funktionale Gruppe (Stationsgruppe) mit allen Mitgliedern als Gesamtes

„Ja, wenn man auf einer Station ist, muss man ja auch alles zusammen machen.“
(Interview 8-63)

Bei den Aussagen über die Gruppe lässt sich entnehmen, dass die Zusammensetzung wichtig für das Erleben auf der Station ist. Wichtig sind den Patienten Gemeinsamkeiten; gemeinsame Gesprächsthemen und gemeinsame Erlebnisse (auch wenn das Verhalten der Patienten bewusst nicht in Ordnung ist). Bei Durchsicht der gesamten Interviews sticht nicht die Bedeutsamkeit der Gruppe heraus, sondern eher die Beziehung zu einem oder wenigen bestimmten Mitpatienten (siehe Mitpatienten). Häufig wird es positiv gesehen, wenn die Patienten nicht von anderen Patienten belästigt werden.

Mitpatienten – auf ein oder mehrere Mitglieder der Station bezogen, jedoch nicht auf die gesamte Gruppe

„die mir alle beim ersten Mal vorkamen wie frustrierte Zombies.“ (Interview 1-142).

Mitpatienten werden in Bezug positiv oder negativ zum eigenen Problem erlebt. So können Mitpatienten als Bestätigung für eine Störung (Defizitsicht) oder in Abgrenzung (ich bin gesünder – ressourcenorientiert) gesehen werden.

Das Erleben von Störungen anderer Patienten, ohne dem entfliehen zu können, wird als sehr negativ bis hin zu „traumatisierend“ gesehen. Die Beobachtung von Zwangsmaßnahmen seitens der Mitarbeiter wird als abschreckend erlebt. In diesem Fall scheint ein unbehagliches Gefühl, ein Wegkommen zu wollen sich zu verstärken. Kein Interviewpartner berichtete über ein Gespräch zum Sinn und Zweck der vorgenommenen Zwangsmaßnahmen.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Als Unterstützung für den Aufenthalt scheint ein Austausch über die Situation enorm wichtig. Mangelndes Vertrauen untereinander wird als weiteres Problem beim Aufenthalt angesehen, worauf geachtet werden muss. Mitpatienten im gleichen „Level“ sind für den Aufenthalt förderlich. Sie können vom Gefühl her den mangelnden Ansprechpartner unter Mitarbeitern kompensieren. Auf der anderen Seite wird der Umgang je nach Mitpatient als angespannt, stressig und Konflikthaft erlebt. Bei Konflikten fühlten sich Interviewpartner von den Mitarbeitern allein gelassen oder wollten sogar die Konflikte selber lösen.

f) Medizinische Aspekte – Erleben von Diagnosen, ärztliche Untersuchungen/Testungen und Medikament

Medizinische Aspekte sind eine Variable, zu der direkt nicht viele Aussagen getroffen wurden, obwohl ein Zusammenhang an anderen Stellen zu medizinischen Aspekten immer wieder hergestellt wird.

Ärztliche Untersuchungen werden viel am Anfang wahrgenommen und nehmen zum Ende des Aufenthalts ab (Interview 9). Einige Aufenthalte sind lediglich zur körperlichen Stabilisierung (obwohl die Stabilisierung nicht als ausreichend empfunden wurde – Interview 3-133). Die medizinischen Aspekte variieren. Medikamente scheinen nicht gerne genommen zu werden, oder aber die Sinnhaftigkeit aufgrund der Krankheit muss erkennbar sein. Die körperlichen Nebenwirkungen der Medikamente lassen ein neues beeinträchtigendes Problem entstehen. Vor allem Medikamente als Zwangsmaßnahme (zur Beruhigung) wurden als sehr negativ und eher als einfache Lösung erlebt. Alternativen hierzu werden von dem Interviewpartner genannt (z. B. Ruhe und Malen), die in einigen Fällen versagt wurden (Interview 1).

Der Umgang mit der Diagnose zielt darauf ab, Unsicherheiten zu beheben, und einen Erklärungsansatz bzw. teilweise eine Entschuldigung für das Verhalten (Konzentrationslosigkeit in Schule) zu haben. Deutlich wird, dass eine Diagnose keine Wegnahme des emotionalen Leidensdrucks bedeutet und die Versteifung auf Testergebnisse keine Prognosen über die Zukunft sichern. So wurde einem Interviewpartner das Abitur aufgrund eines IQ-Tests versucht auszureden, mittlerweile wurde von ihm sogar ein Studium abgeschlossen! Gewünscht wird anhand der Diagnose Unsicherheiten aus dem Weg zu schaffen und einen individuellen Umgang mit dem Leidensdruck zu erhalten.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Es wurde von einem Interviewpartner geäußert, dass der Begriff psychische Krankheit nicht korrekt ist, sondern der Begriff psychische Störung, obwohl auch negativ gekennzeichnet, da die psychische Störung die Ursache als komplexer ansieht.

g) Pädagogische Ansätze – erlebtes Erziehungsideal oder Umsetzung der Erziehung in Bezug zum Patienten

„Da stelle ich mir schon etwas drunter vor, aber auch, was dem Alter entspricht und da kann man die auch ruhigen Gewissens irgendwie belassen so, und nicht einfach so abstellen und parken“ (Interview 9-131).

Die Frage nach dem Erziehungsideal sollte anregen über das erlebte Ideal nachzudenken. Während des Aufenthalts fallen eher Strenge und Konditionierung auf. Ein Interviewpartner nennt, dass laissez faire Erziehung während des Aufenthalts erfahren, jedoch als zu wenig empfunden wurde. Der Wunsch scheint da zu sein, mit dem Leben, was gelebt wird, und mit den Störungen umgehen zu lernen und einen Ansprechpartner für seine Probleme zu haben.

Das Erziehungsideal des Klinikaufenthalts wurde als Leitfrage im Interview gestellt. Unterschiede zwischen den Kinder- und Jugendpsychiatrien werden genannt. Vergleichend (Interview 7-87) wird zwischen eher erzieherisch und eher therapeutisch unterschieden. Ein Erziehungsideal oder ein Leitbild selber kann von niemanden genannt werden. Als Erziehung erlebt wurden Belohnung und Bestrafung - Vergleich mit Konditionierung. Es wird von einem eher dominanten Stil bis autoritär und sogar „Bootcamp-artig“ berichtet.

„Also, das war so ein bisschen Bootcamp halt. Und ich bin Borderliner und kein Schwerverbrecher, also noch nicht“ (Interview 1-92).

Erziehung zu einer selbstständigen Person oder Förderung zur Eigenständigkeit wurde von niemandem erfahren. Es wurde in einem Interview (1-35) von einem Gefühl der Entmündigung seitens der Klinikmitarbeiter aller Professionen berichtet. Disziplin lernen wird dabei nicht unbedingt als unpassend für alle Klinikbewohner beurteilt, es ist nur unpassend, davon auszugehen, dass es für alle notwendig ist (nicht für Interviewten das richtige – Interview 1-90). Strenge wird durch altersgemischte Gruppenzusammensetzung begründet und als pädagogisches Konzept ausgegeben (Interview 7-14) – ältere Patienten dienen als Vorbilder.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Ein Interviewpartner betont, dass aus dem Aufenthalt ein Spiel gemacht wurde sich anzupassen und Anpassung das Einzige war, was gelernt wurde.

„Ich kann jetzt nicht sagen, dass die mich jetzt zu irgendeiner selbstständigen Person erzogen oder gefördert hätten, das kann ich so nicht behaupten, ne, ne, aber das ist aber auch mein Spiel gewesen. Ich konnte das immer gut erfüllen, was gefordert wurde, aber dass ich daraus was gelernt hätte, kann ich jetzt nicht so sagen“ (Interview 9-137). Nur beim Spaziergehen alleine konnte die Rolle abgelegt und sich frei gefühlt werden (Interview 9-149).

Eine andere Sichtweise wird von Interviewpartner 3 berichtet. Hier wurde das Erziehungsideal als laissez faire umschrieben. Die Mitarbeiter haben sich um einen gekümmert und man konnte mal reden (Interview 3-143). Vermutet werden ebenfalls Gruppenelemente als Bestandteil des Pädagogischen (Interview 10-129), Therapieangebote werden als pädagogische Elemente hinzugezogen (Interview 10-125). In einem Interview wurde angedeutet, dass Pädagogen nicht wahrgenommen und in der Schule (die nicht besucht wurde) vermutet wurden (Interview 1-176).

In Interview 6 (stationäre Einrichtung mit Diagnose von der Kinder- und Jugendpsychiatrie) werden Aufgaben von Pädagogen genannt, die als negative Erfahrungen benannt und übertragbar sind:

- Es ist nicht die Aufgabe von Pädagogen, Krankheiten zu diagnostizieren, sondern zu fördern und die Unterbringungen zu vermeiden,
- Junge Menschen vor Misserfolgen und Enttäuschungen zu schützen, die Heranwachsenden sollen sich so nehmen, wie sie sind, die Pädagogen sollen die Möglichkeiten nicht verhindern,
- man kann erwachsen werdende Menschen auch in jungen Jahren nicht behandeln wie kleine Kinder oder Soldaten,
- trotz Problemen sollen Pädagogen Unterstützung bieten, um für das Leben fit zu machen.

„Hey, denen müsst Ihr nicht erzählen, wie das Leben funktioniert, denen müsst Ihr erklären, wie man mit dem Leben, das sie nun einmal haben, umgehen kann! Und ich bin, ich bin nicht so sehr zu Hause bzw. ich bin nicht gerade auf der Suche

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

nach einer eigenen Wohnung, weil ich es so unglaublich geil finde, wann ich zu essen und wann ich aufzustehen habe – bzw. das ist noch das kleinste Problem – was ich zu tun und zu lassen und zu denken und zu sagen habe. Das ist einfach nicht mein Ding. Und ich bin ein Mensch, der sein Leben lang eigentlich immer sehr, sehr auf diese Autonomie bedacht war. Und die wurde einem da einfach völlig entzogen.“ (Interview 1-193)

h) Schule – Aussagen über Schulerleben vor dem Aufenthalt, der Klinikschule/Besuch der Regelschule bei Aufenthalt sowie Rückführung in die Schule

F: „Was ist Dir noch wichtig zu sagen, was vielleicht noch nicht angesprochen worden ist?“

A: „Also, ich finde ganz, ganz wichtig wenn man, also ich finde, Lehrer an der Schule sollten unbedingt mehr über psychische Krankheiten von Schülern aufgeklärt werden. Ich wurde zum Beispiel drei Mal von der Schule verwiesen und zwei Mal war es ganz knapp, ohne dass ich da was für konnte. Ich finde Lehrer müssen sich in der Hinsicht auch regelmäßig fortbilden“ (Interview 7-111).

Die Schule wird nicht unmittelbar als ein zentraler Punkt angegeben, hat aber eine große Bedeutung für Psychiatrie-Nutzer. Die Regelschule als solche ist von den Psychiatrie-Erfahrenen nicht auf die Probleme ausgerichtet gewesen erlebt worden. Vor allem die Erfahrungen aus der Regelschule scheinen maßgeblich. Die Schulzeit vor dem Aufenthalt wird häufig als problematisch beschrieben. Aussagen über die Interviews hinweg sind ein geringer Anschluss an die Klasse und wenig Freunde (Interview 8-41) bis hin zur Position des Außenseiters (Interview 7-36). Als negativ erlebt wird, dass die Auffälligkeiten nicht bemerkt und versteckt werden können, da Probleme kein Rollen spielen im Schulalltag. Die Klinikschule mit einem anderen Betreuungs- und Lernkonzept wird als positiv erlebt. Der Übergang zurück in die Regelschule scheint ein bedeutsames Thema zu sein, da hier viele Ängste und Stigma verborgen sind.

In einem anderen Fall erfolgten beide Einweisungen aus der Schule heraus, Probleme traten in Schule unübersehbar auf (Interview 3-55). Die schwierige Schulzeit hat Einfluss auf die Erfahrungen und die Zeit nach der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

„Ich wusste auch nicht, wie es danach weiter geht, weil ich mir nicht vorstellen konnte in meine alte Klasse zurückzugehen. Das war für mich unvorstellbar, zumal ich denen vorher noch einen Abschiedsbrief geschrieben habe mit ... irgendwie wollte ich das unbedingt, dass die wissen, was mit mir ist, weil es auch da in der Schule keinem aufgefallen ist oder auch keiner so gemerkt hat und ich das fürchterlich fand so, die hatten alle ihre Freunde und ich war da ein bisschen außen vor aufgrund meines Musikgeschmacks, aufgrund meines Elternhauses und das hat sich eigentlich nachher auch immer mehr verfestigt“ (Interview 9-45).

Die Klinikschule wird als sehr positiv erlebt. Lehrer fragen in der Regelschule nach Lernstand und Lernstoff. Ein Interviewpartner war nicht schulpflichtig bei einem Aufenthalt, wollte aber freiwillig in die Schule, aufgrund der guten Erfahrungen von einem vorherigen Aufenthalt. Der Ausgleich zwischen eigenen Interessen und dem Schulstoff – vor allem den Kernfächern – wird allgemein als gut erlebt. Ziel in der Schule sei es nach den Aussagen, am aktuellen Schulstoff der Regelschule dran zu bleiben, schwächere Fächer anzugehen. Die Betreuung wird als eng bezeichnet und es gibt Angaben über das Betreuungsverhältnis von 1:1 bis 1:3. Der Einfluss auf den Lehrplan und die Beachtung des aktuellen Wohlbefindens werden deutlich herausgestellt. Strenger wird die Schule bei der Vorbereitung auf bevorstehende Prüfungen und bei jüngeren Schülern empfunden. Ziel ist die Begleitung zurück in die Regelschule. Bei dem Aufenthalt wurde der Besuch der Regelschule initiiert, was in diesem Fall als positiv erlebt wurde (wurde gut von der Klasse aufgenommen).

Als unangenehm wird empfunden, wenn die Lehrer die Klinikmitarbeiter selber über die Jugendlichen informieren und über den Stand der Dinge sprechen:

„Aber die haben es auch nicht zu mir persönlich gesagt 'wir haben den und den Eindruck von dir' sondern das wurde mir in der Gesprächstherapie auch irgendwann mitgeteilt, also da ich hatte dann wieder den Eindruck, die reden immer wieder über dich und das war für mich eher unangenehm. Es ist klar, dass sie das irgendwie tun und sich absprechen und so, aber so zwischendurch dachte ich so, die kapieren einfach nicht, dass du erwachsen bist, also dass du auch ... also die können es dir ruhig sagen, wir hätten auch wenn ich zwei Jahre jünger dahin gekommen wäre, hätten sie mir es auch schon ruhig sagen können“ (Interview 5-36).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Mit dem Lernstoff vom Gymnasium ist die Klinikschule überfordert (Interview 10-67 und 4-60). Ein Fall führte zur Beendigung des Schulbesuchs, in dem anderen Fall wurde angesprochen, dass alles selber erarbeitet werden musste.

Sofern der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie während der Ferienzeit ist, hat dies keine Auswirkung auf die Schule.

Die Rückführung berührt mehr die Klassengemeinschaft als den Lernstand. Die Patienten konnten sich zur Rückführung in die Klasse eigene Gedanken zum Übergang machen. Je länger der Aufenthalt war, umso schwieriger wurde die Rückführung empfunden. Vor allem die Erklärung der Fehlzeiten wird als druckvoll erachtet. Sofern der Schulbesuch als schwierig vor dem Aufenthalt erachtet wurde, ist Angst mit der Re-Integration verbunden (war schrecklich, Angst wieder zur Schule zu gehen, Stigma Kinder- und Jugendpsychiatrie [hat aber gut geklappt] –Interview 7-36).

Bei dem Übergang in die Regelschule wird Stigma angesprochen. Stigmatisierung durch den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn kaum Schüler mit Problemen bzw. Therapien auf der Schule sind und viele Schüler aus gutem Hause kommen (Interview 9-49).

In diesem Fall wurde der Schulwechsel auf eine Schule mit einem anderen Hintergrund als gut empfunden (Interview 9-50). In einem anderen Fall wollte die Person nicht mehr in die Schule zurück; der Abschluss der Schule ist hier gleichbedeutend mit dem Abschluss eines Lebensabschnittes (Interview 10-108).

Ein Fall berichtet von Problemen mit der Konzentration und Müdigkeit aufgrund der Krankheit. Die Eingewöhnung wird erschwert durch einen anderen Lernstoff und den fehlenden Anschluss in der Schule (Klassenwechsel). Deswegen begann der Interviewpartner zu schwänzen, was ein ungewohntes Verhalten für ihn war. Das Endergebnis war der Schulabbruch, es folgten ein Praktikum und die Berufsausbildung. Die Lehrer riefen die Eltern an, um über Probleme in der Schule zu berichten (nicht aber den Grund dafür erkannt haben) (Interview 4).

i) Kontakt zu Mitarbeitern – Beziehungsgestaltung zu den Klinikmitarbeitern

A: „,... Irgendwie war der nicht so einfühlsam. Ich hatte nicht so richtig den Bezug dazu. Es war eher auf der sympathischen Ebene so, denke ich mal, dass die Chemie nicht so gestimmt hat.

F: Es war also der erste Eindruck dann?

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

A: Ja, genau, der erste Eindruck. Und die Erstgespräche waren bei dem, und irgendwie wollte ich mit dem aber auch gar nicht so reden. (Interview 10-11, -13).

„Aber nicht in dem Rahmen so, das waren für mich fremde Leute und es war auch nicht so, dass ich das Gefühl hatte hier kann man alles sagen, sondern für mich war ... ich hatte immer mehr den Eindruck hier muss man sich benehmen damit man wieder raus kommt so, hier muss man sich anpassen damit man hier irgendwann wieder gehen kann, sonst bleibt man hier ständig drin“ (Interview 9-57).

„Wird am Anfang des Aufenthalts gelogen kann im Laufe des Aufenthalts kein richtiges Vertrauen mehr aufgebaut“ (Interview 3-45).

Das Verhältnis zu den Mitarbeitern wird teils als gut, teils als unzureichend bezeichnet. Für einen Interviewpartner aus der Jugendhilfe war das Betreuungsverhältnis positiv – einen Mitarbeiter für sich zu haben (Interview 7-32). Am meisten Vertrauen konnte zu den Personen aufgebaut werden, die stets ansprechbar waren und nicht diejenigen, die kaum Zeit hatten. Auf der anderen Seite wurde das Verhältnis zu den Mitarbeitern negativ beschrieben. Ein Interviewpartner äußerte, das Gefühl vermittelt bekommen zu haben, ein schlechter Patient zu sein, den keiner mag. Hier wird die Funktionalität des Aufenthalts von Nutzerseite angesprochen: „Man ist ja nicht da, damit man gemocht wird, nur damit man gesund wird, aber das war halt so vom Gefühl her, also ich habe mich bei denen nicht wohlfühlt“ (Interview 4-77). Aufgrund der erwarteten Reaktionen wird von Angst gesprochen etwas zu melden (Interview 5-60).

Ein gutes Verhältnis (Chemie hat gestimmt) wird als ein entscheidender Faktor für den Aufenthalt und dessen Ergebnis angegeben. Gutes Verhältnis zur Therapeutin, Bereitschaft, an sich zu arbeiten und die fördernde Art der Therapeutin wird als wichtig empfunden (Interview 10-16, -57, -161). Die Förderung und Beschäftigung mit Dingen, die einen selber interessieren, wird ebenfalls als positiv erlebt in dem Sinne, dass die Therapie hilft Gedanken zu sortieren und sich nicht durchleuchtet zu fühlen (Interview 2-71).

Wenn zu Mitarbeitern wenig und kein guter Kontakt vorhanden ist, fühlen sich Psychiatrie-Nutzer verloren. Eine einzige Person kann den Druck bereits mildern durch das Gefühl, dass man nicht alleine mit den Problemen dasteht (Interview 9-75).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Praktikanten und Auszubildende sind kein adäquater Ersatz, da sie nicht richtig wissen, was los ist.

„Wie hast Du dich denn gefühlt, wenn Du sagst, die Mitarbeiter hatten keine Zeit, die Praktikanten keine Lust?

A: Ja, so schlecht, ich hatte auch richtig Angst davor“ (Interview 4-12).

Negativ erlebt wird also, wenn kein fester Ansprechpartner vorhanden ist. Der Kontakt zum Bezugspfleger wird unterschiedlich bewertet. Es scheint unabhängig davon wichtig zu sein, überhaupt einen Mitarbeiter als Ansprechperson zu haben, mit dem im Laufe des Aufenthalts gut ausgekommen wird. Eine selbst ausgewählte Bezugsperson ist eher jemand, der zuhört! Die anderen Mitarbeiter sollten ebenfalls angesprochen werden können. Positiv wird die Beziehungsgestaltung z. B. über Einzelstunden und eine gute Bezugsart (Vertrautheit) erlebt.

„[Das] war natürlich im Alltagsbetrieb eher selten, dass einem da so zugehört wurde. Und da abends, wenn viele auch zur Ruhe kamen, konnte man noch einmal sich mit ihm unterhalten. Das hat mir eigentlich ganz gutgetan. Gespräche mit der Nachtwache sind wichtig gewesen, hat ganz gutgetan“ (Interview 10-26).

Der Versuch, eine Beziehung aufzubauen, bringt zwar ein relativ positives Gefühl, aber eine gefühlte Distanziertheit behindert den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Weitere Aspekte für einen Vertrauensaufbau sind sympathische Ausstrahlung, das Gefühl, keine Bedingungen erfüllen zu müssen und wirkliches Interesse bekunden. Weiterhin ist das ernstnehmen von Anliegen wichtig für die Psychiatrie-Erfahrenen. Wichtig war einem Interviewpartner, dass sein Elan für Aktivitäten nicht gebremst wurde (Interview 10-143). Die anderen Aussagen berichten von negativen Erlebnissen. Die Selbstständigkeit wird aus Sorge der Überforderung eingeschränkt, auf Beschwerden/Anmerkungen wird nicht angemessen reagiert („ne das war dann halt so und blieb so“ Interview 4-9), bei Widerwillen durch Unverständnis wurden teilweise keine Alternativen aufgezeigt und die Problemsicht relativiert, da nicht relevant für die Erkrankung/Beschwerden oder werden als Phasen (Pubertät) abgetan. Es wird vermutet, dass Mitarbeiter sich früh ein Bild über die Patienten machen. Die Position der Mitarbeiter wird als Machtposition angesehen, da sich Patienten der Behandlung nicht

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

entziehen können, sie fühlen sich dann ausgeliefert. Ergebnis ist, dass Patienten sich dann innerlich zurückziehen.

Bei einem engeren Kontakt wissen Menschen, wenn etwas mit dem anderen Menschen nicht stimmt und die Mitarbeiter würden mehr über die Probleme herausbekommen (Interview 3-109). So wird in diversen Interviews berichtet, dass problemlos ein verbesserter Zustand vorgespielt werden konnte, obwohl es dem Psychiatrie-Nutzer mies ging, Mitarbeiter manipuliert wurden, indem gesagt wurde, was sie hören wollten. Dies wird als negativ erlebt und als nicht hilfreich. (Interview 1-133, 8-28, 9-26).

„Sind die eigentlich auf Dich persönlich eingegangen?

A: [Denkpause]

F: Also wie gerade Deine Lebensumstände sind? Wie Du mit Deiner Familie klar kommst? Dass die da mal nachgefragt haben?

A: Ja das schon, psychologisch so ein bisschen, zum Beispiel mal, mal so ein Bild mit so Kalkpunkten und dann 'sag mal wo du bist und wo deine Familie ist' und das kann man halt als 12-/13-jährige, weiß man genau, worauf die hinaus wollen und ist dann auch doof“ (Interview 3-107).

Funktionalität wird als sehr negativ erlebt. Es wird von Pseudogesprächen berichtet, dass Fragen nach dem Befinden für den Tagesablauf wichtig waren. Es gab kein Interesse an den Gründen für das Verhalten, sondern die Einhaltung des Tagesablaufes stand im Vordergrund. So wurden Gespräche bei ausbleibendem Interesse an der Person oder ausbleibenden Erklärungen (nur Bestimmungen) als Pseudogespräche wahrgenommen. Ein Interviewpartner fühlte sich wie der Träger einer Identität im Sinne einer Depersonalisierung (Interview 8-4 und 8-25). Die psychiatrische Funktionalität führt dazu, dass Mitarbeiter nach etwas (Abartigem) suchen und etwas Normales, wie der Bedarf nach Ruhe, nicht mehr als Erklärungsansatz ausreicht (Interview 5-50). Zwei Interviewpartner sprachen von der Finanzierung; die Rolle des Klinikleiters wurde wahrgenommen als zum 'Kundschaft ankarren' (Interview 2-63) und, dass die Finanzierung die Hauptsache ist (7-74). Wichtig ist jedoch das Gefühl, gut aufgehoben zu sein. Vertrauen konnte zu Psychologen aufgebaut werden, wenn diese den Kodex nichts weiter zu erzählen ernst genommen haben. Durch häufige Fehler und Fehlverhalten aufseiten der Mitarbeiter wird deren Kompetenz abgesprochen und Vertrauen in die Hilfe entzogen.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Psychiatrie-Nutzer wussten durch die Verhaltensänderung der Mitarbeiter, dass Mitarbeiter bei Supervisionen über Patienten sprechen. Dies wird als weder besser noch schlechter beurteilt nur anders (Interview 5-14 und 5-37). Dagegen negativ erlebt wurde, dass in einer theoretischen Gesprächssitzung der Interviewpartner provoziert wurde. Die Situation wurde nicht aufgelöst, er fühlte sich 'verarscht' und sah die Therapiestunde als nicht gewinnbringend. Die Vermutung im Nachhinein ist, dass es die Absicht war, die Reaktion zu beobachten (Interview 5-38). Wenn allgemein auf der Station auf etwas hingewiesen wurde, was missfällt, wurde es nicht beachtet. Falls die Kritik durch Aufforderungen (und Vorwürfe) harscher wurde, wurde mit Reglementierung geantwortet (Interview 5-61). Auch die Verweigerung der Bedürfniserfüllung (Ausgang) kann Frust hervorrufen und dazu führen, dass Mitarbeiter 'angemault' werden (Interview 7-70). Ebenso wird angegeben, dass die Ausrichtung der Arbeit und die Klärung von Problemursachen durch die Patientenzusammensetzung bestimmt ist ('Modeerscheinung').

„Also die hatten viele Leute mit sexuellen Missbrauchserfahrungen da und ich glaube, die haben irgendwann dann auch den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr gesehen“ (Interview 5-24).

Die Einstellung der Mitarbeiter wirkt sich auf Patienten aus (Leiter der Beschäftigungstherapie ging von Lustlosigkeit der Patienten aus und vermittelte das) (Interview 1-72). Ebenso wurde erlebt, dass Mitarbeiter auf Hilfesuch genervt reagierten.

„Wenn es einem Mal nicht gut ging oder so was, dann hatte ich zum Beispiel, teilweise wenn mir schwindelig war oder so was, mal geschellt, durfte man halt nicht, habe ich halt Ärger bekommen und ja und das fand ich halt oder waren genervt halt, 'Hör auf damit oder was', das geht halt bei der Krankheit nicht ja und dann“ (Interview 3-91). Die Patienten sollten direkt kommen und das wurde nicht als hilfreich empfunden. Die Regeln wurden gelockert (Film gucken schon nachmittags). Man hatte das Gefühl, dass die Anwesenheit von Patienten die Mitarbeiter nervte (Interview 3-92).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Der Interviewpartner aus der stationären Jugendhilfeeinrichtung verdeutlichte: Floskeln kommen bei ihm nicht gut an:

„Misserfolg haben ebenfalls Menschen ohne Probleme. Ich sag mal so, selbst die erfolgreichsten und gebildetsten Menschen heutzutage hatten auch mal Misserfolge gehabt haben und sind mal hingefallen, die brauchen aber auch nicht ständig so eine intensive sozialpädagogische Betreuung mit solchen Leuten, die sogar bevormunden und die sich ihnen aufdrängen und die sich dann auch so teilweise emotional verpflichten und alles, sondern Leute, die ihnen Unterstützung beim Aufstehen geben und das sind einfach so Sachen, die, die dann auch wirklich sehr ärgerlich sind“ (Interview 6-15).

j) Eltern/Personensorgeberechtigte – Aussagen über Eltern oder andere Sorgeberechtigte

„Aber meine Mama hatte, glaube ich, von irgendeinem Bekannten gehört, von einer Freundin gehört, die hatte einen Sohn. Mit dem hatten sie auch Probleme und der war, glaube ich, ein halbes Jahr auch in so 'ner Station und danach wäre er wohl ganz anders gewesen und wäre wieder nett gewesen zu den Eltern“ (Interview 2-19).

Die Elternarbeit ist ein sehr sensibles Feld. So sind die Sorgen und Erwartungen der Eltern entscheidend für den Aufenthalt. Der Einfluss der Eltern, vor allem wenn die Behandlung nicht in die richtige Richtung geht, wird häufig gesehen. Das Ansehen der Eltern kann auf der anderen Seite leiden bis hin zur Verstärkung von Konflikten innerhalb der Familie. Als positiv wird gesehen, wenn die Eltern hinter den Psychiatrie-Nutzern stehen und Probleme sichtbar gemacht werden, die nicht nur auf den Psychiatrie-Nutzer beschränkt bleiben.

Die Eltern werden von den Patienten bei geplanten Aufenthalten als unterstützend vor der Aufnahme erlebt. Ebenfalls nehmen die Interviewten die Belastungen bei den Eltern wahr. Ein Interviewter (Interview 2-20 und 2-146) beschrieb die Sorgen der Eltern und deren Gefühl der Hilflosigkeit vor dem Hintergrund der gerade gemachten familiären Erfahrung mit einem Familienmitglied, welches an psychischen Störungen litt. Der Interviewpartner hatte den Eindruck, dass der Kinderarzt diese Sorgen aufgenommen hat, um eine Einweisung anzuraten.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Die Elternarbeit wird unter Einbeziehung aller Beteiligten vermehrt gewünscht. Viele Aussagen berichten eher von einer passiven Rolle oder einem Ausschluss und zu wenig Transparenz. Hoffnungen liegen bei dem Aufenthalt ebenfalls auf einer Veränderung der Situation im Elternhaus. Eine elterliche Skepsis wirkt sich negativ auf die eigenen Möglichkeiten aus. Negativ wird ebenfalls erlebt, wenn den Informationen und Aussagen der Einrichtung mehr Glauben geschenkt werden, als dem eigenen Kind. Positiv dagegen wurde erlebt, wenn die Eltern hinter den Patienten standen.

Der Einfluss der Eltern auf die gemeinsame Therapie wird als hoch erlebt. Geht die Therapie nicht in die Richtung der Eltern, wird sogar von Störungen der Therapie bis zur Unterbindung der Therapie gesprochen. Bei der Familientherapie werden Therapeuten als Vermittler verstanden. Es wird berichtet, dass die Mitarbeit der Familie wichtig ist, da ansonsten die Familientherapie keinen Sinn hat und teilweise zum Abbruch führte. Ein Interviewter beschreibt positive und negative Erfahrungen gleichzeitig. Positiv dadurch, dass ihm bei der ersten Sitzung vieles wieder bewusst wurde. Als negativ wird das Ausbleiben eines langfristigen Effekts empfunden.

„Am Anfang weiß ich noch war das noch ganz gut, also die erste Sitzung war so, dass der Therapeut gefragt hat, also jeden gefragt hat, wie geht es einem so persönlich und in der Familie und da haben wir alle eigentlich festgestellt, dass wir uns das jahrelang nicht mehr gefragt haben, weil die Trennung von meinen Eltern irgendwie, also, das stand so zwischen uns irgendwie und nach der Sitzung haben wir alle gedacht 'mein Gott', wir haben uns richtig erschrocken, dass wir gar nicht mehr so aufeinander geachtet haben so, eigentlich also, von daher war das ganz gut, weil es das so 'n bisschen ins Gespräch gebracht hat, also der Effekt auch also, das war nur einmal und es hat jetzt nicht einen langfristigen Effekt dadurch gegeben also“ (Interview 5-41).

Der Kontakt zu den Eltern wird unterschiedlich erlebt. So sind für den einen Interviewpartner die Telefonate mit der Mutter eine große Hilfe (10-114), für den anderen sind die Kontakte zu den Eltern schlecht, da dadurch gemerkt wird, dass er nicht zu Hause ist und wo er sich befindet.

Die Familie bedeutet ebenfalls einen sozialen Druck. So konnte ein Interviewpartner trotz des großen Bedürfnisses wegen seiner Unzufriedenheit mit der Behandlung aus der Klinik zu kommen nicht freiwillig gehen, da ansonsten seine Mutter und Oma an eine

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

persönliche Aufgabe geglaubt hätten (sozialer Druck – Umgang Rausschmiss provozieren – Interview 1-129). In zwei weiteren Fällen wurde von Konflikten in der Familie durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie gesprochen. In beiden Fällen kam es zu einem übersteigerten Missbrauchsverdacht (z. B. aufgrund eines gemalten Bildes) seitens der Klinik mit den Konsequenzen wie z. B. Rechtfertigungsdruck des Stiefvaters. Hierdurch wird Druck auf Interviewte seitens der Eltern beschrieben. In einem Fall entstand ein Schuldgefühl wegen der Vorwürfe mit dem Ergebnis, dass sich der Psychiatrie-Nutzer noch schlechter fühlte und den Eindruck gewann, den Eltern dadurch noch mehr Probleme zu bereiten. Dies wird als deutlich negativ beschrieben (Interview 9-69).

Ebenfalls wird den Personensorgeberechtigten ein großer Einfluss auf die Entlassung zugesprochen. Wichtig scheint die Richtung der Therapie zu sein. So wird berichtet, wenn diese den Interviewpartnern guttat, aber für die Eltern in eine falsche Richtung ging, wurde eine Entlassung erwirkt (Interview 2-110).

In einem Interview wurde genannt, was nach der Entlassung erfolgte: Die Störung wurde als Krankheit abgetan und in der Familie nicht näher angesprochen (Interview 9-55). Hätte die Familie über die Probleme gesprochen, so vermutete der Interviewpartner, hätte die Familie die Störungen theoretisch abfedern können (Interview 9-112). Weiter hat die Mutter Fortschritte boykottiert, da die Therapien aus ihrer Sicht nicht in die richtige Richtung gingen. Darauf erfolgte der Gang zum Jugendamt (Interview 9-121). Der Wunsch der Herausnahme aus der Familie durch das Jugendamt wurde als eine zu große Nummer angesehen (Interview 9-122).

k) Eigene Problemsicht

Die Darstellung der eigenen Probleme, die bei einem Aufenthalt vorlagen, zeigen, dass komplexe Lebenssituationen von den Interviewpartnern genannt werden. So werden in den Interviews u. a. genannt:

- Es sind mehrere Sachen entscheidend – Familie und Schule sind bedeutend, die eigene Biografie wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht berücksichtigt,
- viele Probleme mit den Eltern, räumlicher Abstand hat gutgetan,

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- Einweisungsgrund: Leistungsabfall in der Schule – die Schule war aber nicht das Problem, wirkliche Probleme: Trennung der Eltern, Überwindung einer schweren vorausgegangenen Krankheit,
- Person hatte das Gefühl, die Pflegeeltern konnten nicht auf ihn eingehen und er spürte keine Nähe, worunter sie litt, er konnte nicht mit ihm und seinen Problemen umgehen. Sie reagierte mit Meckern, wenn er traurig war, musste er sich im Zimmer verstecken,
- das Gefühl der Hilflosigkeit in so einer Lebenssituation kommt noch hinzu, andere Problemlage als bei Erwachsenen (Schule und noch keine Ausbildung),
- als Kind in den Leidensdruck der Mutter miteinbezogen, es musste viel verheimlicht werden, wodurch das eigene Leben eingeschränkt wurde, Mutter hat Druck auf Interviewten aufgebaut, Kind hat sich nie getraut, zu widersprechen und entwickelte eine Essstörung als Art der Rebellion.

1) Prägnante Szenen

In Interaktionen und in kleinen Gesten, können sich für die Patienten große symbolische Bedeutungen verbergen:

„Ich sage das jetzt nur rückblickend ist es zwar nur ein Eis, aber ein großes Symbol bei dem Klinikaufenthalt ... ja es war das Verhalten der Therapeutin, was ich total unangemessen fand, also es hat bei mir so viel ausgelöst, dass ich mich letzten Endes total versperrt habe“ (Interview 9-91).

Über die Analyse von prägnanten Szenen, die in den Interviews berichtet wurden, werden die Symboliken und die ausgelösten Gefühle mit dem Ziel, hierüber in die Tiefe zu gehen rekonstruiert. Prägnante Szenen thematisieren durch subjektiv erlebte Szenen Vorstellungen und Bedürfnisse der Interviewten in einer von ihm bestimmten Aufenthaltssituation. Die Berichte verlangen Anteilnahme und Einlassen auf die Selbstdarstellung. Die Auswertung der prägnanten Szenen wurde zu Leitsätzen formuliert.

- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet Schutz vor plötzlich auftretenden belastenden Situationen. Sie dient als Raum der notwendigen Ruhe, Stabilisierung

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

und Vermeidung weiterer negativer Erfahrungen, die wiederum verarbeitet werden müssen.

- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Raum des Verstehens für Verhalten mit Ansprechpartnern, die Hilfesuche für alltägliche Probleme angemessen behandeln.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte keine falschen Erwartungen für eine Aufnahme wecken.
- Der Aufenthalt ist geprägt von den Verhältnissen Patient-Eltern, Eltern-Arzt, Arzt-Patient. Die Grenzen müssen klar sein und eingehalten werden. Kinder- und Jugendpsychiatrie darf das Vertrauen nicht verspielen, ein Arbeitsbündnis beginnt von Anfang an.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie darf kein Gefühl der Leere, des Stillstands, der Ziellosigkeit und des Desinteresses (sich selbst überlassen sein) entstehen lassen, sondern muss ein Gefühl der Sinnfüllung, des Fortschritts, von Zielen und des Interesses mittels Beschäftigung entstehen lassen, da sich das Gefühl auf das Wohlbefinden und das gesamte Erleben auswirkt.
- Situationen dürfen nicht als gewaltig, hart oder grob erscheinen. Die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen bei einem Hilfebedürfnis, gerade aufgrund der Angewiesenheit der Patienten auf die Mitarbeiter, da die Mitarbeiter die Kontrolle über das Vorgehen haben, die Bedürfnisse der Patienten ernst nehmen und nicht auf formale Strukturen verweisen, die nicht überprüfbar sind, und somit als Machtinstrument erscheinen.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll durch die Behandlung und die Informationen das Leben erleichtern, für das Leben Unterstützung bieten und Einflussmöglichkeiten erhöhen.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss die Rechte der Patienten und typische Normen einhalten und darf kein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Kontrolllosigkeit über die Situationen entstehen lassen. Die Angemessenheit von Handlungen muss hinterfragt werden.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll Bedürfnisse und Verletzlichkeit der Patienten berücksichtigen, da ansonsten eine vertrauensvolle Basis verloren geht.

2.2.4.2 Welche Aspekte beeinflussen das Erleben des Klinikaufenthalts und wie wirkt sich das Erleben auf die Einstellung zum Aufenthalt aus? -

2. Auswertungsphase

Die in den Variablen vorgefundenen Ergebnisse zeigen Gemeinsamkeiten und Anregungen, wie das Erleben des Aufenthalts die Einstellung zum Aufenthalt selber und zur therapeutischen Behandlung beeinflusst. Bewusst wird sich auf diejenigen Aspekte konzentriert, die besonders aufschlussreich erscheinen. Die folgenden Aspekte sind ein gewonnener Erfahrungsschatz, der das Verständnis der Patientensituation in Form einer subjektiven Nachvollziehbarkeit ermöglicht, ohne dass dafür eine vollständige Analyse von Einzelfaktoren notwendig wäre. Ziel dieser Darstellung ist die Herausarbeitung vordergründiger (nicht) förderlicher Wirkfaktoren als Orientierungspunkte für eine pädagogische Konzeptualisierung des Aufenthalts. Die Zusammenfassung am Ende der Auswertung verweist auf einen gemeinsamen Erfahrungshorizont, der in der dritten Auswertungsphase näher untersucht wird.

Das Erleben der äußeren Gestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wirkt sich bereits auf die Grundstimmung der Patienten aus. So konnte gezeigt werden, je mehr Klinik erfahren wird, umso weniger fühlen sich die Patienten wohl. Die Atmosphäre, die durch die äußere Gestaltung aufgenommen wird, vermittelt Patienten bereits, ob sie Hilfe bekommen oder nicht. Vorteilhaft ist das Erleben von Übersichtlichkeit für eine schnelle und unkomplizierte Eingewöhnung, also ein schnelles Zurechtfinden. Unübersichtlichkeit, z. B. durch die Größenordnung, erschwert eine Eingewöhnung und wird als weitere Herausforderung im Alltag hinzukommen. Das Gefühl von Wohnlichkeit wird als bedeutsam erachtet, da sich die Patienten für einen längeren Zeitraum weg von zu Hause einstellen und sich ein Stück weit heimisch fühlen möchten. Übersichtlichkeit des Personals durch Berufskleidung wird abgelehnt, da dies wiederum ein funktionales Gefühl auslöst. Das Erleben des Settings ist somit ein erster Indikator für die Patienten zur Wahrnehmung der Klinik. Je weniger funktional dieses erscheint, umso besser wirkt die Bereitschaft für ein Einlassen auf den Aufenthalt.

Allgemein wird ein tiefgehendes Bedürfnis an Informationen geäußert. Der Umgang mit Informationen und Transparenz wirkt sich wesentlich auf die Mitarbeit in der Klinik aus. Auswirkungen haben Informationen auf die Sinnhaftigkeit und Erklärbarkeit der Handlungen und Behandlungen sowie auf das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Anerkennung als Person. Das passive Erleben von Rückmeldungen und Informationen an andere Personen wie die Eltern ohne Einbeziehung der eigenen Person führt zu einem

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

negativen Erlebnis. Ohne angemessene Rückmeldungen wird die Effizienz und die Ausrichtung der Behandlung infrage gestellt, da kein Ziel und somit kein Sinn vor Augen vorhanden ist. Erwähnt wurde ebenfalls eine Krankheitssymptomatik, die eine mangelnde Transparenz und Aufklärung nicht rechtfertigt. Das Erleben von der Einbeziehung der eigenen Person hat einen positiven Einfluss auf den Aufenthalt.

Der Grund des Aufenthalts hat eine große Bedeutung für die Patienten. Die Sicht auf die eigenen Probleme werden als vielschichtig und komplex angesehen. Erfolgt der Blick nur auf ein Problem der Krankheit, z. B. über eine Diagnose ohne Einbeziehung der von den Patienten wahrgenommenen vielschichtigen Lebenssituation, oder wird die eigene Problemsicht relativiert, führt dies zu Frustration darüber, dass an den Problemen vorbei gearbeitet wird oder dass die eigene wahrgenommene Situation keine Anerkennung findet. Dies scheint ein Gefühl von unterschiedlichen Zielen zwischen Institution und eigenen Zielen hervorzurufen und stört das Verständnis über die Behandlungsausrichtung. Vor allem die Zeit vor der Aufnahme wird als individuelle Geschichte verstanden, an die es anzuknüpfen gilt. Die Patienten haben die Hoffnung, dass sich etwas durch den Aufenthalt positiv verändert. Dies wird jedoch durch Nichtberücksichtigung der eigenen Problemwahrnehmung beeinträchtigt. Das Erleben von der ernsthaften Berücksichtigung der eigenen Problemsicht wirkt sich positiv auf die therapeutische Behandlungsbereitschaft aus.

Die Erwartungen sind ein wesentlicher Bestandteil des Aufenthalts. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie deren Verlauf sind den meisten Patienten im Vorfeld unbekannt. Es gibt verschiedene Erwartungen. Wichtig sind die Erwartungen der Eltern, die an den Aufenthalt gestellt werden, und die Erwartungen der Patienten selbst. Werden die elterlichen Erwartungen nicht erfüllt, wird versucht den Aufenthalt zu beenden. Werden die Erwartungen der Patienten nicht erfüllt, z. B. Unterstützung durch den zu Aufenthalt erhalten, ist von einem innerlichen Rückzug in unterschiedlichen Formen (Provokation der Zwangsentlassung, Täuschung des Wohlbefindens) die Rede. Realistische Erwartungen im Vorfeld und während des Aufenthalts zu besprechen, scheint positiv für die Einstellung zum Aufenthalt zu sein.

Die Beziehung zu den Eltern/Personensorgeberechtigten spielt während des Aufenthalts eine immense Rolle und stellt die Weiterführung der Beziehungsgestaltung vor dem Klinikaufenthalt dar. So berichten die Psychiatrie-Erfahrenen positiv von der Unterstützung durch die Eltern/Personensorgeberechtigten und belastend von dem sozialen Druck durch die Erwartungen der Eltern an das Kind. Die Arbeit mit dem

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Elternhaus hat bei dem Aufenthalt unterschiedliche Dimensionen; neue Konflikte, die durch den Aufenthalt entstanden sind, wirken zusätzlich belastend, ebenso wie Schuldgefühle, da die Patienten sich und ihre Situation als Belastung für die Eltern ansehen. Positive Erfahrungen werden gemacht, wenn die Patienten den Zusammenhalt mit den Eltern spüren. Das Bedürfnis nach dem Besprechen von Problemen auf Augenhöhe zwischen den Eltern und dem Patienten mithilfe eines Vermittlers, der die verschiedenen Sichtweisen gleichwertig moderiert, wird positiv erwähnt. Das Erleben einer verbesserten Beziehung zu den Personensorgeberechtigten oder die erlebte Unterstützung wirkt sich positiv auf das Empfinden des Aufenthalts aus.

Die Beziehung zum Personal ist nach den Angaben die entscheidendste Dimension für den Aufenthaltsverlauf. Kann kein Kontakt hergestellt werden, fühlen sich die Patienten verloren. Patienten möchten sich als Menschen erfahren, mit denen eine vertrauensvolle Beziehung eingegangen wird. Patienten möchten nicht in eine funktionale Umgebung gelangen, die die Individualität einschränkt. Vertrauen heißt bereits, dass Zusagen eingehalten werden und ein ehrlicher Umgang erfolgt – der Beziehungsaufbau und die Vorarbeiten für ein Arbeitsbündnis beginnen beim ersten Kontakt. Funktional wird die Beziehung erlebt, wenn das Gefühl entsteht, alle Fragen beziehen sich auf den Ablauf oder auf einen Zweck in der Behandlung – Resultat: gefühlte Distanziertheit und Pseudogespräche. Bei einem guten Verhältnis wissen die Mitarbeiter, wie es dem Patienten geht, und erfahren die mehr über den Patienten. Wichtig scheinen das aufrichtige Zuhören zu sein und die angemessene Unterstützung bei Anliegen. Das Erleben der Beziehung zwischen Patient und Mitarbeiter ist ein maßgeblicher Aspekt für die Einstellung zum Aufenthalt und zur therapeutischen Behandlung, da eine gute Beziehung der Schlüssel für Offenheit und Vertrauen ist.

Die Handlungen der Patienten werden aus Patientensicht als Reaktion auf das Verhalten der Mitarbeiter bezogen. Dies stärkt die Gründe für die Betrachtung des Aufenthalts anhand von Interaktionen zwischen Menschen, des Verständnisses der Mitarbeiterrolle und des Gruppenprozesses. Wichtig im Umgang sind Reaktionen auf Anliegen und Äußerungen von Patienten. Vor allem 'Motivierung zum Soll' und sich das 'verarscht fühlen' sind hochsensible Aspekte im Umgang. Auf der anderen Seite stehen die bewusste Steuerung der Behandlung durch sozial erwünschte Antworten und die Anpassung, die ein Mitmachen vortäuscht (bzw. Widerstand vermeidet). Anpassung, im Sinne davon, sich zu verstellen und eigene Bedürfnisse zurückzustellen, verursacht innerlich gefühlte Schädigungen. In diesem Zusammenhang spielt Macht eine bedeutsame Rolle. Macht

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

wird hierbei verstanden als eine Entscheidungsposition (Bewilligung/Ablehnung von Bedürfnissen) und ein Einflussnehmer auf den Aufenthaltsverlauf. Gegenseitig aufeinander bezogene Interaktionen bestimmen das Erleben zwischen den Personen. Sie haben wesentlich Einfluss auf die Einstellung zum Aufenthalt und zur therapeutischen Behandlung. Das Verstehen dieser trägt maßgeblich zur Aufenthaltsgestaltung bei.

Der Schule wird unter den Patienten eine sehr hohe Wichtigkeit zugesprochen. Die Erfahrungen aus der Regelschule z. B. Reaktionen auf Verhaltensauffälligkeiten und Anschluss an einen Freundeskreis sowie die Leistungserwartung und -beurteilung sind für die Patienten enorm bedeutsam. Die Klinikschule wird dagegen eher als angenehme Erfahrung wahrgenommen. Vor allem werden die Lehrer als individuelle Unterstützung verstanden, nicht als Leistungsforderer in einem Gruppenverband. Die Schulsituation ist sehr individuell und erscheint in den Interviews nicht als Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jedoch sind dies bedeutsame Erfahrungen, die den häufig schlechten Erfahrungen zur Schulrealität positiv entgegensetzen und somit im Erleben positiv zur Aufenthaltseinstellung stehen.

Strukturen und Regeln werden von den Interviewten als sinnvoll erachtet, da diese einen geregelten Ablauf und Sicherheit bieten. Ebenfalls wird die Beschäftigung mit den Patienten als positiv angesehen. Der Sinn hinter Strukturen und Regeln wird infrage gestellt, wenn es um die Angemessenheit der Regeln z. B. aufgrund des Alters geht, diese als zu einengend empfunden werden oder der Sinn nicht verstanden wird. Als missachtend werden Floskeln empfunden, die keine Erklärung bieten (z. B. 'das machen wir halt so') oder wenn keine Alternativen angeboten werden. Regeln können als Angstmachend empfunden werden, wenn jemand noch nicht so weit ist, diese einhalten zu können. Die Durchsetzung und Ablehnung von Strukturen und Regeln sind konfliktbehaftet und können das Erleben des Aufenthalts beeinflussen. Vonseiten der Psychiatrie-Erfahrenen wird eine Ausrichtung an den alters- und störungstypischen Bedürfnissen gewünscht. Die Regeln und Strukturen sollten keine zusätzliche Belastung für die Patienten sein. Das Erleben von Regeln und deren Durchsetzung ist wesentlich für die Einstellung zum Aufenthalt, da diese als Orientierungshilfe und ein Miteinander ermöglichen sollen und nicht als erdrückend oder als zusätzliche Belastung zur eigentlichen Lebenssituation.

Eine Diagnose wird als hilfreich für die Erklärung einer Störung und als Entlastung angesehen, da es für das Problem einen Namen gibt. Eine methodische Einordnung der Behandlung nach der Diagnose wird abgelehnt, da ansonsten die individuellen Aspekte

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Beschränkung der Einschätzung von Fähigkeiten auf Testergebnisse wird als unzureichend erachtet. Die Behandlung soll die Stärken herausstellen und fördern sowie eine realistische Einschätzung geben. Der Aufenthalt kann Selbstzweifel auslösen und die Identität verunsichern (nicht mehr als Person gefühlt, und fühlte sich auf dem Wege sich selber zu verlieren) – unterstützende auf die Stärken konzentrierte Behandlungen und das Lernen für einen Umgang mit den Problemen wird positiv erlebt. Die Versteifung auf Krankheitsbilder und Tests wirkt sich negativ auf das Erleben aus, da die Patienten sich somit nicht als Person mit ihren individuellen Anteilen angenommen fühlen und auf die Bereitschaft zur Behandlungseinstellung – Gefühl, es wird am Problem vorbei gearbeitet.

In den Mitpatienten spiegeln sich die Patienten selber. Das Unverständnis für andere Störungen und die Unwissenheit über die Gründe des Aufenthalts verstärkt die Befassung mit der eigenen Person. In Abgrenzung stellen sich die Patienten als nicht so verrückt dar oder fragen sich, wie 'verrückt' man nun selber ist. Der Austausch über die eigene Störung wird als hilfreich empfunden, ebenso wie gemeinsame Erlebnisse mit Mitpatienten. Es bleibt eher der Bezug zu Patienten mit gleichen Problemlagen oder gleichen Lebenssituationen (Alter, Geschlecht). Es wird ebenfalls der 'Faktor' Mitpatienten als Beschäftigung erwähnt. Vorrangig ist der Wunsch, auf seine eigenen Probleme fokussiert zu bleiben. Besondere Freundschaften entstehen nicht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Gruppendynamik ist jedoch wiederum wichtig, da erwähnt wird, dass bereits ein einziger Mitpatient die Gruppe und deren Funktion sprengen kann. Die Mitpatienten sollen zumindest als nicht belastend erlebt werden. Wichtig sind Rückzugsmöglichkeiten vor anderen Patienten und vor Mitarbeitern, um Gefühle rauslassen zu können, Ruhe zu haben oder Gedanken zu sortieren. Das Erleben der Mitpatienten hat eher einen geringen Einfluss auf das Behandlungserleben, da die Interviewten auf ihre eigenen Problemlagen bezogen waren und der Kontakt eher zu Mitpatienten mit gleichen Problemlagen gesucht wurde.

Die genannten Aspekte lassen sich einzeln nennen und in ihrer Wirkung einzeln beschreiben. In den Interviews zeigte sich jedoch, dass das Erleben der Psychiatrie-Erfahrenen von den Aspekten als ganzheitlich wahrgenommen wird. Das Erleben ist komplex; gute Erlebnisse und Erfahrungen können nicht addiert und mit schlechten Erlebnissen und Erfahrungen subtrahiert werden, um zu einem Ergebnis über den Aufenthalt zu kommen. Vielmehr scheint es so, dass schlechte Erfahrungen und Erlebnisse einen größeren Einfluss haben, vor allem durch die verletzliche Phase,

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

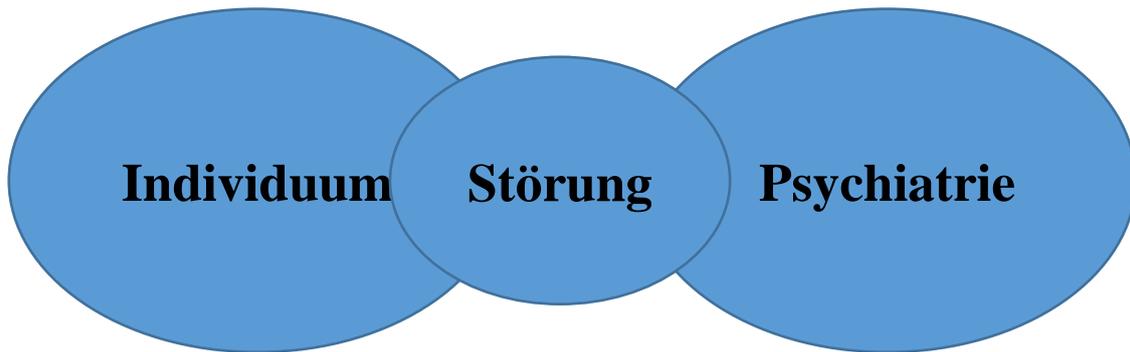
Umgebung bzw. Situation der Patienten. Gute Erlebnisse und Erfahrungen werden meist als selbstverständlich angesehen, wie das authentische Fragen nach dem Befinden ohne klinische Hintergründe. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll laut einem Interviewpartner ein Wohlfühlort sein. Diesen Anspruch kann sie aufgrund der Funktion als Krankenhaus zur Heilung von psychiatrischen Störungen nicht erfüllen. In dem weiteren Auswertungsschritt werden die angeführten Aspekte auf ihre ganzheitliche Bedeutung hinterfragt, um Wirkfaktoren zu diskutieren.

2.2.4.3 Welche Wirkfaktoren des Aufenthalts lassen sich aus den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen ableiten und sind für eine (nicht) förderliche pädagogische Konzeptualisierung maßgeblich? - 3. Auswertungsphase

In den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen werden bei genauerer Betrachtung Ambivalenzen sichtbar, die auf pädagogische Wirkfaktoren verweisen. Zentral erscheinen die unterschiedlichen Ziele des Aufenthalts von Institution und Individuum, wie bereits in der zweiten Auswertungsphase beschrieben: Ein Gefühl von unterschiedlichen Zielen zwischen Institution und eigenen Zielen der Patienten ist deutlich und stört das Verständnis über die Behandlungsausrichtung. In den Interviews sind Ziele aus Patientensicht die Bewältigung der speziellen Lebensphase und mit den Problemen verstanden zu werden. Die Problemlage und der Aufenthaltsgrund werden in den Interviews als Lebenssituation verstanden und sind eng verbunden mit dem nahen sozialen Umfeld. Die Psychiatrie soll die Probleme aus Sicht der Patienten anerkennen und mithelfen sie zu verändern. Die Psychiatrie fordert dagegen aber eine Krankheitseinsicht. Psychiatrie ist auf Patienten bezogen. Mit ihm wird trotz Familientherapie zentral gearbeitet und er muss sich ändern. Anpassung, wie in den Interviews häufiger angesprochen, ist die äußere Annahme der institutionellen Ziele ohne diese, die hier vereinfacht als Verbesserung der Störungssymptomatiken verstanden werden, tatsächlich aufzunehmen. Die Ziele der Institution und die Ziele der Patienten stimmen nicht überein und scheinen selber nicht ausreichend besprochen worden zu sein. Wenn keine ausreichende Berücksichtigung und Selbstwirksamkeit/Kontrolle auf die eigenen verstandenen Problematiken erfahren wird, dann gibt es keine Einsicht zur Änderung, sondern die Institution wird als weitere Belastung erfahren, die möglichst zukünftig vermieden werden soll. In diesem Verständnis ist die Schnittstelle zwischen Individuum und Institution die Störung (siehe Abbildung 2), die Verbesserung der Störungssymptomatiken wird von Patienten und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Zielen verfolgt.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

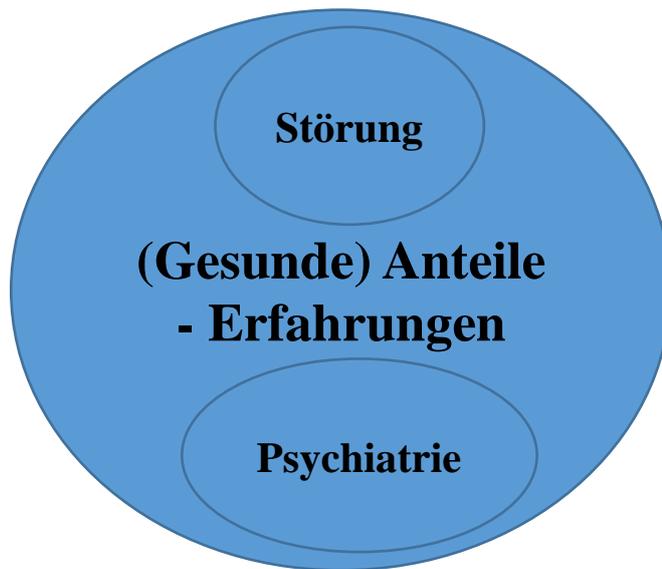
Abbildung 2: Psychische Störung als Schnittstelle zwischen Individuum und Psychiatrie



Die Störung selber erscheint in den Interviews als Spannungsfeld – auf der einen Seite besteht eine Identifikation mit der Störung, auf der anderen Seite erscheint nur eine ungenügende Integration von Störungen ins Selbstbild. Auf der einen Seite wird sich von den Diagnosen abgegrenzt, auf der anderen Seite erfolgt eine Identifikation mit den Störungssymptomatiken. Diagnosen sind eher negativ konnotiert. Sie werden aber als Erklärung und somit als hilfreich empfunden. Dabei wird die Störung verstanden als Ausdruck eigener (Lebens-)Probleme positiver im Selbstbild wahrgenommen als die medizinische Diagnose. So bleiben Gefühle gegenüber der medizinischen Institution ambivalent; auf der einen Seite wird eine Ausrichtung an alters- und störungstypischen Bedürfnisse gewünscht, auf der anderen Seite hohe individuelle Anteile. Dies führt zu der Frage, was als Therapie verstanden wird. In den Interviews wurde von einem einheitlichen Verständnis von Therapie ausgegangen. Doch erscheint in den Interviews eine erfolgreiche Therapie als erfolgreiche Lebensberatung, nicht als Eingriff auf die Person oder die Störung. Denn die Störung und die Psychiatrie-Erfahrungen (Psychiatrie als vorübergehender Ort) sind keine Schnittstellen, sondern werden als Identität des Menschen wahrgenommen. Augenscheinlich tritt die Zeit vor dem Aufenthalt als Indikator für den Erfolg nach der Entlassung auf, die Psychiatrie ist nur eine Zwischenstation, die ergebnislos oder erfolgreich zwischen den Lebensphasen und der Bewältigung von Problemen steht. Zu der Identität des Menschen gehören demnach die Störung sowie die gesunden Anteile, Erfahrungen und hierin auch die Psychiatrie als vorübergehender Lebensort (Abbildung 3).

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Abbildung 3: Psychische Störung und Psychiatrie als Identitätsmerkmal.



Ein Verständnis, was im Leben verbessert werden und was die Kinder- und Jugendpsychiatrie dabei machen soll, erscheint in den Interviews nur ungenau und nicht detailliert vorhanden. Es zeichnen sich ambivalente Allmachtsfantasien gegenüber der Institution ab; die Institution kann alles heilen und alles besser machen versus dem Erleben, dass die Institution übermächtig ist und alles mit einem machen kann (Depersonalisierungsgefühle). Darauf bezogen, werden vordergründig in den Interviews Themen wie Therapie-Angebote und deren Wirkung sowie der Umgang mit Transparenz und Diagnosen angeführt. Die Aufenthaltsgestaltung bleibt im Verständnis der Arbeit und für die Psychiatrie-Erfahrenen sehr wichtig, denn diese ist ausschlaggebend für das Erleben und beeinflusst die Einstellung zum Aufenthalt und zur therapeutischen Behandlung. Die vordergründigen Aspekte der Aufenthaltsgestaltung erfüllen Grundlagen der Wirkfaktoren, Doch von Patienten erlebte Wirkfaktoren des Aufenthalts liegen hinter den offensichtlichen wahrgenommenen Aufenthaltsaspekten. (Pädagogische) Wirkfaktoren für einen Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind demnach:

- Erarbeitung von Zielen, die auf eine gemeinsame Richtung hinweisen,
- Erwartungen entwickeln, die realistisch sind,
- die Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen, die eine Reflexion von Zielen, Erwartungen, der Beziehungen und Interaktionen sowie des Aufenthaltsverlaufes selber ermöglichen

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- und Reflexion und Verstehen der Patienten und deren Lebenssituation sowie des Aufenthalts in der Institution selber, um Ambivalenzen und Missverständnisse zu vermeiden.

In den Interviews fehlen Anmerkungen zur Reflexion des Aufenthalts durch die Mitarbeiter der Institution. Das Gefühl der Allmacht entsteht durch Unwissenheit der Patienten über die institutionellen Vorgaben/Rahmenbedingungen und anscheinend umgekehrt durch mangelndes Wissen der Mitarbeiter über die hohe Bedeutung des psychiatrischen Alltagserlebens der Patienten und dessen Wirkung (Kontrolle über Situation bedeutet Abbau von symbolischer Gewalt). Als bedeutsam erscheinen Gespräche über den Aufenthalt an sich, Ziele der Institution und Ziele der Patienten anhand der unterschiedlichen Problemsichten, das Verhältnis von als gut und schlecht erlebten Aspekten (wie Transparenz, Therapie etc.) und das Angebot einer unterstützenden Lebensberatung, um gemachte (Lebens-)Erfahrungen zu reflektieren.

2.2.4.4 Reflexiver Entwicklungsraum

Die Klinik wird von Psychiatrie-Erfahrenen als eigener Erfahrungsraum wahrgenommen, der abgekapselt zu anderen Erfahrungsräumen z. B. der Schule erscheint. Eingebunden sind laut der Aussagen alle Erfahrungen im Stationsalltag, der maßgeblich durch einen institutionellen Ablauf bestimmt ist. Ziel ist auf Seiten der Patienten ist die Verbesserung der wahrgenommenen Probleme, das Ziel der Klinik anscheinend eine Verbesserung der Symptomatiken. In den Interviews stellte es sich so heraus, dass eine wirkliche Verbesserung der Symptomatiken und eine Anpassung an die vorgegebenen Verhältnisse (ohne wirkliche Änderung der Symptomatiken oder des Leidensdrucks) das gleiche Ergebnis in der Behandlung hatten – eine Entlassung aufgrund Verbesserung der Symptomatiken. Dies deutet auf die hohe Relevanz von Funktionalität im Aufenthalt hin, in dem Sinne, dass Ziele (Normalisierung) erreicht werden sollen, durch vorgegebene Abläufe (Methoden, Strukturierungen etc.), um ein normalisiertes Verhalten (unabhängig von wirklicher Veränderung oder Anpassung) zu erreichen, welches die Institution in ihrer gesellschaftlichen Aufgabe legitimiert. Doch nicht Anpassung ist das pädagogische Ziel, sondern Menschen die weitgehendste Kontrolle über das eigene Leben zu ermöglichen, zu erhalten und/oder zu erweitern. Pädagogische Prinzipien wie Mündigkeit

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

können dabei nicht antrainiert oder unter Zwang eingepflegt werden. Es gilt pädagogische Konzepte zu etablieren und zu überprüfen, die die genannten Erziehungsziele verfolgen. Der verwendete Begriff reflexiver Entwicklungsraum lässt sich aus den Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen herleiten. Mit Reflexion werden hier die bewusste Selbstaufklärung der eigenen Person und deren Lebenszusammenhänge zu der individuellen aktuellen Lebenssituation verstanden. Voraussetzung hierfür sind soziale Interaktionen sowie das Einverständnis und Wollen der Patienten. Dies ist der fachliche Moment des Erziehungsprozesses und verlangt anstatt sprachliche und symbolische vorgegebene und auf die Situation übertragene Wahrheiten (symbolische Gewalt) aktives und methodisches Zuhören, um die wahrgenommene Lebenswelt mit all ihren Erfahrungen, Handlungsmustern, mit all ihren Defiziten und vor allem der Ressourcen zu erfassen. Eine Diagnose und eine Sozialanamnese sind kein Ersatz für das Verstehen der von Kindern und Jugendlichen wahrgenommenen Lebenswelt. So ist zu hinterfragen, wie sich die Situation für die Kinder und Jugendlichen darstellt, welche Beziehung zwischen Mitarbeiter und Patient sich daraus ergibt, die Ziele der Kinder und Jugendlichen auf der einen Seite und der Institution auf der anderen sowie die Motivation und Begründung für die Einlassung auf eine reflexive Austauschbeziehung. Die Haltung verlangt ebenso eine Reflexion der Mitarbeiter, wie der Patient gesehen wird innerhalb (der sozialen Bedingungen) des Aufenthalts und welche Rolle (Patient, Klient, Kind, Lernender) ihm zukommt. Über den reflexiven Moment als Erfahrungsquelle entsteht ein Entwicklungsraum. Hierin wird zentral der aktuelle individuelle Lebenszusammenhang der Kinder und Jugendlichen als Ausgangslage genommen, der von diesen nicht als explizite Frage während des Aufenthalts gestellt wird (dafür ist die Phase zu dynamisch), aber während des Aufenthalts zum Ausdruck kommen kann. Wesentlich ist die Vorbereitung von Entscheidungen und Veränderungen mit dem Wunsch Verbesserung der Lebenslage und eine Verringerung eines gefühlten Leidensdrucks. Eine Klinik ist dies ein Raum, der zu der eigentlichen Lebenssituation eine Form von Distanz schafft, in der über zukünftige Lebensentscheidungen nachgedacht werden kann mit der Entwicklung einer deutlicheren aufgeklärteren³² Haltung als gegenüber dem Eintritt. Dem reflexiven Entwicklungsraum stehen externe Motivationen, Zwang, Vorschriften, (Vor-)Urteile, unumstößliche Wahrheiten gegenüber, dagegen gilt es hierin Verstehen (zumindestens Verständnis) und Hilfe für eine bessere Übersicht/Lebenserfahrung (Teilen von

³² Dieser Begriff wurde gerade deswegen gewählt, da er eine fortschreitende Mündigkeit mit einbeziehen soll.

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Erfahrungen) zu ermöglichen. Das Kind ist aktiv im Austausch mit der (sozialen) Umwelt und das Zusammenleben bedeutet gemeinsam gemachte und geteilte Erfahrungen. Hierin geht es um die kontinuierliche (Re-)Konstruktion von Erfahrungen, worunter Dewey Wachstum verstand (siehe Kapitel 1.4.1). Erforderlich hierfür bleibt der Beziehungsaufbau.

2.2.4.5 Zusammenfassung der Erkenntnislage

Es werden unter der Fragestellung: Wie wird der Aufenthalts- und Behandlungsverlauf in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie von Patienten erlebt? die Kapitel zum Forschungsstand und der eigenen Ergebnisse zusammengeführt. Ziel des Abschnittes war es die Patientensicht über vorhandene Forschungen zu erörtern, Herausforderungen solcher Forschungsarbeiten abzuschätzen und über eigene Arbeiten die Patientensicht näher gehend einzubringen. Über einen lebensweltorientierten Ansatz wurden Grundlagen für die Beschreibung von Wirkfaktoren generiert. Der Forschungsstand zeigte eindeutig, dass qualitative sozialwissenschaftliche Forschung in dem Feld bislang unterrepräsentiert ist. Mangelnde wissenschaftliche Erkenntnisse oder Diskussionen um Ergebnisse verhindern einen Ausbau der sozialwissenschaftlichen Profession. So lassen sich zwar interessante Studien ausmachen, jedoch ist der Schwerpunkt naturwissenschaftlich ausgerichtet oder die Studien wurden meist quantitativ erfasst, was einer Berücksichtigung von psychosozialen Prozessen entgegensteht. Gerade die von der pädagogischen Profession geforderte Ausrichtung an der individuellen Lebenswelt der Patienten erfordert die Berücksichtigung individueller und psychosozialer Prozesse sowie die Gestaltung von Rahmenbedingungen. Dennoch bildet das Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen, wie es Beresford eindrucksvoll beschrieben hat, eine untergeordnete Rolle in den Forschungen. Dabei ist gerade das Erfahrungswissen ausgehend von einem lebensweltorientierten Ansatz gewinnbringend für die pädagogische Arbeit. Gewinnbringend, um vor allem Erkenntnisse über Wirkfaktoren weiter zu ergründen, auf die sich die Profession stützen, ihren Zuständigkeitsbereich abstecken und konzeptualisieren kann. Gefühle wie Hoffnung auf Entlassung und ein gesundes Leben lassen sich nicht quantifizieren, vor allem da sie je nach Stimmungslage schnell schwanken können.

Der zweite Teil stellt die individuellen Sichtweisen und das Erleben dar, mit dem Ziel Grundlagen von Wirkfaktoren zu generieren. Die ausführliche Darstellung war notwendig, um einen größtmöglichen Einblick der recht heterogenen Patientensicht zu

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

ermöglichen, und damit Rückschlüsse nachvollziehbar bleiben. Die generierten Wirkfaktoren im Sinne eines reflexiven Entwicklungsraumes sind:

- Erarbeitung von Zielen, die auf eine gemeinsame Richtung hinweisen,
- Erwartungen entwickeln, die realistisch sind,
- die Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen, die eine Reflexion von Zielen und Erwartungen, der Beziehungen und Interaktionen sowie des Aufenthaltsverlaufes selber ermöglichen
- sowie Reflexion und Verstehen der Patienten und deren Lebenssituation sowie des Aufenthalts in der Institution selber, um Ambivalenzen und Missverständnisse zu vermeiden.

Die Grundlagen von Wirkfaktoren klingen auf den ersten Blick banal, jedoch sind diese für die Arbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen hoch bedeutsam. Diese verweisen auf die Wechselwirkung zwischen sozialem Umfeld und dem Menschen sowie der hohen Bedeutung von Verstehen der individuellen psychosozialen Grundbedürfnisse der Patienten. Der hohe Bezug in den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen zu einer Lebensberatung verweist auf den heilenden Aspekt einer (pädagogischen) Behandlung, der über das Verstehen der Lebenswelt und den Beziehungsaufbau einen Zugang zur Seele erlaubt. Vor allem die Berücksichtigung der individuellen biografischen Hintergründe und die daraus gemachten Erfahrungen erscheinen unter dem Aspekt des Verstehens und der Förderung der psychosozialen Entwicklung von zentraler Bedeutung während der Aufenthaltsgestaltung. Pete Bullimore (Psychiatrie-Erfahrener) äußerte auf dem Kongress Medication Human Distress 2011 in Cork (Irland) seine hierzu treffende Auffassung: „It's about stories and looking at narratives“ und „Don't ask what's wrong with you, ask how you get there!“ - dies fasst die Aussage zu einem reflexiven Entwicklungsraum treffend zusammen.

Die besonderen Rahmenbedingungen der Institution müssen für die Behandlung und die Gestaltung des Psychiatriealltags Berücksichtigung finden. Die Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen oder bereits der Patienten bildet einen wesentlichen Anhaltspunkt der Reflexion der Gestaltung des Psychiatrieaufenthalts und -alltags sowie dessen Wirkung heraus. Effektiv für den Aufenthalt und die therapeutische Behandlung werden aus Patientensicht die Wahrnehmung vom Setting und das Erleben von Transparenz, die Berücksichtigung der eigenen Problemwahrnehmung, den Umgang mit Erwartungen an den Aufenthalt, die Beziehungen während des Aufenthalts zu

2.2 Die Psychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Personensorgeberechtigten, die Beziehung zum Personal in Zusammenhang mit den wahrgenommenen Interaktionen, Schule, die Umsetzung von Strukturen und Regeln sowie der Umgang der Mitarbeiter mit Diagnosen und Testergebnissen genannt. In den geführten Interviews wurde das Erleben des Aufenthalts mehrheitlich als funktional und nur in wenigen Situationen als personenorientiert beschrieben. Dies führte zum Ergebnis eines (vorgetäuschten) sozialen Konformismus, der ausgerichtet wird an konditionellen Verhaltensweisen (Belohnung/Bestrafung) – weder Heilung bzw. ein verbesserter Umgang mit den Problemen noch eine förderliche Ausrichtung an den gesunden Anteilen konnte so erreicht werden, sondern gegenteilig eher eine Manifestation der Probleme. Eine solche Ausrichtung ist aus der eingangs vorgestellten pädagogischen Sicht abzulehnen. Ziele, die auf eine gemeinsame Richtung zeigen sind in der Praxis anscheinend schwer herzustellen. Vor allem unpassende Erwartungen führen zu Missverständnissen und behindern einen wirklichen Fortschritt der Behandlung. Zwei in den Interviews entscheidende negative Pole sind die Erwartung an eine schnelle „Heilung“ (die meist nicht erfüllt werden kann) und eine Hoffnungslosigkeit, dass sich Verhältnisse im Leben durch den Aufenthalt nicht zum Besseren wenden - die Ambivalenz drückt sich in einer vorgespielten institutionellen Anpassung aus. Die Erwartungshaltung an den Aufenthalt und Vorstellungen über die Kinder- und Jugendpsychiatrie haben eine entscheidende Rolle. Dort gemachte Erfahrungen haben, wie von den Psychiatrie-Erfahrenen berichtet wird, Auswirkungen auf die Persönlichkeit und das Selbstvertrauen der Patienten. Das Verstehen der Lebenssituation der Patienten und deren psychosozialen Bedürfnisse, die Abläufe und Gestaltung der Einrichtung und die angebotenen Beziehungen scheinen demnach der wesentliche Kern einer pädagogischen Handlungsausrichtung mit einem hohen Wirkfaktor zu sein. Die Interviews lassen die hohe Bedeutsamkeit und die bedeutsame heilende Wirkung eines theoretisch fundierten Erziehungsbegriffes und eines eigenen Professionsbereiches in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersichtlich werden, der sich lebensweltorientiert und fallspezifisch an den gesunden Anteile orientiert und sich an Mündigkeit mit Voraussetzung einer praktischen Vernunft sowie Partizipation ausrichtet – und dies mit einem langfristigen Effekt.

2.3 Experteninterviews

Um die Lebenswelt der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bereichern, wurden Experteninterviews geführt. Die Auswertung von Experteninterviews bereichert die Arbeit durch Sachverhalte in verschiedenen Bereichen, die ansonsten nicht aufgenommen würden. Dies stellt den Versuch dar ein einheitliches praxisnahes Verständnis von der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zur Aufenthaltsgestaltung anhand von Expertenwissen nachzuzeichnen und weitere Rückschlüsse auf die Gestaltung von Handlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie praxisnah zu erschließen, die über die anderen Wege nicht entdeckt werden konnten.

Begonnen wird mit der grundlegenden Darlegung des Verständnisses von Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den Experten. Hiernach werden die Aussagen der Experten den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen gegenübergestellt, um die Perspektive der Mitarbeiter ergänzend zu den Psychiatrie-Erfahrenen-Interviews zu untersuchen. Dadurch wird das Bild vom Erleben des Aufenthalts durch diese Sichtweise vervollständigt. Dies geschieht durch eine nähere Betrachtung der pädagogischen Berufsrolle im Pflege- und Erziehungsdienst und der multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie einer Betrachtung von Elternarbeit und der Klinikschule. Die Aussagen der Experteninterviews dienen der Erstellung eines umfangreichen praxisnahen Bildes und zur Nachzeichnung eines pädagogischen Fallverständnisses. Es wurde sich gegen eine Kürzung des Berichts entschieden, da sonst der entwickelte Erfahrungshorizont und das Fazit nicht nachvollziehbar sind.

2.3.1 Interviewerhebung und Auswertung

2.3.1.1 Wer ist Experte?

Die Expertenrolle wurde lange am Beruf festgemacht. Der gesellschaftliche Wandel erzeugt jedoch eine neue Aneignung von Wissen, wodurch die Bindung an die Berufsrolle gelockert wird (vgl. Meuser und Nagel 2009, S. 467f.). Diese Lockerung hat die vormals deutliche Trennung von Disziplinen bei Experteninterviews verändert, wenn auch nicht kritiklos (vgl. a.a.O., S. 468f.).

„Im Vordergrund steht hier [bei systematisierenden Experteninterviews, Anm. DB] das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogner und Menz 2009, S. 64.) also subjektives berufsbezogenes Handlungs- und Erfahrungswissen. Experten dienen als Informanten über alltagspraktische Erfahrungen, Sachverhalte und Fachwissen, die für den Forscher

2.3 Experteninterviews

nur schwer zugänglich sind. Hierüber werden Abläufe und soziale Situationen rekonstruiert (vgl. a.a.O., S. 65).

Der Status des Experten wird ausgehend vom Forschungsinteresse bestimmt. Experten haben eine besondere Stellung im zu untersuchenden sozialen Zusammenhang und besitzen dadurch für das Forschungsinteresse relevantes spezifisches Wissen (vgl. Gläsel und Laudel 2010, S12f.). Kinder und Jugendliche kommen in der Psychiatrie mit unterschiedlichen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufen in Kontakt. Das Wissen über eine Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Abläufe von Seiten der Mitarbeiter ist deswegen höchst bedeutsam. Unter Experten werden für diese Arbeit demnach Mitarbeiter von Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. Mitarbeiter aus feldnahen Einrichtungen verschiedener Professionen gefasst, die Erfahrungen und Wissen über Rahmenbedingungen eines Aufenthaltes in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Stationsalltag verfügen. Die Befragung mehrerer Akteure aus verschiedenen Bereichen dient einer möglichst weit umfassenden Generierung von Wissen, da kein Mitarbeiter in allen Bereichen Kenntnis haben kann oder Erfahrungen sammeln konnte.

2.3.1.2 Interviewpartner

Insgesamt wurden elf Experten aus verschiedenen Berufen interviewt. Der Kontakt wurde überwiegend durch die Arbeiten meiner Promotion, über mein Beschäftigungsverhältnis oder über besuchte Kongresse und, als eine Ausnahme, über einen persönlichen Kontakt hergestellt. Formale Anfragen an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgten nicht.

Tabelle 4: Übersicht der interviewten Experten

Nr.	Berufsgruppe	Einsatzort/Bereich:	Berufserfahrung in Jahren	Anzahl der KJPen	Geschlecht
1	Erzieher	Jugendpsychiatrische Intensiveinrichtung	2	0	M
2	Sonderschullehrer	Dezentrale Schule mit Förderschwerpunkten emotionale und soziale Entwicklung, Klinikschule	8	0	W
3	Heilerziehungspfleger	Verschiedene Stationen [Kinder, Jugendliche, Sucht] und Stationsleitung	10	1	W
4	Psychologe	Ambulante Einrichtung	0,4	0	W
5	Erzieher	Stationsleitung	23	1	M

2.3 Experteninterviews

6	Erzieher	Stationsleitung	30	1	M
7	Pflegekraft	Stationsleitung	21	1	W
8	Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft für leitende Mitarbeiter/-innen im Pflege/Erziehungsdienst in der KJP (2012)	Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft	k.A.	1	M
9	Pflegekraft	Stationsleitung	6	1	W
10	Heilerziehungspfleger	Mitarbeiterin Kinderstation	4	1	W
11	Leitung Kinder- und Jugendpsychiatrie	Klinikleitung und Forscher (Medizin)	k.A.	k.A.	M

Bei der Auswahl der Experten wurde prozessbezogen vorgegangen. So stand von Beginn an keine Auswahl von Berufsgruppen oder ähnlichen Kriterien (Stichprobe) fest. Bei der Entscheidung, Experten für das Promotionsvorhaben zu interviewen, war die Grundidee, den Erfahrungen der ehemaligen Psychiatrie-Nutzer die Erfahrungen von Mitarbeitern entgegenzustellen, um mögliche unterschiedliche Sichtweisen herausarbeiten zu können. Da die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen sich noch im laufenden Prozess befanden, war noch keine Vorstellung vom spezifischen Fallverstehen gegeben. Aufgrund dessen wurden die Experten nach und nach, beginnend mit einem Experten aus einer Nachsorgeeinrichtung, angelehnt an dem Theoretical Sampling (Merkens 2007, S. 295ff.), akquiriert. In dem ersten Interview wurden Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen und der Außenblick auf Kinder- und Jugendpsychiatrien erfragt. Das zweite Interview führte zu einer Kooperationseinrichtung (Schule) einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der ein Außenblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Blick auf die Kinder und Jugendlichen und die enge Zusammenarbeit erfragt wurde. Das dritte Interview wurde mit einer ehemaligen Mitarbeiterin, die in verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet hatte, geführt. Alle Experten waren dem pädagogisch-pflegerischen Bereich zuzuordnen, das dritte Interview war der erste Inneneinblick. Zur Kontrastierung wurde ein Interview mit einer Mitarbeiterin aus einer ambulanten Einrichtung, mit der Aufgabe der Diagnostik, geführt. Dieses Interview war sehr interessant, aber führte zu keinem Gewinn für das Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Deswegen wurde der Inneneinblick weiter in den Vordergrund gestellt. Dank eines zufälligen Kontaktes auf einem Kongress konnte ich den Inneneinblick über drei Interviews mit Stationsleitungen aus verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleisten. Das Interview mit dem Vorsitzenden der

2.3 Experteninterviews

Bundesarbeitsgemeinschaft war bereits vereinbart. Es stellte sich heraus, dass in den geführten Interviews allgemeine Rahmenbedingungen angesprochen wurden und das Interview mit dem Vorsitzenden ein Gewinn vor allem für das Thema Rahmenbedingungen war. Es folgten durch eine Stationsleitung aus einer weiteren Einrichtung der Blick auf den Stationsalltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus den neunziger Jahren und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen. Dieses Interview spiegelt vor allem die nicht merklichen Unterschiede von Abläufen auf der Station zwischen den Jahrzehnten wider. Um den Blick zu erweitern, wurde ein Klinikleiter mit Forschungsaufgaben interviewt. Von einer theoretischen Sättigung kann nicht gesprochen werden, die Beendigung der Interviewerhebung erfolgte aus pragmatischen Zeitgründen des Promotionsvorhabens. Die Erhebung und Auswertung ist explorativ und filtert dennoch wichtige Themen und Aussagen aus der Praxis. Ausgehend von der Grundidee entwickelten sich die Experteninterviews an der Theorie orientiert und führten zusehends zu einer Bereicherung der theoretischen Ansätze.

2.3.1.3 Leitfaden und Interviews

Für die Interviews wurde sich für die Erstellung von Leitfäden entschieden. Leitfaden steht hier im Plural, da für die verschiedenen Berufsfunktionen der Leitfadenfragebogen angepasst wurde. Der Leitfaden diente als Steuerungshilfe für die Interviews. Dabei wurde der Leitfaden systematisch aufgebaut, die Fragen bewegten sich vom Allgemeinen zum Spezifischen (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 127 und 129). Ausgehend vom Erkenntnisinteresse und der Grundidee wurde ein Leitfaden mit zehn Fragen innerhalb dreier Themenbereiche entwickelt (vgl. a.a.O., S. 130); allgemeiner Aufenthaltsverlauf, Ausgestaltung des Aufenthalts für Kinder und Jugendliche sowie Aussagen über Sichtweisen von Patienten. Die Einstiegsfrage wurde zum generellen Ablauf gestellt, sodass die Frage den Interviewpartner allgemein aus seiner Sicht erzählen lässt und somit ebenfalls eine situative Einbettung der Erzählung nachvollziehbar wurde (vgl. a.a.O., S. 128f.). Darüber hinaus sollte der Interviewpartner ins Erzählen kommen, was durch offenes Nachfragen stimuliert wurde. Die Fragen innerhalb der Themenbereiche führten wiederum vom Allgemeinen zum Spezifischen (vgl. a.a.O., S. 130). Den Abschluss des Leitfadens bildete eine unspezifische Frage zu Verbesserungsmöglichkeiten. Die Abwandlung der Fragen erfolgte z. B. für das zweite Interview in der Form, dass die Kooperation in den Vordergrund rückte und somit der Blick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfragt wurde. Bei Interview 8 und 10 wurde

2.3 Experteninterviews

der Leitfaden komplett verändert Hier rückten Leitungsfunktionen, Rahmenbedingungen und berufspolitische Aspekte in den Vordergrund. Die Fragen wurden offen formuliert und unter jedem Fragepunkt wurden mehrere Anknüpfungsfragen hinsichtlich des Interesses formuliert. Dabei war auf eine mögliche Durchführung mit einer angemessenen Zeit zu achten. Vor den Interviews wurden Dritte wie z. B. einer mir bekannten Soziologin der Leitfaden vorgelegt, um diesen auf Verständlichkeit der Fragen und die Themenauswahl zu überprüfen. Der Leitfaden diente während den Interviews als Orientierung, eine starre Reihenfolge der Fragen wurde nicht verfolgt. Der Darstellungslogik der Interviewpartner wurde somit in den Interviews Rechenschaft getragen und war bedeutsamer als die sachliche Ordnung des Leitfadens (vgl. ebd.). Den Interviewpartnern sollte so möglichst viel Raum zur Selbststrukturierung des Interviews gegeben werden. Eine Distanz zu den eigenen erarbeiteten Theorien und Vermutungen wurde in den Interviews zurückgestellt, um eine Beeinflussung des Gespräches zu vermeiden.

Vor dem eigentlichen Interview (meist bereits bei Erstkontakt) wurde den Interviewpartnern das Verfahren und das Ziel des Interviews erläutert, eine Erlaubnis für die Tonbandaufnahme eingeholt, die Anonymisierung zugesichert und die Zusendung der Transkription vorgeschlagen, damit die Experten bis zur Freigabe die Kontrolle über das gesprochene Wort behielten. Auf das Schreiben von Notizen während des Interviews, um angesprochene Themen zu notieren und eventuelle Nachfragen stellen zu können, wurde ebenfalls der Transparenz halber im Vorfeld verwiesen (vgl. Mayer 2008, S. 36ff.). Nach Beendigung des eigentlichen Interviews wurden Sozialdaten, siehe obige Tabelle, abgefragt, um das Expertenwissen einordnen zu können. Nach der Verabschiedung vom Interviewpartner wurde ein Gesprächsprotokoll angefertigt, das die Situation des Interviews reflektiert, eigene Gefühle und wahrgenommene Reaktionen beschreibt sowie Irritationen und offene Fragen beinhaltet.

2.3.1.4 Auswertungsverfahren

Bei der Auswertung der Experteninterviews stand das geteilte Wissen und somit die Ordnung bzw. Sortierung des Wissens im Vordergrund, daher wurde sich für eine inhaltsanalytische Auswertungsmethode entschieden. Das Auswertungsverfahren sollte weiterhin dem entsprechenden explorativen Charakter des Datenmaterials genau so wie einer größtmöglichen Offenheit der Auswertung Rechenschaft tragen. Diesbezüglich wurde sich für eine Vorgehensweise entschieden, zwei Verfahren miteinander zu

2.3 Experteninterviews

kombinieren. Die ersten Auswertungsschritte orientieren sich an dem Auswertungsverfahren nach Meuser und Nagel, die abschließenden Schritte an dem von Mühlfeld et al. (1981) entwickelten Verfahren. Diese Vorgehensweise wurde favorisiert, da nach Mühlfeld et al. eine vorbestimmte Kategorisierung als zu einschränkend und nicht offen genug für die Themenermittlung empfunden wurde. Auf der anderen Seite sollte das Material nicht so stark verdichtet werden wie bei dem Verfahren von Meuser und Nagel. Eine Einordnung in (soziologische) Theorien erschien aufgrund des explorativen Charakters des Datenmaterials nicht sinnvoll. Andere Methoden, wie qualitative Inhaltsanalysen wurden prinzipiell nicht in Betracht bezogen, da vorrangig das geteilte Expertenwissen und das Ermitteln von relevanten Themen im Blickpunkt stand. Für die Auswertung der Interviews reichte eine Transkription der gesprochenen Inhalte, nicht notiert wurden zur Sprache gehörende Elemente wie z. B. Pausen.

Die von dem Auswertungsverfahren von Meuser und Nagel übernommenen Schritte sind die Paraphrasierung, das thematische Ordnen und der thematische Vergleich.

Beim Paraphrasieren wurden die Gesprächsinhalte textgetreu in eigenen Worten wiedergegeben. Hierdurch wurde das Datenmaterial ohne Reduktionen und Klassifizierungen verdichtet. Ein weiterer Vorteil war das eigene erneute Bewusstmachen der Inhalte. Das thematische Ordnen erfolgte anhand von Überschriften. Überschriften wurden innerhalb der Interviews gebildet und thematisch sortiert. Obwohl der Leitfaden eine Strukturierung vorgab, wurden gleiche oder ähnliche Themen an unterschiedlichen Stellen angesprochen oder wieder aufgegriffen. Beim thematischen Vergleich wurden die Grenzen der Interviews aufgehoben und die Interviews übergreifend betrachtet. Gleiche und ähnliche Themen aus allen Interviews wurden unter formulierten Überschriften zusammengefasst, die Überschriften wurden bei Bedarf angepasst. Das Augenmerk lag stets auf der Vermeidung von zu starken Reduktionen, damit keine wichtigen Informationen verloren gingen. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass Interview 4 nach diesem Schritt weitgehend unberücksichtigt blieb, die Überschriften deckten sich nicht mit denen der anderen Interviews und brachten keine nennenswerten Informationen über die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der nächste Auswertungsschritt bei Meuser und Nagel wäre die Konzeptualisierung, d. h. die Loslösung von den Interviews und eine Hinführung zu einem theoretischen Wissensbestand. Da die Interviews als explorativ anzusehen sind, wurde das Auswertungsverfahren nach Mühlfeld et al. weiter angewendet. Bei Mühlfeld et al. wären die ersten Schritte die Zuordnung in ein anhand der Leitfragen erstelltes Kategorienschema gewesen, was als nicht offen genug erachtet

2.3 Experteninterviews

wurde. Die innere Logik der Abschnitte (3. Stufe nach Mühlfeld et al.) wurde an dieser Stelle vorausgesetzt, aufgrund der bereits vorgenommene Zuordnung von Überschriften aus den verschiedenen Interviews. Die innere Logik der Überschriften wurde im nachfolgenden Schritt verschriftlicht, wobei unterschiedliche Aussagen der Experten berücksichtigt blieben. Die Zuordnung zu den Überschriften wurde durch diesen Schritt begründet und nachvollziehbar gemacht. In einem weiteren Schritt erfolgt die Erstellung des Auswertungstextes mit den Interviewausschnitten als Beleg und die Überprüfung anhand des Originaltextes (also der Transkription vom Interview).³³ Die letzte Stufe des Auswertungsverfahrens ist der Bericht, der nachfolgend dargestellt wird.

2.3.2 Bericht

2.3.2.1 Erster Berichtsteil – Verständnis der Institution und die Sicht auf die (Beziehungs-)Arbeit mit Patienten

a) Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Expertensicht

Jede Klinik ist nach Meinungen der Experten unterschiedlich. Gemeinsamkeiten in allen Kliniken bestehen in den geteilten Grundsätzen. So ist Erziehung neben der Pflege unstrittig als Behandlungsangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verankert. Im Ablauf mit den Patienten wird nach Expertenmeinung in allen Kinder- und Jugendpsychiatrien mit einem Stundenplansystem gearbeitet. Formale Unterschiede werden bestimmt durch die Trägerschaft, den regionalen Versorgungsgedanken und Rahmenbedingungen, wie regionalen Pflegesätzen und dem Klinikstandort (Gemeindenähe). Die Ausgestaltung der Klinik und die inhaltlichen Unterschiede zwischen Kliniken sind abhängig von der Leitung, den Abläufen und internen Hierarchien. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird allgemein als Anlaufstation für sämtliche Krisen gesehen, entscheidend für eine Einweisung ist der Schweregrad der Störung. Auf der anderen Seite wurde ebenfalls als Grund für eine Überweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie die schwache Personallage in Jugendhilfeeinrichtungen (Überforderung) genannt. Während aus Expertensicht die Einrichtung als Zwischenstation für die Kinder und Jugendlichen und auch als nicht realitätsnaher Schutzraum verstanden wird, scheint das Bild von Jugendhilfeeinrichtungen aus auf die Klinik als weitestgehende und letzte Station im Hilfesystem wahrgenommen zu werden.

³³ Die beiden letztgenannten Schritte wurden zusammenhängend durchgeführt, da es sich an dieser Stelle anbot und als sinnvoll erachtet wurde.

2.3 Experteninterviews

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die Chance, bei der Spitze der Verhaltensauffälligkeiten einen neuen Fokus für die Zukunft der Patienten zu setzen. Die befragten Experten äußerten sich, dass das Fachgebiet medizinisch ausgerichtet ist, obwohl Mediziner im Krankenhaus nicht die durchführende Berufsgruppe sind. Das Feld wird als eigenständiges Fachgebiet ausgewiesen, jedoch kommt es in der Praxis vor, dass Mitarbeiter aus anderen Fachgebieten die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht als eigenständiges Fachgebiet anerkennen.

Kritisch äußerten sich die befragten Experten aus anderen Einrichtungen, die mit dem gleichen Klientel arbeiten. Die Strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wären ausbaufähig, da nur das vordergründigste Problem bearbeitet wird. Es folgen Diagnosen aber keine erarbeitete längerfristige Strategie für die Klienten. Eine Erweiterung der pädagogischen Ausrichtung trotz der relativ kurzen Aufenthaltsdauer wird für möglich gehalten. Bezogen auf die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird erwähnt, dass die Arbeit zeitlich getaktet und die Hierarchie mit mehr Druck als in anderen Arbeitsbereichen behaftet ist.

Ein Experte äußerte, dass die allgemeine gesellschaftliche Erwartungshaltung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie 'Heilung' ist. Dieser Experte führte zugespitzt weiter aus:

„Wenn keiner mehr weiter weiß kommen Jugendliche in die Psychiatrie. Psychiatrie kann Krankheiten feststellen und mit der Diagnose kann man mit Tabletten arbeiten. Sofern die Jugendlichen entlassen werden, können sie als krank bezeichnet werden, eine Funktionalität besteht noch heute in einem Krankenhaus und Patienten wollen funktionell gepflegt werden, die Krankheit soll wieder verheilen. Krankenhaus und krank sein heißt nicht mehr Leiden, sondern dass leidlos mit Computertomografie, Medikamenten und Pflegenden die Krankheit behandelt wird“ (Interview E6).

Diese Aussage wird nicht von allen Experten gestützt. Ein Befragter nannte z. B. dagegen seine Sicht auf stationäre Behandlung; im Wesentlichen soll stationäre Behandlung nicht gemacht, sondern ambulante Behandlung anders ermöglicht werden. Die stationäre Therapie bringt viel bei klassischen Störungsbildern wie z. B. Persönlichkeitsstörungen und Depressionen.

b) Die Sicht auf Patienten

Patienten erinnern sich laut einem Experten nicht an das Therapiekonzept, sondern an Situationen, und an kleine Gesten (Kleinigkeiten), die von Mitarbeitern als nichtig eingestuft wurden. So zum Beispiel ein Patient (14 Jahre - Diagnose: Chronische Psychose), der nach einiger Zeit im öffentlichen Raum getroffen wurde und sich an gemeinsame Aktivitäten und die Persönlichkeit von jedem Mitarbeiter erinnern konnte. Ein anderer Patient hat sich nach Jahren an eine von der Mitarbeiterin nebenbei verschenkte Bastelei erinnert.

Auf die Frage, was die Experten aus der Sicht eines Patienten denken würden, kamen folgende Antworten hervor. Die Sicht ist abhängig von dem Setting und dem vermittelten Gefühl. So kann z. B. der Aufenthalt trotz schwierigen Settings bei einer bedrohenden Situation zu Hause als Sicherheit empfunden werden. Wie der Kontakt zu den Mitarbeitern erfolgt, ist ebenfalls bedeutsam, vor allem in Bezug auf Erfahrungen von Nähe (was vielleicht vorher nicht erfahren wurde) sowie die Gruppenstruktur der Mitpatienten. Im falschen Stationssetting gibt es keine Alternativen für die Behandlung, es kann nur das Beste daraus gemacht werden. Als negativ konnte ein Experte sich die vielen Regeln und Einschränkungen vorstellen, dass man in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht machen kann, was man möchte, sowie die starke Aufmerksamkeit auf Defizite und wenig Zutrauen. Weitere Aspekte sind die Freiwilligkeit des Aufenthalts, ob Ziele erreicht werden und wie sich das Elternhaus verändert/mitentwickelt.

Der Experte aus der Nachsorgeeinrichtung äußert, dass Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie meist als nicht freiwillig von den Klienten gesehen werden. Seine Patienten schildern die Anfangszeit als Aufbewahrungsstation und danach als ein hartes Arbeiten. Ziehen Patienten mit, gibt es Freiräume, werden Patienten auffällig, führt es wieder zur Aufbewahrung. Pädagogische Arbeit wird von seinen Klienten für die Zeit des Aufenthaltes nicht berichtet.

Ein anderer Experte ergänzt: Ein sich selbst verletzender Patient hat am Telefon bei einem späteren Kontakt erwähnt, dass das Handeln der Mitarbeiter in der damaligen Situation nicht nachvollzogen werden konnte, und jetzt im Nachhinein nachvollzogen werden kann. Dies verweist auf Effekte, die sich auch erst langfristig einstellen können und somit nicht direkt messbar sind.

Ein Experte meint, dass nicht alle Kinder Wünsche und Bedürfnisse äußern können. Ein anderer ergänzt, dass gewisse Eckpunkte über eine Pflicht vollzogen werden, um die

2.3 Experteninterviews

Bedürfnisse der Kinder abzudecken. Allgemein wird gesagt, dass Kinder so eine Struktur wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht kennen, wie z. B. Das gemeinsame Essen am Tisch oder die Vermittlung von Perspektiven, die Kinder oft nicht vor Augen haben. Auf der anderen Seite wird gesagt, dass der größte Teil der Patienten überlastet in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen und viele davon Ängste mitbringen. Patienten (Jugendliche) mögen vor allem psychomotorische Therapien zum Auspowern. Schlechte Erfahrungen wie Gewalterfahrungen können dazu führen, dass Kleinigkeiten im Alltag zur Hürde werden. Rückmeldungen von Patienten an Mitarbeiter werden nicht erwartet, so ein Experte.

c) (Institutionelle) Beziehungsaspekte zwischen Mitarbeitern und Patienten

Das therapeutische Verhältnis wird anders als das pflegerisch-pädagogische Verhältnis wahrgenommen. Wer den engeren Kontakt zum Patienten hat, ist davon abhängig, wie sich Beziehungen entwickeln. Nicht jeder Therapeut/Bezugsmitarbeiter kann mit jedem Patienten, es gibt verschiedene Typen/Charaktere von Mitarbeitern. Bei der Anzahl der Mitarbeiter finden Patienten meist jemanden, den sie mögen. Der Umgang mit dem Personal ist auf Seiten der Patienten ebenfalls unterschiedlich. Während ein Mitarbeiter von wenigen Rückmeldungen spricht (geringer als in der Somatik), die nicht erwartet werden können, spricht ein anderer von vielen Rückmeldungen (mehr als im Erwachsenenbereich da dort mehr Abstand zu Patienten vorhanden ist). Gute Begleitung bedeutet für einen Interviewpartner die Entstehung einer tragfähigen Beziehung zwischen (Bezugs-)Mitarbeiter und Kind, die durch die Turbulenzen auf der Station trägt. Erfahrungen des Interviewpartners sind, dass mit einer tragfähigen Beziehung weitere kleinere Fortschritte möglich werden.

Mitarbeiter benötigen ungefähr zwei Wochen, um einen Patienten besser kennenzulernen. Der Fokus der Kennenlernphase liegt auf der Station, die als maßgebend für den weiteren Verlauf genannt wird. Die Eingangsphase wird als sehr wichtige Phase bezeichnet, da viel Zeit für den Patienten vom Pflege- und Erziehungsdienst vorhanden ist. Innerhalb der zwei Wochen ist ein Erkennen von Defiziten und Ressourcen möglich und woran dringlich gearbeitet werden muss. Für Patienten nimmt der Pflege- und Erziehungsdienst teilweise eine Gegnerrolle ein. Konflikte mit Patienten treten häufig auf, wenn Mitarbeiter etwas strenger und nicht empathisch sind. Konflikte sind geringer als mit den Eltern, da Mitarbeiter eine andere Stellung als die eigenen Eltern haben. Im direkten Unterschied zu Eltern sind Mitarbeiter ausgeruht. Eltern haben Belastungen rund um die

2.3 Experteninterviews

Uhr, Mitarbeiter haben Abstand zu den Kindern und können sich besser in die Lage der Kinder versetzen („Wir verstehen dich, wir wissen den Hintergrund“). Empathisches Vorgehen kostet jedoch viel Anstrengung.

Patienten sind bei Erstkontakt meist unbekannt. Unkenntnis, so ist sich ein Experte sicher, ist die größte Chance der Mitarbeiter, da es keine Verstrickungen oder eine gemeinsame Vergangenheit gibt und die Zukunft nicht vorhergesehen werden kann. Aus diesem Grund können Mitarbeiter sich frei auf Patienten zubewegen und die Patienten auf die Mitarbeiter. Patienten organisieren sich laut Aussage des Experten untereinander und Mitarbeiter organisieren sich untereinander; der Austausch zwischen den Gruppen ist als ein Zugang möglich. Es wird als zudem möglich und notwendig angesehen, vertrauensvolle Situationen in der Eingangsphase aufzubauen denn so wird eine Basis für eine therapeutische Beziehung hergestellt. Der Vertrauensaufbau ist abhängig von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten - Wie kommunikativ ist ein Patient? Wie kann oder möchte ein Patient das Angebot annehmen? Eine Beziehung und das Vertrauen zu den Mitarbeitern werden als wichtig für die Verarbeitung von Lebensereignissen angesehen, um schwierige Themen ansprechen zu können. Mit der inneren Haltung kann man bei dem Patienten etwas öffnen. Wichtig ist es sich auf die Ebene des Kindes und sich damit auf dessen Sprache und Möglichkeiten einzulassen. Erzieher und Pflegekräfte haben das beste Händchen um sich auf die Kinder einzulassen, da noch nicht so viel therapeutisches Gedankengut in der täglichen Arbeit angekommen ist. Wichtige Aspekte für Vertrauensaufbau und Umgang mit Patienten sind:

- Verlässlichkeit („Das Allerwichtigste, wenn Mitarbeiter sagen ich bin jetzt da und spiele mit dir dann muss der Mitarbeiter da sein und spielen“ Interview E10)
- Gestaltung des Alltags hilft Patienten beobachten Mitarbeiter (wenn Patienten den guten Umgang zwischen Mitarbeiter und anderen Patienten sehen, kann dies eine Hilfe für den Kontaktaufbau sein)
- Offenheit,
- Ehrlichkeit und keine Verschönerungen (auch wenn es unangenehm ist).

Auf Expertenseite wurden ebenfalls Aussagen zu Verhaltens- und Beziehungsmustern der Patienten getroffen. Beziehungen können zu Patienten während des Aufenthalts aufgebaut werden. Kinder und Jugendliche sind allgemein in ihren Verhaltens- und Beziehungsmustern allgemein an Nähe orientiert. Zu Kindern ist ein leichter Zugang

2.3 Experteninterviews

möglich, da diese bezugsbedürftiger sind als Jugendliche. Aber Kinder sind sehr betreuungsintensiv und brauchen viel Zuwendung. Obwohl verbale Ablehnung artikuliert wird, wird Nähe oft gebraucht. Einige Patienten fordern viel Zuwendung ein (kann bei einigen nicht gestillt werden – Fass ohne Boden) und sind bei wahrgenommener Ablehnung direkt beleidigt. Patienten holen sich Zuwendung, auch auf negative Art. Sie fordern Grenzen heraus und übertreten diese, um zu testen, ob sie danach immer noch gemocht werden. Die herausforderndsten werden als die anhänglichsten Patienten bezeichnet. Mitarbeiter müssen überlegen, wie ein Patient unterstützt werden kann, sodass Aufmerksamkeit erhalten wird ohne negatives Verhalten zeigen zu müssen. Projektionen sind ein Thema auf Therapiestationen. Die Mitarbeiter müssen beachten, was wie von den Klienten verstanden wird und was eine bestimmte Interaktion auslöst. In einen normalen Umgang sind viele Handlungsmöglichkeiten vorhanden, wie zum Beispiel paradoxe Interventionen, die dennoch funktionieren. Gewisse Störungsbilder wie Psychosen machen eine Annäherung und den Beziehungsaufbau schwierig und behindern die Reflexionsfähigkeiten der Patienten.

d) Psychosoziale Bewältigungsaspekte

Eine Krise tritt in den seltensten Fällen plötzlich auf. Meist wird eine Verhaltensauffälligkeit bei Kindern in der Grundschule bemerkt. Die Verhaltensauffälligkeit wird intensiver, je länger gewartet und nichts unternommen wird, da vieles was das Verhalten beeinflusst verfestigt. Laut eines Interviewpartners nimmt die gesellschaftliche Informiertheit zu und den Menschen wird bewusst, dass mit einer psychischen Krankheit ein (normales) Leben geführt werden kann.

Mitarbeiter, so die Aussagen aus den Interviews, versuchen im Stationsalltag an Ressourcen der Patienten anzuknüpfen, um durchgehend an Kompetenzen und Ressourcen arbeiten zu können. Somit findet viel Ressourcenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Gerade bei Jugendlichen muss zukunftsprospektiv gearbeitet und so die Weiterentwicklung der Patienten gefördert werden. Wichtig ist, dass das Team konstant bleibt und alle in die gleiche Richtung ziehen. Es sind kurze Abklärungen notwendig, wo die Ressourcen in Form meist kleinerer Ansatzpunkte liegen. Ressourcengepräche- und förderungen finden im therapeutischen Einzelgespräch und im Rahmen des Bezugspersonensystems durch pädagogische Einzelgespräche statt. Die Ressourcenförderung wird über praktische Tätigkeiten umgesetzt. Hinzu kommt das Testen von alterstypischen Grenzen. Diese Ressource muss gelenkt und soll therapeutisch

2.3 Experteninterviews

genutzt werden. Patienten merken auch was nicht so gut gekonnt wird, wenn ausschließlich auf die guten Sachen im Alltag eingegangen wird. Es gibt Situationen, mit denen Patienten überfordert sind und bei denen z. B. ein Gespräch keinen Nutzen für die beteiligten Seiten hatte. Überforderungen können zu viele Informationen und zu viele (Entscheidungs-)Möglichkeiten oder kleine Ansätze wie zu lange still sitzen beinhalten. Rückschläge bedeuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder von vorne anzufangen. Rückschläge verringern die Motivation von Patienten.

Die Experten berichten von einem typischen Verhalten der Patienten. Es gibt Patienten, die bestimmte Situationen krankheitsbedingt nicht aushalten können, dafür gibt es von Seiten der Interviewten Verständnis. Nicht mitziehende Patienten, bei denen das störende Verhalten nicht krankheitsbedingt ist, werden dagegen als aufhaltend angesehen. Die Sichtweise eines Interviewpartners ist, dass man es langsam angehen muss oder auch einen Schritt zurückgeht, da es ansonsten zur Eskalation führt. Therapien greifen nur mit der Freiwilligkeit von Klienten. So blockieren einige Jugendliche die Maßnahmen. Als Entstehung für solche Widerstände wird häufig eine mangelnde Krankheitseinsicht angegeben. Gewünschte Veränderungen der Patienten gehen nicht schnell und nicht mit Druck. Die Patienten probieren sich aus z. B. über das Anlügen der Mitarbeiter. Dies ist jedoch für einige Patienten als Therapieerfolg zu werten. Andere probieren sich über Regelverletzungen aus, z. B. sind sie nicht pünktlich zum gemeinsamen Abendessen oder Verweigerung des Schulbesuches. Ein Experte sprach von Belohnungssystemen um Anreize zu schaffen und Konsequenzen besser zu verdeutlichen. Als Erfolg zur Selbstständigkeit wird das Melden bei verpatzten Handlungen von Patienten (z. B. zu spät kommen wegen Verlaufen) bewertet, vor allem verbunden mit der eigenständigen Suche nach Lösungen.

Ein Interviewpartner berichtet von den großen Auswirkungen kleiner Handlungen. Manche Patienten kommen zurück auf die Station und erinnern sich an Situationen, die von Mitarbeitern selber für irrelevant eingestuft worden sind. Es ist nur eine normale Geste, an die sich Mitarbeiter gar nicht mehr erinnern. Hier zeigen kleine symbolische Gesten positive Wirkung ohne ein dahinter liegendes Therapiekonzept.

Über die Rückmeldung der Diagnosen und Psychoedukation als eine Bewältigungsgrundlage gibt es unterschiedliche Aussagen. Krankheitsaufklärung wird eher in der Erwachsenenpsychiatrie getätigt und ist dort fester Bestandteil. Eine Rückmeldung kann sich eher bei älteren Kindern vorgestellt werden. Es ist bei den meisten Befragten die Aufgabe des Therapeuten gewesen, über die Diagnosen zu

2.3 Experteninterviews

sprechen. Therapeuten haben wiederum den Stationsmitarbeitern mitgeteilt, was den Kindern mitgeteilt wurde. Die Weitergabe von Diagnosen an dem Patienten muss abgewägt werden, aber das Problem und die Gründe für die Einweisung werden weiter vermittelt. Häufig wissen die Patienten schon, warum sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Es wird bei einem anderen Experten auf die Wichtigkeit einer offenen Informationsweitergabe vom therapeutischen und pädagogisch-pflegerischen Personal verwiesen (ausgenommen bei Störungsbildern akuter Psychosen). Auf Mitarbeitersitzungen mit verschiedenen Berufsgruppen wird entschieden wie informiert wird. Die Informationsweitergabe wird als gut bezeichnet und im Jugendbereich besteht eine klare Kommunikation, was ist die Diagnose, wo gibt es Probleme und woran muss noch gearbeitet werden, was läuft gut und was bedeutet es für das weitere Leben.

e) Bezugspersonensystem

Im weiteren Rahmen wurde von mehreren Interviewpartnern das Bezugspersonensystem angegeben. Dies wird als vorhandenes enges Bezugspersonensystem angegeben. Die Bezugsmitarbeiter haben als erster Ansprechpartner einen deutlich engeren Kontakt zu Patienten und sind bei Familiengesprächen mit dabei. Bezugsmitarbeiter begleiten in Absprache mit den anderen Mitarbeitern den Patienten im Stationsalltag, führen Gespräche mit ihm und sind im engen Austausch mit dem zuständigen Therapeuten z. B. für den Therapieplan. Kooperation und Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team wird als wichtig ausgewiesen. Im Vordergrund steht die Frage: Wie gelingt es der Bezugsperson Kontakt zu dem Kind herzustellen, Vertrauen aufzubauen und, soweit möglich, eine Sicherheit zu schaffen? Im Rahmen des Bezugspersonensystems führen Mitarbeiter aus dem pädagogisch-pflegerischen Dienst Ressourcengespräche. Ein anderer Interviewpartner führt an, dass Patienten bei einem Problem keinen Unterschied zwischen Berufsgruppen machen. Und darüber hinaus müssen bei einem akuten Problem Patienten Probleme sofort den nächsten anzutreffenden Mitarbeiter mitteilen.

f) Indikator guter Begleitung

Die Aufenthaltsgestaltung für die Patienten ist unterschiedlich. Ziel ist, dass Patienten auf der Station lebenspraktische Erfahrungen sammeln sollen. Bei einer Patientenstruktur mit vermehrt depressiven Störungen können gewisse Angebote nicht durchgeführt werden,

2.3 Experteninterviews

es braucht mehr Raum für Therapien sowie für ärztliche und psychologische Maßnahmen. Als Indikator guter Begleitung gelten:

- die Entwicklung des Kindes,
- eine reduzierte Symptomatik,
- eine sich öffnende Lebensperspektive im stationären Setting,
- bei Krisen abflauen der Krise,
- therapeutische Behandlungen zeigen durch Einübung im pädagogischen Alltag Erfolge – Patienten können sich ausprobieren,
- erweiterte Beziehungs- und Integrationsfähigkeit, Aufbau von Vertrauen und Modifizierung von Verhaltensweisen, Offenheit von Patient und Angehörigen,
- Zufriedenheit des Patienten,
- Inhalte von Familiengesprächen,
- Therapieabbrüche,
- Patienten lernen Achtsamkeit und sich einschätzen sowie Kommunikation des eigenen Erlebens.

Bei Kindern können schneller Erfolgserlebnisse festgestellt werden als bei Jugendlichen. Viele Patienten spüren und reflektieren Behandlungserfolg erst im Nachhinein. Dies kann nicht am Tag der Entlassung festgehalten werden, abgesehen bei Psychosen. Es gibt Fälle, in denen Patienten in der Klinik keine Symptome wie zu Hause zeigen. Begründung hierfür sind z. B. Zwangserkrankungen die nur für ein paar Wochen auftreten, bei von Reizen verursachte Auffälligkeiten, Konflikte mit Eltern und Angehörigen.

g) Pädagogische Aufenthaltsgestaltung

Die Diagnostik und Medikamentenvergabe ist im Stationsablauf stark strukturiert. Das Rahmenprogramm wird um die Diagnostik an den Bedarf der Patienten angepasst. Es wird versucht sich den Patienten anzunähern und die Arbeit erfolgt am Individuum und dessen Bedürfnissen. Doch individuelles Arbeiten kann nur im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten stattfinden und die individuelle Arbeit liegt mehr bei den pädagogisch-pflegerischen Berufsgruppen.

Ein Interviewpartner verdeutlichte, dass das den Patienten vorgegebene Milieu etwas in die Kinder und Jugendlichen produziert. Z. B. kann die Milieugestaltung dazu führen,

2.3 Experteninterviews

dass sie eher „durchdrehen“ als bei anderen Milieus. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen hat mit der menschlichen Atmosphäre zu tun. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll als Schutz und Schonraum dienen, wenn Patienten von Belastungen getrennt werden. Sie bietet Patienten Sicherheit und stellt stets einen Ansprechpartner zur Verfügung. Doch ein Interviewpartner äußert; dass ein Ansatz gelebt werden muss und auf dem Papier viel stehen kann. Als Milieuthérapie wird auf Rückfrage was dies bedeutet bei einem anderen Interviewpartner angegeben, dass gemeinsam gefrühstückt wird. Die Gestaltung des Aufenthalts wird laut weiteren Interviewpartnern unter Mitarbeitern diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht. Doch so der Interviewpartner weiter „manchmal klappt es besser, manchmal schlechter“.

Ein Experte verglich die Stationsgruppe als eine große Schulklasse mit unterschiedlichen Verweildauern der Mitglieder. Patienten kennen die Mitarbeiter wie in der Schule die eigene Klasse den Lehrer. Die Gruppenkonstellation beeinflusst den Stationsablauf und Gruppendynamiken müssen entwickelt und gesteuert werden. Patienten können sich untereinander im Ablauf regulieren. So ist die Dauer der Eingewöhnungsphase abhängig von der Gruppe. Gruppenzusammensetzungen sind entscheidend für Möglichkeiten von Aktivitäten. Im Rahmen des Wochenplans konnten die Mitarbeiter auf individuelle Gruppenzusammensetzung eingehen und den Ablauf nach Bedarf anpassen. Die Gestaltung der Gruppe wurde versucht so aufzugliedern, dass Patienten mit einer vergleichbaren Entwicklung zusammen auf einer Station sind und es den Bedürfnissen nach Alter und Krankheitsbild der Patienten am ehesten entspricht. Mitglieder der Stationsgruppe stehen durch unterschiedliche Entwicklungsziele und unterschiedliche Standorte im therapeutischen Prozess dennoch jeder für sich. Eine hohe Fluktuation der Patienten ist für die Gruppendynamik eine Herausforderung. Bei Problemen konzentrieren sich Patienten weniger auf sich und mehr auf die Gruppe. Die Auslastung der Kliniken wird in der Regel als voll bis sehr gut ausgelastet angegeben.

Die Auswirkungen von einer Verhaltensweise auf die Gruppendynamik zeigt das berichtete Beispiel, dass bei der Aufnahme eines gewaltbereiten Jungen sich die komplette Gruppe wie eine Spirale „hochgeschaukelt“ hat. Ein 'seine-Zeit-absitzender' Patient kann ebenfalls eine ganze Gruppe sprengen. Krisen im Team spiegeln sich bei Patienten ebenfalls wider, bei der Gruppendynamik der Patienten muss die Dynamik der Mitarbeiter ebenso berücksichtigt werden. Gerade Kinder, die in einer schweren Situation stecken, spüren Teamkrisen. Zwei Interviewpartner nannten, dass die Zusammensetzung der Gruppe aufgrund der Aufnahmepflicht nicht gesteuert werden kann. Diese

2.3 Experteninterviews

Stationsbelegungen können völlig kontraproduktiv für die Entwicklung der Gruppe und auch für die Entwicklung von einzelnen Kindern sein weil z. B. ein Flash-Back erfolgt. Ein Interviewpartner benannte, dass der Personalbedarf gruppendynamisches Arbeiten nicht zulässt. Ohne Pädagogik, so ein interviewter Klinikleiter ist die Stationsgestaltung nicht möglich, da z. B. beim Frühstück schon viel in der Gruppe passiert. Wenn das ignoriert wird, kann Therapie nicht funktionieren.

Patienten müssen während der Eingewöhnungsphase ihren Platz auf der Station finden, in der alle Mitglieder mehr oder weniger ein Problem haben. Das Thema auf der Station sein und welche Rolle kommt mir hierzu ist bei Patienten ständig präsent, ebenso wie der Kontakt zu Mitarbeitern. In der Eingangsphase ist viel Zeit vorhanden, die im Aufenthaltsverlauf knapper wird. Der pädagogische-pflegerische Dienst hat die meiste Zeit mit den Patienten und kann viel beobachten. Patienten können therapeutisch-konsiliarisch betreut werden und müssen laut einem Interviewpartner nicht medizinisch geführt werden. Der Aufenthalt und die Station an sich werden von einem Interviewpartner als eine außergewöhnliche Herausforderung angesehen, die es zu bewältigen gilt. Die Station hat klare an den Bedürfnissen ausgerichtete Strukturen, um Patienten Halt zu bieten z. B. über morgendliche Rituale. Strukturen sind hilfreich, damit Patienten zur Ruhe kommen und Ruhe hilft dabei zu strukturieren. Es gibt Therapiepläne und Schulbesuche.

2.3.2.2 Zwischenfazit – Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Expertensicht

Anhand der Experteninterviews kann gedeutet werden, dass viele pädagogische Aspekte beachtet und umgesetzt werden. Ausgehend von der Beschreibung der pädagogischen Berufsrolle und den Beispielen vor allem des Bezugspersonensystems und der Soziotherapie sind grundlegende pädagogische Handlungsgrundlagen und -konzeptionen jedoch häufig uneindeutig (vgl. Schunke 2011, S. 229). So wird vermutet, dass die getätigten Aussagen eher den pädagogischen Vorstellungen bzw. der Arbeit der befragten Einzelpersonen entsprechen und keinem einheitlichen Grundverständnis folgen. Dass übergreifende theoretische Konzeptualisierungen fehlen und/oder die pädagogische Arbeit für andere Disziplinen unklar ist, wird durch die Aussage eines Experten mit einer Handlungsaufforderung bekräftigt:

2.3 Experteninterviews

„Was meint man eigentlich damit, wenn sozusagen im Team über Pädagogik geredet wird? Wir reden nie über pädagogische Konzepte, gar nicht. Ich kenne die auch nur zum Teil. Ich höre da immer zufällig zu. Ich kann so arbeiten, aber ich sage einmal so: Ich fände es besser, man würde es besser erklären können, was man da tut, und würde auch einmal eine Frage stellen können, die man belegen kann – was wir alle nicht tun. Das bleibt alles auf so einem (F: Leeren Raum) Fachhandwerk-Level – was ja sehr, sehr gut ist. Also man kann eine Beziehung und so ein bisschen pädagogische Ausbildung ja viel machen, aber es ist nicht unbedingt so konzeptionell. Ich weiß nicht, ob wir einen Mehrwert kriegen, wenn wir das tun, aber ich glaube, da müsste man etwas tun. Und das geht, glaube ich, nicht mit einer klaren Therapieforschung, wie ich sie kenne, sondern Feld-, Feldforschung. Da muss man Begriffe klären, Konzepte wären super“ (Interview E11).

Es ist aber davon auszugehen, dass in Kliniken pädagogische Konzepte für die eigene pädagogische Arbeit entwickelt und evaluiert werden, aber ein allgemeiner konzeptioneller Vergleich nicht stattfindet. So gibt es laut einem Experten interdisziplinäre Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Black-Box-mäßig Gesamtkonzepte evaluiert. Die Durchführung und Beforschung von Modellprojekten im Gesamtkonzept wäre ein gutes Forschungsvorhaben und nicht nur einzelne Bereiche eines Projekts. Zwischen den Forschungsdisziplinen muss das fallspezifische Verständnis (Sprache) gesichert und der Dialog gefördert werden. Reibung und Synergie ist zwischen Therapie und Pädagogik wenig vorhanden. Qualitative Forschung: ist wichtig, die das Feld untersucht: Was ist die Sprache? Was steckt hinter dieser Sprache? Was meint man eigentlich damit, wenn sozusagen im Team über Pädagogik geredet wird? Neben Therapieforschung muss auch Feldforschung durchgeführt werden, in der Begriffe und Konzepte geklärt werden. Der Aufenthaltsablauf gewährt einen weiteren Einblick um ein Fazit ziehen zu können.

2.3.2.3 Zweiter Berichtsteil – Aufenthaltsablauf

h) Aufenthaltsgestaltung und Behandlungsphase

Vor der Aufnahme

2.3 Experteninterviews

Bevor eine Empfehlung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgesprochen wird, sollten ambulante Unterstützungsmöglichkeiten laut den Befragten ausgereizt sein. In der Regel wird die Aufnahme von Eltern, Schulen, Fachärzten und niedergelassenen Kinderärzten empfohlen. Als weiterer Grund für eine Einweisungsempfehlung wird angegeben, dass Kinder und Jugendliche in (Spezial-)Heimen nicht mehr tragbar sind und zur Stabilisierung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen werden. Kommen die Kinder und Jugendlichen in die Ambulanz wird abgewägt, ob eine ambulante Behandlung möglich ist oder nicht. Ist eine Aufnahme notwendig erfolgen Aufnahmegespräche mit Klinikmitarbeitern. In einigen Kliniken kann bei einer geplanten Einweisung die Stationen vorab besichtigt werden. Bei den Gesprächen ist bestenfalls auch der Bezugspfleger bzw. ein Mitarbeiter vom Erziehungsdienst anwesend.

Im Vorgespräch können erste Informationen gegeben werden wie z. B. Gegenstände, die nicht mit in die Klinik genommen werden dürfen. Informationen vor Aufnahme werden in einigen Kliniken über Eltern- und Patientenbriefe vorgenommen, auf denen weiterhin das Aufnahmedatum und der Therapeut, die die Aufnahme durchführt, stehen. Der Patient hat so eine erste Übersicht über den Aufenthalt. Inhalt des Vorgesprächs sind für den Aufenthalt relevante Informationen: Woher kommen Patienten, wer hat eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen, gibt es einen Leidensdruck, wie behandlungsbedürftig und stark sind Auffälligkeiten. Ist eine zeitlich nahe Behandlung notwendig oder kommt der Patient auf die Warteliste oder erfolgt trotz Empfehlung eine Rücküberführung zum ambulanten Bereich? Reguläre Aufnahmen sind mit einer Wartezeit verbunden und sind abhängig von der Belegung. Im Drogenentzug können diese bis zu sechs Monate betragen. Ohne akute Behandlungserfordernis gibt es wenig Spielraum.

Zwangseinweisung

Die Experten berichteten von mehreren Formen der Zwangseinweisung, wobei eine gesetzliche Absicherung wichtig für das Vorgehen und die Bestätigung der Legitimität ist. Einweisungen erfolgen über ambulante Vorstellungen, indem ein Therapeut aufgrund der bestehenden Fremd- oder Selbstgefährdung die Patienten direkt einweist. Wenn Eltern trotz Erfordernis der Einweisung des Kindes nicht zustimmen, wird sich auf §1631 BGB berufen, was durch das Familiengericht geprüft wird. Somit ist die Zwangseinweisung gegen den Willen der Eltern. Wenn Kinder oder Jugendliche trotz eines Gutachtens nicht kommen möchten, können die Eltern einen Antrag auf §1631 BGB

2.3 Experteninterviews

stellen. Es erfolgt eine Zwangseinweisung durch die Eltern gegen den Willen des Kindes. Die Eltern benötigen hierbei in einigen Fällen Unterstützung in Form der rechtlichen Begründung. Es kann aber auch sein, dass die Klinik den Antrag nach §1631 BGB stellt. Meist geschieht dies in Fällen, wenn die Kinder keine Eltern haben, das Bestimmungsrecht den Eltern entzogen wurde und/oder der Patient in einer Jugendhilfeeinrichtung ist. Hierbei handelt es sich um eine Zwangseinweisung von Seiten der Klinik. Erfahrungsgemäß stimmen Eltern eher der Unterbringung zu als die Jugendlichen. Patienten nennen gegenüber den Befragten Gründe für den nicht freiwilligen Aufenthalt seien, dass die Schule oder Eltern den Aufenthalt wollten oder sie durch gesetzliche Auflagen gezwungen sind.

Aufnahmesituation

Die Aufnahme ist bedingt durch die Umstände der Aufnahme. Mehrere Befragte berichten, dass die Patienten von den Personen gebracht wurden, mit denen sie zusammen gelebt haben. Unterschiedliche Aussagen gibt es, ob Stationsmitarbeiter bei der Aufnahme dabei sind oder nicht. In einem Fall war es abhängig von der Personalsituation. Bei einigen Befragten haben immer gemeinschaftlich der ärztliche Dienst/Therapeut und der Pflege- und Erziehungsdienst die Aufnahmesituation und Anamnese mit den Patienten gestaltet. Meist waren die Personensorgeberechtigten ebenfalls dabei. Entsprechende Informationen und eventuelle Fragen können so gemeinsam erörtert werden. Die Aufgaben des Therapeuten beinhalten die Durchführung der Aufnahme, während der Stationsmitarbeiter die Einführung in die Klinik vornimmt. Hierzu können auch Informationen über den Tagesablauf und die Besichtigung der Station gehören. In jedem Fall sollte die Station über die Aufnahme und deren Ablauf informiert sein. Weiterhin beschrieben Befragte, dass nach verbotenen Gegenständen oder nach Anzeichen von selbstverletzendem Verhalten gesucht wird. Bedeutsam war die Entscheidung, je nach Alter und Reife, ob eine Kinder- oder Jugendstation dem Patienten gerechter wird.

Die Aufnahmesituation wird als zeitintensiv und bürokratisch beschrieben. Die Aufnahmedauer wird in Abhängigkeit zum Aufnahmegrund und zur Patienteneinsicht angegeben. Es wurde von Fällen berichtet, bei denen die Aufnahmesituation aufgrund der psychischen Verfassung des Patienten abgebrochen und neu aufgenommen werden musste.

2.3 Experteninterviews

Akute Aufnahme

Akute Aufnahmen erfolgen bei den befragten Experten direkt auf die Station. Dies wird von einem Befragten als nicht sinnvoll beschrieben, da das Setting für den neuen Patienten und die entstehende Unruhe in der Gruppe nicht förderlich sind. Ob oder in welchem Umfang Patienten vorab Informationen erhalten, ist abhängig vom Einweisenden. Ungeplante Aufnahmen kommen rund um die Uhr, meist jedoch spät aus der Ambulanz auf die Station. Dann muss ein Zimmer organisiert werden, im Notfall sogar ein auf die Schnelle umfunktionierter Aufenthaltsraum. Zu den weiteren Schritten gehört es, die Zuständigkeiten wie Therapeuten und Bezugspfleger zu klären und gegebenenfalls die Eltern zu informieren. Es gab laut den Experten Fälle in denen Eltern die Patienten einfach nur 'abgeladen' haben. Der weitere Teil verläuft wie bei einer geplanten Aufnahme.

Patientenverfassung bei Aufnahme

Die Verfassung bei der Aufnahme vor allem von Kindern wird als schwierig beschrieben. Als Gründe werden nicht nur die Entnahme aus der Familie sondern auch die Probleme in der Familie angegeben. Ein anderer Befragter berichtet, dass die Aufnahmesituation schwierig wird, sobald die Eltern gegangen sind. Diese bleiben meist bis das Zimmer eingeräumt ist. Eine beschriebene Reaktion auf den Weggang der Eltern ist anfänglicher Rückzug oder anfänglicher Aufstand mit aggressiven Ausbrüchen und Weglauftendenzen. Ein anderer Befragter sagte aus, dass das Kind sich meist sehr schnell beruhigt und nur selten Bedarfsmedikation zur Beruhigung benötigt wird.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer variiert von Fall zu Fall. Sie wird von den Experten zwischen ein paar Tagen und drei Monaten, aber auch länger geschätzt. Ein Befragter gab für seine Station an, dass die Mindestzeit zwei bis drei Monate beträgt und einige Patienten mit Zwischenpausen fast ein Jahr vor Ort sind. Es gibt kein Messinstrument oder festgelegte Variablen, mit denen man am Anfang einer Behandlung den Bedarf eines Patienten messen könnte. Ein Teil der Patienten kennt bereits die eine oder andere Einrichtung von einem vorherigen Aufenthalt.

Stationseinführung

2.3 Experteninterviews

Nach den ersten Untersuchungen kommen die Patienten auf die Station. Die dortige Einführung ist abhängig von der vorausgegangenen Anamnese und von der Situation des Kindes z. B. wie lange der Patient das Warten ertragen kann. Meist wird noch mit den Personensorgeberechtigten gesprochen, während das Kind oder der Jugendliche von der Bezugsperson auf die Station geführt wird. Je nach Tageszeitpunkt wird der Patient direkt in den Tagesablauf eingeführt und vom Bezugspfleger der Gruppe vorgestellt, sehr geplant und standardisiert. Dies soll helfen, die Hemmschwelle, die Stationsneulinge oft haben, abzubauen. In einigen Kliniken gibt es ein Patensystem, bei denen bereits integrierte Patienten Neuzugänge auf der Station einführen und ihnen als Gleichgesinnte die Eingewöhnung erleichtern.

Eingewöhnungsphase:

Die Eingewöhnungsphase der Patienten ist individuell lang und ebenfalls abhängig von Gruppenkonstellationen. Ein Befragter berichtet, dass es anfänglich schwierig sei, den Alltag zu akzeptieren und Regeln einzuhalten. Eine vertrauensvolle Eingangsphase zu gestalten wird von den Experten aber als möglich angesehen. Meist liegt die Eingewöhnungsphase zwischen ein und zwei Wochen. In diesem Zeitraum haben Patienten den Stationsalltag verstanden und ihren Platz unter den anderen Kindern und Jugendlichen gefunden. Der Fokus liegt in dieser Zeit auf der Station, um den Patienten besser kennen zu lernen, was als maßgeblich für den weiteren Verlauf bezeichnet wird. Zudem lernen die Patienten das Personal kennen. Patienten kennen, wie oben bereits erwähnt, das Personal wie in der Schule die Klasse einen Lehrer.

Nach einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen kristallisiert sich heraus, wo eine besondere Bedürftigkeit des Patienten liegt, was Freude macht, wo in der Arbeit angedockt werden kann, welche Fähigkeiten verstärkt werden können. Therapien starten nicht sofort und werden nach Notwendigkeit angeordnet. Ein Experte sprach von zwei Wochen nach der Aufnahme bis die Therapien richtig anfangen. Nach der Eingewöhnungsphase wurde in einer Klinik der Elternkontakt z. B. durch Elternwochenende wieder aufgebaut.

Typischer Aufenthaltsverlauf

Ein typischer Aufenthaltsverlauf kann von keinem Befragten genannt werden. Er ist abhängig von der Verweildauer und dem Alter der Patienten. Die Befragten nennen Tages-/Wochenabläufe, die von der Station und der Klinik unterschiedlich gehandhabt

2.3 Experteninterviews

werden. In den Abläufen sind Schlaf-, Weck- und Essenszeiten angegeben, regelmäßige therapeutische Sitzungen oder individuelle Begleitungen, (Klinik-)Schule, wöchentliche Stationsforen, Rituale wie die Vorschau auf den Tag und der Abschluss des Tages, unterschiedliche Freizeitaktivitäten und Sport (als Pflichtprogramm), Besuchszeiten, Medikamenteneinnahme und -verordnungen, Oberarztvisiten, Zimmerruhe, Patientengruppen wie Organisationsgruppen und Wochenendbeurlaubungen. In allen Kliniken werden die Programmpunkte in Wochenplänen für die Patienten aufgenommen, jeder Patient hat einen eigenen Therapieplan. Der Plan wird im Laufe der Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung erweitert so z. B. um Fachtherapien. Ein Wochenplan ist laut Aussage für Patienten einfach nachzuvollziehen. Während eine Aussage ist, dass Programmpunkte um die Mahlzeiten gelegt werden, ist eine andere, dass diese um die Therapien herum stattfinden. Ein Befragter äußerte, dass die Wochenpläne aufgrund der Gruppenzusammensetzung verändert wurden und so vom eigentlichen Plan abwichen. Der Stationsablauf kann anhand der Wochenpläne dem Bedarf der Gruppe angepasst werden. Obwohl so die Tages- und Wochenabläufe strukturiert waren, ist kein Tag wie der andere gewesen. Als Mitarbeiter weiß man nicht, was einen bei Dienstbeginn erwartet. Ein Experte bekräftigte, dass die Anknüpfung an eine Erziehung zur Selbstständigkeit hieran möglich ist.

i) Umgang mit Diagnosen

Die Diagnose bestimmt laut Expertenmeinung den Behandlungsrahmen. Ein Experte erwähnte, dass bei jedem Störungsbild typische Handlungen vorgegeben sind, wie z. B. Reizabschirmung bei Psychosen und ein Kriterium für die Dringlichkeit einer Aufnahme darstellen. Es wird als nachteilig angesehen, wenn bei vorhandener Symptomatik keine Diagnosen gestellt werden, keine auf eine Diagnose bezogene erfolgsversprechende Behandlung angeboten werden kann und positive Effekte somit ausbleiben. Ein Experte sieht das Verhältnis zwischen pädagogischer Arbeit und Diagnostik berührt. Eine gute Diagnostik kann hilfreich für die Arbeit sein, allerdings sollten unnötige Diagnosen wie es bei ADHS von Haus-/Kinderärzten vorkommt, vermieden werden. Ein weiterer Experte sieht die Diagnosen als kritisch, jedoch als bürokratische Notwendigkeit, um Leistungen abrechnen zu können und Störungen behandeln zu dürfen. Allerdings wurde hier selten mit Diagnoseschlüsseln oder Bezeichnungen gearbeitet. Für den Pflege- und Erziehungsdienst scheint die Diagnose nachrangig. Es wurde angemerkt, dass Mitarbeiter so vorurteilsfrei an die Kinder herantreten können.

2.3 Experteninterviews

Eine Einweisungsdiagnose stimmt häufig nicht mit der in der Klinik vorgenommenen Behandlungsdiagnose überein. Die Behandlungsdiagnose wird binnen zehn Tagen nach Aufnahme vom Therapeuten gestellt. Ein Interviewpartner äußerte, dass die Diagnostik vorweg und im Stationsalltag nebenbei erhoben wird. Ein Experte meinte, dass eine Differenzialdiagnostik einen genaueren Blick und eine bessere Entscheidung (Krankheit – Erziehungsproblem, welche Krankheit, stationäre Behandlung notwendig) ermöglicht. Eine Unterscheidung, ob das Verhalten alterstypisch oder durch ein psychiatrisches Störungsbild bedingt ist, ist nicht leicht zu differenzieren und kann nicht zu 100 Prozent bestimmt werden. Die Unterscheidung bildet schnell einen Konfliktstoff unter den Mitarbeitern. Es wird beobachtet welches Verhalten zur Entwicklung gehört und was nicht dazu passt, was ist pubertäre Müdigkeit und was sind krankheitsbedingte Symptome. Hier wird sich auf Ausbildung, Erfahrung und Intuition berufen und weniger anhand von theoretischem Wissen oder Checklisten beurteilt. Stichwörter sind hierbei Kenntnisse über Pubertät oder Anzweiflung von Autorität. Das Kennen der Patienten begünstigt das Erkennen von Lustlosigkeit. Kollegiale Supervision, Fallbesprechung und Unterstützung von Mitarbeitern mit weniger Erfahrung werden als sehr wichtig herausgestellt.

Die Experten äußerten sich, dass im Kinderbereich, anders als im Jugendbereich, keine klassischen psychiatrischen Diagnosen gestellt werden. Gerade im Kinderbereich ist mit Diagnosen vorsichtig umzugehen. Störungsbilder bei Kindern hätten eher eine pädagogische Seite. In die Kinder- und Jugendpsychiatrie gelangen laut Interviewpartnern nur Patienten mit schweren emotionalen Störungen. Viele Störungsbilder in der Klinik sind im F9er Bereich, wie Bindungsstörungen, Bindungstraumatas oder Störungen des Sozialverhaltens, anzusiedeln. Die Diagnose 'Störungen des Sozialverhaltens' ist nie wirklich eindeutig. Dissoziale Störungen sind meist Komorbiditäten, wobei die Häufigkeit auf bis zu 70 Prozent von den Experten geschätzt wird. (Soziale) Verhaltensstörungen sind eine Nebendiagnose und haben keine Psychiatrieindikation. Dissoziale Verhaltensprobleme sind nicht ausschließlich bei den Kindern verortbar, die als Symptomträger der Umwelt verstanden werden.

Diagnosen bergen eine Stigmatisierungsgefahr. Deswegen wurde bei einem Experten gegenüber Kindern und den Eltern aufgrund einer unnötigen Stigmatisierungsgefahr keine Diagnose mitgeteilt. Patienten nutzen manchmal Diagnosen als Positives im Sinne eines Statussymbols. Es wurde ein Beispiel eines 14-jährigen Borderline-Patienten angesprochen, dem seine Diagnose gut gefallen hat und damit kokettierte.

j) Entlassung

Geplante Entlassung

Entlassungen werden langfristig geplant und ritualisiert, sodass der Bruch für die Patienten nicht zu plötzlich ist. Die Entlassung erfolgt im besten Fall mit einer ambulanten therapeutischen Begleitung. Laut den Befragten ist für die Art der Entlassung das Alter entscheidend und in welches Setting die Patienten nach dem Aufenthalt kommen. Die Entscheidung für den anschließenden Aufenthaltsort ist abhängig davon, wo die Bedürfnisse des Patienten am ehesten gestillt werden. Eine Entlassung in die Herkunftsfamilie ist abhängig von der Mitarbeit der Familienmitglieder und wie die Wochenendurlaube funktioniert haben. Es gibt Patienten, die sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wohl fühlen und nicht entlassen werden wollen. Dies sind vor allem jüngere Patienten. Jugendliche freuen sich meist sehr auf die bevorstehende Entlassung und auf ihr Leben außerhalb der Klinik. Mitarbeiter merken jedoch auch Ängste vor der nahenden Entlassung z. B. vor einem Rückfall in alte Verhaltensmuster zu Hause.

Mitarbeiter versuchen in der Entlassungsphase die „Käseglocke der Klinik“ zu lüften und die Patienten an die Realität zu gewöhnen. Von einigen Befragten wird eine Belastungserprobung vor der Entlassung genannt. Patienten gehen z. B. für mehrere Tage in der Woche wieder in ihre Regelschule. Wenn eine Belastungserprobung funktioniert und Maßnahmen nach der Entlassung geregelt sind, folgt vor der Entlassung ein Abschlussgespräch mit den Personensorgeberechtigten. In der Klinik können Probleme angesprochen werden, die der Patient außerhalb der Klinik noch für sich bearbeiten muss, was an die Eltern oder die Nachfolgeeinrichtung weitergegeben werden kann. Ist die Belastung allerdings zu hoch und der Patient dekompenziert, dann erfolgt keine Entlassung sondern eine Weiterbehandlung. Bei Kindern berichtete ein Befragter, gab es von der Bezugsmitarbeiterin begleitete Hausbesuche. Falls die Entlassung nicht in das häusliche Setting erfolgt, werden weitere Maßnahmen von den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesteuert und vom Jugendamt begleitet. Eventuell beim Übergang zu möglichen Pflegeeltern hatten diese die Möglichkeit, die Kinder in dieser Phase kennenzulernen.

Disziplinarische Entlassungen

Entlassungen aus disziplinarischen Gründen kommen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Eltern werden in diesem Fall angerufen und informiert, warum der

2.3 Experteninterviews

Patient in der Klinik nicht mehr behandelt werden kann. Patienten bekommen eine Hausaufgabe, was sie sich von der Einrichtung wünschen und erhalten dadurch eine zweite Chance aufgenommen zu werden. Dies wird als Phase des Luft reinlassens genannt und ist für die Weiterbehandlung wichtig.

Entlassungslogiken der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat laut einem Befragten nicht die Tendenz Patienten stationär zu Ende zu behandeln, sondern die restliche Behandlung soll im Anschluss ambulant verlaufen, was häufig nicht geschieht. Die Reintegration nach Hause wird vorrangig erwirkt. Ein guter Übergang in eine andere Einrichtung bedeutet, dass über Diagnosen aufgeklärt wurde, Behandlungsstrategien erarbeitet wurden und angewandt werden. Eine gute Aufklärung über Möglichkeiten nach dem Klinikaufenthalt bringt mehr Ruhe für die Klienten.

Vorabinformation über Patienten zu Nachfolgeeinrichtungen/Schnittstellenarbeit

Informationen über Patienten können vorab nicht immer von der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleistet werden. Entlassbriefe der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen zu den Nachfolgeeinrichtungen nicht direkt sondern meist mit einer Wartezeit z. B. über das Jugendamt oder vom behandelnden Arzt bei einer schnell erforderlichen Reaktionszeit. Dabei werden die Berichte vom befragten Experten der Nachsorgeeinrichtung als wichtig erachtet um an vorheriger Förderung/Arbeit anzuknüpfen. Der Befragte hat den Eindruck, dass die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Türschwelle aufhört. Eine bessere Begleitung beim Übergang zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Wohngruppe wird gefordert. Patienten sind laut Aussage schlecht auf Nachfolgeeinrichtungen vorbereitet und die Übergangszeiten von der einen in die andere Einrichtung sind zu lang. Bei zu langem Aufenthalt zu Hause muss bei den Patienten meist wieder von vorne begonnen werden. Gute Erfahrungen wurden gemacht als ein Sozialarbeiter aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Patient zur Vorbesichtigung gekommen ist.

k) Setting

Das Setting einer stationären Einrichtung wird als unflexibel im Gegensatz zu einer Tagesklinik angesehen, da diese, laut Expertenaussage, wie einem Heim gleicht. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann kein Zuhause ersetzen, obwohl es vorkommt, dass

2.3 Experteninterviews

sich Patienten heimisch fühlen (Ausnahmen). Doch gerade für Kinder und Jugendliche mit dissozialen Entwicklungen und einem zerrütteten Familienverhältnis mit viel Streit, Gewalt, Missbrauch oder Kinder ohne feste Angehörige möchten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bleiben. Der Nachteil der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie er benannt wird, ist die emotionale Bindung der Patienten, die Wegnahme aus dem Elternhaus und die Entlastung im Sinne der Wegnahme von elterlicher Arbeit. Ausgehend vom Klinikleiter und der Personalzusammensetzung ist die Herangehensweise der Behandlung gesetzt z. B. tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch.

Die Belegung und die Gruppenzusammensetzung können nicht gesteuert werden (Aufnahmepflicht) und somit völlig kontraproduktiv für die Entwicklung der Gruppe und von einzelnen Kindern sein.

1) Medikamente

Die Notwendigkeit von Medikation wird als sehr unterschiedlich betrachtet. Kinder und Jugendliche kommen trotz Diagnose nicht unbedingt mit einer Medikation aus dem ambulanten Bereich. Ein Experte meint, dass bei reinen emotionalen oder Verhaltensstörungen, die sehr selten vorkommen, Medikamentenprogramme mit der Entlastung einer schwierigen Situation plus gute Beziehungsarbeit sehr gut wirken können und einen Entwicklungsanreiz für die Patienten darstellen. Ein Befragter erwähnte Medikamente als Bedarfsmedikation zur Beruhigung bei der Aufnahme. Ein anderer erläutert, dass Konzepte bei ADHS beliebt sind, wenn sie keine Medikamente beinhalten, aber ohne Medikamente die Behandlung nicht nachhaltig wäre.

2.3.2.4 Zwischenfazit – Gegenüberstellung der Aussagen

Die pädagogische Bedeutsamkeit wurde hier durch die hohe Anzahl an emotionalen und Beziehungs-Störungen bekräftigt. Experten äußern, dass eine an den Patienten ausgerichtete Ressourcenarbeit stattfindet, was Psychiatrie-Erfahrene eher anders erleben. Vor allem wird die Beziehungsarbeit im Stationsalltag bemängelt: „[Das] war natürlich im Alltagsbetrieb eher selten, dass einem da so zugehört wurde (Interview 10-26). In den Experteninterviews wurden viele Aspekte genannt, die mit den Vorstellungen der Wirkfaktoren übereinstimmen und demnach im Klinikprozess umgesetzt werden, die in der Wahrnehmung von Psychiatrie-Erfahrenen während des Aufenthalts meist nicht erlebt wurden. Das Erleben und die Wirkung einer pädagogisch-pflegerischen Maßnahme spaltet sich in der erfahrenen Sichtweise. Verstehen, als professioneller Prozess, offenbart

2.3 Experteninterviews

eine Beziehungsgestaltung, die ausdrücklich von Psychiatrie-Erfahrenen gewünscht und als Erwartung an den Aufenthalt gestellt wird. Experten bekräftigen, dass mit einer tragfähigen Beziehung weitere kleinere Fortschritte erzielt werden können und somit qualitativ gute Beziehungen ein Wirkfaktor in der Behandlung sind. Allen voran kann für eine unterschiedliche Sichtweise beispielhaft das Bezugspersonensystem angeführt werden. Während die interviewten Experten sich beim pädagogischen Konzept am häufigsten auf dieses beziehen (und ebenfalls in Teil 1.2.6 in der Übersicht als das am meisten vorkommende pädagogische Konzept benannt wurde), was sehr beziehungsreich versucht wird umzusetzen, konnten die meisten interviewten Psychiatrie-Erfahrenen (selbst nach langjähriger Reflexion) keinen Nutzen bei der erfahrenen Umsetzung für ihre Behandlung erkennen.³⁴ Trotz der Angaben der Experten wurde das Fehlen von Bezugspersonen bemängelt und die Wichtigkeit von allgemeinen Bezugspersonen verwiesen, auf die sich Patienten emotional einlassen konnten und denen vertraut wurde. Trotz der Angaben der Experten den Aufenthalt so individuell und bedürfnisorientiert wie möglich zu gestalten, zeigte sich in verschiedenen Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen, die hohen Anpassungsleistungen an die Institution (die mit unangemessener Anpassung beantwortet werden) und erlebte Demütigungen. Hieran zeigt sich eine elementare Konfliktlinie zwischen individueller ressourcenorientierter Behandlung und funktionalen Abläufen (Stationsabläufe/Tages-/Wochenstrukturen/Krankheitseinsicht bzw. Problemsicht). Laut Experteninterviews bestimmt eine Diagnose den Behandlungsrahmen, die Behandlung danach erfordert eine Krankheitseinsicht, da ansonsten der Ablauf gestört ist. Ein weiterer Indikator hierfür ist ebenfalls die im Forschungsstand angeführte Untersuchung von Rothärmel - Beispiel: Aufklärung über Stationsregel 90 Prozent, über bevorstehende Behandlung 34 Prozent oder über Zielke-Nadkarni und Cormann (2009), in der das Verhalten der jungen Patienten über das Milieu und dessen Rahmenbedingungen erklärt werden konnte. Pädagogische Arbeit hat die Funktion einer Vermittlungsleistung zwischen Institution und Patient sowie einer Reflexion dieser Vermittlungsleistung. Aus den unterschiedlichen Praxisaussagen wird die Notwendigkeit für eine Reflexion pädagogischer Handlungskonzeptionen und deren

³⁴ Auch bei einer Befragung von lediglich zehn Psychiatrie-Erfahrenen ist es unwahrscheinlich, dass bei einer Umsetzung in 9 von 10 Kliniken (siehe Teil II), die das Bezugspersonensystem nutzen, den Ex-Nutzern nicht bekannt ist oder kein positiver Effekt auf die geringe Anzahl der Befragten zurückzuführen ist.

2.3 Experteninterviews

Umsetzung massiv deutlich.³⁵ Eine Debatte zur Professionsausrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (zu viel/wenig medizinisch geprägt und dagegen zu viel/wenig sozial gestaltet) wie sie häufig geführt wird, ist nicht der Kern des Problems, sondern dass Erwartungen der Patienten und Mitarbeiter an dem Aufenthalt der Kinder- und Jugendpsychiatrie aneinander vorbei gehen, demnach die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig an den Patienten und deren Lebensproblemen orientiert ist; es geht nicht darum, was für welche Profession am besten ist, sondern was für die Patienten am hilfreichsten ist. Falls ein Patient eher eine medizinische oder psychosoziale Behandlung benötigt, ob der Aufenthalt eher verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch ist, sollte an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet sein.³⁶ Die Abstimmung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Institution erhält hierdurch eine herausragende Rolle.

2.3.3 Zusammenfassung

Formale Vorgaben wie gesetzliche Bestimmungen sind bindend und gelten für alle Kinder- und Jugendpsychiatrien gleich. Zum Beispiel ist für die Behandlung die Personalzusammensetzung der Psych-PV zu nennen, die nach Schwere und Art der Störung Behandlungsziele benennt. Die Ausgestaltung der Klinik und der Behandlung (z. B. Architektur oder Personalstruktur) sind jedoch in jeder Klinik anders, in Abhängigkeit von der Leitung (Verständnis von Trägerschaft und personeller Leitung), den Abläufen und Hierarchien und somit ebenfalls die Möglichkeiten für die Umsetzung von pädagogischen Maßnahmen. Die Unterschiede werden von den Psychiatrie-Erfahrenen deutlich wahrgenommen (siehe vor allem Interview 7 und 9). Die verschiedenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen zeigen sich in den Aussagen zum Pflege- und Erziehungsdienst die Nutzung von Professionskompetenzen wäre z. B. von berufspolitischen Entscheidungen abhängig. Eindeutig wird die pädagogische Aufgabe der Alltagsgestaltung, die sich mit Stationsmitarbeitern unterschiedlicher Professionen, wie der Pflege geteilt, wird. Ein allgemeingültiges pädagogisches Grundverständnis lässt

³⁵ Dabei wurde von Experten auf die unzureichende Personalsituation (z. B. E9 und E3) und mangelnde Qualifikation von Kollegen (z. B. E3) verwiesen.

³⁶ Dies zeigt sich gerade in der Entlassung, die als mangelhaft von Expertenseite aus bezeichnet wird, da es nur selten eine Fortführung der Behandlung gibt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist somit ein eigenständiger Abschnitt und Erfahrungsraum und nicht eine Phase der Problembewältigung mit einem Davor und einem Danach.

2.3 Experteninterviews

sich hieraus nicht ableiten, sondern bestärkt die unterschiedliche Umsetzung(smöglichkeit) in den Kliniken.³⁷

Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander und mit anderen Disziplinen ist mit einem hohen Grad an Aushandlungsprozessen verbunden. Die Erarbeitung von Zielen, die auf eine gemeinsame Richtung in der Behandlung hinweisen, ist, so einfach formuliert sie auch ist, grundlegend für die Arbeit und bedarf eines hochprofessionellen Vorgehens, gestützt auf Fachkenntnissen und Verstehen der persönlichen Probleme/Erwartungen der Patienten (Unkenntnis große Chance für die Beziehungsgestaltung laut einem Experten, da unbedarft und ohne Vorurteile die Beziehung zum Patienten aufgebaut werden kann) und gute Teamarbeit (da ansonsten selbst unter Mitarbeiter nebeneinander hergearbeitet wird). Die Klinikschule als pädagogische Arbeit scheint nicht ausreichend mit in die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen zu werden, obwohl die hohe Bedeutsamkeit der Schule von Psychiatrie-Erfahrenen und Experten als erstem Ort, wo eine psychische Verhaltensauffälligkeit entdeckt wird, genannt wurde. Hohes Konfliktpotenzial birgt laut den Experteninterviews allgemein die Einschätzung, ob das Verhalten des Patienten alterstypisch oder durch ein psychiatrisches Störungsbild bedingt ist. Ein Experte (Interview E10) äußerte explizit, dass er den erfolglosen Versuch unternahm, ein psychosoziales Entwicklungsmodell als Verstehenszugang auf der Station einzuführen. In der Praxis deuten sich hier unterschiedliche Ansätze im Team an. „Das Menscheln war im Stationsteam schwieriger als zu Patienten“ sagt ein Experte (Interview E6), „es ist schwierig eine gemeinsame Linie zu finden.“ Die Aussage bringt die elementare Bedeutsamkeit einer Organisationskultur der interdisziplinären Zusammenarbeit auf den Punkt, die einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten der Aufenthaltsgestaltung hat – nur so ist die Nutzung der größtmöglichen Kompetenzen verschiedener Professionen möglich. Für die Aushandlungsprozesse bedarf es einer Stärkung der pädagogischen Profession im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dazu gehört ein eigenständiges, auf Fachwissen³⁸ aufgebautes und eindeutiges spezifisches Fallverständnis, das selbst in der Praxis uneindeutig und nicht generalisierbar scheint. Im Gegenteil deuten die Aussagen aus der Praxis, wie z. B. des Klinikdirektors er würde keine genaue Antwort erhalten, was Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

³⁷ Die Anmerkungen zur Aufgabe des Pflege- und Erziehungsdienst wurden bereits in Teil II diskutiert und bringen an dieser Stelle keine neuen Erkenntnisse.

³⁸ Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem über Wirkfaktoren.

2.3 Experteninterviews

genau ist – Interview E11) auf ein uneindeutiges Verständnis von einer pädagogischen Umsetzung hin. Weiterhin gab es viele Andeutungen, dass unter Mitarbeitern Konflikte um die pädagogische Ausrichtung vorhanden sind (Reibung erzeugt Wärme, jedoch zu viel hält auf – E6). Oder Aussagen wie von einer Stationsleitung „Ich mache Pädagogik intuitiv oder als Mutter oder es sprechen jetzt 20 Jahre Berufserfahrung für mich, wir haben ein Stationskonzept, aber jetzt so rein pädagogisch, was man da alles machen könnte, so tief haben wir das jetzt nicht, also so Gruppenkonzepte haben wir halt“ (Interview E7).

Ausgehend von der empirischen Untersuchung wird im theoretischen Teil der Versuch unternommen, ein spezifisches pädagogisches Fallverständnis der Sozialen Arbeit für die Kinder- und Jugendpsychiatrie abzuleiten.

III Theoretische Grundlagen

Ab diesem Teil wird der Fragestellung ‚Welche pädagogischen Handlungsgrundlagen und -konzepte ergeben sich aus den Lebenswelterfahrungen für die Soziale Arbeit?‘ nachgegangen. Allerdings benötigt es für die Diskussion von Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit eine eindeutige Grundlage zum Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kapitel 3), zu psychischen Störungen (Kapitel 4) und zu pädagogischen Bedürfnissen (mit Heilungsverständnis) (Kapitel 5), da Grundannahmen und Diskussionen ansonsten nicht eindeutig sind.

3 Zum aktuellen Behandlungsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Unabdingbar für eine Beschreibung der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie sind wesentliche gesellschaftliche Faktoren, wie Fangerau (2006, S.368) bekräftigt:

„In kaum einer anderen medizinischen Disziplin sind die Definitionen von Krankheit und Gesundheit in einem so hohen Maße von gesellschaftlichen Faktoren abhängig wie in der Psychiatrie. Zwar herrscht unter Psychiatern grundsätzliche Einigkeit in Bezug auf den Krankheitswert der meisten von ihnen behandelten Erkrankungen und Behinderungen, eine einheitliche Klassifikation existiert jedoch nicht. Der ärztliche und der gesellschaftliche Umgang mit Betroffenen sind durch eng miteinander verwobene soziale, politische, ökonomische, medizintheoretische und demografische Faktoren bestimmt.“

Als Grundlage einer Reflektion zum Patientenumgang und somit zur Alltagsgestaltung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bedarf es demnach einer Betrachtung wie das Verständnis dieses Feldes sich entwickelt hat und welches Verständnis aktuell dominiert. Unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren wird die gesellschaftliche Funktion der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie über die Werke von Foucault erörtert, die allgemeine Erwartungen an einen Aufenthalt aufzeigen. Die historische Entwicklung wird über geschichtliche Eckpunkte dargelegt, die zum aktuellen Verständnis der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie hinführen.

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

Zur Annäherung des Verständnisses der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt die Beschreibung der gesellschaftlichen Funktion der Psychiatrie über die Werke von Foucault. Die Stärke von Foucaults Werken ist die thematische Breite und die übersichtliche (jedoch grobe) Gliederung in Epochen. Die zentralen Begriffe in den Werken Foucaults sind aufgrund der langfristigen zeitlichen Auseinandersetzung durch Neuinterpretationen und Umdeutungen geprägt (vgl. Kammler 2008, S. 11). Eine einheitliche Lesform von Foucault ist somit nicht gegeben. Doch genau hierin liegt für die Erziehungswissenschaft die Möglichkeit die Werke Foucaults als reflexive Anregung zu nutzen. Reflexionen eines pädagogischen Fallverständnisses, das Erziehungspraktiken, Bildungsprozesse und Lernvorgänge beinhaltet, gehen nicht weit genug, falls Machttechniken, Wissensformen und Subjektivitätstypen sowie historische Komponenten nicht berücksichtigt würden (vgl. Ricken und Rieger-Ladich 2004, S. 9). Nachführend werden folgende Begrifflichkeiten aus Foucaults Werken allgemein behandelt, um anschließend die Bedeutung für die pädagogische Handlungskonzeption herauszustellen:

- Disziplinargesellschaft und Kontrollgesellschaft
- Normalität und Wahnsinn
- Der klinische Blick
- Macht

3.1.1 Disziplinargesellschaft und Kontrollgesellschaft

Das deutlichste Werk Foucaults zur Disziplinargesellschaft ist „Überwachen und Strafen“. Das Gefängnis versteht sich dort als Paradebeispiel für Institutionen, die eine Disziplinierung zur Aufgabe haben, wie Schule, Fabriken und Krankenhäuser (vgl. Link 2008, S. 242f.). Die Disziplinargesellschaft wird anhand der Veränderung von Strafpraktiken im Laufe der Zeit beschrieben (vgl. Foucault 1977). So verschoben sich die Strafen von der Feudalgesellschaft als öffentliche Ächtung und Sanktionierung des Körpers zu einer nicht-öffentlichen Bestrafung hinter Gefängnismauern. Die Maßregelung auch gleicher Straftaten obliegt dabei weiteren Kriterien wie z. B. der psychischen Befassung des Angeklagten, die in eine Disziplinierung des Verhaltens mit totaler Überwachung mündet. Der Körper wird nun nicht mehr bestraft, sondern

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

kontrolliert bzw. diszipliniert. Die wohl bekannteste Beschreibung aus dem Werk Foucaults ist das Panopticon, welches das Idealbild einer perfekten Überwachung darstellt. Die zuerst für Gefängnisgebäude entwickelte Bauweise beinhaltet Zellen, die kreisförmig um einen Überwachungsturm angeordnet sind. Alle Zellen können von dem Turm aus gesehen werden. Aus den Zellen kann der Turm zwar gesehen werden, jedoch nicht, ob der Turm besetzt ist. Dies führt zu einem Gefühl der ständigen Überwachung und der daraus resultierenden ständigen Selbstkontrolle, um vermeintliche Disziplinierungsstrafen zu umgehen. Durch die Internalisierung des Gefühls wird der Fremdzwang zum Selbstzwang (vgl. ebd.).¹ Es geht dabei um die vollständige Überwachung der Gefangenen und nicht der Zellen. Verlässt ein Gefangener die Zelle, geschieht dies nur mit Wachpersonal, der jeden Schritt kontrolliert (vgl. Schneider 2004, S. 132f.). Die Übertragung dieser Überwachung ging schnell über die Grenzen der Gefängnismauer hinaus und so beschreibt Foucault (1977, S. 278f.):

„Unsere Gesellschaft ist nicht eine des Schauspiels, sondern eine Gesellschaft der Überwachung. Unter der Oberfläche der Bilder werden in der Tiefe die Körper eingeschlossen. Hinter der großen Abstraktion des Tausches vollzieht sich die minutiöse und konkrete Dressur der nutzbaren Kräfte ... Wir sind nicht auf der Bühne und nicht in den Rängen. Sondern eingeschlossen in das Räderwerk der panoptischen Maschine, die wir selber in Gang halten – jeder ein Rädchen.“

Foucault deutet auf die Übernahme der Überwachung auf die Bereiche des Lebens hin, die in eine starke und ständige Selbstkontrolle der Individuen führt.

In ähnlicher Weise wie Foucault hat sich Deleuze mit der Gesellschaft beschäftigt. Im Postscriptum über die Kontrollgesellschaft (1990) wird als Höhepunkt der Disziplinargesellschaft der Beginn des 20. Jahrhunderts festgelegt. Die Krise der Disziplinargesellschaft formierte sich erst langsam, nach dem Zweiten Weltkrieg jedoch rasant, was die Entwicklung zu einer Kontrollgesellschaft begünstigte. Es wird eine Krise der Einschließungsmilieus benannt, wobei neben Gefängnis, Krankenhaus, Fabrik und Schule auch die Familie erwähnt wird, die wie ein Heim funktioniert und deswegen mit den gleichen Problematiken konfrontiert ist. Deleuze weist darauf hin, dass nun Befreiungen und Unterwerfungen einander gegenüber stehen, vereint in einem Schließungsmilieu. Anhand des Beispiels Krankenhaus wird zu bedenken gegeben, dass Sektorisierung, Tageskliniken und häusliche Krankenpflege als neue Freiheiten deklariert

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

wurden, dann aber zu Kontrollmechanismen transformierten, die den härtesten Einschließungen in nichts nachstehen. Die Veränderungen werden auf die veränderten technischen Fortschritte zurückgeführt, die ihre Auswirkungen in der Logik der Ökonomie zeigt: „Es ist nicht nur eine technologische Entwicklung, sondern eine tiefgreifende Mutation des Kapitalismus“ (a.a.O., S. 3). Die angeführte Mutation bewirkt ein Umdenken: Kontrolle wird über den Verbrauch von Waren ausgeübt, der Mensch fungiert ebenfalls als Ware, die einer Selbstkontrolle unterliegt. Somit ist die Gesellschaft einer ständigen Kontrolle ausgesetzt, die in ihrer Art kein Panopticon, also keine architektonische Struktur mehr benötigt (vgl. a.a.O.).^{39 40}

3.1.2 Normalität und Wahnsinn⁴¹

Die modernen Entwicklungen werden als Entwicklung zur Humanität und mehr Gerechtigkeit aufgefasst. Anhand der Strafjustiz zeigt Foucault, dass Disziplinierung (und Verwahrung von Straftätern) ein Mittel dieser Entwicklung und von vorrangigem Interesse ist. Normalität gewinnt als Begrifflichkeit immer mehr an Bedeutung, denn es erlaubt Abweichungen vom Standard zu benennen (vgl. Foucault 1977). Foucault beschreibt in „Die Macht der Psychiatrie“, dass Disziplin Ränder erzeugt. Als Beispiel wird angeführt, dass vor der Einführung einer disziplinierten Armee, Deserteure nicht als Deserteure angesehen wurden, sondern als Soldaten, die irgendwann (oder nie) wiederkehren. Von dem gleichen Moment an, wo in der Schule die Disziplin eingeführt wird, gibt es die Schwachsinnigen (vgl. Foucault 2005, S. 87). Dabei wird von einer binären Aufteilung ausgegangen. „Das psychiatrische Asyl, die Strafanstalt, das Besserungshaus, das Erziehungsheim und zum Teil auch die Spitäler funktionieren gleichermaßen als Zweiteilung und Stigmatisierung (wahnsinnig – nichtwahnsinnig, gefährlich – harmlos, normal – anormal) sowie als zwanghafte Einstufung und disziplinierende Aufteilung“ (Foucault 1977, S. 256). Wer von der Norm abweicht, wird

³⁹ Ein Verweis auf Foucaults Werke der Biomacht wurde an dieser Stelle nicht aufgeführt, da es sich um einen anderen theoretischen Bezug handelt: Bevölkerung – biologische Prozesse – Regulierungsmechanismen – Staat und nicht wie hier Körper – Organismus – Disziplin – Institution (vgl. Schneider 2004, S. 180).

⁴⁰ Entgegen der Modifikation von Deleuze könnte gesagt werden, dass Kontrolle ein Leitmotiv von Überwachen und Strafen ist (vgl. Link 2008, S. 246).

⁴¹ Der Begriff kann missverständlich verwendet werden, vor allem durch die Übersetzung von Französisch nach Deutsch. In dieser Verwendung ist Normung und nicht Normalisierung angesprochen. Eine genaue Beschreibung erfolgt nicht, siehe dazu Link 2008, S. 242f.

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

sanktioniert bzw. belohnt. Dabei legt die normierende Sanktion unter der Annahme prinzipieller Gleichheit die Stellung nach individuellen Unterschieden von der Norm bzw. Durchschnittlichkeit fest; die Sanktionen sollen die Abläufe und Strukturen wieder ordnen (vgl. a.a.O., S. 30). Normalität bei Kindern und Jugendlichen wird im Verhältnis einerseits zum Erwachsenen als Ende des Entwicklungsstadiums und zu Gleichaltrigen festgelegt, wobei hier ein Durchschnitt gebildet wird bzw. die Mehrheit als Norm gilt (vgl. Foucault 2005, S. 301). Die Disziplinierung sanktioniert über Übungen, oder anders ausgedrückt durch Dressur. Der Körper soll einen „maschinellen Ablauf“ erlernen und einhalten, der Körper soll sich z. B. genormte Zeiten und Räume einordnen und kann somit wie ein Ersatzteil auch leicht ersetzt werden (vgl. Link 2008, S.2 43). „Es handelt sich mehr um einen Körper der spekulativen Physik; eher um einen von der Autorität manipulierten Körper als um einen von Lebensgeistern bevölkerten Körper, um einen Körper der nützlichen Dressur und nicht der rationalen Mechanik (Foucault 1977, S. 230). Ordnung, so kann es verstanden werden, ist die Wirklichwerdung der Disziplin. Wenn der Wahnsinn eine Abweichung der Norm ist, so kann dem Wahnsinn nur entkommen werden, wenn sich Personen der „Mechanik“ anpassen, gehorsam sind und leistungsfähig sind, also einer Arbeit, einer Bildung etc. nachgehen (vgl. Foucault 2005, S. 240f.). Die Durchdringung der Frage nach Normalität und Disziplinierung von Abweichung wird nicht vor der Familie halt machen, sie wird von den Institutionen übernommen. Die Familie wird somit der Ort sein, an dem als erstes die Frage nach Abweichung von der Norm entstehen wird. Durch die Überwachung des Normalen wird das Verhalten charakterisiert, dies hat selbst dort eine Psychologisierung des Kindes innerhalb der Familie zur Folge (vgl. Foucault 1977, S. 277 und 2005, S. 182). Mit dem Zeitalter der Vernunft beginnt die Ordnung des Wissens. Über die Strukturierung des Wissens können Abweichungen von der Norm erkennbar gemacht werden. Die Ordnung des Wissens ist der Grundstein für unsere Wissenschaften. Die Kategorisierung dient als Basis der Normalisierungstechnik (vgl. von Stechow 2004, S. 38).

3.1.3 Der klinische Blick

In einem Interview äußert sich Foucault, dass eine Gesellschaft, die sich an der Norm ausrichtet, geeignete Überwachungs- und Kontrollsysteme benötigt. Die Medizin, die eine Wissenschaft vom Normalen und Pathologischen ist, wird sich an die Spitze der Wissenschaften setzen, deren Auswirkung in der Familie und überall sonst wahrnehmbar sein wird. Im Gegensatz zu einer Religion hat die Medizin den Vorteil, dass sie als

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

Wissenschaft gilt und ihr somit eine enorme Durchschlagskraft verliehen wird (vgl. Foucault 1976, S. 84f.).

Historisch gesehen entstanden nach der Befreiung der Irren von Pinel eigene Einrichtungen um „Geistesgestörte“ untersuchen zu können. Institutionelle Maßnahmen und wissenschaftliche-empirische Forschung, so die These von Foucault, setzen sich gegenseitig voraus und ergänzen sich. Nach nur kurzer Zeit wurden die einstigen Einteilungen von Geisteskrankheiten als ungenügend ausgewiesen, die Einteilungen differenzierten und vermehrten sich (vgl. Ruffing 2008, S. 33 und Foucault 1973 a, S. 399). Die wissenschaftliche Einteilung führte dazu, dass die Vernunft⁴² den Wahnsinn nur noch weiter als das Andere bzw. das Fremde von der Gesellschaft entfernte (vgl. Ruffing 2008, S.33). Anders ausgedrückt: Die Ausgrenzung von psychisch „Abnormalen“ erfolgt über eine wissenschaftliche Legitimierung.

Allgemein benötigte die (medizinische) Disziplinierung (Visiten, Tagesablauf, räumliche Überwachung) von Kranken ein eigenes Refugium. Eine Durchsetzung dessen wäre am Krankenbett nicht möglich gewesen. Der Körper wird durch die Einweisung in eine Klinik aus seinem Lebenskontext herausgenommen (von den Normalen abgegrenzt) und zu einem Objekt medizinischer Beobachtung transformiert (vgl. Lachmund 1992, S. 238f.). Foucault schreibt in der „Geburt der Klinik“: „In der Klinik hat man es hingegen mit Krankheiten zu tun, deren Träger gleichgültig; gegenwärtig ist die Krankheit selber und zwar in dem Körper, der ihr eigen ist, und der nicht der Körper des Kranken ist, sondern der ihrer Wahrheit. [...] in der Klinik geht es nur um ein Beispiel: hier ist der Kranke ein Akzidens seiner Krankheit, das vorübergehende Objekt, dessen sie sich bemächtigt“ (Foucault 1973 b, S. 74f.)⁴³. Deutlich wird, dass in der Klinik die Medizin die bestimmende Disziplin ist, die Leitung somit dem Arzt unterstellt sein muss. Das medizinische Wissen um „das verbotene und drohende Geheimnis ...: das Wissen vom Individuum“ (Foucault 1976, S. 184) bedeutet wiederum Macht, denn Wissen und Macht sind keinesfalls voneinander trennbar.

⁴² Eine Erläuterung über die Grundzüge von Wahnsinn und Gesellschaft, z. B. der Hintergrund, dass ohne Vernunft keine Unvernunft vorherrscht, erfolgt an dieser Stelle nicht.

⁴³ Foucault beschreibt, dass Medizin und Psychiatrie nicht als Gleiches gesehen werden können. Der zentrale Unterschied ist, so Foucault, das unterschiedliche wissenschaftliche Wissen. Jedoch ist hinsichtlich der Krankenhäuser, dazu zählen Psychiatrien und somatische Krankenhäuser gleichermaßen, der Medizin unterstellt, womit das Zitat für beide Formen als gültig anzusehen ist (vgl. Foucault 1976, S.85).

3.1.4 Macht

„Das Prinzip der Macht liegt weniger in einer Person als vielmehr in einer konzertierten Anordnung von Körpern, Oberflächen, Lichtern und Blicken; in einer Apparatur, deren innere Mechanismen das Verhältnis herstellen, in welchem die Individuen gefangen sind. Die Zeremonien, Rituale und Stigmen, in denen die Übermacht des Souveräns zum Ausdruck kam, erweisen sich als ungeeignet und überflüssig, wenn es eine Maschinerie gibt, welche die Asymmetrie, das Gefälle, den Unterschied sicherstellt. Folglich hat es wenig Bedeutung, wer die Macht ausübt“ (Foucault 1977, S. 259).

Dieses Zitat von Foucault zeigt deutlich, dass die Macht als Dynamik verstanden wird, die nicht mehr von Personen oder Institutionen ausgeht, sondern durch die Formen der Disziplinierung. Macht ist immer ein Kräfteverhältnis, denn eine Kraft steht nie alleine, sondern in Beziehungen zu anderen Kräften (vgl. Deleuze 1992, S. 99f.), und durchdringt so die Beziehungen der Gesellschaft. Macht ist bei Foucault nicht nur als negativ zu sehen, sondern kann auch positive Mechanismen wie Wissen befördern. Als Unterdrückungsform hätte Macht keinen großen Einfluss auf Individuen, da diese Form von Macht nicht akzeptiert werden würde. Der Mensch unterwirft sich dagegen „der Produktion der Wahrheit durch die Macht“ und übt „Macht nur über die Produktion der Wahrheit“ aus (Foucault 1978, S. 76). Machtbeziehungen funktionieren demnach über Wissen und Wahrheit.

3.1.5 Gesellschaftliche Funktion

Die Übertragung der zentralen Begriffe von Foucaults Werken bildet die gesellschaftliche Funktion der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie ab. Diese Funktion bedarf, um Missverständnisse zu vermeiden, einer genaueren Erläuterung. Hinsichtlich der Norm gibt es Diagnoseschemata, die zur Ordnung des Wissens und zur Benennung einer Normabweichung dienen. Wer zu weit von der Norm abweicht, erhält Sanktionen z. B. wer ADHS diagnostiziert hat erhält unterstützende Maßnahmen oder wird bei starken Abweichungen an eine Psychiatrie verwiesen.⁴⁴ Durch das Lernen von Verhalten (Disziplinierung) soll Normalität weitestgehend erreicht werden. Der Sanktionierung

⁴⁴ Die Formulierungen sind neutral und ohne Wertung zu verstehen.

3.1 Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie

kann nur entgangen werden, wenn sich der Normalität ausreichend angenähert oder angepasst wird.⁴⁵ Die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet, das die Unterscheidung von Normalen und Pathologischen untersucht, legitimiert in der Gesellschaft diese Vorgehensweise. Für die Behandlung stehen Krankenhäuser als eigener Ort für die Behandlung mit eigenen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Das Wissen über die Abweichungen legitimiert die Behandlung und erhält gesellschaftliche Akzeptanz, auf der anderen Seite wird das Wissen über Abweichungen in den Institutionen selber produziert.⁴⁶ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird das Wissen über psychische Krankheiten und Lebensgeschichten zur Diagnose und somit zur Wahrheit. Macht kommt hier zum Ausdruck, indem Kinder und Jugendliche aus ihrer Lebenswelt heraus in die Lebenswelt der Klinik gelangen und dort wieder herauskommen, wenn die Therapie Erfolge, im Sinne einer gewissen Verhaltensnormalisierung, zeigt. Dafür ist die Akzeptanz der Wahrheit über die Diagnosen und Problemfelder unabdingbar. Macht ist nicht auf einzelne Personen konzentriert, sondern funktioniert über internationale Debatten um psychische Erkrankungen sowie akzeptierte Diagnosen und Behandlungsfolgen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst über strukturelle Abläufe, Behandlungen sowie Aufenthaltsgestaltungen. Relevant für pädagogische Handlungskonzeptionen sind der Umgang mit Machtbeziehungen und -dynamiken sowie die Umsetzung der gesellschaftlichen Aufgabe in der Institution. Berührt wird in pädagogischen Konzeptionen die Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft, die sich in der Institution vor allem über die Funktion des Aufenthalts ausdrücken.

⁴⁵ Bis hierhin folgt die Logik der Definition aus der Einführung der DGKJP: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (DGKJP, Stand 22.11.2013).

⁴⁶ Zur Erinnerung: Die Bedeutungen „psychiatrisches Krankenhaus“ und die „Lehre von Störungen“ sind in der Praxis eng miteinander verbunden. Die Lehre von seelischen Störungen ist maßgebend für die praktische Arbeit. Die Kenntnisse aus der praktischen Arbeit fließen in die Lehre, dann vor allem bei der Behandlung von seelischen Störungen, mit ein.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Beschreibung von historischen Eckpunkten erweitert die gesellschaftliche Funktion der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie und verweist auf die Entwicklung eines institutionellen Behandlungsverständnisses und struktureller Vorgaben. Hierüber werden professionelle Konfliktlinien des Verständnisses zur Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgearbeitet. Der geschichtliche Verlauf beginnt mit Verweisen aus dem 19. Jahrhundert, der die Ausgangslage für die aufgezeigten historischen Entwicklungen ist und chronologisch zum aktuellen Verständnis führt. Die Entwicklungen sind Ausgangsbedingungen für das heutige Psychiatrieverständnis und für einen Behandlungsverständnis. Die Beschreibung der Entwicklung stellt somit einen wesentlichen Verstehenszugang da, wie sich das Feld für Soziale Arbeiter entwickelt hat.

3.2.1 Verständnisse zur Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine erste Übersicht

Problematisch für eine nähergehende Untersuchung ist das Fehlen eines eindeutigen pädagogischen Verständnisses im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie nachfolgend anhand von Beispielen gegenübergestellt wird.

Trutzel (2011, S. 283ff.) zeichnet beispielhaft einen geschichtlichen Verlauf der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach, wovon das Verständnis von Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie berührt wird. Mit Verweis auf andere Autoren wird dabei auf den Zusammenhang zwischen Beginn der Vorläufer von Kinder- und Jugendpsychiatrien im 19. Jahrhundert und den Bemühungen, Institutionen mit einer rechtlichen Basis für Zwangserziehung zu errichten, hingewiesen. Heilpädagogik wird zu der Zeit als Bindeglied zwischen Pädagogik und Medizin ausgegeben. Der Abbruch der sich entwickelnden Reformpädagogik durch die Nazizeit, mit Beginn der „Schwächen“ in den zwanziger Jahren, wird von Trutzel als Führung und Verführung dargestellt, wobei die Sonderschullehrer unter den Pädagogen am meisten herausgefordert wurden. Die Prägung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach 1945 erfolgte überwiegend durch Mediziner, da diese aufgrund ihrer Kriegswichtigkeit im Krieg gefördert wurden und somit einen hohen professionellen Stand und Einfluss, trotz Kriegsniederlage, hatten. Großen pädagogischen Einfluss auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Nachkriegszeit hatten Wiener Heilpädagogen wie z. B. Hans Asperger, die an der Heil-

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Sonderpädagogik vor 1933 ansetzten. Herrmann Stutte wird von Trutzel angeführt, der die Zusammenarbeit von Heilpädagogik und Kinderpsychiatrie mehr durch Terminologie als von Inhalten getrennt sah. Durch Asperger und Stutte hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine heilpädagogische Ausrichtung erhalten, „die sich in diagnostischen und pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen, vor allem aber in einer menschlich warmen, dialogischen Beziehung zwischen Kindern und Jugendlichen und ihren Helfern zeigt“ (Myschker 2005, S.27f. Zitiert nach Trutzel 2011, S.304). Abschließend werden Heilpädagogik, Sozialpädagogik und Fürsorgeerziehung als pädagogische Schwerpunkte neben der Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie als starke Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie genannt, die jedoch durch die vergrößerte Bedeutsamkeit der Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie in den Hintergrund rückten. So wird die Zusammenarbeit von pädagogischen Schwerpunkten und der Kinder- und Jugendpsychiatrie hier als weitestgehend bereichernd dargestellt mit ausschließlich zwölf Jahren dunkler Vergangenheit der Verführung.

Der unkommentierte Verweis auf Stutte macht bereits misstrauisch und zeigt unterschiedliche Wahrnehmungen. So schreibt z. B. Der Verein Lebenshilfe über Stutte, dass er ein enger Vertrauter Villingers war, der bereits 1934 bei Erbgesundheitsgerichtsverfahren Anträge auf Unfruchtbarmachung gestellt hatte und als Gutachter arbeitete. Nach 1945 hielt Stutte an erbbiologischen Erklärungsmodellen fest. Noch 1947 benutzte er den im Nationalsozialismus (NS) gebräuchlichen Rasseforschungsbegriff „diagnostische Abartigkeit“ und forderte 1958 in einer Schrift für „praktisch unerziehbare Jugendliche“ neben „Arbeitstherapie“ und heilpädagogischer Behandlung die „bewahrende Absonderung“ (Lebenshilfe 1998). Ebenso führt Hänsel (2008, S. 184f.) an, dass die NS-Zeit eine hohe Bedeutsamkeit für eine Ablösung und Verselbstständigung von Professionen wie der Sonderpädagogik von der Allgemeinen Pädagogik hatte, die unter anderem durch eine Annäherung an medizinische Berufe in der Zeit profitiert haben.

Kunze (1995, S. 12) verweist gegenüberstellend: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. die Psychiatrie allgemein war vor der Psychiatrie-Enquête hauptsächlich medizinisch ausgerichtet. Durch die Psychiatrie- Enquête erhielten neben den ärztlichen auch weiteren Professionen die Möglichkeit, ihre Tätigkeit in der Psychiatrie aufzunehmen. Dazu gehörten neben Psychologen oder Bewegungstherapeuten auch Sozialarbeiter und -pädagogen. Zum einen wurde durch die Veränderung der Personalstruktur die Einführung von mehrdimensionalen Therapieformen vorgenommen. Auf der anderen Seite galten die

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

neuen Professionen als Ersatzstellen von nicht besetzbaren Ärztstellen und gehörten nicht zwangsläufig zur festen Berufsgruppe (vgl. ebd.). 1983, also kurz nach der Umsetzung der Psychiatrie- Enquête, wurde von Armin ausgewiesen, dass die Soziale Arbeit⁴⁷ in Psychiatrien unter Rechtfertigungsdruck stand. Als ein Grund wurde die vorwiegend medizinisch geprägte Sichtweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf ein bislang nicht vorgesehenes Berufsfeld in der Einrichtung genannt (vgl. Armin 1983, S. 7). Unterschiede werden in den Erwartungshaltungen der beiden Professionen sichtbar: „Die Erwartungen der Professionen aneinander divergieren deutlich. Aus Sicht von Sozialarbeitern ist die Erwartung an die Zusammenarbeit die einer Teamarbeit mit fachlich gleichberechtigten Partnern und Sichtweisen, die nicht in hierarchischer Abhängigkeit zueinander stehen. Diese Erwartungshaltungen lässt sich unter den herrschenden Bedingungen nicht umsetzen. Aus ärztlicher Sicht besteht die Erwartung an die Zusammenarbeit als Arbeitsteiligkeit unter ärztlicher Anleitung und Verantwortung. [...] Im Rahmen solcher Vorstellungen ist Sozialarbeit eine untergeordnete Disziplin, ein nicht-ärztlicher Hilfsberuf“ (Blanke 1996, S. 158f.).

Die Zusammenarbeit von pädagogischen Schwerpunkten und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Gegensatz zu der Anführung oben nicht als weitestgehend bereichernd, sondern als professionelle Konfliktlinie dargestellt. Aus der Gegenüberstellung sticht hervor, dass die geschichtliche Rolle der pädagogischen Professionen und die Nähe zum medizinischen Verständnis, vor allem durch die starke medizinische Prägung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bedeutsame Komponenten zur Herausstellung eines pädagogischen Fallverständnisses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Die Bedeutung einer pädagogischen Rolle und somit die der Sozialen Arbeit wird im Laufe dieses Kapitels nachgegangen.

3.2.2 Anfänge und Weimarer Republik – Reformen und Rassenhygiene

Die Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen in der Psychologie, der Pädagogik, der Neurologie, der Pädiatrie und der klinischen Psychiatrie (vgl. Hackenberg und Hinterhuber 1997, S. 157). Bis ins 18./19. Jahrhundert waren Pädagogik und Philosophie sowie Heilpädagogik die einflussreichsten Disziplinen bei Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Kinderpsychiatrie als medizinische Disziplin entwickelte

⁴⁷ An dieser Stelle wird bewusst die Beschreibung von Macht fallen gelassen, um sie in Kapitel 4 ausführlicher und praxisnah zu behandeln.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

sich parallel zu den genannten Disziplinen (vgl. Renschmidt 1988, S. 3). Richtungsweisend war zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Auseinandersetzung zwischen Psychikern, die Ursachen von psychischen Störungen hauptsächlich in der Psyche sahen, und Somatikern, die Ursachen hauptsächlich in körperlichen Zusammenhängen sahen. Mitte des 19. Jahrhunderts entschieden die Somatiker die Debatte für sich und erlangten die größere Bedeutung (vgl. Nissen 2005, S. 135). Die Folge war eine Voranschreitung der Biologisierung der psychiatrischen Forschungsfelder. Psychiatrie und psychische Störungen, Degenerationslehre und Erblchkeitsfrage wurden im Laufe der Zeit mehr und mehr zusammenhängend gesehen. Dies kann als ein Grundstein für den hohen Zuspruch der Eugenik im weiteren geschichtlichen Verlauf angesehen werden (vgl. Kölch 1996, S. 35f.). So standen nach dem Ersten Weltkrieg vor allem bevölkerungspolitische und gesellschaftliche Fragen im Vordergrund (vgl. ebd.), die mit einem Volksdenken (das Volk als eine biologische Einheit) verbunden wurden, indem dem Völkernkampf mit einem gesunden Volkskörper entgegen getreten werden sollte (vgl. Castell et al. 2003, S. 11). Wurden bislang Kinder und Jugendliche in pädagogischen Einrichtungen hauptsächlich verwahrt, lag der Fokus nun auf Reinhaltung des Volkskörpers. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschied nun die Heilbaren (erworbene psychische Erkrankungen – noch brauchbar für die Gemeinschaft) von den Nicht-Heilbaren (vererbte Krankheit - nicht mehr brauchbar für die Gemeinschaft) (vgl. a.a.O., S. 11f.). Während der Weimarer Republik gab es eine Fülle an unterschiedlichen Ausrichtungen zur Behandlung von psychiatrischen Störungen. Die Beschränkung der Sichtweise bei Behandlungen von psychischen Störungen auf eine ausschließliche rassenbiologische Ausrichtung der Weimarer Republik wäre verkürzt, „vielmehr war die Republik der Schauplatz für Auseinandersetzungen verschiedener Theorien, wie auf dem politischen Gebiet, so auch auf dem wissenschaftlichen; hier wie dort waren es auch Extreme, die miteinander in Konkurrenz traten“ (Kölch 1996, S. 55). Es gab u. a. Reformbewegungen, die an Psychiatrieansätze der gewaltfreien Behandlung Wilhelm Griesingers des 19. Jahrhunderts anschlossen. Besonders erwähnt sei an der Stelle die offene Irrenfürsorge Gustav Kolbs, der die Grundzüge der gemeindenahen Psychiatrie im Blick hatte. Dies war ein deutlicher Verständniswandel, denn vor seiner Zeit bedeutete eine Einweisung in die Psychiatrie meist, dass eine Entlassung nicht vorgesehen war. So wurde der Blick erstmals nach außerhalb der Psychiatrie gerichtet und die Organisation von ambulanten Fürsorgemaßnahmen aufgebaut, mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung der Patienten. Kolb sprach sich für die Einrichtung von

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinderabteilungen und für Irrenschutzgerichte aus, die Psychiatrien in ihrer Arbeitsweise kontrollieren sollten. Psychiatrische Abteilungen für Kinder im heutigen Sinne gab es damals nicht (vgl. Kunst+Museumsprojekt Zschadraß 2013). Doch auch im Bereich der Kinderbehandlungen gab es Reformbewegungen. Zum Beispiel wurde 1921 an der Berliner Charité eine Beobachtungsstation für Psychopathen eingerichtet, eine der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen (vgl. Kölch 1996, S. 36). Ambulante und niedrigschwellige Angebote bestanden (hier für Berlin) vor allem aus Beratungsstellen für Heilerziehung, auch Psychopathenfürsorgestelle genannt. Die Organisation der Beratungsstellen war ärztlich dominiert und hatten den weiteren Zweck psychische Störungen auf deren Ursachen zu untersuchen. Der flächendeckende Ausbau zu dieser Zeit kann als Ausdruck gewertet werden, die durch soziale Schieflagen entstandenen Verhaltensauffälligkeiten, therapeutisch also medizinisch zu behandeln (vgl. Kölch 2013). Reformen und das Denken über (Zwangs-)Sterilisation und Euthanasie mussten sich jedoch nicht unbedingt ausschließen. Die Arbeit der oben erwähnten Psychopathenfürsorgestellen war Ausdruck eines zeitlich vorherrschenden Verständnisses: „Die selektierende und kontrollierende Arbeit dieser Fürsorgestellen, Sichtungsstellen und heilpädagogischen Beratungsstellen gegenüber behinderten und schwer erziehbaren Kindern, kann als Ausdruck einer von der Vererbungslehre bestimmten Anthropologie bewertet werden...“ (Gröning 2010, S. 33). Weiterführend kann eine andere Bewegung in der Weimarer Republik genannt werden: die aktive Krankenbehandlung von Hermann Simon. Obwohl der Ansatz der systematischen Arbeitstherapie ebenfalls frühen sozialpsychiatrischen Konzepten zuzurechnen ist, war der Anstaltsdirektor Simon Sozialdarwinist und befürwortete Euthanasie bei nicht mehr arbeitsfähigen Menschen (vgl. Payk 2003). Trotz aller Reformen und Diskurse lud sich insbesondere bei Ärzten und Naturwissenschaftlern im Laufe der Weimarer Republik die Ausrichtung rassenbiologisch auf und traf Ende der zwanziger Jahre auf ein zunehmendes Interesse in der Bevölkerung (vgl. Kunst+Museumsprojekt Zschadraß 2013).

3.2.3 Nationalsozialismus – Eugenik und der Umgang mit dem Vorgängerstaat

Schon lange vor dem Jahr 1933 bestanden Diskussionen um Eugenik und (Zwangs-)Sterilisierung bzw. Vernichtung von Erbkrankheiten und deren Trägern. Diese Ansichten konnten ohne große Hindernisse in die Rassenpolitik der Nationalsozialisten eingegliedert werden (vgl. Castell et. al. 2003, S. 11f.). Beispielhaft kann dafür die

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Herausgabe der Schrift von Hoche und die Bindung zur Vernichtung unwerten Lebens von 1920 genannt werden, dessen Inhalte für Gesetze wie die Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933 wieder aufgenommen wurde (vgl. Kunst+Museumsprojekt Zschadraß 2013). Deutschland stand mit der Diskussion der Eugenik vor den 1930er Jahren in einem internationalen gleichen Kontext der wissenschaftlichen Debatte, welche sich auf Charles Darwin zurückverfolgen lässt. Gesetze über Sterilisation wurden ebenfalls in europäischen Ländern wie u. a. Dänemark und Schweiz und in Übersee wie der USA verabschiedet. Allerdings wurde im Unterschied zu anderen Staaten nur in Deutschland ab 1932 die gesetzliche Sterilisation und zwischen 1939 und 1945 die Euthanasie so vervollkommen und erbarmungslos durchgeführt (vgl. Schwarz 2008, S. 65ff.). Beispielhaft kann hier die Mordaktion T4 genannt werden, unter der auch viele Minderjährige (hier bis 20 Lebensjahre) mit psychiatrischen Erkrankungen, geistigen und/oder körperlichen Behinderungen vergast worden sind. Es wird von einer Zahl von 4.500 Kindern und Jugendlichen zwischen 1939 und 1941 ausgegangen (vgl. Fuchs et al. 2004, S. 62). Ziel war die rassenhygienische Reinigung der Bevölkerung unter einem objektiven medizinischen Schein. Nicht zu vergessen ist ebenfalls die koordinierte Kindertötung, die nicht unter die Aktion T4 fiel. Über einen Fragebogen wurden nicht heilbare Kinder erfasst, über die drei Gutachter nach Aktenlage entschieden. Mindestens 5000, vermutlich über 10.000 Kinder, wurden in sogenannten Kinderfachabteilungen umgebracht (vgl. Fangerau und Noack 2006, S. 239f.).

Nach der Kapitulation Deutschlands am 8. Mai 1945 sollte das Land wieder aufgebaut werden und im Jahre 1949 wurde die Bundesrepublik Deutschland konstituiert. Der Umgang mit dem Vorgängerstaat, dessen Geschichte zur BRD gehört, ist nicht nur für die ersten Jahre nach der Staatsgründung maßgeblich. Pfeiffer (2007, S. 332f.) beschreibt mehrere Phasen zur Auseinandersetzung mit den Krankentötungen:

1945 - 1950: Betroffenheit über die Taten, jedoch bei Mitwirkenden hauptsächlich Verdrängung und kollektives Schweigen.

1951 - 1964: Grundsatzdiskussionen über Euthanasie und Sterbehilfe unter Professionellen, daraus folgt jedoch keine Auseinandersetzung zu den Krankentötungen im Nationalsozialismus.

1965 - 1974: Befassen mit den Krankentötungen von Psychiatern und Medizinhistoriker. Meist über studentische Initiativen entstehen lokale Geschichts-Werkstätten.

3.2.4 Nachkriegsjahre und Kontinuitäten⁴⁸

Im 13. Kinder- und Jugendhilfebericht wird angeführt, dass nach dem Zweiten Weltkrieg die Kluft zwischen den pädagogischen und psychiatrischen Disziplinen vergrößert wurde. Als Gründe wurden die Spezialisierung der darin gebundenen Tätigkeitsfelder und Fortschritte in der Forschung angegeben. Die Medizin z. B. entwickelte diverse eigenständige Fachkulturen und beförderte den medizinischen Blick, der auf der einen Seite die Forschungslandschaft beflügelte, jedoch wiederum mehrheitlich körperliche und nicht psychosoziale Aspekte in den Blick nahm (vgl. BMFSFJ 2009, S. 43). Dies wird folgend näher ausgeführt. Für die Nachkriegsjahre sind die zeitlichen Bedingungen und das pädagogische Verständnis zu berücksichtigen. In den fünfziger Jahren waren die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen sehr prekär z. B. durch Hunger und Wohnungsnot (vgl. Winkler 2009, S. 53). Autoritäre Erziehungsstile aus den vorherigen Jahrzehnten und begrenzte ökonomische Ressourcen (zu wenig Personal, zu wenige Unterkünfte) führten zu einer pädagogischen Überforderung. Dementsprechend waren Unterwerfung, Repressionen und Gewalt in Jugendheimen Normalität (vgl. ebd.). Erziehung mittels Strenge, Disziplin, Ruhe, Ordnung und Unterordnung zog sich bis in die sechziger Jahre hinein, bevor die öffentliche Kritik an der Jugendfürsorge Ende dieses Jahrzehnts aufkam und anstieg (vgl. a.a.O., S. 40ff.). In den letzten Jahren brachen beispielhaft ehemalige Patienten von Kinder- und Jugendpsychiatrien ihr Schweigen und berichteten von körperlichen bis hin zu sexuellen Misshandlungen in den fünfziger bis siebziger Jahren z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg. Der Landschaftsverband Westfalen Lippe kündigte an, diese Geschehnisse aufzuarbeiten (vgl. LWL 2013, eingesehen am 23.12.2013). Innerhalb der Erziehungsberatung und unter Kinder- und Jugendpsychiatern gewann nach dem Zweiten Weltkrieg beeinflusst durch das Re-Education-Programm der Alliierten die angelsächsische Child Guidance-Konzeption an Bedeutung. Das therapeutische Konzept für Erziehungsberatungseinrichtungen kann als Lenkung/Führung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen unter Beteiligung Personensorgeberechtigter verstanden werden - Experten geben Ratschläge zur positiven Beeinflussung der psychischen Entwicklung (vgl. Renschmidt 2006, S. 8). In der neu entstandenen BRD wurde die hohe klinische Bedeutung herausgestellt und die ärztliche Leitung in einer eigentlich als multiprofessionell und eher gleichrangig ausgerichteten Konzeption eingefordert (Hänsel

⁴⁸ Die Beispiele der Kontinuitäten ließen sich noch fortführen (siehe auch Haack et al. 2013).

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

2008, S. 220ff.). Der Einfluss auf die junge BRD durch (personelle) Kontinuitäten wird hier durch zwei Personen, Werner Villinger und Karl Tornow, nachgezeichnet.

Tornow, der großen Einfluss auf die Nachkriegszeit hatte, schrieb in einem Bericht von 1943: „Auch auf dem Gebiete der Sondererziehung wird Deutschland den Sieg über seine weltanschaulichen Gegner erringen und führend neue Wege zum Heile der Völker gehen und aufzeigen. Möge die neugegründete Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Sonder- und Heilpädagogik⁴⁹ auch dieser sich zwingend ergebenden Aufgabe dienen, vor allem aber dazu beizutragen, für unser eigenes Volk die vorliegenden Aufgaben im völkischen Sinne also im Interesse einer rassischen Gesundung zu lösen nach dem Grundsatz: „Nichts für uns, alles für Deutschland. Adolf Hitler die Treue!“ (Tornow 1943, S. 86). An anderer Stelle: „Getragen wird dieses Werden von den nationalsozialistischen Weltanschauung innewohnenden Kräften, deren Wesen sich offenbart in der Beachtung der Gesetzmäßigkeit der Natur und des Lebens und die in der rassischen Denkweise und Einstellung unserer Zeit in ihrer sichtbarsten Ausdruck findet“ (a.a.O., S. 77). Tornow, der selber seinen professionellen Lebensweg wie einen roten Faden und als Erfolgsprozess versteht (vgl. Hänsel 2008, S. 49) wird 1981 vom Land Niedersachsen für seine Verdienste in der Heilpädagogik und Psychotherapie mit dem Verdienstkreuz geehrt (vgl. a.a.O., S. 38). Tornow verwies bereits in seiner Dissertationsschrift auf einen Zusammenhang von Genetik und Geistesschwäche und relativiert Umweltbedingungen zugunsten des Einflusses genetischer Mängel der Eltern (vgl. a.a.O., S.134). Das defizitäre Kind wird entwicklungsmäßig, sozial und darüber hinaus als räumlich zu trennendes Wesen von Tornow gedacht (vgl. a.a.O., S.135). Die Broschüre zur Hilfsschule aus der NS-Zeit von Tornow wird noch nach der NS-Zeit als Broschüre unter Weglassung der Ansätze zur Sterilisation neu aufgelegt und weiter im Handel vertrieben (vgl. a.a.O., S. 111). Tornows Arbeiten wirkten durch die Prägung von Grundbegriffen der Sonderpädagogik und der Beförderung zu einem eigenständigen Fach lange nach Kriegsende fort (vgl. a.a.O., S.319) – Tornow bildete nach 1945 weiter Fachvertreter der Sonderpädagogik aus. Er rückte nach Kriegsende sein Vorgehen in das Licht eines Retters der Kinder, der in der NS-Zeit versuchte so viel pädagogische Ansprüche zu retten, wie zu retten möglich waren (vgl. a.a.O., S. 62). Tatsächlich agierte er jedoch im Sinne des Gesetzes zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses, denn Hilfsschulkinder waren vom Verständnis her nicht notwendig erbkrank bzw. nicht zwingend minderwertig für die

⁴⁹ Die Gesellschaft wurde erst 1940 in Wien gegründet.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gemeinschaft, sie benötigten zur Förderung einen eigenen Raum mit heilpädagogischen Maßnahmen zur Entfaltung (vgl. a.a.O., S. 322). Ein besonderes Augenmerk wird zur Beschreibung von Kontinuitäten auf das unterschiedliche Verständnis von Heilpädagogik, das von Tornow geprägt wurde, zu anderen pädagogischen Fächern gelegt. Hänsel zeigt auf, dass Heilpädagogik aufgrund von Professionalisierungsinteressen sich an die medizinische Tradition angenähert und von der allgemeinen Pädagogik entfernt hat. Es lässt sich kein Bezug zur Kindereuthanasie und der verfehlten Vorstellung vom unwerten Leben ausmachen, jedoch hat die Profession sich durch körperliche Grundlagen, die teilweise unhaltbar sind, innerhalb des medizinischen Fachbereiches aufgewertet. Die enorme Annäherung an medizinische und psychiatrische Vorstellungen steht einer Entfernung zu sozialwissenschaftlichen Vorstellungen gegenüber. Die darin enthaltenden Vorstellungen von Selektion, lenken und verwahren verweisen auf eine Ordnungspädagogik, die mit den Vorstellungen einer Pädagogik, wie in Teil I formuliert, nicht konform sind. Anerkennungstheoretisch ist die Selektion von Kindern und Jugendlichen mit Störungen in Schon- und Schutzräume identitätsgefährdend, denn in diesem Umfeld fehlt die Möglichkeit Selbstachtung aufzubauen und Wertschätzung zu erhalten, da ihnen eine Minderwertigkeit und Krankheit vor Augen geführt wird – Zuwendungen in diesem Sinne können nur beschämen. Erziehungsziele wie Bildung, Mündigkeit, Emanzipation und Partizipation gelten in der Heilpädagogik (als eine Ordnungspädagogik) nur sehr eingeschränkt (vgl. Gröning 2010, S. 48ff.)

Villinger hatte im Nachkriegsdeutschland maßgeblich Einfluss auf die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Villinger kann nicht als überzeugter Vertreter der T4-Aktionen bezeichnet werden, obwohl er zeitweise als Gutachter geführt wurde (vgl. Castell et al. 2003, S. 468ff.), ordnete er sich problemlos in die Weltanschauung der NS-Zeit ein (vgl. Holtkamp 2002, S. 41). „Seine Vorstellung von der biologischen Minderwertigkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen und die daraus zu ziehenden rassenhygienischen Konsequenzen zeigen ein Kontinuum von der Weimarer Republik über den Nationalsozialismus bis in die Bundesrepublik bei einer unterschiedlichen, dem jeweiligen System konformen Diktion“ (a.a.O., S.177). Villingers Ansichten drückten nach 1945 ein antimodernes Weltbild aus und so setzte er sich für die Schaffung eines neuen Sterilisationsgesetzes ein. Sein Beitrag zur Bildung der medizinisch-dominanten Disziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie war von immenser Bedeutung. Von 1950 war er bis zu seinem Tode Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. Die

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schaffung des ersten Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie der BRD in Marburg geht auf sein Bestreben zurück. Die Bemühungen Villingers waren vor allem die Ausdehnung der Zuständigkeitsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis weit in die Jugendfürsorge hinein (vgl. a.a.O., S. 175ff.). Villingers Verständnis von dem Konzept der Child Guidance Clinic lehnte sich an kinderpsychiatrische Beobachtungsstationen der NS-Zeit an, die zwar in einem multiprofessionellem Team geführt, jedoch unter der Leitung der Psychiater stehen (vgl. Hänsel 2008, S. 221). Die Deutsche Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich bei ihrem Jahreskongress im Jahr 2013, für die Verbrechen im Nationalsozialismus entschuldigt. „Viele Psychiater waren nur allzu leicht bereit, ihre Patienten einem höheren, kaum hinterfragten Wissenschaftsideal zu opfern“ (Frank Häßler, Direktor der Rostocker Universitätsklinik für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter) (vgl. derstandard.at 2013, eingesehen am 23.12.2013). Doch Kontinuitäten und der Einfluss auf die geschichtliche Entwicklung bleiben maßgebend für Ausgangsbedingungen und Grundlegungen des heutigen Standards. Eine umfassende und nahtlose Aufarbeitung steht zum jetzigen Zeitpunkt noch aus (vgl. Lehmkuhl und Lehmkuhl 2013)

3.2.5 Psychiatrie-Enquête und Psychiatrische Personalverordnung

Die Psychiatrie-Enquête hatte folgenreiche Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgungslandschaft. Der Enquête gingen entscheidende gesellschaftliche Entwicklungen voraus. Die Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Psychotherapien gab den Anstoß für eine große Veränderung des Verständnisses der Psychiatrie von einer disziplinierenden bewahrenden zu einer therapeutischen Profession. Das Eindringen dieses Verständnisses sollte sich jedoch in Deutschland über 20 Jahre hinziehen. Während in anderen Ländern eine Psychiatrie-Reform früher (wie z. B. in Großbritannien ab 1949 mit der Diskussion um den National Health Service) oder radikaler (wie z. B. in Italien, die eine Institution wie die Psychiatrie komplett infrage stellte) erfolgte, wurde durch die Folgen des gesellschaftlichen Wandels der BRD erstmals die Voraussetzung für die Beschäftigung mit der Situation von psychisch Kranken geschaffen. Veröffentlichungen, wie die Denkschrift „Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“ von 1965, die noch wenig zur Kenntnis genommen wurde, mehrten sich, wobei der Bericht von Fischer „Irrenhäuser – Kranke klagen an“ von 1969 starken

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einfluss auf eine versorgungskritische Haltung ausübte (vgl. Häfner 2001, S. 85f.). Unter dem steigenden Druck der Öffentlichkeit wurde 1970 ein Antrag im Bundesparlament gestellt, dass sich eine Kommission mit der Situation von Psychiatrien befassen sollte. Ein Jahr später wurde eine Kommission der Bundesregierung mit 19 Sachverständigen (zum Ende hin waren es 23) eingerichtet, die unter Mithilfe von Arbeitsgruppen, Expertenteams, Beiräten und diversen Gutachtern und externen Beratern mit der Erarbeitung einer Enquête beauftragt waren (vgl. Aktion Psychisch Kranke 1988, S. 1). Bereits der Zwischenbericht von 1973 belegte eine katastrophale Versorgung (vgl. Häfner 2001, S. 94). Der Abschlussbericht stellte aufbauend auf der umfassenden Bestandsaufnahme folgende Forderungen:

- „dass psychische Störungen und Behinderungen früh genug erkannt und beeinflusst werden, um schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abwenden zu können;
- dass bei Behandlungsbedürftigkeit durch ambulante und komplementäre Angebote die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes verringert wird;
- dass die Ausgliederung der Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen aus ihrem Lebensbereich vermieden wird;
- dass die psychiatrischen Krankenhäuser personell, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Störungen und Behinderungen tatsächlich zu lindern oder zu beheben“ (Knoll 2000, S. 48).

Die Forderung, vorrangig die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen deutlich zu verbessern, belegt, dass ein besonderer Augenmerk auf Kinder und Jugendliche gelegt wurde (vgl. Häfner 2001, S. 96). Bis heute wird Bezug auf die Psychiatrie-Enquête genommen und weitere Maßnahmen wurden ausgehend und basierend auf der Psychiatrie-Enquête getätigt.⁵⁰ 1979 erklärte sich die Bundesregierung bereit, weitere Finanzmittel für Modelle in der Psychiatrie bereit zu stellen, um in den Bundesländern die Einrichtung einer ausreichenden Versorgung zu sichern und Umstrukturierungen und Ergänzungen zur bestehenden Psychiatrie zu erproben. 1988, drei Jahre nach Beendigung des Modellprogramms, wurde die Psychiatrie-Reform

⁵⁰ 1978 wurde der Berufsverband der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet, wodurch eine formale und institutionelle Voraussetzung für eine Etablierung geschaffen wurde.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

evaluiert. So heißt es in dem Evaluationsbericht: „13 Jahre nach Abschluß der Psychiatrie-Enquête und drei Jahre nach Beendigung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung ist es an der Zeit, den Prozeß der Psychiatrie-Reform kritisch zu würdigen sowie Ziele und Maßnahmen für die Weiterentwicklung zu markieren“ (Expertenkommission der Bundesregierung 1988, S. I). In Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie kam die Expertenkommission zu folgendem Urteil: „Angesichts des geringen Ausbaugrades der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung müssen alle hier vorgetragenen Empfehlungen als dringlich verstanden werden“ (a.a.O., S. 434). Vor allem die Forderung nach Gemeindenähe ist zu erwähnen. In dem Bericht kommt das Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich und unmissverständlich zum Vorschein; denn obwohl auf besondere Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von psychischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Auffälligkeiten verwiesen wird (vgl. a.a.O., S. 384), wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie als ärztliche Spezialdisziplin verstanden, die eng mit anderen ärztlichen Disziplinen kooperiert, und soll doch „fast ebenso enge Beziehungen“ zu der Jugendhilfe, dem Bildungssystem und der Sozialhilfe führen (a.a.O., S.381).⁵¹

Die psychiatrische Personalverordnung regelt seit 1991, mit der letzten Änderung von 1994, die personelle Ausgestaltung der psychiatrischen Krankenhäuser. Seitdem gehören Sozialarbeiter/-pädagogen neben Ärzten, Psychologen und Pflegekräften zum festen Personal (vgl. Dörr 2005, S. 118f.). Eine personelle Unterversorgung sollte mit der Einführung und Umsetzung der Psych-PV behoben werden. „Die geplante Verordnung dient vor allem dem Ziel, in der Psychiatrie eine Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, also wieder in die Gesellschaft einzugliedern“ (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Arbeit zitiert nach Kunze und Kaltenbach 1994, S. 5). Im Rahmen der Umsetzung kam es zu einer Erhöhung des therapeutischen Personals in Kliniken um ca. 20 Prozent. Weiterhin führte die Psych-PV zur Festlegung von therapeutischen Leistungen und Rahmenbedingungen (vgl. Kunze 1997, S. 53). „Als zentrales Mittel zum Erreichen des Behandlungszieles wird das gemeinsame zielgerichtete Handeln eines multiprofessionellen Teams unter ärztlicher Verantwortung

⁵¹ Die Umsetzung der Ziele der Psychiatrie-Enquête ist bis heute aktuell und liefern auch Anlass zur Kritik. So führt Nieraese 1996 (S. 78f.) an, dass die ambulanten Dienste zwar absolut zugenommen haben, nicht jedoch deren Qualität und dass die Ziele der Enquête bislang nicht vollständig umgesetzt wurden.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

und die am Bedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit zwischen Klinik und außerklinischen Hilfenetzen ausgewiesen“ (ebd.). Im Jahre 2005 wurde die Umsetzung der Psych-PV in den Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien gemeinsam evaluiert. Es wurde festgestellt, dass bereits in einem nicht unerheblichen Teil der Kliniken eine personelle Unterversorgung gegeben ist, die vergleichbar mit den Zeiten vor der Psych-PV ist (vgl. Aktion Psychisch Kranke 2007, S. 94f.).⁵²

3.2.6 Das heutige Verständnis der Psychiatrie

In den neunziger Jahren war psychiatrische Forschung überwiegend biologisch ausgerichtet. Die Neurowissenschaften expandierten in dieser Zeit und brachten viele neue Erkenntnisse hervor (vgl. Fegert und Kölch 2011, S. 93f.). Die Neurowissenschaft versucht psychische Störungen mit chemischen und anatomischen Auffälligkeiten des Gehirns zu erklären. Durchgesetzt hat sich die biologische Sichtweise mit der Welle der „zweiten biologischen Psychiatrie“, wie es der Medizinhistoriker Shorter (2003) nennt. Die Durchsetzung wurde ermöglicht durch die Stärkung der Annahme genetisch ursächlicher Krankheiten, die auf Erkenntnissen aus vergangenen Zwillingsstudien beruhten und die Etablierung wirksamer Medikamente nach den fünfziger Jahren, die über die Erforschung der Hirnchemie sowie der Neurotransmitter entwickelt wurden. Der Autor Shorter gehört unmissverständlich zu den biologisch-psychiatrischen Wissenschaftlern. Er führt an, dass Vorstellungen von Behandlungen in der biologischen Psychiatrie und bei dem biopsychosozialen Modell immer noch unvermeidlich gegenüberstehen: „Entweder wird die Depression durch ein biologisch erzeugtes, vielleicht durch Streß aktiviertes Ungleichgewicht der Neurotransmitter hervorgerufen, oder sie resultiert aus einem unbewußten psychodynamischen Prozeß. Daher ist es von größter Bedeutung, welche dieser beiden Vorstellungen in der Psychiatrie die Oberhand hat“ (a.a.O., S. 50). Shorter kann zugestimmt werden, wenn er behauptet, die vorherrschende Meinung über Psychiatrie bestimmt die Behandlung, denn der vorherrschende Diskurs über Ursachen von psychischen Störungen entscheiden über Arbeits- und Behandlungsweisen, Finanzmittel, Gesetze und Forschung.⁵³

⁵² Im Zuge der Einführung der Fallpauschalen G-DRG's für Psychiatrien wird der Wegfall der Psych-PV wahrscheinlich.

⁵³ Shorter erwähnt, dass Diagnosen ebenfalls nationalen und zeitlichen Modeerscheinungen unterliegen und die Diagnoseschematas dem angepasst werden. Z. B. der Tausch Homosexualität und

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fegert und Kölch (2011, S. 95) merken gegen Shorters Einschätzung an, dass mittlerweile Ernüchterung innerhalb der klinischen/biologischen Forschung einkehrt, da die positiven Effekte der Forschungsumsetzung geringer ausfallen als anfänglich angenommen. Die Forderungen der Aktion Psychisch Kranke an eine zukünftige Psychiatrie-Reform, sich von „einer auf Berufsgruppeninteressen bezogenen Sichtweise hin zum mehrdimensionalen Krankheitskonzept und multiprofessioneller Behandlung“ (Aktion Psychisch Kranke 2013) umzuorientieren, legen nahe, dass die aktuelle Psychiatrie-Ausrichtung immer noch einseitig ist. Es besteht somit Bedarf, die vorrangig klinischen Forschungen zu ergänzen und das psychiatrische Verständnis zu bereichern. Doch Schott und Tölle (2006, S. 123) verweisen auf die Einführung von verschiedenen Ansätzen im 20. Jahrhundert und eine stetige Durchsetzung der klinischen Psychiatrie, der sie wiederum einen erneuten Aufstieg vorher sagen. Die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen können nicht vorausgesagt werden. Es kann jedoch bestätigt werden, dass hinsichtlich des Verständnisses in den letzten Jahren, ausgehend von amerikanischen Antidiskriminierungsgesetzen und über Debatten in den Vereinten Nationen, ein Umdenken stattgefunden und Richtlinien gegen Diskriminierungen und zur Gleichstellung verabschiedet wurden (vgl. Degener 2003, S. 458). Die BRD hat beispielsweise die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert und wird Förderschulen (vormals Sonderschulen) abschaffen und die Geschäftsfähigkeit von psychisch Kranken stärken. Ob ein Umdenken wirklich stattfindet, oder der vorher bestehende Standard nur anders erscheinen wird, bleibt zu diesem Zeitpunkt offen.

3.2.7 Zum Grundverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die historische Erörterung führt zu dem heutigen Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dient als Verstehenszugang für die weitere Bearbeitung der Fragestellung. Der historische Exkurs zeigt, dass es durchweg Diskurse um die Behandlung von Menschen mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten gab, die als eine Konfliktlinie zwischen unterschiedlichen Verständnissen meist verschiedener Professionen geführt wurde, jedoch auch zwischen pädagogischen Disziplinen. Die angewandten Behandlungsformen geben Aufschluss auf die vorherrschenden Theorien um die Ursachen von psychischen Störungen. Die Entwicklungen nach dem Zweiten

Alkoholsucht. Das eine war im Diagnoseschema psychischer Erkrankungen, das andere wurde in das Schema aufgenommen.

3.2 Geschichtliche Eckpfeiler der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Weltkrieg markieren einen entscheidenden Zeitpunkt, der maßgeblichen Einfluss auf das heutige Verständnis hat. Anhand der angeführten historischen Beispiele konnte gezeigt werden, dass die Beeinflussung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg in der BRD durch biologistische Sichtweisen hoch und bedeutsam gewesen ist und die medizinische Disziplin die Führung bei psychischen Verhaltensauffälligkeiten übernahm. Pädagogik wurde so die Rolle einer nachgeordneten Hilfswissenschaft bei psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zugewiesen, wie die angeführten Verständnisse und Definitionen der Kinder- und Jugendpsychiatrien nahe legen. So hat sich zwar die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in der BRD durch die Psychiatrie-Enquête seit 1975 wesentlich gewandelt, doch trotz der Wandlung und obwohl Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von psychischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Auffälligkeiten bestehen, wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Enquête weiterhin als ärztliche Spezialdisziplin verstanden, die mit anderen Disziplinen kooperiert. Ausdruck dieser Entwicklung ist die aktuelle ärztliche vorrangige Zuständigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in der bis heute gültigen Bestimmung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bundesärztekammer von 1993 festgehalten wird. In dieser wird der medizinischen Disziplin nicht nur die Zuständigkeit für psychische Erkrankungen zugesprochen, sondern darüber hinaus ebenfalls für psychische und soziale Verhaltensweisen sowie weitergehend die Aufgaben für psychische, psychosomatische und teilweise auch neurologische Störungen (vgl. Remschmidt 1997, S. 446f.). Deutlich werden aber auch die bis heute stets präsenten Debatten um die Ausrichtung der Behandlung und den Einfluss verschiedener pädagogischer Professionen und deren Verständnisse sowie die Bedeutung von Theorien, Vorstellungen und Meinungen von psychischen Störungen. Der aktuelle Stand der Pädagogik bleibt aufzuzeigen.

4 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Bislang sind in dieser Arbeit psychische Störungen durchgehend erwähnt jedoch nicht näher bestimmt worden. Dabei sind psychische Störungen das herausragende Merkmal der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denn das Vorhandensein (bzw. der Verdacht) ist Voraussetzung für eine Unterbringung und bestimmt die Durchführung der Behandlung. Psychische Störungen sind daher besonders bedeutsam in der pädagogischen Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für dessen pädagogische Handlungskonzeptionen. Die Betrachtungsweise von psychischen Störungen und ein spezielles Fallverständnis sind die charakteristischen Merkmale von Pädagogik in diesem Feld. Wie in der historischen Entwicklung dargelegt, ist das Verständnis von psychischen Störungen, vor allem deren Ursachen und die Wirkfaktoren von Behandlungen, bedeutsamster Gegenstand in gesellschaftlichen Diskussionen um die Behandlung von Patienten und beeinflusst die Gestaltung eines Psychiatrieaufenthaltes. Wenn das pädagogische Verständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fokussiert wird, kommt man nicht umhin, das Verständnis von Ursachen mit einem besonderen Augenmerk auf psychosoziale Aspekte zu betrachten. Für eine erste Einschätzung von psychischen Störungen ist es notwendig, die Relevanz in quantitativer (gesellschaftlicher) Hinsicht ebenso wie über die soziale Dimension darzulegen. Es ist zu klären, wie psychische Störungen definiert sind, wie diese klassifiziert werden und welche Ursachen als Erklärung herangezogen werden. Die Erörterung von der Bewertung der Problemlagen stellt Tendenzen gesellschaftlicher Debatten heraus. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie weist in den bisherigen Beschreibungen einen engen Zusammenhang mit der Erwachsenenpsychiatrie auf. Die Eigenständigkeit und die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden am Ende des Kapitels herausgestellt. Über die Erörterung wird ein weiterführendes kinder- und jugendpsychiatrisches Fallverständnis herausgearbeitet, das als Grundlage zur weiteren Einschätzung von Handlungskonzeptionen dient.

4.1 Relevanz von psychischen Verhaltensauffälligkeiten

4.1.1 Prävalenz

Anhand der Prävalenz wird die hohe Relevanz in der Gesellschaft und somit für pädagogische Disziplinen deutlich. Die steigenden Zahlen von psychischen Störungen

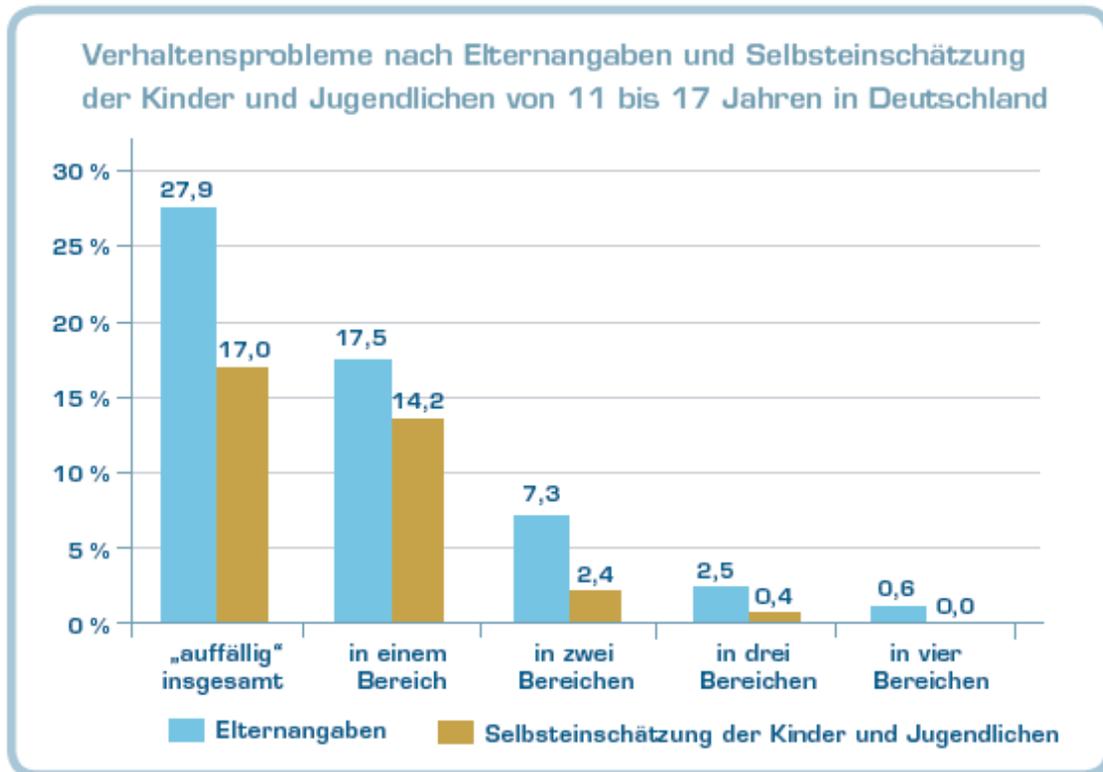
4.1 Relevanz von psychischen Verhaltensauffälligkeiten

und Verhaltensauffälligkeiten werden häufig als Argumentation für eine Erhöhung von Maßnahmen angeführt. Weltweit gibt es eine Zunahme von Belastungen durch psychische Störungen. Im Jahre 1990 waren laut WHO 10 Prozent von den Total-DALY (disease adjusted life year) mentale und neurologische Krankheiten, im Jahre 2000 waren es bereits zwölf Prozent und für das Jahr 2020 wird mit einer Anzahl von rund 15 Prozent ausgegangen. Jede vierte Person, so die Annahme, leidet in ihrem Leben an einer mentalen oder Verhaltenskrankheit, was vor allem junge Erwachsene betrifft (vgl. WHO 2001). Weitere Zahlen bestärken die Aussagen. In einer Datenanalyse von Wittchen et.al. z. B. wird von einer Prävalenz von 30 Prozent in der europäischen Bevölkerung ausgegangen (vgl. Hebebrand et al. 2012, S. 133). In der Great Smoky Mountains Study wird sogar davon ausgegangen, dass 80 Prozent aller Menschen bis 21 Lebensjahren mindestens ein Mal an einer psychischen Störung erkranken (vgl. ebd.). Steinhausen (2006, S. 30) bezieht sich zum Vergleich auf sechs verschiedene Studien aus den Jahren zwischen 1987 und 1998 diverser westlicher Länder, in denen die Rate der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen bereits zwischen 17,6 und 22,5 Prozent liegt. Es wird darauf hingewiesen, dass neuere Studien möglicherweise höhere Häufigkeiten aufweisen würden. Petermann (2005) deutet auf methodische Inkonsistenzen in Studien hin, die eine Erklärung für die Unterschiede der Prävalenzen ist. Methodisch konsistente Studien⁵⁴ liefern einheitlichere Zahlen für das Kindes- und Jugendalter, die häufig zwischen 10 und 20 Prozent liegen. Die Selbstangaben innerhalb der KiGGS-Studie zu Verhaltensauffälligkeiten bestätigen die Zahlen von einer anderen Warte und zeigen, wie sich Kinder und deren Eltern selbst betroffen fühlen. In der Studie des Robert-Koch-Institutes (RKI), Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS), machten Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren und deren Eltern Selbstangaben über Verhaltensprobleme. Das Ergebnis ist in Abbildung 4 ersichtlich.

⁵⁴ Bei dieser Wortwahl gibt es demnach ebenfalls eine Anzahl an Standards gemessener unzureichender durchgeführter Studien.

4.1 Relevanz von psychischen Verhaltensauffälligkeiten

Abbildung 4: Verhaltensprobleme nach Elternangaben und Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren in Deutschland (RKI 2006).



Die Befragung wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durchgeführt. Es haben sich 17.641 Teilnehmer aus 167 Städten beteiligt, die zufällig ausgesucht worden sind. Angaben über die Bereiche 'emotionale Probleme', 'Hyperaktivitätsprobleme', 'Verhaltensauffälligkeiten' und 'Probleme mit Gleichaltrigen' wurden erfragt. Mehr als ein Viertel der Eltern und fast ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen gaben an, dass mindestens ein Verhaltensproblem besteht (vgl. RKI 2006). Die Angaben sind im Vergleich zu den internationalen Angaben bei den Elternangaben höher, bei den Jugendlichen liegt die Zahl ungefähr gleich. Die Angaben bedeuten noch nicht das Vorhandensein einer psychischen Störung oder die Notwendigkeit einer Behandlungsbedürftigkeit. Es zeigt aber, wie viele Eltern sowie Kinder und Jugendliche sich selbst persönlich von Verhaltensauffälligkeiten in unserer Gesellschaft betroffen fühlen. Die Studie berücksichtigt nicht, inwieweit Hilfsangebote in Anspruch genommen werden. In der weiterführenden Bella-Studie wurden 2.863 Familien aus der KiGGS-Studie befragt. Diese Befragung kam zu dem Ergebnis, dass bei ca. 22 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorlagen und ca. 10 Prozent als psychisch auffällig eingeschätzt wurden (anlehnend am Strengths and Difficulties Questionnaire). Darunter führen Störungen des

4.1 Relevanz von psychischen Verhaltensauffälligkeiten

Sozialverhaltens (10 Prozent), Ängste (7,6 Prozent) und Depressionen (5,4 Prozent) die Liste der Auffälligkeiten an (vgl. Kurth 2006, S. 1057f.).

4.1.2 Zur Relevanz der Sozialen Dimension

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen über soziale Dimensionen, z. B. dem sozioökonomischen Status der Patienten, nur unzureichend statistische Daten vor. Für eine Doktorarbeit im Jahre 2005 wurden anhand eines standardisierten Dokumentationsschemas die soziodemografischen Daten aufgeführt. Beim Schulabschluss der Eltern waren 89 Prozent und bei den Berufen der Eltern 51,5 Prozent der Angaben unbekannt (vgl. Ziegeler 2005, S. 41ff.). Rothärmel et al. (2006, S. 132f.) ordneten bei ihrer Studie in zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien den Großteil der Stichprobe der unteren Mittelschicht zu, wobei zwischen den zwei untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrien signifikante Unterschiede in der sozialen Dimension feststellbar waren. Eschmann et al. (2007) zeigen auf, dass verschiedene Studien auf eine allgemeine Tendenz hindeuten, dass eine höhere Chance für psychische Störungen allgemein in Sozialschichten mit geringerem sozioökonomischen Status gegeben ist. Obwohl keine genauen Daten für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorliegen, muss von einem hoch bedeutsamen sozioökonomischen Einflussfaktor ausgegangen werden, wie z. B. der 13. Kinder- und Jugendhilfebericht (BMFSFJ 2009, S.232) nahe legt. Besonders stark wirkt sich hierbei eine soziale Benachteiligung auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten von Kindern aus (vgl. Hurrelmann 2006, S. 25ff.). Psychische Störungen gehören dementsprechend dazu. So wurde nachgewiesen, dass psychische Symptome häufiger bei sozial benachteiligten Kindern in Schuleingangsuntersuchungen festzustellen sind (vgl. Mielck 2001) und psychische Beeinträchtigungen am häufigsten in Hauptschulen und am geringsten in Gymnasien vorkommen (vgl. Richter 2005).⁵⁵ Das Robert-Koch-Institut zeigte durch die schon oben angeführte KiGGS-Studie, dass bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien durchweg schlechtere Ergebnisse für Gesundheit vorzufinden sind als bei anderen Familien (vgl. RKI 2006).

Gleiss et al. (1976) sehen die Grundlage der sozialen Kausalität zwischen psychischer Erkrankung und sozialer Schicht im Erleben von Stress. Als Stressfaktoren werden ökonomische Faktoren, Arbeitsverhältnisse, Ehe sowie Sexualität und andere Bereiche

⁵⁵ Ausgehend vom OECD-Bildungsbericht, welcher der BRD eine geringe soziale Gerechtigkeit im Bildungswesen bescheinigt. Kinder aus finanziell schwächeren Schichten sind in den unteren Schulformen vermehrt vorzufinden.

4.2 Was sind psychische Störungen und Behinderungen?

wie Wohnverhältnisse angegeben. Stressfaktoren in der Kindheit und während der Sozialisation werden durch materielle Not und Einschränkung, durch rigide Erziehungspraktiken und weniger emotionale Wärme z. B. Durch mehr Streit bei den Eltern beschrieben. Diese Stressfaktoren sind vor allem in den hier so genannten unteren Schichten vorzufinden (vgl. a.a.O., S. 52ff.). Soziale Ungleichheiten als gesellschaftlicher Mechanismus wie z. B. der angeführte Stressfaktor werden m. E. nach in psychiatrischen Diskussionen nicht ausreichend beachtet. Unerlässlich ist demnach eine Bezugnahme und Verbesserung sozialpolitischer Verhältnisse auf gesellschaftlicher Ebene unter dem Aspekt sozialer Ungleichheit. In der der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es diesen Faktor für eine pädagogische Handlungskonzeption mit einzubeziehen. Ein Beispiel führt dies näher aus: Bereits in den sechziger und siebziger Jahren wurden Studien durchgeführt und Theorien entwickelt, die für die heutige Erklärung von sozialen Ungleichheiten in Institutionen relevant und aktuell sind. Cicourel und Kitsuse (1963) zeigten in ihrer Studie „The Educational Decision Makers“ den Einfluss der Abfolge von Interpretationen und Handlungen auf u. a. klinische Karrieren. Kinder und Jugendliche sind demnach in einem bedeutsamen Umfang Konstrukt und Produkt der Organisation. Dementsprechend spiegeln Statistiken nicht die realen Gegebenheiten wider, sondern die sozial organisierten Handlungen und Interpretationen der Entscheider. Cicourel und Kitsuse führen an, dass Psychiater und Sozialarbeiter das Verhalten eines Kindes als krank ansehen können, während ein Lehrer dagegen das Verhalten als ein Situationsproblem ansieht (oder umgekehrt). Mitentscheidend sind demnach immer Interpretationen und Handlungen der Eltern. Außerfamiliäre Instanzen, wie Nachbarschaft, Polizei oder Sozialbehörden, beeinflussen ebenfalls Entscheidungen (vgl. Cicourel und Kitsuse 1974, S. 362ff.). Neben Statistiken und der Erfassung von Risikofaktoren gilt es also die Möglichkeit von gesellschaftlichen Zuschreibungen und Entscheidungen zu berücksichtigen und in die pädagogische Arbeit mit aufzunehmen, um dem demokratischen Anspruch pädagogischer Arbeit gerecht zu werden.

4.2 Was sind psychische Störungen und Behinderungen?

Psychische Störungen sind laut Psychotherapie-Richtlinie §2 Abs. 1 definiert als

„krankhafte Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktion. Es gehört zum Wesen dieser

4.2 Was sind psychische Störungen und Behinderungen?

Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.“

Psychische Störungen werden in der Eingliederungshilfe-Verordnung §3 präzisiert.

„Seelische Störungen ... sind

1. körperlich nicht begründbare Psychosen,
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
3. Suchtkrankheiten,
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung ist ein

„Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“ (Remschmidt 1995, S. 5).

Eine seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen liegt im Sinne des § 35a SGB VIII vor, wenn die „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“.⁵⁶ Eine psychische Störung klingt eindeutig definiert und bedeutet demnach eine Abweichung von einer Norm. Vorausgesetzt wird ein existierender Normwert (100 Prozent⁵⁷) für seelische Gesundheit. Sofern ein Mensch von dem Normwert zu sehr abweicht (z. B. Unter 80 Prozent oder über 120 Prozent), ist die Gesundheit gefährdet und eine psychische Krankheit setzt ein. Dabei können verschiedene Übergänge (abnorm [leicht], störend [mittelschwer] oder krankhaft [schwer]) ausgemacht werden (vgl. Fangerau 2006, S. 368, vgl. Hackenberg und Hinterhuber 1997, S. 157). Eine objektive Messbarkeit einer psychischen Störung oder einer seelischen Behinderung bei Kindern

⁵⁶ Gleicher Wortlaut wie §2 Abs.1 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)

⁵⁷ Beispielwerte zur Veranschaulichung in Anlehnung an Normen wie bei Intelligenztests.

4.3 Klassifizierung und Diagnosegruppen psychischer Störungen

und Jugendlichen hängt von diversen subjektiven Beurteilungen/Meinungen und Entscheidungen ab und ist aufgrund der Entwicklungsphase schwieriger als bei Erwachsenen (vgl. Fegert 1996, S. 35; Hackenberg und Hinterhuber 1997, S. 157). Diese Tatsache wird im gesetzlichen Rahmen bei einer seelischen Behinderung durch den Kommentar zum §35a SGB VIII berücksichtigt. Der Kommentar erwähnt, dass eine feststehende Definition für seelische Behinderung nicht vorhanden ist und eine Diagnose selbst für erfahrene Experten schwer zu stellen ist (vgl. Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch 2008). Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) von 2005 ist der §35a SGB VIII erweitert worden, mit der Bestimmung, dass eine seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen im Sinne des Gesetzes vorliegt, wenn vom Standpunkt fachlicher Erkenntnis her mit hoher Wahrscheinlichkeit eine seelische Behinderung zu erwarten ist.

4.3 Klassifizierung und Diagnosegruppen psychischer Störungen

Die Darstellung von psychischen Störungen erfolgt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) der WHO (siehe auch §295 SGB V und §35a SGB VIII) und kann als Ordnung des Wissens verstanden werden. Eine psychiatrische Diagnostik erfolgt im Gegensatz zum somatischen Bereich über die Beurteilung bestehender Störungsbilder anhand der Klassifizierungen des ICD 10 und nicht nach Ursachen.⁵⁸ Im ICD 10 werden psychische Störungen unter Kapitel F funktional nach folgenden Diagnosegruppen aufgeführt:

F00 – F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,

F10 - F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,

F20 – F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,

F30 – F39: Affektive Störungen,

F40 – F48: Neurotische, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen,

F50 – F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren,

⁵⁸ Psychische Störungen werden als trennbare, abgrenzbare und unterscheidbare Einheiten dargestellt. Diesen beiden Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-V) liegt ein in der Medizin traditioneller kategorialer Ansatz zugrunde, der lediglich zwischen den Zuständen Gesund und Krank unterscheidet. Der dimensionale Ansatz gewinnt zwar mittlerweile eine höhere Bedeutung in der Psychiatrie, jedoch erfolgt die Einteilung der Diagnosen immer noch in psychische Störung vorhanden oder nicht vorhanden. Der dimensionale Ansatz unterscheidet sich gegenüber den traditionellen Klassifikationen durch Erfassung und Beschreibung von Merkmalen entlang eines Kontinuums (vgl. Döpfner 2008, S. 29f.).

4.3 Klassifizierung und Diagnosegruppen psychischer Störungen

F60 – F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,

F70 – F79: Intelligenzstörung (werden im MAS unter der Achse 3 geführt),

F80 – F89: Entwicklungsstörungen,

F90 – F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend,

und F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Ein Teil der Diagnosegruppen ist altersbezogen und gilt nur für Kinder und Jugendliche. Hierzu gehören die Gruppen F90 – F98 und F80 – 89 (zumindest mit Beginn in der Kindheit). Zu den altersbezogenen gehört ebenso der Bereich F99 (Psychische Störung ohne nähere Angabe). Die nicht erwähnten Bereiche sind ohne Altersbezug.

Für den Kinder- und Jugendbereich gibt es für die Diagnose seit 1977 ein eigenes Klassifikationsschema des ICD 10. Das Multiaxiale Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche (MAS) hat gegenüber Erwachsenen eine zusätzliche Achse:

- Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom aus der Sektion V des ICD Schlüssels des ICD 10,
- Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen,
- Achse 3: Intelligenzniveau (psychometrisch erfasst oder klinisch eingeschätzt),
- Achse 4: Körperliche Symptomatik (aktuelle nicht-psychiatrische Krankheitssymptome),
- Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände, die Situationen als Ursachen erkennen soll⁵⁹,
- Achse 6: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveau. Diese Achse soll kompetenzbezogen und nicht defizitbezogen erfolgen. Jedoch ist diese Achse aufgrund der Operationalisierung ebenfalls ein defizitbezogener Ansatz (vgl. Remschmidt et al. 2009, S. 10ff.).

Die Klassifizierung von psychischen Störungen hat Stärken und Schwächen. Anerkannte Vorteile eines Klassifizierungsschemas ist die Nachvollziehbarkeit diagnostischer Einschätzungen sowie eine bessere Verständigung und Transparenz im Forschungsbereich. Der psychiatrische Diagnoseprozess wird lehr- und lernbar. Die

⁵⁹ Schwierigkeit: zeitlicher Rahmen der Diagnoseerstellung und geringe Eindeutigkeit der Kausalitäten zur Störung

4.4 Ursachen psychischer Störungen

Diagnose, verstanden als möglichst präzise Beschreibung einer psychischen Störung nach einheitlichen Kriterien, erleichtert die Kommunikation unter den Behandlern über die Grenzen des eigenen Fachgebietes hinaus und dient als Grundlage für ein störungsspezifisches Vorgehen. Wissenschaftliche Begründungen sind die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen (Reliabilität) und die Gültigkeit der Messung (Validität), Diagnosen werden vergleich- und überprüfbar. Kritiken an dem Klassifizierungsschema sind vielfältig. So ist eine alleinstehende Diagnose an sich eine vorgenommene Abstraktion der Datenlage und bedeutet einen Informationsverlust. Zum Beispiel die Aussage, ein Kind habe die Diagnose dissoziales Verhalten, lässt zwar Rückschlüsse auf die Symptomatiken zu, genauere Information über das gezeigte Verhalten und die Lebensumstände sind jedoch nicht enthalten. Als weiterer Kritikpunkt werden nicht zu unterschätzende Fehlbeurteilungen genannt und damit die Validität/Reliabilität angezweifelt. Zum Beispiel wurden in einem New Yorker psychiatrischen Krankenhaus aus der Datenlage von 131 zufällig ausgewählten Patientenakten erneut von Psychiatern Diagnosen erstellt. Das Ergebnis: Aus 89 Schizophrenie-Diagnosen wurden 16, aus 15 Diagnosen der affektiven Störung wurden 50 (vgl. Comer 2008, S. 102). Dies wird auf folgende menschliche Gründe zurückgeführt: Erhobene Daten am Anfang der Untersuchung wird mehr Bedeutung beigemessen als später erhobene Daten. Bei der Auftragserfüllung, der Suche nach Störungen, werden normale Verhaltensmuster übersehen. Das Personal hat bei Personen, die einen Dienst aufsuchen, die Erwartung, dass diese tatsächlich eine psychische Störung haben (vgl. ebd.).

4.4 Ursachen psychischer Störungen

Über die Ursachen von psychischen Störungen gab es im Laufe der Psychiatriegeschichte unterschiedliche Vermutungen und Meinungen, die Auswirkungen auf den Umgang mit psychisch Erkrankten und deren Behandlung hatten. Die Darstellung möglicher Ursachen und deren Gegenüberstellung gehört zum psychiatrischen Grundverständnis und ist als eine Grundlage zur Bestimmung von Wirkfaktoren unerlässlich. Schott und Tölle (2006, S. 336f.) führen diverse Unterscheidungen von Ursachen an. Ursachen psychischer Auffälligkeiten können auf somatogene und psychosoziale Gründe zurückgeführt werden. Somatogene Aspekte sind körperliche also biologische Ursachen, die vom Körper neu erworben und nicht genetisch bedingt sind. Psychosoziale Ursachen

4.4 Ursachen psychischer Störungen

beinhalten psychische Ursachen also im Seelenleben des Menschen befindliche und soziale Ursachen also im mitmenschlichen und gesellschaftlichen Umfeld befindliche. Neben dieser Unterscheidung kann eine weitere triadische Aufteilung genannt werden, die in endogen, exogen und psychogen unterteilt wird. Endogen kann als von innen heraus umschrieben werden. Endogen wird häufig von der Bedeutung als rein genetisch verstanden, jedoch handelt es sich allgemein um organische Ursachen. Bei exogenen Erklärungen wird die Verursachung von außen gesucht z. B. durch von außen zugeführte Gifte oder Infektionskrankheiten, die sich auf das Gehirn auswirken. Hier können ebenfalls Krankheiten gemeint sein, die von außen auf das Gehirn einwirken, aber innerhalb des menschlichen Körpers sind. Psychogene Ursachen liegen in Störungen der Lebens- und Erlebniseinflüsse (vgl. ebd.). Aktuelle Forschungsergebnisse stärken die Annahme, dass psychische Störungen das Resultat weitreichender Wechselwirkungen zwischen biologischen und psychosozialen Umweltfaktoren sind und bieten Ansatzmöglichkeiten für eine gewinnbringende interdisziplinäre Forschung und Behandlung (vgl. Kilian 2008, S. 136).

Die unterschiedliche Gewichtung der genannten Ursachen auf Behandlungsansätze wird über das Anlage-Umwelt-Modelle deutlich. Bei den dualistischen Theorieansätzen wird ein Faktor als bestimmend angesehen, die Ansätze stehen sich unversöhnlich gegenüber. Bei Interaktionstheorien wird wiederum zwischen zwei Richtungen unterschieden. Bei der Additionstheorie werden genetische und umweltbedingte Faktoren voneinander getrennt betrachtet, jede hat seinen eigenen Wert. Bei der letztgenannten Richtung wird die Trennung zwischen Anlage und Umwelt aufgehoben. Der dynamisch verstandene Prozess sieht die Entwicklung des Menschen als gleichmäßig abhängig von Umwelt und Genen an (vgl. Petermann et. al. 2004, S. 239ff.). Ursachen werden aktuell nicht unifaktorell betrachtet, sondern Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung einer psychischen Störung und Behinderung werden als multifaktoriell angesehen. Die Faktoren einer psychischen Störung sollen somit biologischen (z. B. die körperliche Entwicklung), psychischen (z. B. der Verhaltensbereich, Temperament) und sozialen Ursachen (z. B. die Teilhabe an sozialen Systemen) gleichsam zugerechnet werden (vgl. Knölker et al. 2003, S. 23). In der Psychiatrie als Wissenschaftsdisziplin werden die einzelnen Faktoren jedoch verschieden gewichtet, welches zu Kontroversen innerhalb des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt (vgl. Comer 2008, S. 18).

4.5 Psychosoziale Ursachen

Zum pädagogischen Bereich gehören vor allem die psychosozialen Ursachen, auf die ein tief gehender Einblick vorgenommen wird. Anhand sozialer Ursachen kann über die Psychopathologie von Individuen keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden. Es stellt sich dann z. B. die Frage, warum nicht alle, die in einem gleichen Milieu aufwachsen, die gleichen Störungen haben? Unbeantwortet bleibt ebenfalls die Wechselbeziehung zwischen sozialen Faktoren und psychischen Störungen. Hier stellt sich weiter die Frage, ob das Soziale die Symptome bedingt oder selbst ein Ausdruck der Symptome ist? (vgl. Comer 2008, S. 61f.). Zu den Wechselbeziehungen führen Bauer et al. (2013, S. 48) an, dass bei einer Psychose zwar häufig eine Stoffwechselstörung feststellbar ist, aber nur bei schwierigen Lebenssituationen eine Krankheit ausbricht. „Die Kausalität ist oft unklar: Gab es eine Stoffwechselstörung und dann eine psychische Veränderung, oder gab es eine psychische Veränderung, z. B. Traumatisierungen, die zu Stoffwechseleränderungen im Hirn führten. Beides ist denkbar“ (a.a.O., S48f.). Zu diesem Ergebnis kommt ebenfalls das Hamburger Susi Projekt, worin 80 Prozent der Befragten Lebensereignisse in Zusammenhang mit ihrem Psychosebeginn sehen. Moncrieff (2009, S. 221) nimmt beispielsweise eine andere Gewichtung vor: „Finally, the concept of cause and affect needs to be carefully explored. Abnormalities of neurotransmitters may be better understood as correlations of psychological states than causes of them. For example, the surge of adrenalin that accompanies a frightening experience does not in itself produce fear. It is the physiological accompaniment to the emotional reaction. It may be difficult to clarify experimentally whether biochemical states qualify as causes of mental experience or as symptoms.“ Die Zwillingsforschung untersucht, warum trotz nahezu identischen Erbgutes meist nur einer der Zwillinge an einer Schizophrenie erkrankt. Psychoanalytische Erklärungsmodelle verweisen als Ursprung auf gestörte Beziehungen in der frühen Kindheit, die zu einer gestörten Identitätsentwicklung führen (vgl. Bauer et al. 2013, S. 49f.). Ebenfalls bei der Beschreibung von narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, werden Störungen psychoanalytisch auf „phasenspezifische Grundkonflikte und die im jeweiligen Entwicklungsabschnitt zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen zurückgeführt“ (Bock 1984, S. 142). Kohuts Selbstpsychologie verweist auf einen Stillstand in der früheren Entwicklung, Kernberg verweist im Objektbeziehungsmodell dagegen auf mangelhafte Objektbeziehungen in der frühen Kindheit (a.a.O., S. 142f.). Die Frage bleibt im psychosozialen Bereich aktuell ob, wie Waughts es ausdrückt, bei

4.6 Bewertung von Problemlagen und Behandlungsverständnis

psychischen Erkrankungen eine gesunde Reaktion auf gesellschaftliche und ökologische Bedrohungen vorliegt oder ob es sich um Auswirkungen auf die Psyche aus kindlichen Erfahrungen handelt. Rohde-Dachser beschreibt in diesem Zusammenhang Beschwerden der Borderline-Persönlichkeitsstörung als überspitzten Ausdruck des modernen Lebens, in dem Sinne des Gefühls der Leere und Sinnlosigkeit und der Orientierungslosigkeit in einer komplexen und schwer zu durchschaubaren Welt (vgl. a.a.O., S. 143f.).

Für pädagogische Handlungskonzeptionen ist der Fokus auf psychosoziale Ursachen zu legen. „Wenn wir annehmen, dass psychosoziale Faktoren ebenso für das Entstehen der Krankheit entscheidend sind wie genetische Anlagen, so kann man auch von antipsychotischer wie auch von psychotischer Wirkung des psychosozialen Milieus sprechen (Bauer et al. 2013, S.5 2) und somit von einer heilenden/verschlimmernden Wirkung für psychische Störungen/Verhaltensauffälligkeiten. So sind die individuellen psychosozialen Faktoren, die Lebenswelt und die Gestaltung des Milieus, in Verbindung mit der Berücksichtigung der Vermittlung zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und Individuum für pädagogische Konzeptionen (als Wirkfaktoren) anzusehen.

4.6 Bewertung von Problemlagen und Behandlungsverständnis

Für die Behandlung und die institutionelle Alltagsgestaltung sind die Bewertung von Problemlagen der Patienten und das Behandlungsverständnis entscheidend, das am Beispiel einer Ausweitung medizinischer Aufgabenbereiche verdeutlicht wird. (Psycho-)Soziale Probleme können bei einer Ausweitung medizinischer Aufgabenbereiche als medizinisch verstandene Diagnosen umgedeutet werden (vgl. Köttgen 2011, Richter 2012). Durch die Aufnahme von emotionalen und sozialen Problemlagen in ein allgemein anerkanntes Klassifikationsschema wird die medizinische Behandlungszuständigkeit gestärkt und ist gegenüber Krankenkassen (und der Öffentlichkeit) als Krankheit ausweis- und abrechenbar. Diagnosemöglichkeiten sind seit 1952 stark angestiegen und werden es vermutlich weiterhin. Obwohl Krisen zur Persönlichkeitsentwicklung gehören, steigen die diagnostizierten Verhaltens- und emotionalen Störungen ständig an, bei einer Stagnation organischer Erkrankungen (z. B. Formen der Schizophrenie). Eine passende Diagnoseziffer ist für einen Mediziner schnell zu finden, Medikamente werden stark

4.6 Bewertung von Problemlagen und Behandlungsverständnis

umworben und Nebenwirkungen gering geredet (vgl. Köttgen 2011)⁶⁰. Beispielhaft hierfür steht die Debatte um die Störung „Affektive Dysregulation“ (disruptive mood dysregulation disorder), die bei heftigen Gefühlsausbrüchen als verbesserte Diagnostik von ADHS gerechtfertigt wird und in dem DSM-V aufgenommen werden sollte. Interessant in der Debatte sind die angeführten Argumente um das revidierte Diagnosemanual DSM-IV. Der Mitwirkende der Task Force für den DSM-IV Frances räumte Schwächen bei der Erstellung des DSM-IV ein und erwähnte dies als Grund für eine Auslösung von falschen Epidemien (autistische Krankheiten, bipolare Störung und ADHS). Für die nächste Revision warnte er, dass keine großen Sprünge gemacht werden dürften und verwies auf große Ambitionen beim DSM-IV zu einer schwächeren Methodologie (vgl. Beise 2010, S. 266). Als ein weiteres Beispiel verweist Köttgen (2011) auf die Diskussion um die Aufnahme einer Vorstufe zur Psychose im DSM-V, was eine Ausweitung der Vergabe von Medikamenten, trotz großem subjektivem Ermessensspielraum bei der Diagnose, erleichtert (vgl. ebd.). Die höher gewichtete Stellung der biologischen Ursachen ist als eine Begründung für eine vermehrte Nutzung von Psychopharmaka bei Verhaltensauffälligkeiten in den letzten zwei Jahrzehnten anzusehen. „Möglicherweise haben sich Krankheitsbegriffe und -konzepte verändert. Da biologischen Ursachen zunehmend eine wesentliche ätiologische Rolle zugeschrieben wird, könnte dies die Neigung, Medikamente zu verschreiben begünstigt haben“ (Hebebrand et al. 2012, S. 133). Köttgen (2011) verweist auf eine Untersuchung der Deutschen Angestellten Krankenkasse, die besagt, dass zwischen 2006 und 2007 die Vergabe von Neuroleptika um 13,6 Prozent angestiegen ist, bei unter 15-jährigen lag die Steigerung mit 25 Prozent noch höher.⁶¹ Als Reaktion auf diesen Trend wurde die Möglichkeit der Verordnung von Medikamenten vom Gemeinsamen Bundesausschuss Anfang 2011 auf Spezialisten beschränkt. Dagegen werden in der Wissenschaft wiederum Medikamente für Kinder mit gestörtem Sozialverhalten⁶² europaweit getestet (vgl. Augsburg Allgemeine 2013, eingesehen am 18.06.2013), was eine Ausweitung von Psychopharmaka auf der anderen Seite begünstigen würde.

⁶⁰ Zu beachten sind weiterhin Gewöhnungseffekte (z .B. Leistungssteigerung), Lernen, Probleme durch Medikamente zu lösen, und auf Gesellschaftsebene soziale Probleme mit Medikamenten behandeln zu wollen (vgl. BMFSFJ 2009, S. 116).

⁶¹ Siehe hierzu auch BMFSFJ (2009, S. 113): Die Abgabe von Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat in Apotheken stieg von 463kg im Jahr 2000 auf 1,429kg im Jahr 2007.

⁶² Die Diagnose Störung des Sozialverhaltens ist der Ersatz für die Störung Pubertätskrise. Störungen im Jugendalter haben Einfluss auf die Störungen im Erwachsenenalter (vgl. du Bois und Resch 2005, S. 26).

4.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erwähnt werden muss, dass die Kinder- und Jugendpsychopharmakologie eine als neu anzusehende Disziplin ist. Es gibt viele Schwierigkeiten bei der Entwicklung sicherer und wirkvoller Mittel, weswegen eine große Anzahl an Psychopharmaka für Kinder offiziell nicht zugelassen wird. Selbst die Wirksamkeit ist aufgrund schnell wechselnder Symptome und Entwicklungsprozesse schwer feststellbar. Bislang liegen nur wenige Erkenntnisse über die (langfristige) Beeinträchtigung auf die Entwicklung und Reifung von Hirnfunktionen bei Kindern und Jugendlichen vor (vgl. Steck 2002, S. 310f.; Steinhausen 2006, S. 388). Vor allem besteht m. E. ein Risiko, dass Gehirnregionen beeinträchtigt werden, die vor der Medikamenteneinnahme gesund waren. Psychopharmaka sollten aufgrund der geringen Erkenntnisse keine vorrangige Bedeutung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben (vgl. Steinhausen 2006, S. 388). Bei der Indikationsstellung muss im Fokus bleiben, welche Beziehungsstrukturen überhaupt und welche psychische Entwicklung positiv beeinflusst werden können. Die Bewertung von emotionalen und sozialen Problemlagen als Krankheit, verweist auf eine eher medizinische Zuständigkeit, die bei der Suche von Ursachen und der Behandlung stärkere Berücksichtigung findet und anderen Ursachemöglichkeiten weniger Bedeutung zuspricht.

4.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Erläuterungen der Voraussetzungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgten gekoppelt an der Erwachsenenpsychiatrie. Zur Herausstellung eines pädagogischen Fallverständnisses in dem Feld sind Besonderheiten und die Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie herauszustellen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat seit 1968 in Deutschland den Status einer eigenständigen ärztlichen Fachdisziplin. Es existieren eigene Lehrstühle und die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit 1969 arztrechtlich geregelt.⁶³ Dies setzt voraus, dass eigene Strukturen und Voraussetzungen vorhanden sind, die das Fach zu anderen Fächern wie die Erwachsenenpsychiatrie abgrenzt. Verknüpft ist, wie dargestellt, die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie über die Geschichte. Ebenfalls sind Forschungsergebnisse und Diagnoseschemata von den Erwachsenen bedeutsam für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und auf anderem Wege die von der

⁶³ Kaum Relevanz hat in der Weiterbildung die Aufgaben der Jugendhilfe SGB VIII (vgl. BMFSFJ 2009, S. 161).

4.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrie gelehrte Entwicklungspsychopathologie für die Erklärungen von Erkrankungen im Erwachsenenalter (vgl. Schott und Tölle 2006, S. 312). Dagegen grenzt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie über die besondere Lage ihrer Patienten ab. Zu den Besonderheiten gehören vor allem die Berücksichtigung körperlicher und psychischer Entwicklungen der Patienten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. Nissen und Trott 1995, S. 2). Die rechtlichen Rahmenbedingungen fallen für Erwachsene, je nach Schweregrad und Diagnose, unter das Dach des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und Erwachsene haben andere gesetzliche Ansprüche auf Sozialleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld. Erwachsene sind per Gesetz voll geschäftsfähig. Kinder und Jugendliche fallen unter das Dach des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) und sind schulpflichtig. Maßgeblich für Entscheidungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind je nach Alter im Sinne des Gesetzes die Erziehungsberechtigten. Jedoch haben nach §36 SGB VIII alle Beteiligten bei Entscheidungen über den weiteren Verlauf im Rahmen eines Hilfeplangesprächs mitzuwirken. Darüber hinaus sind im SGB VIII spezielle Angebote (§27 – 35) angeführt, die Erwachsenen in der Form nicht zur Verfügung stehen. Dagegen stehen für Kinder und Jugendliche keine Krisenhäuser zur Verfügung, sondern lediglich für Erwachsene. Die weitere und vor allem hoch bedeutsame Besonderheit für die Aufenthaltsgestaltung ist die Entwicklung der Patienten. Während bei Erwachsenen die körperliche und psychische Entwicklung abgeschlossen ist, befinden sich Kinder- und Jugendlichen in einer stetigen Entwicklung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in einem stark erhöhten Maß im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie die Aufgabe, Menschen in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung zu unterstützen. Kinder und Jugendliche verfügen aufgrund ihrer psychischen und körperlichen Entwicklung über viele selbstheilende Kräfte, die im Verlauf der Behandlung berücksichtigt werden müssen (vgl. Hackenberg und Hinterhuber 1997, S. 157). Weiterhin weisen Kinder und Jugendliche im Gegensatz zu Erwachsenen eine geringere kognitive Weitsicht sowie einen geringeren gefühlsmäßigen Abstand auf und haben geringere Lebenserfahrungen, auf die sie zurückgreifen können. Sie sind auf ihre soziale Umwelt in besonderem Maße angewiesen und benötigen mehr Hilfe zur Lösung von Lebenskrisen. Jugendliche befinden sich meist schon in einem Ablösungsprozess, in dem sie eine Eigenständigkeit und eine eigene Persönlichkeit ausbilden (vgl. Ludewig 2002, S. 173ff.). Die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordern deshalb:

4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen

- „spezielle, vor allem entwicklungspsychologische und entwicklungspsychopathologische Kenntnisse und Erfahrungen,
- spezielle Haltungen und Einstellungen, beispielsweise resultierend aus der Wahrnehmung des Kindes und des Jugendlichen als einen gleichwertigen Partner, der zwar sehr vieles noch nicht kann und nicht weiß, aber grundsätzlich das gleiche Recht auf Meinungsäußerung und Respekt hat wie Erwachsene,
- spezielle pädagogische Kenntnisse und Erfahrungen,
- spezielle Kenntnisse und Erfahrungen sowohl im Bereich der typischen Auffälligkeiten des Kindes- und Jugendalters in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersstufe als auch im Bereich der typischen Probleme und Konflikte im Lebensumfeld des Kindes und Jugendlichen sowie
- spezielle therapeutische Techniken und Vorgehensweisen“ (Rotthaus 2002, S. 11).

4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen

Aus den angeführten Erörterungen ergeben sich theoretische Grundlagen für ein spezifisches pädagogisches Fallverständnis. So konnte die gesellschaftliche Relevanz über die Darstellung der Prävalenz verdeutlicht werden. Über die gesellschaftliche Häufigkeit von Erkrankungen hinaus verweist die Verteilung psychischer Verhaltensauffälligkeiten auf eine gesellschaftlich-soziale Dimension, wobei zentral die zu bewältigenden Stressoren angeführt wurden. Die individuellen Problemlagen der Patienten sind demnach gekoppelt mit Stressoren sowie Entscheidungen und somit abhängig von einer sozialen Dimension. Die Bewertung von Problemlagen, Wirkfaktoren und dem Behandlungsverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind unvermeidlich stark beeinflusst von vorherrschenden Vorstellungen von Ursachen einer psychischen Störung. Ursachen von psychischen Störungen sind bislang nicht eindeutig geklärt. Aktuell werden Ursachen als multifaktoriell angesehen, wobei die Gewichtung der verschiedenen Ursachenmöglichkeiten diskutiert wird. Ebenso wie bei der Diskussion um Stärken und Schwächen von Diagnoseschemata, zeigt sich, dass es kein einfaches dafür oder dagegen sein kann, sondern die Komplexität der Sachlage betrachtet werden muss. Es ist festzuhalten, dass bei Kindern und Jugendlichen psychosoziale Faktoren den

4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen

größten Raum bei den Faktoren für eine psychische Störungen einnehmen (vgl. Steinhausen 2006, S. 38) und dass sich bereits früh im Entwicklungsprozess eines Menschen eine individuelle Persönlichkeit herausbildet, die im Kontakt mit der sozialen Umwelt steht (vgl. a.a.O., S. 31). Medikation kann ein Einfrieren von Emotionen und Gedanken bewirken, was kontraproduktiv für eine psychosoziale Behandlung ist. Denn für die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und die Ermöglichung von neuen (Beziehungs-)Erfahrungen werden Emotionen benötigt. Es gilt eine gewinnbringende interdisziplinär übergreifende Behandlung anzustreben, in der alle möglichen Ursachen gleichrangig einbezogen werden. Dennoch konnte dargelegt werden, dass es ein medizinisches Übergewicht gibt. Medikation hat durch Ausweitung der Zuschreibungen von biologischen Ursachen in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Unter Umständen wird eine Einnahme von Medikamenten gesellschaftlich immer mehr als normal betrachtet und es bestehen dadurch weniger Einwände zur Einnahme. Der Blick auf die psychosozialen Ursachen und eine Professionalisierung der pädagogischen Disziplin kann einen notwendigen Gegenpart darstellen, der auf die Gestaltung der Wechselbeziehung zwischen Individuum und (sozialer) Umwelt fokussiert ist.

Die Anteile psychosozialer Faktoren an psychischen Störungen konnten hier als wesentlich ausgemacht werden. In allen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist jedoch ein medizinisches Verständnis als vorrangig zu bezeichnen. Hier zeigt sich wiederum ein deutliches Spannungsfeld durch unterschiedliche professionelle Ausrichtungen, vor allem in der Erklärung von Ursachen psychischer Störungen und deren Behandlungsausrichtung. Medizin möchte eine Krankheit bzw. Störung heilen und pflegen, wohingegen Pädagogik sich an Ressourcen der Patienten richtet und die gesunden Anteile fördern möchte (vgl. Fegert und Schrappner 2004, S. 17ff.). Während sich also Medizin als Ordnungsmacht versteht, abnormales Verhalten zu selektieren und in einem eigenen Raum zu behandeln um Normalität herzustellen, widerspricht dies den dargelegten Erziehungsidealen von Bildung, Mündigkeit, Emanzipation und Partizipation. Geschichtlich zeigt sich die stets durchsetzende medizinische Dominanz, die es anderen Disziplinen nicht ermöglicht, sich auf gleicher Augenhöhe zu begegnen, sondern andere als die medizinischen Disziplinen gelten als unterstützende Maßnahmen. Diagnostik und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote setzten sogar den Rahmen für den (Tages-)Ablauf: „So wie während einer onkologischen Behandlung medizinische Prioritäten den Tagesablauf, das Lern- und Leistungspensum eines Kindes bestimmen, müssen auch während einer stationären kinderpsychiatrischen Behandlung

4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen

medizinisch-therapeutische Erwägungen den Rahmen setzen“ (Oelsner und Lehmkuhl 1996, S. 182). Die Diagnose einer psychischen Störung dient somit als Grundlage für die geeignetste Handlungsanweisung und die geeignetste Therapiemaßnahme (vgl. Goldbeck et al. 2004, S. 259). Der Anspruch auf Erziehung erscheint im klinischen Verständnis nachrangig. Zum Beispiel zeigt sich dies darin, dass trotz vorgegebener bestimmender Gesetzeslage Informations- und Partizipationsrechte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang ein untergeordnetes Thema geblieben sind (vgl. Fegert und Goldbeck 2004, S. 223).

Doch während das pädagogische Verständnis als uneindeutig beschrieben wird, zeigte sich ebenfalls, dass das medizinische Verständnis nicht so eindeutig ist, wie es auf den ersten Blick erscheint. So konnte beispielhaft gezeigt werden, dass Diagnosen als standardisierte Klassifikation ebenfalls Anlass zur Kritik aufgrund von Ungenauigkeiten im Verständnis der Diagnose geben. Die soziale Umwelt, hat wie angeführt, eine enorme Bedeutung für die psychosoziale Entwicklung. Wird dieser Aspekt in den Fokus der Kinder- und Jugendpsychiatrie gerückt, ergibt sich zwangsläufig, dass alle Kinder und Jugendlichen unabhängig vom Schweregrad der Störung Anspruch auf Erziehung in Form von Unterstützung bei der Identitätsfindung und bei der Bewältigung von Lebensaufgaben haben. So sind die Klinikbewohner zwar Patienten, dennoch bleiben sie trotz einer psychischen Störung hauptartig Kinder und Jugendliche. Ekstein führt in diesem Verständnis an, dass selbst Jugendliche mit der Diagnose (unheilbare) Schizophrenie das Bedürfnis der Lebensaufgabenbewältigung haben, die Formen sich aber durch die Krankheit verändern. Die Beeinflussung der psychosozialen Aufgaben seitens der Institution kann z. B. über das psychische Klima der Einrichtung zu einer mangelnden und unter den Möglichkeiten bleibenden Bewältigung von Lebensaufgaben führen (vgl. Ekstein 1996, S. 209). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst ist dabei ein eigenes temporäres Lebensumfeld und ein Erfahrungsraum für die Patienten. Die Patienten haben psychische Probleme und sind deswegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber sie bleiben Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Die besondere Lebenssituation wurde am Beispiel der Eigenständigkeit des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgestellt. Pädagogik, um ihren Anspruch zu erfüllen, muss darauf hinwirken, dass die besonderen Bedürfnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausreichend berücksichtigt werden, um den Grundrechten und den zugrundegelegten Erziehungsidealen gerecht zu werden. Hierfür bedarf es eines besonderen Augenmerkes auf die spezielle Situation von Kindern und Jugendlichen im

4.8 Pädagogisches Grundverständnis psychischer Erkrankungen

Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dazu ist eine Reflexion der institutionellen Vorgänge und von Wirkfaktoren notwendig, die im weiteren Verlauf als besondere Verletzlichkeit behandelt werden.

5 Pädagogische Bedürfnisse und

Interaktionserfahrungen als Wirkfaktoren

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert aufgrund der Besonderheiten der Patienten spezielle pädagogische Kenntnisse und Erfahrungen. Kinder und Jugendliche sind auf ihre soziale Umwelt in besonderem Maße angewiesen und benötigen angemessene Hilfe zur Lösung von Lebenskrisen. Hier zeigen sich spezielle pädagogische Bedürfnisse der Patienten, die durch eine besondere Verletzlichkeit gekennzeichnet sind. Es ist anzunehmen, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie pädagogische Probleme durchgehend und teilweise in dramatischer Weise bei den Patienten zum Ausdruck kommen. Verhaltensauffälligkeiten bzw. Störungsbilder können durch das Ausbleiben von kindlichen Grundbedürfnissen entstehen bzw. sich verfestigen. Die Befriedigung pädagogischer Bedürfnisse erscheint heilsam. Hier drückt sich ein Merkmal des pädagogischen Fallverständnisses aus und bekräftigt, dass eine therapeutische Einrichtung für Kinder und Jugendliche nicht getrennt von pädagogischen Bedürfnissen gedacht werden kann.

Eine nähere Betrachtung der pädagogischen Bedürfnisse wird über die besondere Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen an sich sowie in Bezug zur Kinder- und Jugendpsychiatrie als spezifischer Erfahrungsraum aufgezeigt. Hierunter werden ebenfalls die Sichtweise von Problemlösungsstrategien und Arbeitsbündnissen unter Zwang erörtert. Die Gestaltung der umgebenden Atmosphäre wird über die Anerkennungstheorie nach Honneth fundiert. Interaktionsverhältnisse haben hierin eine zentrale Funktion, die über die Beschreibung der Objektbeziehungstheorie und der Bindungstheorie nach Bowlby erweitert wird. Die heilende Wirkung wird anhand der Selbstpsychologie nach Kohut dargelegt, mit einem anschließenden Verweis auf das Verhältnis zur Objektbeziehungstheorie. Heilung erfolgt nicht nur über Einsicht und Handlungstraining, sondern ebenfalls stark über emotionale Komponenten in der Beziehung. Dies wird anhand der Resonanzbeziehung nach Rosa und in Beziehung treten nach Buber vertieft. Abschließend wird Heilung in der psychiatrischen Denkweise über das Recoverymodell diskutiert. Das Spannungsverhältnis zwischen Therapie und Pädagogik wird mehrfach in diesem Kapitel in Bezug auf das Heilungsverständnis aufgenommen. Es wird dargelegt, dass die funktionale Sichtweise mit dem Ausblenden des individuellen Lebenskontexts und vor allem von Beziehungserfahrungen

5.1 Besondere Verletzlichkeit

kontraproduktiv für die Behandlung ist. Denn das Verstehen des Einflusses von Grundbedürfnissen für die Förderung des Kindes und die angemessene Reaktion erzielt therapeutische Effekte. Eine weitere Vernachlässigung dieser Bedürfnisse verhindert ein Wachstum an Erfahrungen und verringert die Chance auf gesunde Entwicklungsfortschritte.

5.1 Besondere Verletzlichkeit

5.1.1 Entwicklungsphase Kindheit und Jugend

Eine Form besonderer Verletzlichkeit ist auf die natürlichen Entwicklungsphasen bei Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Beispielsweise können Trennungen im Lebensalter von sechs Monaten bis vier Jahren besonders schwer verkraftet werden, dagegen können ältere Kinder aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten mit Trennungen besser umgehen (vgl. Schüssler 2005 S. 192). Erhöhte Verletzlichkeit kann ebenfalls Ergebnis von andauerndem ablehnendem, zurückweisendem oder abwertendem Verhalten anderer Menschen – also von überwiegenden Erfahrungen ausbleibender Anerkennung - sein. „Das Fehlen von Anerkennung hat dabei zur Folge, dass den Betroffenen die Möglichkeit fehlt, sich positiv auf sich selbst zu beziehen und sich als wertvolle Mitglieder der Gemeinschaft zu erfahren. ... Denn wenn Anerkennung zuallererst Identität hervorbringt, dann vermag Nicht-Anerkennung diese Identität auch zu bedrohen“ (Herrmann 2013, S. 18). In Anlehnung an Wagner (2009, S. 83), dessen Aussagen bezüglich traumatisierte Kinder getätigt wurden, kann allgemein angenommen werden: Wenn die Entwicklung des Selbsts, des Ichs und von Objektbeziehungen nicht ausreichend vorangeschritten ist, können sich Kinder und Jugendliche schwerer an eine Umgebung gewöhnen und Vertrauen zu Personen oder Institutionen aufbauen. Jeglicher Versuch der Beziehungsgestaltung und so die Chance förderliche Erfahrungen zu ermöglichen scheitern, wenn nicht vorhandene (psychische) Entwicklungen, Erfahrungen und Fähigkeiten vorausgesetzt werden. Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten werden jedoch nicht als verletzlich, sondern als schwierig und schwer aushaltbar wahrgenommen. Das, was als schwer aushaltbar wahrgenommen wird, ist die Form der Interaktion. In Interaktionen wird vieles von innen nach außen gekehrt, was nicht verbal formuliert werden kann. Merkmale von schwierigen Patienten sind geringe Kooperationsbereitschaft, Regelüberschreitungen, schwerer Kontaktzugang und ein Ausbleiben der Annahme von Ratschlägen obwohl Hilfe gewünscht wird, dabei

5.1 Besondere Verletzlichkeit

geringes bis kein Erfahrungslernen - durch das Verhalten wird eine Reproduktion von Ärger oder Hilflosigkeit bei den Helfern ausgelöst (vgl. Sachse 2008, S. 8f.).⁶⁴ Die Patienten erkennen selber kein Problem in ihrem Verhalten (vgl. a.a.O., S. 42). Sachse führt die Ursachen der Interaktionsstörungen auf Erfahrungen und Rückmeldungen zurück, die sich in das Beziehungsmuster der Person internalisiert haben und eine normale Reaktion auf Erfahrungen sind. Durch erfahrene Rückmeldungen auf das eigene Verhalten bilden sich nach und nach Schemata oder Annahmen zu der eigenen Person z. B. ich werde ernst genommen (positive) oder ich störe nur (negative Beziehungserwartungen). Demnach werden Signale in Interaktionen nach den gemachten (und ausgebliebenen) Beziehungserfahrungen bewertet. Negative Schemata und Beziehungserwartungen bedürfen einer Strategie, um für sich etwas Positives daraus zu gewinnen. Ein Beispiel ist regelbrechendes Verhalten, um ein Bedürfnis der Aufmerksamkeit zu befriedigen. Das Verhalten ist manipulativ, in dem Sinne, dass es eine gewisse Reaktion des Interaktionspartners erfordert, in diesem Beispiel eine Zuwendung zur Bestrafung. Die erhaltende Aufmerksamkeit ist nach der Reaktion jedoch wieder beendet und erfordert einen erneuten Regelbruch. Die Erfahrung der Zuwendung ohne einen vorausgegangenen Regelbruch erscheint im Umkehrschluss als nicht ausreichend erlebt. Als Reaktion auf die Bewertung von Situationen sind die Interaktionen demnach als (unbewusste) Lösungsstrategie für den Klienten auf erfahrene Interaktionssituationen zu verstehen (vgl. a.a.O., S. 11). Eine Änderung des Verhaltens erfordert ein Verstehen der wahren Absichten, die sich hinter einem offensichtlichen Handeln verbergen (vgl. a.a.O., S. 14ff.).

5.1.2 Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt die besondere Verletzlichkeit eine herausragende Stellung ein. Anzeichen lassen sich hierfür vielfach finden. So beschreibt z. B. Kuchenbecker (2007, S. 1019):

„(D)er Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (kommt eine) große Bedeutung zu. Die Abgrenzung zwischen beiden Hilfesystemen ist nicht immer leicht, die Indikationen für klinisch-psychiatrische Interventionen und für Maßnahmen der öffentlichen Erziehung sind nicht immer eindeutig. Dies gilt insbesondere für

⁶⁴ Sachse bezieht sich im Wesentlichen auf Persönlichkeitsstörungen, die an dieser Stelle verallgemeinernd für Verhaltensauffälligkeiten und Interaktionen behandelt werden.

5.1 Besondere Verletzlichkeit

PatientenInnen mit ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens bzw. Dissozialität. Mehr als die Spezifität der Störung ist für die eine oder andere Intervention zuweilen die Frage bestimmend, welche Hilfen gerade verfügbar sind und welcher Kostenträger bereit ist, sie zu finanzieren. In den Bundesländern, die eine geschlossene Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe nicht anbieten, kommt häufig nur die Psychiatrie in Betracht, um ein solches Setting zu realisieren. Drehtüreffekte und parallele Versorgung in beiden Hilfesystemen sind deshalb keine Seltenheit.“

Deutlich wird in dieser Aussage, dass obwohl gesetzliche Rahmenbedingungen zur Aufnahme festgelegt sind, in der Praxis die Entscheidung für oder gegen eine Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von verschiedenen Bedingungen und Entscheidungen des Helfersystems abhängig ist. Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Aufnahmepflicht hat, nimmt, wie die Aussagen Kuchenbeckers gedeutet werden können, die Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls eine Art Asylfunktion für schwierige und schwer aushaltbare Fälle ein, die sonst nirgends aufgenommen werden. Es kann angenommen werden, dass schwierige Kinder und Jugendliche, die als zu belastbar für das eigentlich Helfersystem wahrgenommen werden, an die Psychiatrie als letzter Ausweg übergeben werden. Auch die Abgrenzung zwischen Diagnosen von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen/sozialen Auffälligkeiten gegenüber Erziehungsproblemen ist nicht eindeutig. Die Bedeutsamkeit von sozialen Verhaltensauffälligkeiten drückt sich in der Häufigkeit der angeführten Beispieldiagnose Störung des Sozialverhaltens aus. Diese Diagnose, meist als Komorbidität diagnostiziert, gehört zu den häufigsten gestellten Diagnosen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Steinhausen 2006, S. 297)⁶⁵ Die drei Aspekte zusammengenommen verstärkt die Annahme, dass pädagogische Probleme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgehend und teilweise in dramatischer Weise bei den Patienten zum Ausdruck kommen. Weiterhin zeigt sich durch die Erwähnung der vorgeschalteten Entscheidung und der Drehtüreffekte, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eine Zwischenstation zu verstehen ist; es gibt ein Davor und ein Danach. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als die Zeit dazwischen soll die Patienten dabei stärken, mit ihren Lebenskrisen umzugehen – dabei spielen die

⁶⁵ Angaben verschiedener Kliniken wie z. B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mitweida, Leipzig oder der Asklepios Klinik in Harburg-Hamburg bestätigen diese Aussage (Verweise sind in der Literaturliste angegeben).

5.1 Besondere Verletzlichkeit

Institutionsbedingungen einen wesentlichen Faktor für die besondere Verletzlichkeit der Patienten.

5.1.3 Aufnahmesituation der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an sich sowie deren Gestaltung bedeuten Faktoren für eine besondere Verletzlichkeit der Kinder und Jugendlichen. Die Bedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie z. B. die abrupte Herausnahme aus dem eigentlichen Lebenskontext, stellen unterschiedlich hohe Bewältigungsanforderungen an Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Auswirkungen. Die Eingangsphase beinhaltet erste Erfahrungen und erste Kontakte mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Gestaltung der Aufnahme ist abhängig vom Grad der Freiwilligkeit und der Aufnahmesituation z. B. könnte dies eine Krisensituation bei einem Selbstmordversuch sein die andere Anforderungen hat als eine geplante Aufnahme aufgrund von Essstörungen. In vielen Fällen werden Kinder und Jugendliche jedoch gegen ihren Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus geschickt. Die Behandelnden können in dieser Situation als Verbündete der Eltern angesehen werden, falls die Anerkennung der Meinung der Kinder und Jugendlichen ausbleibt (vgl. Rothärmel 2006, S. 272; Carrey 2007, S. 95). Eine partnerschaftliche Situation ist mit Patienten im Kindes- und Jugendalter meist zusätzlich schwierig herstellbar, denn für viele Patienten kommt der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig unvorbereitet und bedeutet die Herauslösung aus bekannten Beziehungsnetzwerken (vgl. Fegert und Goldbeck 2004, S. 223). Die Einweisungssituation kann durch die plötzliche Herauslösung als Stressor von Patienten wahrgenommen werden, da dadurch bekannte Ressourcen und Bewältigungsstrategien nicht mehr zur Verfügung stehen. Es ist schwer, diese zu ersetzen bzw. unverzüglich neu zu sortieren und falls ein Erfolg ausbleibt führt dies zu chronischem Stress. Die Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst kann daher unter Umständen ein kritisches Lebensereignis darstellen, das Einfluss auf die Gestaltung der eigenen (Persönlichkeits-)Entwicklung hat, da die Einweisung außerhalb des bewältigbaren Erfahrungs- und Erwartungshorizontes liegt (vgl. Filipp und Aymanns 2010, S. 32).⁶⁶ Kritische Lebensereignisse sind in dem bekannten Alltagsablauf einschneidende Erlebnisse, die beispielhaft „Erfahrungen [sein können], die unser soziales Ansehen unser Selbstwertgefühl auf den Prüfstand stellen, die unsere

⁶⁶ Auswirkungen von (kritischen) Lebensereignissen und der Verlust von Ressourcen/Bewältigungsstrategien ist allerdings von verschiedenen individuellen und sozialen Merkmalen abhängig und die Auswirkungen können nicht direkt auf alle Kinder und Jugendlichen generalisiert werden (vgl. Filipp und Aymanns 2010, S. 26f.).

5.1 Besondere Verletzlichkeit

Grundüberzeugungen als Basis unserer ontischen Sicherheit erschüttern und die fundamentale Anliegen, wie das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit oder Zugehörigkeit zu anderen Menschen, bedrohen“ (a.a.O., S. 17). Im schlimmsten Falle ist eine unvorbereitete Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie sogar ein traumatisches Erlebnis, wie es bei Kindern u. a. durch abrupte und unvermutete Ereignisse und dem Gefühl der Hilflosigkeit ausgelöst wird (vgl. Cohen et al. 2009, S. 4), was durch die Aufnahme auf eine geschlossene Station verstärkt wird. Die Eingangsphase veranschaulicht beispielhaft die Brisanz einer hohen Verletzlichkeit von Patienten durch die Organisationskultur der Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst. Sie ist normalerweise eine unbekannte Lebenswelt für Kinder und Jugendliche die den Aufbau und die Neusortierung von Ressourcen ermöglicht und Zeit benötigt. Die individuellen Lebenslagen und Bedürfnisse der Patienten und Besonderheiten der Einweisungsbedingungen erfordern eine darauf angepasste Behandlung und Unterstützung während des Aufenthalts, die ein persönliches Wachstum während der Behandlungsphase ermöglichen (vgl. Philipp und Aymanns 2010, S. 32).

5.1.4 Arbeitsbündnisse unter Zwangsverhältnissen und die Sicht auf Problemlösungsstrategien

Der Aufenthaltsverlauf und der Behandlungserfolg in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in einem hohen Maße von Arbeitsbündnissen zwischen Patient und Personal abhängig. Der Aufbau von einem Arbeitsbündnis steht in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie erstmals im Widerspruch zu der vorgestellten Eingangssituation, da für viele Patienten der Aufenthalt meist unvorbereitet erfolgt und bekannte Beziehungsnetzwerke nicht vorhanden sind. Wenn eine Person jedoch eine Krise nicht mehr mit eigenen Kräften bewältigen kann, wird nach Oevermann professionelle Praxis benötigt. Ein Experte übernimmt stellvertretend die Krisenbewältigung unter dem Anspruch, die größtmögliche Autonomie des Klienten zu wahren. Ein allzu standardisiertes Vorgehen würde hierbei die Autonomie des Patienten zu sehr einschränken (vgl. Oevermann 2009, S. 114). Der Klient muss sich verpflichtet fühlen, möglichst viele seiner Eigenkräfte zu mobilisieren. Erfolgreiche Hilfe, bei der der Klient nicht tätig ist, würde den Klienten verleiten, sich häufig an professionelle Hilfe zu wenden und seine Unmündigkeit fördern (vgl. a.a.O., S. 117). Dabei muss die Unvereinbarkeit von Hilfe und Kontrollverlust bei einem Arbeitsbündnis beachtet werden. Während ein Arbeitsbündnis sich auf autonome Entscheidungen stützt und somit Hilfe bei der

5.1 Besondere Verletzlichkeit

Bewältigung der Not sein sollte, ist Kontrollentzug u. a. mit Durchsetzungsgewalt verbunden. Wie unter Zwangsverhältnissen der Kontrollentzug in eine autonome Praxis (in ein freiwilliges Hilfe-Ersuchen) verwandelt wird, ohne ein für den Klienten aufgezwungenes Hilfeschema zu nutzen, ist das Kernstück eines guten Arbeitsbündnisses (vgl. a.a.O., S. 133f.). Bei Kindern und Jugendlichen kommt hinzu, dass sie nie allein Klienten und somit alleiniges Ziel eines Arbeitsbündnisses sind, sondern stets zusammen mit Personensorgeberechtigten. Eltern und Kinder stimmen in der Zielausrichtung häufig nicht überein (vgl. a.a.O., S. 140). Wigger hat anhand von Fallstudien den Aufbau eines Arbeitsbündnisses in Zwangskontexten von Kindern und Jugendlichen untersucht. Sie formuliert, dass Kinder und Jugendliche Problembewältigungsstrategien entwickelt haben, um mit ihrer Not umzugehen. Im professionellen Rahmen entsteht keine Zusammenarbeit, sondern eher ein Kampf um die beste Problembewältigungsstrategie (vgl. Wigger 2009, S. 143f.). Dabei wird von Experten bescheinigt, dass sogenannte schwierige Kinder eine eigene Problembewältigung gegenüber dem Expertensystem entwickeln, und somit schneller aus der institutionellen Hilfe kommen – die gesammelten Erfahrungen helfen im Umgang mit den Institutionen. Das Expertensystem verfolgt meist die Logik der sofortigen Abklärung (vgl. a.a.O., S. 147). Dabei werden von den Kindern gelernte Problembewältigungsstrategien als eigentliches Problem und nicht als Problembewältigung angesehen und die wahren Probleme entwertet. Darauf folgt ein gegenseitiges Nichtverstehen, wodurch der Leidens- und Problemdruck weiter ansteigt (vgl. a.a.O., S. 149). Zusätzlich zu den wahren Problemen können die gestellten Anforderungen zur Vermeidung der eigentlichen Problembewältigungsstrategien die kindliche Bewältigungskapazität übersteigen. Wiggers bezieht die Anforderungen zwar auf Schule, m. E. nach kann diese Art der Zusammenarbeit auch auf andere Einrichtungen übertragen werden. Die Gefahr ist, dass versprochene Hilfe und geweckte Erwartungen der Problembewältigung nicht eingelöst werden (vgl. a.a.O., S. 149). Anhand der untersuchten Fallstudien benennt Wigger drei Punkte von Widerständen beim Aufbau eines Arbeitsbündnisses:

1. „1. Problematisierung individueller Bewältigungsleistungen durch Expertensysteme als Auslöser von Hilfe/Kontrolle: ...Auseinanderfallen von Experten- und Betroffenenansicht...
2. Angst vor Kontrollverlust durch Problemeignung der Expertinnen/Experten – das Spezifikum einer Diagnosebeziehung: ... Die Prozesse der Abklärung und

5.1 Besondere Verletzlichkeit

Diagnose wurden von den Jugendlichen.,. aber auch von den Eltern, als unkalkulierbar, als beängstigend, als Formen der Schuldzuweisung von vorhandenen Problemen erlebt. ... Die Jugendlichen aber auch die Eltern fürchten sich vor einer Problemeignung, denn es scheint den Erfahrungen zu entsprechen, dass die Expertinnen/Experten definieren, was das Problem ist und wie es zu bearbeiten ist. ...

3. Differente Hilfeerwartungen“ (a.a.O., S. 150f.).

Wigger passt die Strukturmerkmale von Oevermann letztendlich auf Kinder und Jugendliche an. Die Freiwilligkeit und die „Grundregel“ der Möglichkeit alles zu thematisieren muss von Seiten der Experten über einen längeren Zeitraum erarbeitet werden, denn Kinder und Jugendliche haben erlebt, dass dies nicht möglich ist, ohne ihre eigene Interessen und Bedürfnisse hinten an zu stellen. Die Abstinenzregel⁶⁷ gilt ebenfalls wie bei Erwachsenen, jedoch handelt es sich eher um ein „lebensweltlich strukturiertes, stellvertretendes Beziehungsangebot“. Die Übertragung – Gegenübertragung spielt bei diesem Punkt ebenfalls eine hohe Rolle. Die Symmetrie und Asymmetrie ist ebenfalls bei Kindern und Jugendlichen vorhanden (vgl. a.a.O., S. 156f.). „In Hinblick auf die Autonomieentwicklung muss es darum gehen, die fachliche Expertise so einzubringen, dass Kinder sich neue Problemsichten und -lösungen im dialogischen Prozess aneignen und darüber neue Autonomieerfahrungen gewinnen können“ (a.a.O., S. 157f.). Die Autonomieentwicklung wird im dialogischen Prozess gefördert oder verhindert. Bevor der dialogische Prozess über Interaktionserfahrungen behandelt wird, ist vorab auf die hohe Bedeutung der Gefühlsebene bei Kindern und Jugendlichen hinzuweisen.

5.1.5 Selbstsorge

Interaktionserfahrungen enthalten emotionale Komponenten – so wurde bereits auf den Einfluss der Form und Art von Rückmeldungen (Anerkennung) auf die Persönlichkeitsentwicklung (Identität) hingewiesen. Institutionen wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie haben eine hohe Bedeutsamkeit der Gefühlsebene in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu beachten und somit die Gestaltung der umgebenden Bedingungen zu berücksichtigen. Eine pädagogische Behandlung, die ausschließlich auf Selbsterkenntnis, Reflexion und Handlungsanleitungen basiert, würde die Gefühlsebene und dabei die besondere Verletzlichkeit missachten (vgl. Gröning 2011, S. 73). Über eine

⁶⁷ Die auf den Professionellen übertragenen Gefühle und Empfindungen dürfen von seiner Seite nicht ausagiert werden.

5.2 Anerkennung

emotionale Komponente wird Kindern und Jugendlichen in der Persönlichkeitsentwicklung geholfen, in-sich-selbst-zu-Hause-zu-fühlen.

Alle Menschen finden in der Phase der Persönlichkeitsentwicklung vorgegebene Erwartungen. Jeder Mensch muss sich innerhalb vorgegebener Regeln um sich selbst sorgen. Selbstsorge ist in diesem Sinne nicht egoistisch gemeint, sondern bezieht sich ebenfalls auf das Wohl anderer. Foucault erläutert Selbstsorge wie folgt: „Die Selbstsorge ist wohlverstanden Selbsterkenntnis (das ist die sokratisch-platonische Seite), aber sie ist auch Kenntnis einer gewissen Anzahl von Verhaltensregeln oder von Prinzipien, die Wahrheiten und Vorschriften zugleich sind. Sich um sich selbst kümmern heißt, sich mit diesen Wahrheiten auszustatten“ (Becker et al. 1993, S. 13). Der Ansatz der Selbstsorge wurde für Kinder und Jugendliche erweitert, in dessen Zentrum das Wort Oikos (Haus) steht. Sinnbildlich steht es für das Häuslich-werden-in-sich-selbst bzw. In-sich-selbst-zu-Hause-fühlen (vgl. Gröning 2011, S. 72). Zentral sind in der antiken Auffassung, aus der Foucault Selbstsorge ableitet, Zuwendung und Zuneigung. Dies geschieht über Interaktionsverhältnisse, indem die Interaktion des Kindes gespiegelt wird und das Kind sich so zunehmend selbst erfährt. Die Reihenfolge der Interaktion, die zur Identifikation mit einer Bezugsperson führt und Basis zur Aneignung von Eigenschaften für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung sind, verläuft über die emotionalen Komponenten Zuneigung – Zuwendung – Zueignung – Zugehörigkeit (vgl. ebd.). Über Zuwendung und Zueignung werden eigenschöpferische Kräfte gefördert, wodurch ein autonomes Selbstwertgefühl entsteht. Über das bloße Verstehen hinaus ist daher eine emotionale Komponente in der Beziehung ausschlaggebend für Veränderungen. In Institutionen kann die emotionale Komponente nur ausreichend Berücksichtigung finden, wenn die umgebende Atmosphäre und eine anerkennenden Haltung gegenüber der Person gegeben sind (vgl. a.a.O., S. 73.).

5.2 Anerkennung

5.2.1 Definition von Anerkennung

Anerkennung bringt wie erwähnt Identität hervor. Der Begriff der Anerkennung bedarf einer näher gehenden Definition, da das Wort u. a. in der Fachliteratur unterschiedlich verwendet wird und somit als identitätsstiftendes Kriterium missverstanden werden kann. Synonyme für Anerkennung im weitesten Sinne sind Bestätigung, Würdigung und Respekt oder im rechtlichen Sinne die Gleichstellung von Personen bezogen auf eine

5.2 Anerkennung

Sache wie Prüfungsleistungen. In der Internet Enzyklopädie für Philosophie wird Anerkennung wie folgt unterschieden und beschrieben:

„Anerkennung als Begreifen i. S. einer kognitiven Einsicht, b) als (Wieder)Erkennen, Identifizieren und c) als zwischenmenschlicher Akt gegenseitiger Anerkennung, von Status, Leistung und Rechten“ (im Original McQueen 2011 zitiert nach Simon 2012). Anerkennung im philosophischen und politischen Verständnis bezieht sich meist auf den letztgenannten Punkt und versteht Anerkennung nicht nur als Wertschätzung anderer Personen/Gruppen, sondern impliziert, dass Anerkennung eine grundlegende Bedeutung für das eigene Verständnis im zwischenmenschlichen Austausch hat (vgl. McQueen 2011). So kann Anerkennung im sozialen Austausch als Mittel der Pädagogik die Entwicklung einer selbstbestimmten und rational begründeten Entscheidungs-, Handlungs- und Urteilsfähigkeit unterstützen und erlangt dadurch eine zentrale Bedeutung für die pädagogische Theorie und Praxis (vgl. Hafener et al. 2002, S. 8). Doch die institutionelle/gesellschaftliche Relevanz des Konzepts kommt alleine im zwischenmenschlichen Austausch nicht zum Ausdruck (vgl. Honneth 2010 a). Aufbauend auf der Hegelschen Sozialphilosophie und Meads Sozialpsychologie entwickelte Honneth eine Anerkennungstheorie, die verschiedene Sphären einbezieht und somit als institutionelle Anforderung formulieren lässt (wie bei Selbstsorge angedeutet). Hieraus können Anforderungen zur pädagogischen Gestaltung des Umfelds geschlossen werden.

5.2.2 Anerkennungstheorie nach Honneth

Bei der Anerkennungstheorie nach Honneth werden intersubjektive Beziehungen, in grundlegender Übereinstimmung mit Hegel und Mead, hervorgehoben (vgl. Honneth 2012, S. 148). Hegel konstatiert, dass Identitätsentwicklung wesentlich von Anerkennung anderer Menschen beeinflusst ist. Anerkennungserwartungen sind gegenseitig d. h. dass andere Menschen ebenfalls Anerkennung vom Interaktionspartner voraussetzen (vgl. a.a.O., S. 64). Anerkennungsbeziehungen sind somit intersubjektiv und bedingen, dass „in sie gewissermaßen ein Zwang zur Reziprozität eingebaut ist, der die sich begegnenden Subjekte gewaltlos dazu nötigt, auch ihr soziales Gegenüber in einer bestimmten Weise anzuerkennen: wenn ich meinen Interaktionspartner nicht als eine bestimmte Art von Person anerkenne, dann kann ich mich in seinen Reaktionen auch nicht als dieselbe Art von Person anerkannt sehen, weil ihm von mir ja gerade jene Eigenschaft und Fähigkeit abgesprochen werden, in denen ich mich durch ihn bestätigt fühlen will“ (a.a.O., S. 64f.).

5.2 Anerkennung

Anerkennungsbeziehungen sind soziale Verhältnisse, die als Anerkennungsverhältnisse auf eine gesellschaftliche Ebene verweisen. Honneth (a.a.O., S. 148) schreibt treffend: „... die Reproduktion des gesellschaftlichen Lebens vollzieht sich unter dem Imperativ einer reziproken Anerkennung...“. Hierzu gehört die Einbeziehung der gesamten Institution, denn „Gerecht und normativ gut wäre eine Veränderung von Anerkennungsverhältnissen also dann, wenn sie mehr Personen als zuvor einschließt und wenn sich diese Personen in diesen Institutionen gehaltvolle Werte aneignen können, die ihnen dazu dienen können, eigene, gehaltvolle moralische Identitäten und Lebensziele auszubilden...“ (Honneth und Stahl 2010, S.19). Hierin drückt sich eine emanzipatorische modern-reflexive Pädagogik aus (Hafeneger et al. 2002, S. 8f.). Es werden drei Anerkennungssphären unterschieden: Liebe, Recht und Solidarität.

Liebe drückt die Sphäre affektiver Zuwendungen durch Primärbeziehungen aus. „Das Verhältnis der (zunächst elterlichen) Liebe charakterisiert jene Sphäre von dyadischen Intimbeziehungen, im deren Rahmen ein Selbst mit einem eigenständigen Leibkörper und mit eigenen affektiven Bedürfnissen entsteht“ (Stojanov 2006, S. 128). Honneth selber verweist darauf, dass es sich um Primärbeziehungen handelt „soweit sie nach dem Muster von erotischen Zweierbeziehungen, Freundschaften und Eltern-Kind-Beziehungen aus starken Gefühlsbedingungen zwischen wenigen Personen bestehen“ (Honneth 2012, S. 153). Wesentlich geht es bei dieser Sphäre um den psychischen Sozialisationsprozess, der wie folgt treffend erläutert wird: „Der Aufbau der intrapsychischen Instanzen, also das, was wir philosophisch als Selbstbeziehung des Subjekts begreifen können, vollzieht sich als ein Verinnerlichungsvorgang, bei dem das Kind schrittweise jene Interaktionsmuster internalisiert, die es in der Begegnung mit den sukzessiv auftauchenden Bezugspersonen Mutter, Vater, Geschwister und schließlich auch den Peers zu erlernen hat; die Interaktion der Psyche vollzieht sich mithin als ein interaktiver Prozeß innerhalb dessen das Kind sich durch die emotionalen Beziehungen zu anderen Personen als eigenständiges Subjekt begreifen lernt“ (Honneth 2010 b, S. 257). Im Vordergrund steht die Balance von Selbstständigkeit/-behauptung und Bindung/Symbiose, die über die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie⁶⁸ veranschaulicht wird. „In der Theorie der Objektbeziehung werden aus therapeutischen Analysen von Beziehungspathologien Rückschlüsse gezogen auf Bedingungen, die zu einer gelingenden Form der affektiven Bindung an andere Personen führen können (Honneth 2012, S. 154). In der Theorie wird der hohe Stellenwert

⁶⁸ In diesem Teil gehe ich ausschließlich auf die Objektbeziehungstheorie ein. Für eine Gegenüberstellung der Objektbeziehungstheorie mit der Selbstpsychologie für die Anerkennungstheorie siehe Stojanov 2006, S. 128ff.

5.2 Anerkennung

von (früh)kindlichen Interaktionserfahrungen unterstrichen und die affektive Beziehung als weiterer Bestandteil der psychischen Entwicklung berücksichtigt (vgl. ebd.). Der Schwerpunkt der Sphäre liegt in der Entwicklung von Vertrauen in sicheren Beziehungen als Basis von Selbstvertrauen: der Mensch gelangt „zu einem Vertrauen in sich selber, das es ihm ermöglicht, sorglos mit sich allein zu sein“ (a.a.O., S. 168). Hieraus entsteht die Möglichkeit, sich in zwischenmenschlichen Beziehungen situationsvergessen auf sich selber zu beziehen, sich der Zuwendung gewiss zu sein. Dies ist eine Voraussetzung für das Gelingen affektiver Bindungen zu anderen Menschen (vgl. a.a.O., S. 169). Die Anerkennungssphäre Liebe beinhaltet Anerkennung des Selbst und anderen als Objekte mit eigenen Rechten. Dies ermöglicht die Entfaltung eines Selbstvertrauens, was zur gleichberechtigten Partizipation befähigt (vgl. a.a.O., S. 66) und die Erlangung eines Verständnisses der eigenen Bedürfnisse (vgl. Honneth 2010a). Auf der Gegenseite steht die Nicht-Anerkennung der leiblichen Integrität z. B. durch ständige Missachtung der Bedürfnisse, die sich zersetzend auf das Selbstbewusstsein auswirkt.

Die Sphäre des Rechts drückt kognitive Wertschätzung einer (Rechts-)Gemeinschaft aus. Honneth beschreibt, dass persönliche Beziehungen nicht unendlich möglich sind und die Voraussetzungen für die Sphäre der Liebe einer Person begrenzt sind. Die Anerkennungssphäre Recht geht aus der Sphäre Liebe hervor und über sie hinaus auf die gesellschaftliche Ebene, denn diese Sphäre bedingt ein abstraktes Konzept rechtlich gleichgestellter Menschen (vgl. Stojanov 2006, S. 139).⁶⁹ Honneth untersucht die Sphäre unter der Sicht moderner Rechtsverhältnisse und beschreibt die Ablösung der individuellen Rechte im Übergang der Moderne von statusbezogenen Rollenerwartungen. Jedem Mensch als freiem Wesen sollen hierunter die gleichen Rechte zugestanden werden (vgl. Honneth 2012, S. 181). Auf der gesellschaftlichen Ebene ist hier die gegenseitige Anerkennung als gleichwertiges Rechtssubjekt zu verstehen. Honneth verweist auf Hegel: „die Rechtssubjekte erkennen sich dadurch, daß sie dem gleichen Gesetz gehorchen, wechselseitig als Personen an, die in individueller Autonomie über moralische Normen vernünftig zu entscheiden vermögen“ (a.a.O., S. 177). Dies verweist auf die Voraussetzung von kognitiven Verstehensleistungen, da gesamtgesellschaftliche Anerkennung von Rechten über affektgebundene Beziehungsleistung hinausgeht und Menschen moralische Zurechnungsfähigkeit zugestanden wird. Im Kern geht es hier um die Fähigkeit gesellschaftliche Normen und Gesetze anzuerkennen und sich an

⁶⁹ Die Anerkennung der eigenen Person als eine Person mit normativen Rechten bedingt jedoch die Annahme, ebenfalls normative Verpflichtungen zu besitzen (vgl. Honneth 2012, S. 181).

5.2 Anerkennung

Willensbildungen mit einer gemeinwohlschaftlichen Sichtweise beteiligen zu können. Wird diese Fähigkeit aberkannt, was mit einem Verlust individueller Rechte einhergeht, bedeutet das für ein Subjekt den Chancenverlust zur Ausbildung von Selbstachtung. „Es ist der öffentliche Charakter, den Rechte dadurch besitzen, daß sie ihren Träger zu einem von dem Interaktionspartner wahrnehmbaren Handeln ermächtigen, was ihnen die Kraft verleiht, die Ausbildung von Selbstachtung zu ermöglichen; denn mit der fakultativen Aktivität des Einklagens von Rechten ist dem Einzelnen ein symbolisches Ausdrucksmittel an die Hand gegeben, dessen soziale Wirksamkeit ihm stets wieder demonstrieren kann, daß er als moralisch zurechnungsfähige Person allgemein Anerkennung findet“ (a.a.O., S. 194). Die Sphäre drückt die Anerkennung von Rechten und Pflichten aus und berührt dadurch grundlegend die institutionelle Ebene. Auf der Gegenseite steht die Nicht-Anerkennung der moralischen Zurechnungsfähigkeit von Rechten und Pflichten. Durch diese Entrechtung, wird einem Subjekt der Zustand eines nicht vollwertigen Interaktionspartners in der Gesellschaft vermittelt z. B. durch die Stigmatisierung von psychisch-Erkrankten als generell nicht zurechnungsfähig.

In einer weiteren Sphäre drückt sich die soziale Wertschätzung durch Solidarität aus. Zwischen den Primärbeziehungen (Sphäre Liebe) und der institutionellen Sphäre (Recht) bedarf es einer weiteren Sphäre: „um zu einem ungebrochenen Selbstverhältnis gelangen zu können, bedürfen menschliche Subjekte über die Erfahrung von affektiver Zuwendung und rechtlicher Anerkennung hinaus stets auch noch einer sozialen Wertschätzung, die es ihnen erlaubt, sich auf konkrete Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zu beziehen“ (a.a.O., S. 196). Für diese dritte Sphäre wird das Bestehen eines intersubjektiv geteilten Werthorizonts vorausgesetzt (vgl. ebd.). Der Werthorizont wird vermittelt durch einen Orientierungsrahmen, der das kulturelle Selbstverständnis einer Gesellschaft und Zielvorstellungen beinhaltet. Dieses Selbstverständnis kann unterschiedlich entstanden sein und wird z. B. über historische Momente beeinflusst. Die Ablösung der sozialen Wertschätzung von standesspezifischen Zuschreibungen führt zu einer sozialen Wertschätzung von individuellen „lebensgeschichtlich entwickelten Fähigkeiten“ (a.a.O., S. 203), die sich in unterschiedlichen Lebensweisen ausdrückt. Die Anerkennung kann symmetrisch oder asymmetrisch erfolgen. Soziale Wertschätzung kann als Anerkennung der persönlichen Leistungen und Fähigkeiten des intrasubjektiv erstellten Orientierungsrahmens benannt werden. „... mit der Erfahrung sozialer Wertschätzung (geht) ein gefühlsmäßiges Vertrauen darin einher, Leistungen zu erbringen oder Fähigkeiten zu besitzen, die von den übrigen Gesellschaftsmitgliedern als »wertvoll«

5.2 Anerkennung

anerkannt werden“ (a.a.O., S.209) – diese Form kann als vom Subjekt erfahrene Selbstschätzung benannt werden (vgl. ebd.). Honneth verweist auf das Leistungsprinzip als Maßstab in einer bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft (vgl. Honneth 2010).

Nicht nur das Subjekt, sondern das Subjekt als Mitglied einer (sozialen) Gruppe kann Ziel der Anerkennung sein.

„Im Binnenverhältnis solcher Gruppen nehmen die Interaktionsformen im Normalfall, weil jedes Mitglied sich von allen anderen im selben Maß geschätzt weiß, den Charakter von solidarischen Beziehungen an; denn unter »Solidarität« läßt sich in einem ersten Vorgriff eine Art von Interaktionsverhältnis verstehen, in dem die Subjekte sich wechselseitig an ihren unterschiedlichen Lebenswegen Anteil nehmen, weil sie sich untereinander auf symmetrische Weise wertschätzen“ (Honneth 2012, S. 208).

Solidarität in diesem Sinne geht über die gleichgültige Toleranz hinaus und ist als gefühlte Anteilnahme zu verstehen. Auf der Gegenseite steht das Ausbleiben sozialer Wertschätzung und somit die Herabwürdigung einer anderen Lebensweise.

Alle drei Anerkennungssphären beziehen sich aufeinander und bedingen sich gegenseitig (vgl. a.a.O., S. 283f.). So kann zwar eine Sphäre alleine gedacht und vorgestellt werden, im Ganzen sind sie jedoch abhängig voneinander und wirken zusammen auf ein Subjekt ein. „Es sind diese drei positiven Selbstverhältnisse [Selbstvertrauen, Selbstachtung, Selbstschätzung – Anm. DB] die es Individuen erlauben, sich als bedürftige, vernünftige und wertvolle Personen zu begreifen“ (Honneth 2010). Die Grundstruktur der Anerkennungstheorie enthält ein Paradoxon: Auf der einen Seite ist Anerkennung wichtig für die Autonomie des Subjekts und deren Individualität, also einer Ablösung hin zu einer Selbstbezogenheit bzw. zu einer eigenen Identität, auf der anderen Seite ist das Subjekt abhängig von der Anerkennung anderer. Nothdurft (2007, S. 112) hat zu dem Paradoxon folgende Formel formuliert: „Um meiner selbst Gewiss zu sein als einer, der den Anderen nicht braucht (autonomes Subjekt), bin ich abhängig von der Anerkennung durch den Anderen (Interdependenz) als einem, der mich nicht braucht (autonomes Subjekt)“.

5.2.3 Anerkennungstheorie und pädagogisches Umfeld

Die Anerkennungstheorie nach Honneth bildet einen übergreifenden pädagogischen Organisationsrahmen. Sie ermöglicht in Form der Anerkennungsverhältnisse Anforderungen an die pädagogische Atmosphäre einer Institution als Erfahrungsraum zu formulieren. Das reziproke Anerkennungsverhältnis erweist sich hierin als hoch bedeutsam für die psychosoziale Entwicklung. Internalisierte Interaktionserfahrungen bilden das Grundgerüst für die Entwicklung einer Persönlichkeit und von Verhaltensmustern. Diese Entwicklung ist gekennzeichnet durch Erfahrungen und die Bewältigung von Lebenssituationen, vor allem durch die Bewältigung der Spannung zwischen Selbstständigkeit/-behauptung und Bindung/Symbiose. Eine Institution ist daher angehalten, anerkennende Interaktionsverhältnisse zu gestalten, die in der psychosozialen Entwicklung zu einer soliden Rückzugsbasis (Selbstvertrauen) beitragen – darauf aufbauend kann der Patient Autonomie sicher entdecken und lernen. Dem Patient muss in einem intersubjektiven Verhältnis ein positives Bild gespiegelt werden, das es wert ist, Zuwendung zu erhalten. Das Gegenteil, also Demütigung, wäre die institutionelle Beraubung von Selbstkontrolle z. B. durch physische Übergriffe, durch institutionelle Behandlung als Nicht-Mensch z. B. durch Aberkennung der Rechte in Form der Behandlung als eine Verwaltungseinheit oder Diagnose und durch die Entwertung eines identitätsrelevanten Lebensstils (vgl. Nothdurft 2007, S. 116).

Nothdurft (a.a.O., S. 118f.) hat zur Erfassung von Anerkennungsverhältnissen in Institutionen drei Betrachtungsebenen benannt: Anerkennungsarena, -figuratation, organisation.

„Mit dem Begriff der ›Anerkennungsarena‹ sollen die spezifischen sozialen Gelegenheiten erfasst werden, in denen - kultur-, milieu- oder gruppenspezifisch – Anerkennung erstrebt bzw. gezollt wird. Durch die Wahl der Arena-Metapher soll der Performanz- und Wettkampfcharakter solcher Gelegenheiten betont werden.

Mit dem Begriff der ›Anerkennungsordnung‹ wird das kultur-, milieu- oder gruppenspezifische System von Standards, Kriterien und Gesichtspunkten bestimmt, aus dem heraus Anerkennung für kommunikative Leistungen gezollt wird. In der Anerkennungsordnung ist geregelt, wer (Autorität) für was (performative Leistung) in welcher Weise (Anerkennungsmodi) Anerkennung gewinnt bzw. gewährt.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

Der Begriff der ›Anerkennungsfiguration‹ schließlich greift auf den Begriff der ›Figuration‹ bei Elias ... zurück Die Leistungsfähigkeit des Begriffs der Figuration liegt darin, dass mit ihm das gesamte Beziehungsgeflecht erfasst wird, und gleichsam anders herum – das Individuum als durch dieses Geflecht konstituiert erscheint. Damit erweist sich der Begriff der Figuration als geeignet für die Untersuchung von Mehrpersoneninteraktionen und zur Untersuchung von Konstitutionsprozessen sozialer Identität“ (a.a.O., S. 118f.).

Über die Reflexionsmöglichkeiten einer anerkennenden Atmosphäre kann Anerkennung, vor allem mit Blick auf Interaktionserfahrungen, einen übergreifenden pädagogischen Organisationsrahmen bilden. Vor der Beschreibung des Orientierungsrahmens bedarf es zuerst einer näher gehenden Betrachtung von (internalisierten) Interaktionserfahrungen und der Wirkung von Interaktionen, vor allem in Zusammenhang mit der formulierten besonderen Verletzlichkeit.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

Interaktionsbeziehungen haben in der Anerkennungstheorie einen zentralen Stellenwert. Wesentlich ist der Verinnerlichungsvorgang von Interaktionserfahrungen zur Herausbildung von Interaktionsmustern. Die Objektbeziehungstheorie als Erklärungsansatz wurde erwähnt. Doch um Verhalten und dessen (unbewusste) Absichten verstehen zu können, bedarf es einer näher gehenden Betrachtung, welche Problembewältigung hinter einem Verhalten stehen kann. Zur näheren Erläuterung der Wirkungen von Interaktionserfahrungen wird die Bindungstheorie nach Bowlby vorgestellt. Zentral bleibt die psychosoziale Entwicklung, die zu einer soliden Rückzugbasis (Selbstvertrauen) beiträgt, auf deren Basis sich Autonomie entfalten kann. Über die Selbstpsychologie wird die heilende Wirkung der Psychoanalyse ergänzend zur Objektbeziehungstheorie dargestellt. Es wird sich zeigen, dass das Verstehen von Grundbedürfnissen und die angemessene Interaktion therapeutische (i. S. von heilende) Effekte erzielen.

5.3.1 Objektbeziehungstheorie und Affekte

Die Objektbeziehungstheorie erweitert die klassische Psychoanalyse um eine zwischenmenschliche Funktion und löst sich (je nach Theorievorstellungen weit) von der

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

Triebtheorie ab. Im Fokus steht die Beziehung zwischen Mensch (Selbst) und Bezugsperson (Objekt) (vgl. Kutter 2001, S. 34). Objektbeziehung im psychoanalytischen Sinne steht für die vorgestellte Beziehung zu anderen Menschen, die von der Wirklichkeit abweichen kann (vgl. Mertens 1992, S. 96). Augenscheinlich wird die Bedeutung von Beziehungen bei der Betrachtung von Kommunikationsebenen: Bei Gesprächen wird über die inhaltliche Ebene hinaus ebenfalls auf nonverbale Reize und den Beziehungsaspekt reagiert (vgl. a.a.O., S. 95). Diese Beziehungen sind beeinflusst von Erwartungen, Gefühlen, Wünschen und Gedanken, die über vergangene Erlebnisse verinnerlicht wurden. Erwartungen, Gefühle etc. wiederum wurden verinnerlicht durch erlebte und erlernte Interaktionsmuster mit Bezugspersonen.⁷⁰ Objektbeziehungen modifizieren sich im Verlauf der menschlichen Entwicklung (z. B. Erwartungen von Schutz an eine Person wandeln sich mit dem Alter werden) und werden eventuell verdrängt (vgl. a.a.O., S. 96f.) Bei einem normalen Entwicklungsverlauf werden Objektbeziehungen in die Seelenstruktur aufgenommen (vgl. Kutter 2001, S. 35). Eine Verinnerlichung von Objektbeziehungsstrukturen bedeutet, dass ein persönliches Grundmuster von inneren Vorstellungen gebildet wird, das Vorstellungen des Selbsts, des Objekts und der dazugehörigen Affekte vereint. Diese verinnerlichte Struktur kann durch ähnliche Beziehungsmuster abgerufen werden und aktuelle Beziehungen/Interaktionen beeinflussen (vgl. ebd.).

Affekte haben eine bedeutsame Rolle und entscheiden über gefühlte Lebendigkeit (vgl. a.a.O., S. 20). Krause bezeichnet Affekte als „körperliche Reaktionen ohne bewusste Repräsentanz und Erleben derselben ... d. h. eine Beteiligung höherer kognitiver Funktionen ist für ihre Auslösung nicht notwendig“ (Krause 1998, S. 28). Die Affektsteuerung funktioniert unbewusst, die bewusste Wahrnehmung der Affekte wird als Gefühl definiert (vgl. ebd.). Zwischen einem Affekt und dem bewussten Erleben besteht eine Verbindung. So kann z. B. der Auslöser des Affektes Wut die bewusst wahrgenommene Verhinderung des eigenen Zieles sein mit dem Wunsch, die Zielverhinderung zu beseitigen (vgl. a.a.O., S. 39). Die Wut wird erlebt, aber die bestimmende Affektsteuerung, die das Resultat vergangener Erlebnisse ist, kann nicht bewusst gesteuert werden. Der Affektvorgang kann übermächtig werden und Denken blockieren. „Das Subjekt leidet unter seiner Leidenschaft. Es ist darin nicht Akteur,

⁷⁰ Über die (nicht-)pathologische Funktionsweise der Objektbeziehungstheorie wurde bereits in der Anerkennungstheorie nach Honneth (Kapitel 3.2) eingegangen.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

sondern Patient. Die Leidenschaft beherrscht das Subjekt, unterwandert seine Vernunft und praktisch sein gesamtes Seelenleben. Sie entfremdet es seinem Objekt. Sie bestimmt seine Handlungen. Das Subjekt handelt nicht mehr, sondern wird zum Objekt von Handlung, handelt reaktiv-agiert“ (Green 2000, S. 76 zitiert nach Kutter 2001, S. 19).⁷¹ Für eine Affektbeherrschung muss gelernt werden, Wünsche und Bedürfnisse den realen Bedingungen anzupassen und aufzuschieben.

Die Ausgestaltung und Wahrnehmung von Beziehungen können sich in Interaktionsmustern festigen. So können z. B. Kinder, deren Bezugspersonen wenig einfühlsam und unberechenbar sind diese Beziehungserlebnisse bis ins Erwachsenenalter mit den dazugehörigen Affekten abspeichern und bei ähnlichen Beziehungssituationen (z. B. bei einem Lehrer in der Schule oder Mitarbeiter im Krankenhaus) aktivieren (vgl. Kutter 2001, S. 35). Ein Augenmerk ist auf die bereits vorhandenen verinnerlichten Objektbeziehungen zu legen, da diese in Institutionen zum Ausdruck kommen und aktiviert werden. Das Bewusstmachen von verinnerlichten Objektbeziehungen und der Affekte sind Orientierungspunkte für das pädagogische Handeln. Affekte zeigen sich in institutionellen Beziehungen. Die Gefahr der Verstrickung besteht z. B. wenn auf Wutausbrüche durch Mitarbeiter mit Sanktionen (auf die gleiche Weise wie frühere Bezugspersonen) reagiert wird, aber nicht untersucht wird, worin die Ausbrüche begründet sind. Es gilt, affektive Verstrickungen aus vergangenen verinnerlichten Objektbeziehungen zu verstehen, zu vermeiden und Erfahrungen von Objektbeziehungen zu korrigieren. Es ergeben sich aus der Objektbeziehungstheorie als Basis des psychoanalytischen Verstehenszugangs folgende Fragen: Welche verinnerlichten Objektbeziehungsmuster werden wiederholt? Und in welcher Rolle sieht das Kind sich selbst, den anderen und den Zusammenhang mit der Szene?

5.3.2 Bindungstheorie nach Bowlby

Die internalisierten Beziehungsmuster werden mit der Bindungstheorie nach Bowlby näher beschrieben. Bindungserfahrungen sind ein wesentlicher Grundstein der psychosozialen Entwicklung zu einer soliden Rückzugsbasis (Selbstvertrauen). „Es ist für den Menschen charakteristisch, starke affektive Beziehungen miteinander einzugehen. Einige der stärksten Gefühle hängen damit zusammen, wie diese Beziehungen sich

⁷¹ Erinnerung sei hier an die Definition von psychischer Störungen: Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

entwickeln. Während stabile Beziehungen eine Quelle der Freude und Sicherheit sind, lösen Trennung, Verlust bzw. drohender Verlust Angst oder Ärger oder Trauer und Depression aus“ (Grossmann und Grossmann 2003, S. 22).

Die Bindungstheorie nach Bowlby ist eine psychologische Sozialisationstheorie, die Einflüsse von Bindungserfahrungen im Laufe des Lebens untersucht. Im Fokus der Bindungstheorie stehen demnach Auswirkungen von engen Beziehungen auf emotionale und soziale Entwicklungen, wobei alle Lebensphasen und alle Formen von Bezugspersonen betrachtet werden. Die Bindung zu einer Bezugsperson wird bereits in den ersten Lebensjahren aufgebaut. Ein Ausbau dieser findet in den darauf folgenden Lebensjahren statt. Der Aufbau von Bindungen ist für eine (spätere) seelische Gesundheit und Charakterbildung prägend (vgl. Bowlby 2005, S. 11). Bindungserfahrungen und -erlebnisse strukturieren also von Geburt an das interne Arbeitsmodell eines Menschen. Erarbeitete und internalisierte typische Interaktionsmuster stellen Erwartungen an Handlungen der (Bindungs-)Personen her. Diese Erwartungen werden mit der Zeit gefestigt und zu einem Gesamtbild zusammengefügt. Das Gesamtbild bildet eine Bindungsstrategie, an der das eigene Bindungsverhalten ausgerichtet wird. Je weniger Verzerrungen dieses innere Arbeitsmodell zur Realität aufweist, desto besser kann das Verhalten an die gestellten Anforderungen angepasst werden. Durch die unbewusste Festigung ist eine Veränderung in späteren Lebensjahren schwerer herbeiführbar als in früheren (vgl. Fremmer-Bombik 2009, S. 109ff.). Nach Bowlby ist die Bindungsqualität demnach nicht ab einem gewissen Alter starr, sondern ein durch (neue) Beziehung veränderbares Kontinuum. Das Bindungsverhalten zeigt sich am offensichtlichsten in der (früheren) Kindheit. Doch auch im Jugendalter haben Bindungserfahrungen eine herausragende Rolle für die psychische Sicherheit, die auch in diesem Lebensalter durch einschneidende Lebensereignisse erschüttert werden kann (vgl. Grossmann und Grossmann, 2004, S. 516f.). Das Jugendalter, durch hormonelle Veränderungen und der vermehrten Suche nach Bindung zu Gleichaltrigen, ist eine weitere hoch bedeutsame Bindungsphase (vgl. Grossman und Grossmann 2003, S. 375). Bei Erwachsenen ist das Bindungsverhalten besonders in Situationen von Krankheit und oder starken Belastungen gut beobachtbar (vgl. a.a.O., S. 23). Die Bindungstheorie unterscheidet vier Bindungsmodelle – von dem sicheren Bindungsmodell, über das unsicher-ambivalente und dem unsicher-vermeidende bis zum unsicher-desorganisierten Bindungsmodell. Der Einfluss der Bindungsqualität wird in der Studie von Zimmermann et al. (1996) deutlich. Jugendliche mit sicherer Bindungsqualität zeigten in der Studie eine höhere ICH-

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

Flexibilität, ein niedrigeres Maß an Feindseligkeit, ein besseres Selbstbild, welches von positiveren sozialen Merkmalen geprägt ist. Es ist davon auszugehen, dass die als zugewandten und positiven Merkmale der Jugendlichen mit sicherer Bindung eine einfachere Aktivierung der vorhandenen Ressourcen zur Krisenbewältigung ermöglicht. Hartwig et al. (2004, S. 66f.) gehen bei starken negativen Bindungserfahrungen dagegen von einem daraus resultierenden erschwerten Umgang mit Gefühlen und Affekten für Kinder und Jugendliche aus. Der Aufbau von Vertrauen zu anderen Personen ist durch negative Bindungserfahrungen erschwert, wodurch interpersonelle Störungen resultieren können, die mit ängstlich-unsicherer Suche nach Nähe oder starker Distanzierung aufgrund von Unsicherheiten im Umgang mit sozialen Interaktionen zum Ausdruck kommen. Im schwersten Fall führen diese zu Externalisierungs- und Internalisierungsstörungen, die sich in ungünstigen Fällen durch psychopathologische Symptome einer ausgebildeten Affektunterdrückung zeigen. Durch die Unsicherheiten im sozialen Umgang wird es für Kinder und Jugendliche schwieriger Anforderungen von alterstypischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Bindungserfahrungen sind somit nicht als frühkindliches Spezifikum zu verstehen, sondern als sichere Basis eines jeden Menschen für eine gesunde psychosoziale Entwicklung.

In der Bindungstheorie werden sieben Merkmale für Bindungserfahrungen und das Aufrechterhalten von Nähe als entscheidend angesehen:

1. Besonderheit – das Bindungsverhalten richtet sich auf eine oder einige wenige Bezugspersonen, Präferenzen sind erkennbar,
2. Dauer der Bindung,
3. Emotionale Anteilnahme – Gefühle wie Angst bei drohenden Verlust beeinflussen den Aufbau, Festigung, Unterbrechung oder Erneuerung von Bindungsbeziehungen,
4. individuelle Entwicklung
5. Lernen im Sinne von Beziehungserfahrungen - Vertrautes vom Fremden unterscheiden,
6. Organisation der im Laufe der Lebensjahre komplexeren Beziehungsmuster,
7. Biologische Funktion als Überlebensfunktion (Grossmann und Grossmann 2003, S. 23ff.).

Die Gestaltung des Bindungsverhaltens ist von individuellen Faktoren abhängig wie dem Alter, den Lebensumständen und internalisierten Bindungserfahrungen. Für eine

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

aner kennende Atmosphäre im Rahmen einer besonderen Verletzlichkeit geht es also um Verstehen (Wahrnehmung und Deutung eines Verhaltens) sowie der angemessenen Reaktion auf ein Verhalten in einer bestimmten Situation. Internalisierte Erfahrungen haben Einfluss auf den Umgang mit Gefühlen und Affekten und sind bedingt durch Erwartungen an Handlungen der (Bindungs-)Personen. Gelingt es, das teilweise als psychopathologisch wahrgenommene Verhalten zu wandeln und für den Patienten steuerbar zu machen, erscheint dies im Sinne der Definition von psychischen Störungen als ein Heilungsprozess.

5.3.3 Die heilende Wirkung der Psychoanalyse (Selbstpsychologie nach Kohut)

„Einsicht heilt nicht. Einsicht legt den Weg frei für bestimmte psychische Prozesse und durch diese ändert sich dann der Betroffene. In diesem Sinne ist Einsicht ein wichtiger Meilenstein und darf nicht vernachlässigt werden. Meines Erachtens ist sie von zentraler Bedeutung. ... Einsicht allein vermag nichts; aber die Wiederholung [eines Erfahrungshorizonts, Anm. DB] gekoppelt mit Einsicht, vermag sehr viel. ... Weil es nicht nur darauf ankommt, was man lernt, sondern auch darauf, wie man es lernt“ (Kohut 1993, S. 84).

Kohuts Aussage wird über die Erläuterung der Grundlagen der Selbstpsychologie zu dem Aspekt der Über- und Unterstimulierung geleitet und dient neben der Beschreibung eines heilenden Affekts ebenfalls als Ergänzung der bereits vorgestellten Objektbeziehungstheorie.⁷²

Zentral für Kohut stehen Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen, die sich wandelnd über das gesamte Leben erstrecken (vgl. Kohut 1987, S. 79). Kohut lehnt sich bei der Bestimmung des Selbst bei Hartmann an, der zwischen ICH, als ein strukturelles mentales System, vom Selbst als Gesamtheit des eigenen Körpers mit der psychischen Organisation (und seiner Teile) und von Selbst-Repräsentanz (als die gesamten wahrgenommenen eigenen körperlichen und psychischen Repräsentanzen) unterscheidet. Kohut selber sieht eine Unterscheidung von Selbst und Selbst-Repräsentanz als ein Missverständnis an, da Selbst-Repräsentanz an sich ein Konzept des Selbst ist (vgl. Kohut 1976, S. 299). Die präzise Bestimmung des Selbst wandelte sich in Kohuts Werken. In seinem Werk

⁷² Ein Vergleich zwischen den beiden psychoanalytischen Theorien erfolgt am Ende dieses Unterkapitels.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

„Heilung des Selbst“ bestimmte er das Selbst als „räumlich kohäsive und zeitlich überdauernde Einheit, ein Zentrum von Initiative“ und „als Mittelpunkt des psychologischen Universums“ (Kohut 1979, S. 94f. und S. 12 zitiert nach Wahlen 2008, S. 107). Der Ursprung unseres inneren Selbst-Bildes kann wie folgt vorgestellt werden:

„Erstens aus einer unmittelbaren Wahrnehmung unseres inneren Erlebens, der Körpergefühle, der Gefühls- und Denkvorgänge und der zweckgerichteten Aktivität und zweitens aus indirekter Selbstwahrnehmung und Introspektion, d. h. aus der Wahrnehmung unseres körperlichen und seelischen Selbst als eines Objekts“ (Fenichel 1945 zitiert nach Jacobson 1998, S. 31).

Das Selbst steht im Austausch mit als psychoanalytisch üblicherweise gemeinten Objekten, die Ziele des Begehrens sind. Objekte gelten als Selbstobjekte, wenn sie für das Selbst eine innerpsychische Beziehungsfunktion erfüllen und das Selbstgefühl z. B. durch Spiegelung, Idealisierung sowie Gleichheit und Zugehörigkeit berühren. Das aktuelle Erleben eines Selbstobjektes wird durch die im Leben gemachten Erfahrungen mit Selbstobjekten beeinflusst (vgl. Kohut 1987, S. 81). In der menschlichen Entwicklung werden Selbstobjekte und deren Funktionen in die psychische Selbststruktur eingebunden und sollen sich von archaisch-primitiven Bedürfnissen zu reiferen und realitätsgerechten Formen ausbilden. Die Erfüllung von archaischen Bedürfnissen am Anfang der Entwicklung durch Bezugspersonen ist nach Kohut entscheidend für die Bildung eines Kern-Selbst – einem Kern an Selbstvertrauen. Die archaischen Bedürfnisse liegen zwischen dem Größen-Selbst, sich selbst als vollkommen anzusehen, und einem idealisierten Elternimago, sich zu einem anderen idealisierten Objekt zugehörig zu fühlen. Durch allmähliche Frustration der archaischen Bedürfnisse werden Selbstobjekte als steuernde Strukturen verinnerlicht. Ein spiegelndes Selbstobjekt ermöglicht das Entfalten und die Anpassung von Frustrationen zu einem realistischen Selbstbild, das idealisierende Selbstobjekt führt zu einer Übernahme von Werten und Idealen (vgl. Wahlen 2008, S. 108). Deutlich wird, dass Narzissmus in Form von Selbstbestätigung für den Menschen als etwas Positives und notwendiges verstanden wird, um ein gesundes Selbst auszubilden. Störungen entwickeln sich demnach aus mangelhaften Erfahrungen zur Bildung des Selbst. Die Formen und Bedürfnisse von Selbstobjekt-Übertragungen sind in (Tabelle 5) zusammengefasst.

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

(Tabelle 5: Formen der Selbstobjekt-Übertragungen (Wutke 2009, S. 132).

Pol der Strebungen (pole of ambitions)	Intermediärer Bereich der Begabungen und Fertigkeiten (intermediate area of talents and skills)	Pol der Ideale (pole of ideals)
Bedürfnis nach Spiegelung und Akzeptanz	Bedürfnis nach Gleichheit und Gleichberechtigung	Bedürfnis nach Verschmelzung mit Größe, Ruhe, Stärke
Spiegel-Übertragung (mirror transference)	Zwillingsübertragung (alter-ego or twinship transference)	Idealisierte Übertragung (idealized transference)
Hervorrufen von bestätigenden und billigenden Reaktionen des Selbstobjekts	Selbstobjekt, welches sich für die tröstende Erfahrung essentieller Ähnlichkeit zur Verfügung stellt	Suche nach einem Selbstobjekt, das Idealisierung annimmt
Größen-Selbst		Idealisiertes Elternimago

Kohut unterscheidet zwischen einem tragischen Menschen mit dem plagenden Affekt Scham, der eher Erfahrungen von emotionaler Leere und somit einer Unterstimulierung gemacht hat, und einem schuldigen Menschen mit dem plagenden Affekt Schuld, der eher Erfahrungen von emotionaler Überstimulierung gemacht hat (vgl. Kohut 1976). Das Selbstobjekt (hier ein Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie) kann in der Übertragung herangetragene Bedürfnisse nicht (vollends) befriedigen. Der Umgang mit diesen Frustrationen bildet die Grundlage des heilenden Effekts. Frustrationen müssen ausgehalten und vom Selbstobjekt aufgefangen und verständlich gemacht werden. Die heilende Wirkung ist die aus der Übertragung gewonnene Erkenntnis der Bedürfnisse an das Selbstobjekt und eine Korrektur durch Gegenübertragung im Sinne einer zu Ende zu bringenden Entwicklungsaufgabe. Internalisierte Erfahrungen werden mit neuen Erfahrungen angereichert und korrigiert, um die Fähigkeit zu erhöhen, Funktionen der Selbstobjekte für das Selbst zu nutzen (vgl. Kohut 2009). Mit anderen Worten: die Lösung von Konflikten (in der Wahrnehmung von psychopathologischem Verhalten), die durch vergangene Erfahrungen entstanden sind, erfolgt über emotionale Neuerfahrungen im

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

Umgang mit Affekten und zu Selbstobjekten - der Korrektur der Erfahrungen kommt eine heilende Wirkung zu.

Es ist nicht ausschließlich die Einsicht als kognitive Facette heilend, sondern das Erleben von neuen Erfahrungen. Eine lebendige Beziehung und Ausgestaltung der Beziehung zu Selbstobjekten nimmt dabei eine hohe Bedeutung in der Selbstpsychologie ein, vor allem im Hinblick auf eine empathische Spiegelung (vgl. Bacal und Newman 1994, S. 72). Die Übertragungen des Patienten bilden den Zugang zu seinen verinnerlichten Erfahrungen, seiner Interaktionsstruktur und seiner vorliegenden Bedürfnisse. In der Übertragung zum Selbstobjekt zeigen sich spiegelnde oder idealisierende Bedürfnisse an das Selbstobjekt, die als eine offene Entwicklungsaufgabe verstanden werden können (vgl. Kohut 2009, S. 217). Dabei muss festgehalten werden, dass mit Selbstbeobachtung und Empathie das Wesen des Selbst selber nicht erreicht werden kann, sondern lediglich die vom Selbst wahrgenommene oder empathisch wahrgenommene seelische Manifestation, also die Erscheinungen des Selbst erreicht wird (vgl. Kohut 1976, S. 299). Die heilende Wirkung der Selbstpsychologie kann mit der Objektbeziehungstheorie verglichen werden. So äußern sich Thoma und Kächle (1985, S. 108), dass Störungen des Selbst immer eine Störung der bei Kohut verstandenen triebhaften Objektbeziehung mit sich bringen und umgekehrt. Nach Bacal und Newman (1994, S. 278) weisen beide Theorien Stärken und Schwächen auf – so wird in der Objektbeziehungstheorie das Selbst vorausgesetzt aber nur unzureichend beschrieben, in der Selbstpsychologie wird einer Objektbeziehung nicht ausreichend Beachtung geschenkt. Jede Theorie bzw. jeder vorgestellte Orientierungspunkt hat Vor- und Nachteile, legt einen Schwerpunkt auf einen Aspekt und/oder misst anderen Aspekten nicht ausreichend Bedeutung zu.

5.3.4 Korrigierende Interaktionserfahrungen

Die Bedeutung von Erfahrungen aus Interaktionsverhältnissen für die psychosoziale Entwicklung und der Verinnerlichungsvorgänge ist klar herausgestellt worden. So können (emotionale) Verhaltensauffälligkeiten auf Internalisierungs- und Externalisierungsstörungen zurückgeführt werden. Korrigierende Interaktionserfahrungen haben eine heilende Wirkung, die Symptome maßgeblich verbessern können. Hierfür bedarf es des professionellen Mitarbeiters, sich als Übertragungsobjekt anzubieten, das in der Gegenübertragung korrigierende Erfahrungen internalisierter Interaktionserfahrungen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen anbietet. Für die Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeiter und Patient in der Kinder-

5.3 Die Wirkung von Interaktionserfahrungen

und Jugendpsychiatrie bedeutet dies anlehnend an Bowlbys Aufgaben für Psychotherapeuten:

1. „Der Therapeut sollte in seinem Verhalten eine sichere Bindung zum Ausdruck bringen. Damit wird er zum Modell für das Verhalten des Patienten. Sein Verhalten sollte dem Patienten die Gewissheit vermitteln, dass er Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft des Therapeuten haben kann.
2. Der Psychotherapeut sollte den Patienten ermutigen, mit ihm gemeinsam seine Beziehungsgestaltung zu anderen Personen zu hinterfragen. Der Patient soll erkennen, dass er selbst, aber auch der „andere“ auf reichhaltigere Interaktionserfahrungen zurückblicken kann. Er muss lernen, sicheres Bindungsverhalten von unsicheren Verhaltensmustern sowohl bei sich selbst ... als auch bei Bindungspersonen ... zu unterscheiden.
3. Da das im Verlauf des Lebens erworbene interne Arbeitsmodell die Therapeut-Patient-Beziehung mitbestimmt, ist bei vom sicheren Bindungsmuster abweichenden Arbeitsmodellen dies dem Patient zu verdeutlichen, wobei der Therapeut seine Bindungsqualität des sicheren Bindungsmusters permanent leben sollte.
4. Der Patient soll dabei sowohl mit seinem Leben und Erleben und dem Verhalten in der „frühen Kindheit“ als auch mit seinem „Jetzt-Verhalten“ konfrontiert werden, er soll Emotionen wieder erleben und mit der aktiven Unterstützung des Therapeuten so verarbeiten, dass sie ihre negative Bedeutung für die Bewertung interaktiver Beziehung verlieren.
5. Die Modelle (Vorstellungen) des Patienten von sich selbst und anderen sind realitätsorientiert zu bearbeiten“ (Bowlby 1980 zitiert nach Ettrich 2004, S. 7).

Die korrigierenden Interaktionserfahrungen geschehen vorrangig unterbewusst, die Beziehungsgestaltung hat eine hohe emotionale Komponente. Die emotionale Komponente, die u. a. in der heilenden Wirkung der Selbstpsychologie angesprochen wurde, wird ergänzend über das Resonanzkonzept nach Rosa und „erzieherisch in Beziehung treten“ nach Buber beschrieben.

5.4 In Beziehung gehen

5.4.1 Anerkennungstheorie und Resonanz/Umfassung

Hartmut Rosa führt der Anerkennungstheorie eine weitere Beziehungskomponente hinzu. Er formuliert:

„Daher scheint das Resonanzkonzept nicht nur insofern über das Anerkennungskonzept hinauszugehen, als es auch solche Formen gelingender oder gestörter Weltbeziehung theoriestrategisch einzubeziehen erlaubt, sondern es scheint auch im Hinblick auf eine Neuinterpretation sozialer Interaktionsverhältnisse fruchtbar zu sein“ (Rosa 2011, S. 16).

Rosa bezieht sich nicht nur auf die Erfahrung der Anerkennung, sondern ebenfalls auf die Erfahrung der Resonanz. Das Wort Resonanz bedeutet im technischen Sinne das Mitschwingen eines Körpers. Für eine erfolgreiche Beziehung zwischen dem Selbst und der Welt muss die Welt „den handelnden Subjekten als ein antwortendes, atmendes, tragendes, in manchen Momenten sogar wohlwollendes, entgegenkommendes oder ›gütiges‹ ›Resonanzsystem‹“ (Rosa 2012, S. 9) erscheinen. In einem Interview erläutert Rosa: „Wir wollen die Welt als Resonanzraum erfahren; wir sehnen uns danach zu spüren, dass es zwischen unserem Innenleben und der Welt außen, anderen Menschen, die Möglichkeit auf einen Widerhall gibt, einen Einklang, so etwas wie ein Resonanzverhältnis“ (Zeit Online 2009). Die Welt soll einem nicht mehr als fremd erscheinen. Damit werden über sozialen Interaktionen hinaus Erfahrungen zu Resonanzräumen angesprochen, mit dessen Erfahrungen sich Subjekte vom Einklang mit sich und „der Welt“ überzeugen möchten z. B. bei musikalischen Erfahrungen. Es sind Momente des Glücks und des Gefühls der Erfüllung, die nicht über Anerkennung erklärt werden können (vgl. Rosa 2011, S. 16). „Wer etwa von Musik zutiefst ergriffen, berührt und erschüttert wird, wer auf diese Weise einen Moment des ›Einklangs‹, der ›Tiefenresonanz‹ zwischen sich und einer (wie immer gearteten) akustischen Welt ›draußen‹ erfährt, macht eine Resonanzerfahrung“ (Rosa 2012, S. 10). Für soziale Interaktionen bedeutet dies, dass Resonanz eine bedeutsame Rolle spielt und Anerkennung und Resonanz nicht deckungsgleich sind: „Wenn Person A von Person B wertgeschätzt oder sogar geliebt wird, bedeutet das keineswegs, dass sich zwischen A und B eine Resonanzbeziehung einstellt. Diese entsteht erst und nur da, wo A und B sich ›berühren‹, wo sie in eine Beziehung des wechselseitigen Antwortens eintreten“ (a.a.O.,

5.4 In Beziehung gehen

S. 9f.). Resultierend aus dem Resonanzkonzept folgt als leitender Handlungsanspruch, Entfremdung zu vermeiden und Resonanzerfahrungen (Emotionen) zu ermöglichen. Für die Haltung des gegenseitigen Berührens wird das In-Beziehung-Treten nach Buber angeführt.

5.4.2 Erzieherisch in Beziehung treten

Mit einem Menschen in Beziehung zu gehen, wird über den Grad der Umfassung und der Wahrnehmung erfahren. Buber beschreibt drei Wahrnehmungsarten: Beobachten, Betrachten und Innwerden. Beim Beobachten und Betrachten wird der wahrgenommene Mensch als „abgetrennter Gegenstand“ für das eigene Leben gesehen. Der Beobachter ist gespannt alles mitzubekommen, der Betrachter ist emotional unbefangen und kann ohne Furcht etwas zu übersehen betrachten (vgl. Buber 1962, S. 150f.). Beide Arten werden als pseudo-analytisch angesehen, denn sie bedeuten eine Objektivierung vom Gegenüber und somit den Menschen als eine Summe von Teilen anzusehen (vgl. a.a.O., S. 285). Bei einer Beziehung kommt es zum Innwerden. „Eines Menschen innwerden heißt also im besonderen seine Ganzheit als vom Geist bestimmte Person wahrnehmen, die all seine Äußerung, Handlung und Haltung das erfaßbare Zeichen der Einzigkeit aufprägt“ (a.a.O., S. 284). Innwerden bedeutet 'Ich nehme den Anderen an, nicht als Objekt, sondern als ganzheitliches Gegenüber mit all seinen Besonderheiten'. Anders als beim Beobachten, bei dem ein Gefälle entsteht vom Beobachter zum Beobachteten, beruht Beziehung auf Gegenseitigkeit. Dies wird anhand der Dialogtypen verdeutlicht.

Dialogtypen unterscheiden sich durch den Beziehungsgrad. Hierzu gehören beginnend:

- Der technische Dialog zur objektiven Verständigung und
-
- der dialogisch verkleidete Dialog, dem die Gegenseitigkeit fehlt, damit die Beteiligten den „Pein des Aufsichangewiesenseins“ ausweichen können (a.a.O., S. 166).

Werner (1994, S. 91) demonstriert den verkleideten Dialog:

„Wer kennt sie nicht, diese freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Gespräche, in denen jeder von sich selbst oder der eigenen Familie spricht und entsprechende Äußerungen des anderen nur als Stichworte zur

5.4 In Beziehung gehen

weiteren Explikation der eigenen Befindlichkeit benutzt? Nur diese zählt, die des anderen kommt gar nicht ins Blickfeld.“

Hier redet jeder von sich ohne auf den anderen einzugehen oder sich auf ihn einzulassen. Eine Beziehung kommt nicht zustande. Eine Beziehung setzt Gegenseitigkeit voraus und erlaubt einen echten Dialog. Dessen entscheidendes Merkmal ist die *Umfassung*. *Umfassung* bedeutet nicht Einfühlung oder Empathie als sich in jemanden einfühlen, es geht darüber hinaus. *Umfassung* ist das eigene Handeln von der Gegenseite zu spüren (und dabei die eigene Person im Blickfeld zu behalten). So führt Buber beispielhaft an:

„Ein Mensch schlägt auf einen anderen ein, der stillhält. Nun geschehe es urplötzlich dem Schlagenden, daß er einen Schlag, den er führt, empfängt. Denselben Schlag. Als der andere, der Stillhaltende. Einen Augenblick lang erfährt er die gemeinsame Situation von der Gegenseite aus. Die Wirklichkeit tut sich ihm an“ (Buber 1953, S. 35f.).

Ein echter Dialog beinhaltet ein Verhältnis von zwei Personen zueinander, das von dem Element der *Umfassung* bestimmt wird (vgl. a.a.O., S. 37). *Umfassung* lässt sich wiederum in drei Arten unterteilen:

1. Gegenseitig, nicht die ganze Person umfassend
2. Die ganze Person umfassend, nicht gegenseitig
3. Die ganze Person umfassend und gegenseitig

Bei einem echten Dialog geht es um die Beziehung zueinander. Beziehung bei Buber beinhaltet Andersheit zu akzeptieren, anzunehmen und zu bestätigen. Als ein Grundbedürfnis für Menschen wird Bestätigung des eigenen Wesens angesehen und darin sind Menschen abhängig voneinander (vgl. Buber 1962, S. 280f.). Das Fundament, „der Wunsch jedes Menschen, als das was er ist, ja was er werden kann, von Menschen bestätigt zu werden, und die dem Menschen eingeborene Fähigkeit, seine Mitmenschen ebenso zu bestätigen“ (Buber 1978, S. 28).

In Bubers Werk „Reden über Erziehung“ werden die dargestellten Beziehungsvorstellungen auf Erziehung übertragen. Deutlich wird, dass die Beziehungsebene im Vordergrund vor Erziehungszielen/-absichten steht. „Pädagogisch fruchtbar ist nicht die pädagogische Absicht, sondern die pädagogische Begegnung“

5.5 Das psychiatrische/pädagogische Heilungsverständnis

(Buber 1953, S. 69). Eine ungleiche Verteilung der Beteiligten wird angenommen, da der Erzieher (Beziehungs-)Erfahrungen selektieren und lenken kann (vgl. a.a.O., S. 23). Der Fokus liegt weiterhin auf der Begegnung zwischen Erzieher und Kind, das erzieherische Verhältnis ist ein rein dialogisches (vgl. a.a.O., S. 39). Jedoch ist die Umfassungserfahrung einseitig, die Gegenseitigkeit ist in der Erziehung besonders gelagert. So kann der Erzieher das Erzogen werden spüren, umgekehrt kann der zu Erziehende nicht das Erziehen spüren (vgl. a.a.O., S. 42f.). In der Umfassung, das Spüren der Auswirkungen der erzieherischen Handlung, spürt der Erzieher mehr und mehr die Bedürfnisse des zu Erziehenden (vgl. a.a.O., S. 44). In dieser Verbundenheit erzieht der Erzieher sich selbst und bündelt hierüber die Welt für den zu Erziehenden (vgl. a.a.O., S. 44f.). Würde der zu Erziehende anfangen den Erzieher zu umfassen, wäre keine erzieherische Beziehung mehr gegeben, sondern eine freundschaftliche, gegeben und Erziehung nicht mehr möglich (vgl. a.a.O., S. 43). Grundlegend für ein erzieherisches Verhältnis ist „Vertrauen, Vertrauen zur Welt, weil es diesen Menschen gibt – das ist das innerlichste Werk des erzieherischen Verhältnisses“ (a.a.O., S. 39). Vertrauen kann nicht durch ein Wollen von Vertrauen hergestellt werden, sondern durch die Beteiligung am Leben und die Übernahme aus der daraus ergebenden Verantwortung. Das Kind muss feststellen, dass es vertrauen darf und dass die Beteiligung am eigenen Leben ehrlich gemeint ist (vgl. a.a.O., S. 68f.). „Vertrauen bedeutet Durchbruch aus der Verslossenheit ... aber es bedeutet keine unbestimmte Zustimmung“ (a.a.O., S. 69f.). Für den erzieherischen Umgang bedeutet der Aufbau des Vertrauens und des Verbundenseins Kraft im erzieherischen Verhältnis. Das Verbundensein ist das Gegenstück zu Zwang (vgl. a.a.O., S. 24ff.) - und der Zugang zu einem wirkungsvollen echten Arbeitsbündnis als Kernstück der Behandlung.

5.5 Das psychiatrische/pädagogische Heilungsverständnis

Eine komplette Heilung von psychischen Störungen passt nicht zur dominanten psychiatrischen Denkweise. Die Unheilbarkeit einer psychiatrischen Erkrankung wird in diesem Abschnitt über das Recovery-Modell diskutiert. Zur Auswirkung von chronischen Krankheiten verweisen Corbin und Strauss (2004, S. 66) auf das zerbrochene Selbstbild.

„Wenn eine schwere chronische Krankheit in das Leben eines Menschen einbricht, dann wird die Person der Gegenwart zwangsläufig von der Person der

5.5 Das psychiatrische/pädagogische Heilungsverständnis

Vergangenheit getrennt, und alle Bilder, die er von sich für die Zukunft hatte, werden beeinträchtigt oder sogar zerstört. Wenn die Krankheit schwer und ihr Effekt auf die Aktivität eines Menschen relativ erheblich ist, kommt es zu einem Bruch zwischen der Person, die er in der Vergangenheit war und in der Zukunft zu sein hoffte, und der Person, die er in der Gegenwart ist.“

Der Blick auf sich selbst wird bei einer chronischen Krankheit hauptsächlich auf den defizitären Körper bezogen:

- „die Unfähigkeit des Körpers, eine Aktivität auszuführen
- das Erscheinungsbild des Körpers
- das physiologische Funktionieren des Körpers auf der zellulären Ebene“ (a.a.O., S. 67).

Ein Defizit wird zuerst über die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten erfahren. Die Anpassung an die Krankheit beeinflusst neben der Krankheit an sich ebenfalls das Gefühl von Kontrolle und Balance im alltäglichen Leben, vor allem in Hinblick auf biografische Elemente eines Betroffenen (vgl. ebd. S. 67). Eine psychiatrische Diagnose und der Aufenthalt in einer (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie bedeuten ebenfalls Veränderungen für das eigene Leben, bei manchen sogar einen drastischen Einschnitt, der das Selbstbild, die Biografie und die Leistungsfähigkeit des Körpers betrifft. Allzu häufig wird von einer Unheilbarkeit psychiatrischer Erkrankungen ausgegangen, die nicht der Realität entspricht. Dieser „Mythos“ ist eine große Blockade für die Wiedererlangung von persönlichen Kräften (vgl. Amering und Schmolke 2007, S. 163f.).

Recovery zielt auf die Wiederherstellung der Kontrolle über das eigene Leben unter Berücksichtigung der psychischen Erkrankung, indem vergangene Erfahrungen als Gewinn zur Bewältigung der psychischen Störung angesehen werden (z. B. Erkennen von körperlichen Warnsignalen) um so zu einer Normalisierung des alltäglichen Lebens zurückzukommen (vgl. a.a.O., S. 26). Recovery ist demnach „... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann

5.5 Das psychiatrische/pädagogische Heilungsverständnis

man einen neuen Sinn entwickeln“ (vgl. Anthony 1993, S. 13 zitiert nach Amering und Schmolke 2007, S. 25).⁷³ Bei Recovery geht es einerseits um die Entdeckung und Akzeptanz realer, durch die Krankheit bedingter Einschränkungen, und auf der anderen Seite die Entdeckung von Möglichkeiten und dem Eruiieren, wer man sein möchte. Versprechungen von falschen Hoffnungen oder Wundern gilt es zu vermeiden. Es geht vielmehr um den Aufbau eines Lebens neben psychiatrischen Programmen und Einrichtungen, auch ohne professionelles Zutun (vgl. Amering und Schmolke 2007, S. 25). Onken et al. (2007 entnommen nach Amering und Schmolke 2007, S. 33) gruppieren Elemente von Recovery wie folgt:

- Personenzentrierte Elemente wie Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Sinn und Zielgerichtetheit, Bewusstheit und Möglichkeit,
- wiederherstellende Elemente wie Coping, Heilung, Wohlbefinden und Gedeihen, sozialer Austausch (Funktionieren in gesellschaftlichen und sozialen Rollen, Macht, Wahl zwischen bedeutsamen Optionen)
- gemeinschaftsorientierte Elemente wie soziale Verbundenheit und Beziehungen, soziale Umstände und Chancen und Integration.

Da es sehr viele unterschiedliche psychische Störungen und Verläufe der Krankheiten gibt und die Personen sehr individuell in Entscheidungen und Handlungsmustern sind, kann es nicht den richtigen Recovery-Plan geben, der für alle Menschen gleich ist. Ferner gilt es, individuell herauszufinden, welche Ansätze für einen Menschen erfolgreich sind (vgl. Amering und Schmolke 2007, S. 27ff.). Zu bedenken gilt ebenfalls, dass der Prozess nicht linear verläuft, sondern mit Rückschlägen verbunden ist (vgl. a.a.O., S. 26). Recovery beinhaltet folgende Dimensionen:

- „Erneuerung der Wahrnehmung von Möglichkeiten,
- Wiedererlangung von Kompetenzen,
- Wiederverbindung und ein Platz in der Gesellschaft,
- Vergangenheitsbewältigung und Aussöhnung (Hopper 2007 zitiert nach Amering und Schmolke 2007, S. 33).

⁷³ Recovery ist nicht ausschließlich ein eigenes Programm, sondern kann ebenfalls als politische Strategie gesehen werden. So orientieren sich Gesundheitsplanungen englischsprachiger Länder an Recovery (vgl. Amering und Schmolke 2007, S.35).

5.6 Zur pädagogischen Handlungskonzeption

Forschungen und Literatur zu Recovery belaufen sich hauptsächlich auf den Erwachsenenbereich. Die Entwicklung im Kinder- und Jugendbereich mit eigenen Programmen und Erfahrungen wäre wünschenswert, da z. B. der Begriff Selbstständigkeit eine andere Bedeutung impliziert als bei Erwachsenen. Dennoch kann das Verständnis übernommen werden, sofern Unterschiede zwischen Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. In diesem Sinne ist die Stärkung der psychischen Widerstandskraft durch die Förderung der psychosozialen Entwicklung (z. B. ein sicheres Bindungsverhalten als Schutzfaktor für die zukünftige Bewältigung von Lebenskrisen, korrigierende Interaktionserfahrungen mit der Affektbeherrschung) ein Heilungseffekt. Dabei ist das Verständnis von Gesundheit nicht dichotomisch anzusehen, sondern dimensional als eine Befindlichkeit in einem Kontinuum.

5.6 Zur pädagogischen Handlungskonzeption

Die besondere Verletzlichkeit ist als spezifisches pädagogisches Fallverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgearbeitet worden. Für eine pädagogische Handlungskonzeptualisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Prägung des zwischenmenschlichen Umgangs unter Beachtung der besonderen Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen erforderlich. Zentral sind die pädagogischen Bedürfnisse, denn Institutionen können Bedürfnisse stillen oder diese durch Anpassungsforderungen und Verzicht vorenthalten. Die Befriedigung pädagogischer Bedürfnisse durch Interaktionserfahrungen ist heilsam und können im Denken einer therapeutischen Einrichtung nicht getrennt oder in Bezug zu anderen Disziplinen nachrangig gewichtet werden. Die besondere Verletzbarkeit gilt es in den Aspekten der Beziehungsgestaltung für eine Kinder- und Jugendpsychiatrie in hohem Maße als Wirkfaktor zu berücksichtigen. Über die Anerkennungstheorie wurde die identitätsstiftende Bedeutung von Anerkennung dargelegt. In der Anerkennung ihrer Adressaten als Subjekte ihrer Lebenspraxis konstituiert sich eine modern-reflexive Pädagogik. Sie ist dem grundlegenden Ziel verpflichtet, Individuen in der Entwicklung einer selbstbestimmten und rational begründeten Entscheidungs-, Handlungs- und Urteilsfähigkeit zu unterstützen (Hafeneger et al. 2002, S. 8). Gegen gestörte Beziehungen zum sozialen Umfeld, negative Selbsteinschätzungen, Erfahrungsdefizite und Mutlosigkeit gibt es keine Medikamente, sondern eine Handlungspraxis, die die vorgestellten Aspekte

5.6 Zur pädagogischen Handlungskonzeption

ganzheitlich und lebensweltorientiert reflektiert.⁷⁴ Die Rolle eines unbeteiligten Beobachters auf Seiten der Mitarbeiter kann es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht geben, da der Klinikalltag auf Interaktionen beruht. Grundlegende Ansätze für ein ressourcenorientiertes Behandlungsverständnis sind demnach eine multifaktorielle Krankheitssicht, die nicht dichotom, sondern multidimensional ist und das Individuum in Wechselwirkung mit der Gesellschaft sieht. Erfahrungen zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen können als Chance zur Stärkung der psychischen Widerstandskraft und zum Aufbau von Fähigkeiten, die als Schutzfaktoren dienen, gesehen werden, die wiederum entscheidend für die weitere Entwicklung des Kindes sind. Professionelle sollen in ihrer Rolle Therapieziele unter Einbezug der Lebenssituation und Erfahrungen vom Patienten entwickeln, was nur über Kooperation möglich ist (vgl. DV Adherence 2014). In diesem Teil wurde dies durch die Beschreibung von Problembewältigungsstrategien ausgeführt. Die Lebenswelt und die Sichtweise von Kindern und Jugendlichen auf die Lebenssituation sind einzubeziehen und die Behandlung soll sich ebenfalls daran orientieren. Denn der Erfahrungsbereich von Kindern und Jugendlichen, der als Anknüpfungspunkt für eine Behandlung zielführend ist, wird zusätzlich verriegelt, wenn Erwachsene bzw. professionelle Mitarbeiter die Meinungen vorgeben (vgl. Deinet 1999 S. 27).

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet dies, dass die Gestaltung der Bedingungen der Institution im optimalen Fall Erfahrungen zur Entwicklung von Fähigkeiten im Umgang mit Anforderungen von Lebenssituation fördert, die als Schutzfaktoren bezeichnet werden. Als allgemeine Schutzfaktoren gelten:

- „Die emotional sichere Bindung an eine verlässliche Bezugsperson,
- das Erziehungsklima,
- die soziale Unterstützung in- und außerhalb der Familie, in der das Kind lebt,
- (angeborene) Temperamentsmerkmale,
- geistige und soziale Fähigkeiten des Kindes,
- das Erleben von Sinn und Struktur im sozialen Umfeld“ (MAG ELF Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien 1998, S. 1).

⁷⁴ Trotz steigender Psychopharmakotherapien kann keine Verbesserung der Prävalenz in der Bevölkerung nachgewiesen werden.

5.6 Zur pädagogischen Handlungskonzeption

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist als eine Zwischenstation ausgewiesen worden. Die Entlassung bedeutet nicht das Ende für die Kinder und Jugendlichen, sondern ihr kommt eine herausragende Bedeutung zu. Die Entlassungsphase in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die anschließenden Maßnahmen sind sehr wichtig in der therapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Kuchenbecker (2002, S. 137) stellt heraus:

„Eine gelungene Abschiedsphase ist nicht nur das gute Ende der Behandlung, sondern in vielen therapeutischen Prozessen das Kernstück der Behandlung selbst, weil hier die Chance liegt, lebensgeschichtlich besonders wichtige Themen von Individuation, Ablösung vom Elternhaus und die Erfahrung früherer Verluste zu bearbeiten. Das Gelingen der Abschiedsphase und des Übergangs in eine neue Lebenssituation ist von entscheidender Bedeutung auch dafür, inwieweit ein Behandlungsfortschritt sich dauerhaft als neue Lebensmöglichkeiten festigt.“

Nach der Entlassung zeigt sich, wie erfolgreich die Behandlung war, indem Patienten für Lebenskrisen gestärkt wurden. Heilung beinhaltet in diesem Verständnis mehr als das bloße Ausbleiben von (psychischen) Verhaltensauffälligkeiten. In der sozialpädagogischen Arbeit geht es dabei nicht in erster Linie um Heilung, sondern um Autonomieentwicklung“ (Wigger 2009, S. 157f.) sowie ergänzend um Entwicklungsaufgaben, Mündigkeit und Stärkung psychischer Widerstandskräfte.

6 Zwischenfazit zum aktuellen Behandlungsverständnis

In dem Zwischenfazit werden die wesentlichen Aussagen des Kapitels in Bezug zur Hauptfrage dieser Arbeit zusammengefasst. Die Aussagen erfolgen zu den drei Ebenen; 1) Institution, 2) pädagogische Handlungskonzeptionen und 3) die Wirkung auf Patienten.

1) Unter Institution werden ebenfalls die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gefasst. Krankenhäuser wie die Kinder- und Jugendpsychiatrien sind eigens für die Behandlung von psychischen (Verhaltens-) Auffälligkeiten geschaffene Orte, in denen objektiv Kinder- und Jugendliche untergebracht werden, die in ihrem Verhalten zu weit von der Norm abweichen. Das Wissen über Abweichungen legitimiert die Behandlung und erhält gesellschaftliche Akzeptanz. Macht kommt hier zum Ausdruck, in dem Kinder- und Jugendliche aus ihrer Lebenswelt heraus in die Lebenswelt der Klinik gelangen und dort wieder heraus kommen, wenn die Therapie Erfolge, im Sinne einer gewissen Verhaltensnormalisierung, zeigt. Dabei zeigte sich in der historischen Darstellung, dass im Feld der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie eine medizinische/biologistische Denkweise vorrangig ist, was einen enormen Einfluss auf die Behandlung an sich und das das Behandlungsverständnis aufweist. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bestimmung als medizinisches Fachgebiet beeinflusst das Verständnis von pädagogischen Handlungskonzeptionen.

2) Anhand der geschichtlichen Entwicklung konnte eine professionelle Konfliktlinie nachgezeichnet werden, auch innerhalb pädagogischer Professionen wie der Heilpädagogik und der Sozialen Arbeit. Für einen erfolgreichen Aushandlungsprozess innerhalb pädagogischer Professionen und zu anderen Professionen ist eine inhaltlich eindeutig bestimmbare und spezifisch pädagogische Berufsrolle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich, jedoch scheint ein allgemeiner professionsbezogener durch die Ausbildung vermittelter Blick nur ungenügend vorzuliegen.⁷⁵ Knoll (2000, S. 27ff.) führt den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit als Aushandlungsprozess mit anderen Berufsgruppen an, sich in die arbeitsteilige Struktur

⁷⁵ Bei Pflegekräften ist dies die Durchführung und Überwachung medizinischer Maßnahmen wie z. B. Medikamente stellen und verabreichen, Ausarbeiten von ärztlichen Anordnungen und Assistenz bei Eingriffen wie Blutentnahme.

einzubinden und Kernaktivitäten zu bestimmen. Professionalisierung bedeutet ein spezifisches Fallverstehen. Das spezifische Fallverstehen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde laut Knoll nicht weiter verfolgt, stattdessen wurden therapeutische/juristische/psychologische Expertisen in die Soziale Arbeit unreflektiert übernommen. Das mangelnde eigenständige Fallverstehen hat Folgen für das vorgegebene Einsatzfeld, z. B. eine mögliche geringe Wertschätzung der Disziplin. Das pädagogische Fallverständnis in der Psychiatrie ist stets geprägt von einem Spannungsfeld zwischen dem medizinischen Blickwinkel Objektstatus der Störungen (als vorrangige Sichtweise) und dem interaktionalen Subjektstatus der Pädagogik. Dieses Spannungsfeld hat enormen Einfluss auf das Verständnis pädagogischer Professionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unterstützend zum Umgang mit Widersprüchen in der pädagogischen Arbeit, so wie es Heimann und Schmeck (2012) beschreiben ist die klare Regelung von Zuständigkeiten und eine auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte Handlungskonzeptualisierung. Ein hierüber entwickeltes eindeutiges Fallverständnis ermöglicht die Nutzung des spezifischen Blickwinkels zur Entfaltung der professionellen pädagogischen Kompetenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bislang lassen sich nur vereinzelt pädagogische Maßnahmen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausfindig machen, übergreifende und allgemeine Grundlagen zur klinischen pädagogischen Alltagsgestaltung, die Erziehung beinhaltet, mit Zielen und Zwecken sowie Strategien und Maßnahmen lassen sich bislang für das Feld nicht erkennen. Die am Anfang der Arbeit vorgestellten Erziehungstheorien und die angedeuteten Rechtsansprüche verlangen jedoch einen theoretisch fundierten Erziehungsbegriff und einen eigenen Professionsbereich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Herausgearbeitet wurde in dieser Arbeit, dass die pädagogische Aufgabe die Gestaltung von Erziehung im kinder- und jugendpsychiatrischen Alltag ist und hierin die Gewährleistung der in der Arbeit vorgestellten Ansprüche wie u. a. das Recht zur Förderung der psychosozialen Entwicklung anhand demokratischer Grundwerte. Die Gestaltung des Klinikalltags, so wie die Interviews gezeigt haben, haben Wirkungen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

3) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte durch die Interviews als ein temporäres Lebensumfeld und Erfahrungsraum ausgemacht werden. Ursachen für psychische Störungen sind multifaktoriell – psychosoziale Ursachenerklärungen wurden in diesem Kapitel nähergehend vorgestellt. Psychosoziale Faktoren nehmen den größten Raum für

eine psychische Störung ein (vgl. Steinhausen 2006, S. 38). Es erstaunt daher, dass die medizinischen Faktoren wie dargestellt überwiegen und die kinder- und jugendpsychiatrische Alltagsgestaltung und deren Wirkung bislang unerforscht sind. Dieser ist eine Grundvoraussetzung für Handlungskonzeptionen und eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für eine pädagogische Handlungskonzeptualisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Prägung des zwischenmenschlichen Umgangs unter Beachtung der besonderen Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen erforderlich. Die besondere Verletzlichkeit ist ein wesentliches spezifisches pädagogisches Fallverständnis. Zentral sind die pädagogischen Bedürfnisse, denn Institutionen können Bedürfnisse stillen oder Bedürfnisse durch Anpassungsforderungen und Verzicht vorenthalten. Die Befriedigung pädagogischer Bedürfnisse durch Interaktionserfahrungen ist heilsam und können im Denken einer therapeutischen Einrichtung nicht getrennt oder in Bezug zu anderen Disziplinen nachrangig gewichtet werden. Die besondere Verletzbarkeit gilt es in den Aspekten der Beziehungsgestaltung für eine Kinder- und Jugendpsychiatrie in hohem Maße als Wirkfaktor zu berücksichtigen. Alles, was empathisch und auf die Seele gerichtet ist, ist demnach Therapie.

Da es sehr viele unterschiedliche psychische Störungen und Verläufe der Krankheiten gibt und die Personen sehr individuell in Entscheidungen und Handlungsmustern sind, kann es in diesem Sinne nicht den einen richtigen Behandlungsplan für alle geben. Ferner gilt es individuell herauszufinden, welche Ansätze für einen Menschen erfolgreich sind (vgl. Amering und Schmolke 2007, S. 27ff.). Handlungskonzeptionen müssen diese hohe Individualität berücksichtigen und dennoch eine übergreifende Basis haben, die zur fundierten Klärung von pädagogischen Zielen und Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beitragen. Nur mit einem gemeinsamen pädagogischen Behandlungsverständnis können Maßnahmen zielgerichtet und überprüfbar ausgerichtet werden. Dies wird im nächsten Kapitel aufgenommen und pädagogische Handlungskonzeptionen werden diskutiert.

IV Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die Patienten im Kindes- und Jugendalter eine Sozialisationsinstanz. Im Vergleich zur Schule ist diese nicht gesetzlich vorgeschrieben und nur ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen erfahren diese Instanz, doch umso massiver können die Erfahrungen sein, die sich in den Lebenserfahrungen festsetzen und somit Auswirkungen haben. Eine Sozialisationsinstanz sollte in einer demokratischen Gesellschaft die Bestimmung haben Kinder und Jugendliche in ihrer Selbstverantwortung zu fördern (vgl. Hurrelmann 2007, S. 25). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein auf psychiatrische Störungen spezialisiertes Krankenhaus, womit hier der Auftrag der Krankheitsbewältigung im Vordergrund steht, doch sollten neben der Krankheits- und Krisenbewältigung die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen trotz Krankheitssymptomatik im Blickfeld sein. Dies kann nicht getrennt voneinander gedacht werden, denn die Förderung der Entwicklung trägt zur Krankheitsbewältigung bei Kindern und Jugendlichen mit bei und ist unerlässlich in dem therapeutischen Prozess.

Entwicklungsaufgaben sind „psychisch und sozial vorgegebene Erwartungen und Anforderungen [...], die an Personen in einem bestimmten Lebensabschnitt gestellt werden. Die Entwicklungsaufgaben definieren für jedes Individuum die vorgegebene Anpassungs- und Bewältigungsschritte, denen es sich bei der Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen stellen muss (Havighust 1956, 1982)“ (Hurrelmann 2007, S.27).

Während in der frühen Kindheit der Aufbau des seelischen Vertrauens, des sozialen Bindungsverhaltens, der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz und des vorbegrifflichen Denkens sowie symbolischer und motorischer Ausdrucksfertigkeiten geht, ist für die späte Kindheit die Entwicklung von Wissen, Moral, Wertorientierungen, der Aufbau von Konzepten und Denkschemata, grundlegender Fertigkeiten in den Kulturtechniken und erste Schritte zur sozialen Kooperation mit Altersgenossen bedeutend. In der Jugendphase sind die vier zentralen Entwicklungsaufgaben die Entwicklung intellektueller und sozialer Kompetenz, Entwicklung des inneren Bildes von der Geschlechtszugehörigkeit, Entwicklung selbstständiger Handlungsmuster für die

IV Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nutzung des Konsumwarenmarktes und die Entwicklung eines Werte- und Normsystems und eines ethischen und politischen Bewusstseins. Dabei ist die Identitätsentwicklung von persönlicher und sozialer Identität von entscheidender Bedeutung (vgl. Hurrelmann 2007, S.26ff.).

Hier steht die Beantwortung der Frage im Vordergrund, welche Handlungsanforderungen sich aus den Ergebnissen der Interviews mit den Psychiatrie-Erfahrenen ergeben und wie Soziale Arbeit auf die Anforderungen im Klinikalltag reagieren kann. Mögliche Handlungskonzeptionen Sozialer Arbeit im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden als diese Reaktion formuliert und diskutiert. Zu Beginn werden die Ergebnisse aus den Interviews rückblickend vertieft. Zur Erinnerung an die Grundlagen für Handlungskonzeptionen sei nochmal auf die Definition Sozialer Arbeit verwiesen:

Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (Definition Sozialer Arbeit des IFSW – International Federation of Social Workers, Montreal 2000 zitiert nach DBSH 2013).

7 Wirkungen des Klinikaufenthalts – ein Rückblick auf die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen

7.1 Wirkung des Aufenthaltes aus Patientensicht

Wird rückblickend auf die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen geblickt, stechen folgende Aussagen für die Alltagsgestaltung und dessen Wirkung besonders hervor:

Zentral steht die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen und Therapien im Vordergrund (Interview 1, 5, 6, 9). Vor allem bei Jugendlichen scheint es darum zu gehen, dass Maßnahmen in der Alltagsgestaltung nachvollzogen werden, da sie ansonsten sinnlos wahrgenommen werden. Gerade in solchen Situationen scheinen Machtkämpfe (Gefühl von Druck und Zwang löst Widerstand aus – Interview 7) geführt zu werden. Ebenso wenn gemachte Zusagen nicht eingehalten werden, sind hohe Konfliktpunkte und führen ebenfalls zu einer gefühlten Entmündigung. Das Gefühl der Entmündigung, keine eigenen Entscheidungen für sich treffen zu dürfen, führt zu Wut (Interview 1).

Dabei haben Psychiatrie-Erfahrene den Eindruck, dass das Behandlungsprogramm und der Tagesablauf (bezeichnet als Pflichtprogramm) eine höhere Stellung im Alltag haben als die Bedürfniswahrnehmung der Patienten (Interview 8). Weitergehend steht die Arbeit an der psychischen Diagnose, nicht der eigenen Problemsicht, im Vordergrund. So fühlte sich z. B. Interview 9 gefangen in der psychischen Geschichte, die den Klinikalltag bestimmte. Über die Objektivierung des Patienten als Diagnosebehandlung wurde eine Depersonalisierung (Interview 8) empfunden. Das Ankommen in der Psychiatrie beinhaltet, sich als Patient im Sinne des Trägers einer Krankheit zu begreifen und somit als Behandlungsobjekt. Ein Patient lernt zu sich selbst ein Fallverständnis zu entwickeln, das der instrumentellen Funktion der Krankheit entspricht. Ebenfalls wird gefühlt, wenn andere mehr Informationen erhalten, als der Patient selber (Absprache von Mündigkeit – u. a. Interview 4). Die Interviews deuten auf eine funktionale Gestaltung des Alltags hin. Deutlich wird dies an dem Beispiel von Pseudogesprächen, dass die Nachfrage nach dem Befinden der Patienten wichtiger für den Tagesablauf war, als für die Beziehungsarbeit (Interview 8). Die Defizitsicht führen vor allem zu Selbstzweifel (siehe u. a. Interview 5 und 6) und keiner besseren des seelischen Empfindens. Den Patienten geht es darum, einen Umgang mit Gefühlen für den Alltag zu erlernen, was von Psychiatrie-Erfahrenen verneint wurde. Der Einfluss des Milieus wird laut Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen

7.1 Wirkung des Aufenthaltes aus Patientensicht

nicht in die Behandlung mit einbezogen. Im Fokus steht, dass ein sich sinnhaft auf den Gegenüber bezogenes „Sich-Verhalten“ nicht erkennbar scheint. In den Interviews (vor allem Interview 1 und 7) werden die Bewertungskategorien der Mitarbeiter von den Patienten übernommen bzw. vorgespielt. Die Zweifel an den eigenen Fähigkeiten somit eine Förderung im Sinne der Persönlichkeitsentwicklung wird dadurch verhindert.

Auf der anderen Seite wurde von den Psychiatrie-Erfahrenen berichtet, was in der Klinik und für die Zeit danach wirkungsvoll war. Hierzu gehörten neue Erfahrungen, die zu Hause oder in der Schule nicht gemacht wurden und neue Dinge ausprobieren zu können (Interview 8). Wichtig ist die advokatorische Vertretung des Patienten gegenüber den Mitarbeitern bei Ungerechtigkeiten (Interview 9). In mehreren Interviews wurde der Wunsch nach wirklichem Interesse und Verstehen der Problemsicht geäußert. Vor allem hilfreich ist die Verarbeitung von eigenen Themen (Interview 10) und das Gefühl sich persönlich entfalten zu können (Interview 10). Regeln und Bestimmungen für den Alltag werden als positiv empfunden, wenn sie den Alltag in der Gruppe regeln, aber noch individuelle Freiheiten lassen und nachvollziehbar sind. Grundlegend wird hierfür ein Konzept / Menschenbild gesehen (Interview 6).

Nach Dewey geht es um Wachstum der Erfahrung, das erworben werden soll durch selbsttätige bzw. handelnde Erfahrung und zu Erkenntnis führen soll und nicht durch Überredung. Vorhandene Probleme sollen, mit Hilfe von Daten, die sich aus Erfahrungen (machen) und Beobachtungen zusammensetzen, in Kooperation bewältigt werden. Auf die Mehrheit der Interviews trifft dies nicht zu, ein Wachstum an Erfahrungen ist nicht erkennbar. Das Problem für die Patienten ist der intersubjektive Umgang mit Alltagssituationen, nicht die an sie gestellten Aufgaben durch den Tagesablauf oder Therapie. Die Erfahrungen aus dem Erlebnis der Interaktionen im Klinikalltag mit den Mitarbeitern sind für die Patienten bedeutsamer als die funktionale Bewältigung des Klinikalltags. In den Interviews zeigen sich Machtformen. In Einrichtungen ist Macht vorhanden in Form von Regeln und Ressourcenverfügbarkeit und somit in den unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeiter. Die permanente Herstellung von Strukturen bewirkt einen Rückgang der Sensibilität für Widersprüche und Zäsuren (vgl. Iding 2000, S.77ff.). Dies bedeutet, dass Mitarbeiter ebenfalls durch die Einrichtungskultur und den eigenen Möglichkeiten handeln und nicht ausschließlich auf den Patienten ausgerichtet. Die Wirkung der Patientenrolle findet keine ausreichende Beachtung wenn das Ziel des Krankenhauses im Vordergrund steht z. B. Symptomreduzierung unter wirtschaftlichen Aspekten. Die Auswirkungen von dem

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

Erleben des Aufenthalts selber würden dann zum Beispiel lediglich über den Erfolg der Diagnose gesehen, nicht aber als Auswirkung der Aufenthaltsgestaltung gesehen (Rohde 1975, S.197ff.). Der Blick auf die Wirkung des Aufenthalts und die Reflexion eigener Strukturen ist somit ein wesentlicher Aspekt für eine pädagogische Konzeption.

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

Pädagogische Handlungsgrundlagen sind in dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie eher funktional, orientiert sich eher nicht an Mündigkeit, sondern an einem sozialen Konformismus zur Behandlung oder anders ausgedrückt einer Anpassung an die Erwartungen der sozialen Umwelt und einem Behaviorismus im Sinne einer Konditionierung. Die Klinik wird von Psychiatrie-Erfahrenen als eigener Erfahrungsraum wahrgenommen, der abgekapselt zu anderen Erfahrungsräumen z. B. der Schule erscheint. Eingebunden sind laut der Aussagen alle Erfahrungen im Stationsalltag, der maßgeblich durch einen institutionellen Ablauf bestimmt ist. Ziel auf Seiten der Patienten ist die Verbesserung der wahrgenommenen Probleme, das Ziel der Klinik anscheinend eine Verbesserung der Symptomatiken. In den Interviews stellte es sich so heraus, dass eine wirkliche Verbesserung der Symptomatiken und eine Anpassung an die vorgegebenen Verhältnisse (ohne wirkliche Änderung der Symptomatiken oder des Leidensdrucks) das gleiche Ergebnis in der Behandlung hatten – nämlich eine Entlassung aufgrund Verbesserung der Symptomatiken. Dies deutet auf die hohe Relevanz von Funktionalität im Aufenthalt hin, in dem Sinne, dass Ziele (Normalisierung) erreicht werden sollen, durch vorgegebene Abläufe (Methoden, Strukturierungen etc.), um ein normalisiertes Verhalten (unabhängig von wirklicher Veränderung oder Anpassung) zu erreichen, welches die Institution in ihrer gesellschaftlichen Aufgabe legitimiert. Doch nicht Anpassung ist das pädagogische Ziel, sondern Menschen die weitgehendste Kontrolle über das eigene Leben zu ermöglichen, zu erhalten und/oder zu erweitern. Pädagogische Prinzipien wie Mündigkeit können dabei nicht antrainiert oder unter Zwang eingepflegt werden. Es gilt pädagogische Konzepte zu etablieren und zu überprüfen, die die genannten Erziehungsziele verfolgen.

Grundlegende pädagogische Handlungsgrundlagen und -konzeptionen im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie das Bezugspersonensystem und Soziotherapie sind uneindeutig (vgl. Schunke 2011, S. 229). Dass übergreifende theoretische Konzeptualisierungen fehlen und/oder die pädagogische Arbeit für andere Disziplinen

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

unklar ist, wird durch die Aussage eines Experten (Interview E11) mit einer Handlungsaufforderung bekräftigt:

„Was meint man eigentlich damit, wenn sozusagen im Team über Pädagogik geredet wird? Wir reden nie über pädagogische Konzepte, gar nicht. Ich kenne die auch nur zum Teil. Ich höre da immer zufällig zu. Ich kann so arbeiten, aber ich sage einmal so: Ich fände es besser, man würde es besser erklären können, was man da tut, und würde auch einmal eine Frage stellen können, die man belegen kann – was wir alle nicht tun. Das bleibt alles auf so einem (F: Leeren Raum) Fachhandwerk-Level – was ja sehr, sehr gut ist. Also man kann eine Beziehung und so ein bisschen pädagogische Ausbildung ja viel machen, aber es ist nicht unbedingt so konzeptionell. Ich weiß nicht, ob wir einen Mehrwert kriegen, wenn wir das tun, aber ich glaube, da müsste man etwas tun. Und das geht, glaube ich, nicht mit einer klaren Therapieforschung, wie ich sie kenne, sondern Feld-, Feldforschung. Da muss man Begriffe klären, Konzepte wären super.“

Dies ist exakt der Aspekt der Professionalisierung der Sozialen Arbeit, der in der Praxis nicht angetroffen wurde. Oder Aussagen wie von einer Stationsleitung

„ich mache Pädagogik intuitiv oder als Mutter oder es sprechen jetzt 20 Jahre Berufserfahrung für mich wir haben ein Stationskonzept aber jetzt so rein pädagogisch was man da alles machen könnte so tief haben wir das jetzt nicht also so Gruppenkonzepte haben wir halt“ (Interview E7).

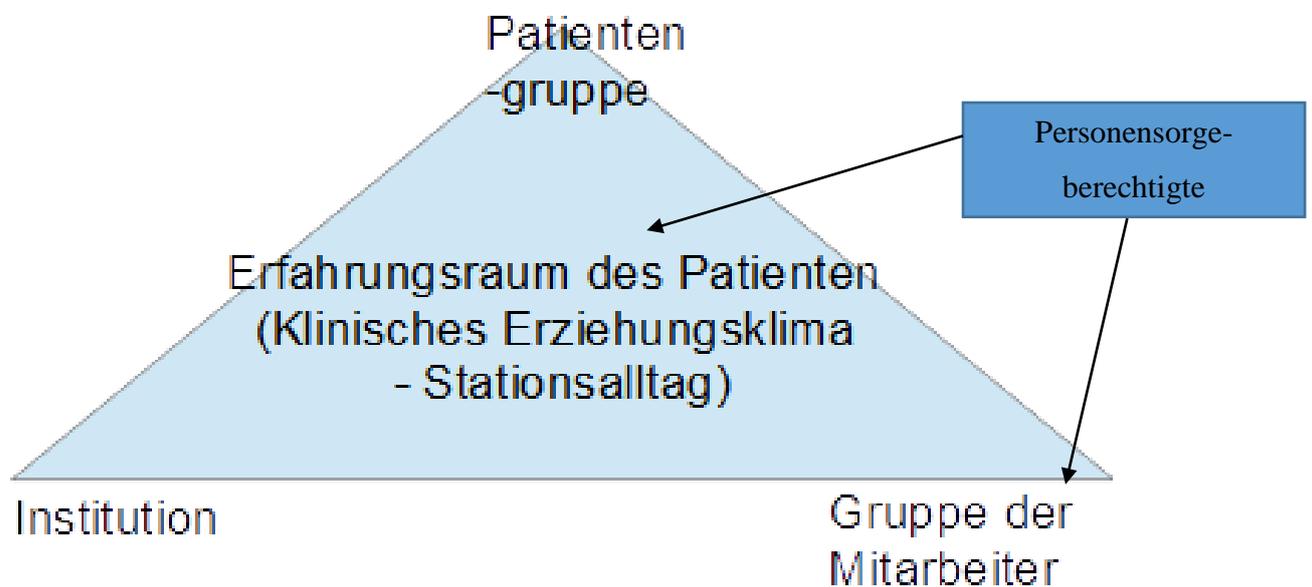
Erforderlich für die Bestimmung einer pädagogischen Berufsrolle der Sozialen Arbeit und deren Aushandlungsprozesse ist eine Konzeptualisierung und klare Regelung vom pädagogischen Zuständigkeitsbereich, die ein eindeutiges fachspezifisches Fallverständnis aufweisen und sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Wie im Kapitel 1 gezeigt wurde sind pädagogische Aufgaben die Alltagsgestaltung und Beziehungsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierfür sind jedoch alle Professionen zuständig. Vor allem im Pflege- und Erziehungsdienst werden verschiedene Professionen mit unterschiedlichen Verständnissen zusammengefasst, die medizinische Funktionalität nimmt wie gezeigt einen breiten Raum ein. Zur Bestimmung an einer

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

pädagogischen Handlungsgrundlage werden zentrale Aspekte bestimmt, die im weiteren Verlauf (Kapitel 8) erläutert und diskutiert werden.

Die pädagogische Aufgabe ist eindeutig die Gestaltung des alltäglichen Erfahrungsraumes als reflexiver Entwicklungsraum. Der Erfahrungsraum (siehe Abbildung 5) setzt sich aus der Institution z. B. der Architektur und der Umsetzung gesetzlicher Rahmenbedingungen, den erlebten Mitarbeiter- und Patientengruppen mit all ihren Dynamiken zusammen. Personensorgeberechtigte und deren Umgang mit dem Aufenthalt spielen eine hoch bedeutsame Rolle, wie die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen und der Experten zeigten.

Abbildung 5: Erfahrungsraum Patienten.



Als Basis für eine pädagogische Handlungskonzeption ist die Bestimmung von Soziotherapie als „eine Stabilisierung des Milieus, das korrigierende Erfahrungen ermöglicht, die Mobilisierung der gesunden Kräfte (Ressourcen) von Patienten in ihrer Umgebung und gezielte Förderung von gesundem Verhalten“ (vgl. Sauter et al. 2007, S. 626ff.) am zutreffendsten für das Verständnis eines reflexiven Entwicklungsraumes. Es geht hierin um die Wechselwirkung zwischen innerem Erleben und äußerem Handeln und darf nicht Konformität und Anpassung zur Aufgabe haben, sondern den Umgang mit den Anforderungen des Alltags zu erlernen. Da Begrifflichkeiten wie Soziotherapie in ihrer Form uneindeutig sind, wird im weiteren Verlauf der Erfahrungsraum der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Erziehungsklima (im klinischen Stationsalltag) bezeichnet. Aus den Interviews mit Psychiatrie-Erfahrenen wurden Wirkfaktoren aus diesem Erfahrungsraum

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

generiert, die, wenn sich an der Lebenswelt der Patienten orientiert wird, maßgeblich für die Pädagogik sind. In Tabelle 6 werden die generierten Wirkfaktoren mit pädagogischen Grundvorstellungen zusammengeführt.

Tabelle 6: Zusammenführung von Wirkfaktoren der Psychiatrie-Erfahrenen und pädagogischer Grundvorstellungen zur Gestaltung eines Erziehungsklimas.

Psychiatrie-Erfahrene	Pädagogische Grundvorstellungen
Erarbeitung von Zielen, die auf eine gemeinsame Richtung hinweisen	Beziehungsarbeit, Verstehen der Problemwahrnehmung, Aushandlungsprozesse, Bedürfnisbefriedigung
Erwartungen entwickeln, die realistisch sind	Konfrontation mit Konflikten/Realität und dessen Bearbeitung (einen Umgang finden), Befähigung zum vernunftbezogenen Dialog (Mündigkeit)
Die Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen, die eine Reflexion von Zielen, Erwartungen, Beziehungen und Interaktionen sowie des Aufenthaltsverlaufes selber ermöglichen	Reflexion der Interaktionsprozesse (zwischen Patient und Mitarbeiter/Mitarbeiter unter sich) und Optimierung dieser
Reflexion und Verstehen der Patienten und deren Lebenssituation sowie des Aufenthalts in der Institution selber, um Ambivalenzen und Missverständnisse zu vermeiden	Reflexion der Aufenthaltsbedingungen und des Erziehungsklimas sowie der Bedingungen der Institution und ihre Wirkung auf die Patienten

Die Begrifflichkeiten der pädagogischen Handlungskonzeptionen, die für ein Erziehungsklima stehen, müssen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie inhaltlich gefüllt und somit konzeptualisiert werden, da sie ansonsten ebenso uneindeutig wären, wie der kritisierte Ist-Zustand. Aus den zusammengefassten Ergebnissen, vor allem der Gegenüberstellung (siehe Tabelle 6) werden Konzeptgrundlagen abgeleitet, um sich

7.2 Einschätzung für pädagogische Handlungskonzeptionen

einem Handlungskonzeption der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anzunähern. Eine Einschätzung zur Umsetzbarkeit erfolgt in der abschließenden Betrachtung.

8 Erziehungsklima im Stationsalltag

Der Begriff 'Erziehungsklima im Stationsalltag' steht im weiteren Verlauf des Kapitels als zentraler Grundbegriff für die Gestaltung der Bedingungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die im optimalen Fall Erfahrungen zur Entwicklung von Fähigkeiten im Umgang mit Anforderungen von Lebenssituation fördert, auf der Basis der besonderen Verletzlichkeit der Kinder und Jugendlichen und der Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen. Der Begriff beinhaltet Erziehungssituationen/klimata auf (psychoanalytisch) pädagogischen Grundlagen und grenzt sich von „stark klinisch ausgerichteter pädagogischer Beratung“ (Gröning 2011, S. 53) im Prozess von Selektieren, Diagnose und daran ausgerichtete Maßnahmen (vgl. ebd.) ab. Der Begriff beinhaltet einen reflexiven Entwicklungsraum, geht jedoch über weiter oben angesprochene Verbindung von bewussten und unbewussten Erziehungsmomenten hinaus. Es geht vor allem um die Betrachtung von Handlungsgrundlagen für eine Aufenthaltsgestaltung und hieran die Ausführung eines pädagogischen Aufgabengebiets der Sozialen Arbeit, die Grundlage einer gleichberechtigten Verzahnung in der Klinik mit anderen Professionen ermöglicht. Um den Begriff weitergehend auszufüllen und zu konzeptualisieren wird aus den Ergebnissen der Arbeit folgende Handlungsgrundlage näher betrachtet:

- Verstehen,
- institutionelle Grundlagen,
- Wirkfaktoren
- Pädagogische Grundhaltungen
- Ethische Grundhaltungen zu Zwang und Autonomie
- die Messung der Wirksamkeit und
- die Zusammenarbeit mit anderen Professionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.⁷⁶

8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen

Zentral scheint als pädagogische Handlungsgrundlage das Verstehen und die Beziehungsarbeit zu sein – dies berührt wesentlich die ersten drei Aspekte der Tabelle 6.

⁷⁶ Dies wird als eine mögliche Antwort auf die Frage von Interview E11 gesehen: Wenn wir über Pädagogik sprechen, worüber wird dann gesprochen?

8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen

So weisen die Psychiatrie-Erfahrenen dies als wesentlichen Teil des Aufenthalts aus, der positive Effekte zeigte. Verstehen und Beziehungsarbeit meint einerseits die Problemwahrnehmung der Patienten und andererseits internalisiertes Verhalten als Grundlage für korrigierende (Beziehungs-)Erfahrungen.

In diesem Feld kommen pädagogische Probleme durchgehend und teilweise in dramatischer Weise bei den Patienten zum Ausdruck. Die Bedeutung der Problemwahrnehmung stach in den Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen deutlich hervor, während diese in den Experteninterviews wenn überhaupt lediglich eine untergeordnete Rolle zukam. Den Aussagen von Wigger (2009, S. 149), die für die Schule gemacht wurden, können für das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen vorbehaltlos zugestimmt werden - von Kindern gelernte Problembewältigungsstrategien werden häufig als eigentliches Problem und nicht als Problembewältigung angesehen und die wahren Probleme somit entwertet. Darauf folgt ein gegenseitiges Nichtverstehen, wodurch der Leidens- und Problemdruck weiter ansteigt (vgl. ebd.). Hierdurch entstehen indifferente Hilfee Erwartungen, die ebenfalls mit der Sorge um Kontrollverlust zur Bearbeitung von Problemen entstehen. Die Freiwilligkeit und die „Grundregel“ der Möglichkeit alles zu thematisieren muss von Seiten der Experten erarbeitet werden, denn Kinder und Jugendliche haben erlebt, dass dies nicht möglich ist, ohne ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse hinten an zu stellen (vgl. a.a.O., S. 156f.). Das Verstehen der Problemwahrnehmung offenbart lebensweltnahe Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Bewältigung von Problemen. Erziehung richtet sich üblicherweise an Vernunftbegabung, doch finden ebenso unbewusste Prozesse statt.

Jeglicher Versuch der Beziehungsgestaltung und so die Chance förderliche Erfahrungen zu ermöglichen scheitert, wenn (psychische) Entwicklungen, Erfahrungen und Fähigkeiten bei den Kindern und Jugendlichen vorausgesetzt werden, die jedoch nicht entwickelt sind (vgl. Wagner 2009, S. 83). Hier ist das herausragende Fallverständnis der besonderen Verletzlichkeit angesprochen. Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten werden jedoch nicht als verletzlich, sondern als schwierig und schwer aushaltbar wahrgenommen. Ursache sind Erfahrungen und Rückmeldungen, die sich in das Beziehungsmuster der Person internalisiert haben und eine normale Reaktion auf Erfahrungen sind. Wenn die Entwicklung des Selbst, des Ich und von Objektbeziehungen nicht ausreichend vorangeschritten ist, können sich Kinder und Jugendliche schwerer an eine Umgebung gewöhnen und Vertrauen zu Personen oder

8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen

Institutionen aufbauen. Ein Part der seelischen Störungen kann auf missglückte Anpassungs- und Bewältigungsschritte, also nicht bewältigte unlösbare innere Konflikte oder Belastungen aufgrund inneren und äußeren Anforderungen, zurückgeführt werden. Die Patienten erkennen selber kein Problem in ihrem Verhalten, dieser Part ist unbewusst. Für Wahrnehmungen und Interpretationen von Abweichungen des Normalverhaltens oder für das Vorhandensein von Ressourcen kann es in der Pädagogik keine standardisierte Maßeinheit geben. Eine Störung gehört zum Wesenstil des Menschen und bedarf eines genaueren Verstehens. Eine Maßeinheit würde der Tatsache Störung als Wesenstil des Menschen entgegenstehen und das Verstehen über Zusammenhänge verhindern, und so die pädagogische Arbeit entprofessionalisieren (vgl. Gerspach 1998, S. 88f.). Pädagogik benötigt für ein psychiatrisches Feld Verstehenszugänge.

Verstehenszugänge gehören unweigerlich zur pädagogischen Profilbildung, denn es gibt keine allgemein gültige Beantwortung der Fragen, was mit dem Kind bei einer bestimmten Problematik zu tun ist oder welche Bedürfnisse bestehen, ohne lebensgeschichtliche Zusammenhänge und pädagogische Situationen nachzuvollziehen. Pädagogik ist eine Verhaltenswissenschaft und benötigt für professionelles Handeln Erkenntnisse (vgl. Müller 1995, S. 57). Jeder Fall ist komplex und unterscheidet sich von anderen in seinen klinischen, materiellen und lebensweltlichen Bedeutungen. Klare Erkenntnisse lassen sich in der pädagogischen Arbeit nur über die Miteinbeziehung der Beziehung zum Klienten, also einer Analyse affektiver Verstrickungen, erzielen (vgl. a.a.O., S. 58f.). Das Verstehen affektiver Verstrickungen soll die Verstrickung selber und das Mitagieren mit dem Klienten abwenden sowie dem Klienten Auswege aus der Verstrickung aufzeigen (vgl. a.a.O., S. 59). Verstehen erscheint somit als ein erster Lösungsschritt. Gerspach (1998, S. 87) nennt vier Fragenkomplexe, um sich einem pädagogischen Handlungskonzept in diesem Bereich anzunähern:

1. „Wie sehen unsere normativen Vorstellungen von Erziehung aus, die die praktische Arbeit dominieren?⁷⁷
2. In welchem problematisch erlebten Zusammenhang der bisherigen Lebensgeschichte steht die Störung?
3. Wie läßt sich die Bedeutung einer Störung aus der pädagogischen Situation herauslesen?

⁷⁷ Siehe Kapitel 1.4.1.

8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen

4. Wie können wir angemessen handeln?“

Eine Form von pädagogischer Grundhaltung ist, siehe Punkt 2 und 3, der Umgang mit Verstehen und Nicht-Verstehen. Die Meinung zu haben, einen anderen Menschen voll und ganz zu verstehen, führt zum Aufhören der weiterführenden Wahrnehmungsbeobachtung und der Erkundung der inneren und äußeren Welt des Klienten sowie einer weiterführenden Reflexion. Ab diesen Zeitpunkt erfolgt die Arbeit auf Interpretation, die nicht mehr korrigiert werden. Um tatsächlich zu einem besseren Verstehen-Könnens zu gelangen, muss das Bedürfnis Verstanden-Habens hinter das weitere Sehen und Hören von Wahrnehmungen/Vorstellungen des Klienten zurückgestellt werden (vgl. Müller 2012, S. 100ff.). Die wahren Probleme nach Freud sind scheue Rehe und es ist sinnlos, vermutete Probleme aufzuspüren. Dies trifft eine Grundregel der Psychoanalyse der gleich schwebenden Aufmerksamkeit. Anders ausgelegt sind diese einfachen zwischenmenschlichen Prinzipien von Interesse, Anteilnahme und Zuhören, bevor aufgrund von Interpretationen Lösungen vorgeschlagen werden. Dies kann als ein Plädoyer gesehen werden, Unwissenheit als professionelle Grundhaltung zu sehen, da die Unwissenheit Voraussetzung für Erkenntnis ist. Unwissenheit gehört ebenso zur professionellen Haltung andere Sichtweisen vorurteilsfrei anzunehmen und dabei den eigenen fachlichen Standpunkt zu vertreten (vgl. a.a.O., S. 101). Es darf bei all dem nicht vergessen werden, dass das Verstehen ein Prozess ist, der nicht abgeschlossen wird, sondern sich immer wieder erneuert und von vorne anfängt – während pädagogisches Handeln in fortlaufenden aktuellen Situationen stattfindet. Müller (1995, S. 55f.) führt an, dass Praktiker innerhalb eines Beziehungsverhältnis im pädagogischen Arbeitsbündnis das Verständnis eines Forschers haben müssen. Affektive wechselseitige Verstrickungen gehören unweigerlich zur pädagogischen Arbeit, die Rolle eines neutralen Beobachters kann es in der pädagogischen Arbeit nicht geben. Der Prozess der Forschung hat somit praxisunmittelbar stattzufinden. Aus Müllers Aussagen kann folgender Verlauf des Verstehens, der eventuell unmittelbar verläuft, entwickelt werden:

Abbildung 6: Situatives Handeln nach Müller (1995, S. 55f.)

Situatives Handeln → Wahrnehmen → Reflexion/Verstehen → (korrigierendes/neues) Handeln
(Handeln = empathischer Kontakt und in Interaktion treten)

8.1 Handlungsgrundlage Verstehen und Nicht-Verstehen

Deutlich zeigt sich ein Gegensatz zum medizinischen Verständnis – Heilung impliziert hierin einen kurativen Charakter nach einer abgeschlossenen Diagnostik - Erziehung ist jedoch immanent und an der Entdeckung von Förderungsmöglichkeiten interessiert. Im Mittelpunkt pädagogischer Arbeit steht eine Beziehungsarbeit nicht in Form einer Krankheitseinsicht, sondern einer pädagogischen Allianz in alltäglichen Situationen. Diese sind nach Buber in der Begegnung Erzieher zu Erziehenden ungleich und betrachten Patienten in ihrer Individualität, mit ihrer Persönlichkeit und mit der eigenen Lebenssituation (z. B. Risiko- und Schutzfaktoren). Als Grundlage für einen Beziehungsprozess steht die Annahme des Patienten mit all seinen Facetten und die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse (z. B. der besonderen Verletzlichkeit). Grundlage für das Verstehen ist das methodengeleitete Einlassen auf die Konflikte und Irritationen des Klienten. Mithilfe des professionellen Vorgehens soll über das Verstehen und die Aufklärung über sich selbst Heilung entstehen. Heilung in dem Sinne, dass ein vernünftiger Umgang mit den „verhaltens- und erlebniswirksamen Ereignissen der Vergangenheit und mit seiner ›beschädigten‹ Subjektivität“ (Trescher 1993, S. 169) erreicht wird. Für die Pädagogik gilt passender als das 'Heilen und Forschen' 'Erziehen und Forschen'. Das Verstehen von Lebens- und Situationsentwürfen ermöglicht neue pädagogische Ansatzpunkte für entwicklungsfördernde und konfliktverarbeitende Handlungs- und Gestaltungsspielräume (vgl. a.a.O., S. 167ff.). Es ist nicht ausschließlich die Einsicht als kognitive Facette heilend, sondern das Erleben von neuen Erfahrungen. Pädagogische Arbeit ist eine echte Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung emotionaler Komponenten (siehe Selbstsorge und Resonanz) und nicht die (Krankheits-) Einsicht des Patienten zu erlangen. Die Bewusstmachung und Einsicht ist für psychosoziale Prozesse nicht heilend, sondern ein Wegbereiter dafür, die internalisierten Erfahrungen langfristig zu korrigieren – hierfür bedarf es eine Verstetigung⁷⁸ des Erfahrungshorizonts. Oder anlehnend an Mark Twains Pudd'head Wilson äußerst treffend formuliert: „Gewohnheit ist Gewohnheit - man lässt sich nicht von mir aus dem Fenster werfen, sondern geht geduldig Stufe für Stufe die Treppen hinunter“.⁷⁹ Die pädagogische Aufgabe ist die eines Wegbegleiters, so lange, bis die Treppe von alleine bewältigt werden kann (Autonomie). Ein wesentlicher Bestandteil des Begleiters ist es, neue

⁷⁸ nicht Wiederholung wie Kohut es nennt, da es sich nach dem Erziehungsverständnis nicht um Training handelt

⁷⁹ In der Originalübersetzung werden anstatt 'hinuntergehen' Wörter wie 'boxen', 'prügeln' oder 'locken' verwendet, die vom Verständnis der Arbeit nicht zutreffend sind.

8.2 Institutionelle Grundlagen

Erfahrungen mit dem Verstehenshintergrund anzubieten, internalisierte Beziehungserfahrungen zu korrigieren. Zur Schaffung eines solchen förderlichen Klimas bedarf es einer gemeinsamen pädagogischen Grundhaltung der gesamten Einrichtung, wie auch die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen nahe legen, und somit eine der gesamten Einrichtung übergeordnete konzeptionelle Umsetzung eines unterstützenden Erziehungsklimas.

8.2 Institutionelle Grundlagen

8.2.1 Institution als soziales Gebilde

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Ziel einer lernenden Organisation im Sinne des Patienten kann nur gelingen, wenn die Mitarbeiter sich auf gleicher Ebene begegnen. Dies bedingt vor allem den vierten Aspekt der Tabelle 6, als Rahmung der anderen Aspekte. In einem Dialog muss ein einheitliches Leitungsverständnis und Organisationsverständnis entstehen⁸⁰. Mehrfach wurde in dieser Arbeit auf die Bedeutung der institutionellen Rahmenbedingungen eingegangen. So auch über das Beispiel von Zielke-Nadkarni und Cormann (2009, S. 258),⁸¹ die anhand von aggressiven Kindern die Situationen als Ausdruck der Wechselwirkung zwischen Patient, Mitarbeiter und Institution nachzeichneten. Die Institution gibt die strukturellen Vorgaben (z. B. architektonisch, Rückzugsmöglichkeiten, Personalschlüssel), der Mitarbeiter bringt sich über die Bewertung der Situation mit seinen Fähigkeiten⁸² und von der Institution gegebenen Möglichkeiten ein. Dies konnte durch die Interviews bestätigt werden. So reicht es nicht aus, den Blick nur auf den Patienten zu richten sondern auf die gesamte Institution. Es ist zu beachten, dass der professionelle Mitarbeiter sein Handeln reflektieren und somit auf Kinder- und Jugendliche zugehen kann; eine Anpassung von

⁸⁰ In den Interviews der Experten wurde deutlich, dass diese Stelle besonders viele Reibungspunkte besitzt.

⁸¹ Hier sei nochmals angemerkt: Während die strukturelle Situation der Mitarbeiter und das Resultat bei älteren Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen die gleichen sein können, weisen die untersuchten Kinder im Grundschulalter gegenüber der genannten Altersklassen geringere kognitive Fähigkeiten auf. Doch Situationen, in denen es maßgeblich um Regeln und deren Einhaltung geht, ist ein möglicher allgemeiner Auslöser für aggressives Handeln.

⁸² Mitarbeiter weisen ebenfalls Merkmale auf, die auf internalisierten Beziehungserfahrungen beruhen, und mit denen sie auf die Patienten zugehen.

8.2 Institutionelle Grundlagen

Seiten der Patienten an die Mitarbeiter und an standardisierte Abläufe erscheint als zusätzliche Bewältigungsanforderung. Der Patient verhält sich zu der aktuellen Situation mit seinen Erfahrungen, wobei der Aufenthalt ein Fehlen von bewährten und/oder üblichen Bewältigungsstrategien bedeutet. Aus den aktuellen Situationen entstehen wiederum Erfahrungen, die entweder gelernte Strategien verfestigen oder neue Strategien ermöglichen und Auswirkungen auf die psychosoziale Persönlichkeitsentwicklung haben. Der Stationsalltag der durch Beziehungs- und Interaktionsgestaltung geprägt ist, ist für die Behandlung ein hoch bedeutsamer Erfahrungsraum, was die Interviews mit den Psychiatrie-Erfahrenen bekräftigen.

Die Anforderungen an die pädagogische Atmosphäre wurden durch die Anerkennungstheorie nach Honneth behandelt. Dem Patienten muss in einem intersubjektiven Verhältnis ein positives Bild gespiegelt werden, dass er wert ist Zuwendung zu erhalten. Das Gegenteil, also Demütigung, wäre die institutionelle Beraubung von Selbstkontrolle z. B. durch physische Übergriffe, durch institutionelle Behandlung als Nicht-Mensch z. B. durch Aberkennung der Rechte in Form der Behandlung als eine Verwaltungseinheit oder Diagnose und durch die Entwertung eines identitätsrelevanten Lebensstils (vgl. Nothdurft 2007, S. 116). Einig sind sich Experten und Psychiatrie-Erfahrenen, dass die Patienten die meiste Zeit im Stationsalltag verbringen. Die Aussage eines Experten, dass zwar das Fachgebiet vorrangig medizinisch ausgerichtet ist, jedoch Mediziner in einer Klinik nicht die durchführende Berufsgruppe sind, ist unter diesem Gesichtspunkt nachvollziehbar. Aus den Aussagen der Psychiatrie-Erfahrenen lässt sich weiterhin schließen, dass der Alltag und die Wahrnehmung von Alltagssituationen, die bereits an sogenannten „Kleinigkeiten“ festgemacht werden, eine - wenn nicht sogar die wichtigste - Bedeutung für die Patienten während des Aufenthaltes haben. Der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Erfahrungsraum und eine eigene temporäre Lebenswelt für die Patienten. Hier werden laut den Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen nicht die Voraussetzungen für die Behandlung (Diagnose/Therapien) geschaffen, sondern ist zentraler Bestandteil der Behandlung. Um objektivierte Strukturen und Meinungen zu hinterfragen und die (eigenen) individuellen Lebens-, Arbeits- und Ansichtsweisen besser nachzuvollziehen, eignet sich für die Reflexion der Aufenthaltsgestaltung eine Betrachtung von Entstehungszusammenhängen. Ausgerichtet ist dies nicht am Individuum, sondern am Sozialen, hierunter verstanden als soziale Beziehungen zwischen Menschen. Das Selbst, Wissen und Erfahrungen sind in diesem Verständnis das Erzeugnis sozialer und

8.2 Institutionelle Grundlagen

kultureller Vermittlungen und haben ihren Orientierungspunkt in sozialen Beziehungen. Starre und als objektiv verstandene Diagnosen und eine daran ausgerichtete Behandlung werden aufgrund der angesprochenen dynamischen Prozesse von Interaktionen stark beanstandet (vgl. Winter 2010, S.124f.). Mannheim sowie Berger und Luckmann arbeiten heraus, „dass Wissen in sozialen Prozessen entsteht und die soziale Wirklichkeit gemeinsam konstruiert wird. Vor allem der symbolische Interaktionismus betont, wie in sozialen Interaktionen Bedeutungen ausgehandelt werden, Ordnung entsteht und sich in Auseinandersetzung mit anderen das eigene Selbst ausbildet“ (a.a.O., S. 125). So sollen z. B. soziale Realitäten und starre Beziehungen als veränderbar wahrgenommen und Handlungsoptionen erweitert werden mittels des Hinterfragens vom Selbstverständlichen und von der Entstehung starrer Muster wie dem Aufenthaltsverlauf und dessen Wirkung auf die Patienten. Das Verständnis, dass Strukturen ein dynamisch offener Prozess sind dient nicht nur der Reflexion auf Institutionsebene, sondern ebenfalls als Vorbildfunktion für die Patienten. Von den Psychiatrie-Erfahrenen wird die Institution vorrangig als sozialer Raum wahrgenommen, der Anpassungsleistungen erfordert. Ausgehend von den Anpassungsleistungen an die soziale Umwelt wird die soziale Umwelt einer Klinik im Sinne des Erziehungsklimas behandelt.

8.2.2 Einfluss der sozialen Umwelt

Bettelheim zeigt den hohen Einfluss der sozialen Umwelt auf das Individuum und entwickelte ein pädagogisches institutionelles Verständnis für den psychiatrischen Bereich (vgl. Bettelheim 1979). Es ging dabei darum, die Anpassungsleistungen möglichst gering zu halten, da diese weitere Stressoren für die Patienten bedeuten. Es gilt dabei den Einfluss der Institution auf die Patienten zu reflektieren, und nicht die Verhaltensweisen von vorne herein einer Krankheit zuzuschreiben und den Patienten in seinen Ausdrucksweisen zu verstehen. Die Institution muss von Beginn an das Ziel vermitteln, zur Selbstständigkeit beizutragen. Dies wurde von den Psychiatrie-Erfahrenen gewünscht „Hey, denen müsst ihr nicht erzählen, wie das Leben funktioniert, denen müsst ihr erklären, wie man mit dem Leben, das sie nun einmal haben, umgehen kann!“ (Interview 1). Dabei wurden spezifische Merkmale in der psychiatrischen Arbeit berücksichtigt. Diese sind, dass Vernunft keine Voraussetzung ist, sondern zu einem vernunftbezogenen Dialog über Erfahrungen hingeführt werden soll. Dabei geht es zentral um das Verstehen der vermeintlich bizarren Verhaltens- und Ausdrucksweisen der Kinder und Jugendlichen (Göppel 1995, S. 119f.). Es geht dabei darum, zu Lernen,

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

Bedürfnisse, ausgerichtet an realen Bedingungen, zu kontrollieren und dass Emotionen zum Lernen dazugehören (vgl. Krumenacker 1998, S. 65ff.). In der Arbeit wurde dies angesprochen (z. B. über Selbstsorge). Bestimmender Bestandteil ist die Beziehungsarbeit, die die Selbstständigkeit fördern soll. Ein wesentlicher Punkt, der das pädagogische Grundprinzip Mündigkeit stark berührt, ist die Frage, bis zu welchem Punkt darf ein Individuum beeinflusst werden? Somit geht es also um (äußeren) Zwang und Autonomie (vgl. Bettelheim 1980, S. 73). Der schmale Grat wurde ebenfalls in den Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen angesprochen. Vor allem zu viel gefühlter Zwang verhinderte eine tatsächliche Auseinandersetzung mit den wahrgenommenen Problemen und einen Entwicklungsprozess im Sinne der angeführten Heilung.

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

Die Gestaltung des Alltags sozialpsychiatrischer Institutionen ist eine pädagogische Aufgabe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wesentliche Grundlagen wurden bis hierhin angeführt. Gestaltung und Erleben des Aufenthalts haben wie gezeigt wurde eine hohe Bedeutung für die therapeutische Behandlung, die Übertragung auf die Einrichtung ist für pädagogische Konzeptionen essentiell. Der Fokus einer pädagogischen Konzeptualisierung liegt dabei auf der Förderung gesunder Anteile und Korrektur von internalisierten Beziehungserfahrungen. Ebenso in den pädagogischen Bereich fallen krisenhaft verlaufende Identitätsfindungsprozesse, die sich als psychiatrische Symptome äußern:

„Obwohl sie nicht selten Symptome hervorbringt, die man für neurotisch oder gar psychotisch halten könnte, ist sie keine psychische Erkrankung, wie Erikson erklärt, sondern eine >>normative<< Krise, eine im Lebenszyklus vorgesehen >>normale Phase vermehrter Konflikte<<“ (Krappmann 1997, S. 79).

Darüber hinaus haben alle Kinder und Jugendlichen unabhängig vom Schweregrad der Störung einen Anspruch auf Unterstützung bei der Identitätsfindung und bei der Bewältigung von Lebensaufgaben, sie bleiben trotz einer psychischen Störung Kinder und Jugendliche. Ekstein führt an, dass selbst Jugendliche mit der Diagnose (unheilbare) Schizophrenie das Bedürfnis der Lebensaufgabenbewältigung haben, aber durch die Krankheit sich die Formen verändern. Die Beeinflussung der psycho-sozialen Aufgaben

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

von Institutionsseite her kann z. B. über das psychische Klima der Einrichtung zu einer mangelnden und unter den Möglichkeiten bleibenden Bewältigung von Lebensaufgaben führen (vgl. Ekstein 1996, S. 209). Die Beschreibung der Wirkfaktoren trägt zur Klärung unterschiedlicher Wirkfaktoren bei und dient als Grundlage für eine Milieugestaltung. Wirkfaktoren bedeuten, dass Variablen auf Patienten einwirken, positiv und negativ. Die Gestaltung des Milieus wird anhand von Grundregeln, der Milieugestaltung an sich und der therapeutischen Gemeinschaft erörtert. Ergänzend wird die heilende Wirkung der Psychoanalyse nach Kohut erläutert, der über den Ansatz der Einsicht hinausgeht.

8.3.1 Allgemeine Wirkfaktoren

Zur Benennung von Wirkfaktoren dient diese Beschreibung als grobe aber thematisch umfassende Übersicht Allgemeiner Wirkfaktoren. In einem Arbeitspapier der Universitären Psychiatrischen Dienste wurden folgende allgemeine Wirkfaktoren von den Mitarbeitern erarbeitet:

- Settingvariablen
- Familienvariablen
- Kindervariablen
- Behandlungsvariablen
- Behandlungsprozesse.

Settingvariablen sind unabhängig von der eigentlichen Behandlung. Als positiver Wirkfaktor gilt zum einen die Abwendung eines Ausgesetztseins einer problematischen Situation. Dies kann zum Beispiel die Herausnahme aus einer für das Kind oder Jugendlichen nicht zu bewältigenden Situation sein, die automatisch zur Entlastung führt. Ebenso ist die Klinik ein Ort mit Begegnungsmöglichkeiten, in der ein Kind auf Wegbegleiter mit ähnlichen Problemen trifft und ein Stationsteam, was Verständnis für die Situation des Kindes hat. Für Begegnungen mit dem Stationsteam sind die Zusammensetzung und der Betreuungsschlüssel relevant.

Unter Familienvariablen wird der Umgang mit Problemen in der Familie verstanden. Hierzu gehören Reframing, Hoffnungsindikationen, Problemlösungen und -klärungen. Eine professionelle Unterstützung ist dabei hilfreich, muss aber nicht unbedingt maßgeblich für das Resultat der Familiendynamik sein. Reframing meint, dass Symptome umgedeutet werden, z. B. von Schuld und Versagen des Kindes zu einem

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

Kontextproblem. Hoffnungsindikation bedeutet, dass Hoffnung durch den Aufenthalt erzeugt wird, da Vertrauen besteht, dass Probleme zukünftig gelöst werden. Problemlösung heißt nicht nur für den Patienten, sondern, dass Eltern mit daran arbeiten und ebenfalls Probleme lösen. Klärung ist Erzeugung von Verständnis für die Situation bei den Eltern, und das Kind sich somit besser verstanden fühlt.

Kindervariablen bedeutet die Aktivierung von Selbstheilungskräften und hierin behandlungsbezogene Aspekte z. B. dass das Kind bereit ist therapeutisch mitzuarbeiten. Bei den Variablen des Behandlungsprozesses wird Transparenz, Netzwerkarbeit, Behandlungsklima und Klarheit angeführt.

Unter Behandlungsvariablen wird eine Vielzahl von Faktoren verstanden, wie Empathie, Kongruenz / Authentizität, Soziale und Fachliche Kompetenz. Ebenso fällt die Gestaltung der Klinik selbst darunter, die gestaltet werden soll:

- als Ort der kindgerechten Anforderungen / Autonomie,
- als Ort individuell angepasster Schonung,
- als Ort der aktiven Ressourcenaktivierung,
- als Heilungsraum (Möglichkeit zur Darstellung von Belastungen und Finden von Lösungen),
- als Ort des (sozialen) Lernens (anhand Reaktionen von anderen, erfahrenen Handlungsalternativen und Informationsvermittlung z. B. über Krankheit, Familie, Entwicklung),
- als Ort der Problembewältigung und
- als Klärungsraum (Kind entwickelt neue Einsichten und passt Verhalten daran).

Es stellt sich noch die Frage, ob die genannten Variablen direkt eine heilende Wirkung haben, denn der Aufenthalt in der Psychiatrie an sich kann neue und weitere Probleme schaffen. Die allgemeinen Wirkfaktoren, können sich nach Situation, Persönlichkeit und Entwicklungsstand des Patienten negativ auswirken. Dies wird am Beispiel der (sozialen) Abgrenzung zu Personensorgeberechtigten verdeutlicht. Die Kinder und Jugendlichen sind auf der Station der Kinder und Jugendlichen weitgehend ohne ihre Personensorgeberechtigten, die in Therapien und Gesprächen mit dem Personal jedoch einbezogen werden und Besuchstermine nutzen können. Die Abgrenzung kann als Trennung empfunden werden, der Verlust von je nach vorhandener Bindungssicherheit

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

kann Ängste, Ärger, Trauer und weitergehend Depressionen auslösen. Falls bereits eine unsichere Bindungsqualität besteht, können die Erfahrungen an dieser Stelle weiter manifestiert werden. Es ist m. E. mit erhöhten Ablehnung und Protest auf Seiten der Kindern und Jugendlichen zu rechnen, da Sicherheiten nicht vorhanden sind. Für Jugendliche gilt es die Peer-Group in den Blick zu nehmen. Das Verhalten, die der Grund für den Aufenthalt sein kann, kann vor der Einweisung zu einem Rückzug von Freunden führen. Vor allem in den höheren Altersgruppen und in Abhängigkeit zur Dauer des Aufenthalts, kann der Aufenthalt den Rückzug von Freunden bzw. der Peer-Group begünstigen. So sind die schwierigen Umstände von Freundschaften, die außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden sind/waren und die aufgebauten Freundschaften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die auf Grund der Entlassungen meist nicht von Dauer sind, grundlegende Erfahrungen, die eher zeigen, wie schnell Menschen sich abwenden und wie schnell Menschen, die einem gut getan haben, aus dem Leben verschwinden.

8.3.2 Milieutherapie

Sieben Grundregeln zur Milieugestaltung:

1. Milieu ist alles was Einfluss auf den Patienten hat und als wirksam erlebt wird.
2. 3 Arten von Milieus – Alltags- bzw. lebensweltliches Milieu, Healing Environment, therapeutisches Milieu.
3. Psychisch Kranke können sich häufig nicht der Umgebung anpassen, besonders in einer Krise. Die Umgebung muss sich auf die psychischen Kranken anpassen.
4. 5 Dimensionen, die alle ausreichen bedarfs- und bedürfnisorientiert berücksichtigt werden müssen, sind im Milieu vorhanden: soziale Interaktion – Kultur – Struktur – Räumlichkeiten – Personal (mit Haltung verbunden). Interaktionen sind hier zu verstehen als Ich (was wird vom Patienten wahrgenommen unter Berücksichtigung der sensorischen Deprivation) mit dem Du (Interaktion – zusammen kommen) in der Welt, die drumherum ist.
5. Das Milieu soll ressourcenfördernd gestaltet werden über Farbe, Form, Licht, Material.
6. Milieunutzung – Ordnung, Wiederholung, Konsequenz sind die Grundprinzipien der Milieunutzung.

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

7. 3 Orte Regelung: zu Hause, Arbeit und Funktionen müssen vorhanden, gestaltet und von der Funktion her benutzt werden. Das Aufenthaltszimmer als Arbeitszimmer oder das Esszimmer als Aufenthaltsraum zu benutzen ist nicht in diesem Sinne.

Der personenzentrierte Ansatz der Milieuthherapie beinhaltet die Annahme, „dass der Mensch gut sei, dass er von der Natur aus zum Positiven strebt, dass die angeborene „Kraft des Guten“ ... wirksam werde, wenn das entsprechende förderliche Klima gegeben ist“ (Stimmer 2006, S. 169).

Dieses förderliche Klima steht in der Milieuthherapie im Vordergrund. Der Begriff Milieuthherapie und was (nicht) dazu gehört ist meist nicht genau abgegrenzt. Nach Trieschmann ist in allen Gruppensituationen, in dem sich ein Mensch befindet, ein Milieu vorhanden (vgl. Trieschmann et al 1981, S. 25). Ziel des milieutheraeutischen Ansatzes ist es, „dem Kranken im Rahmen seiner Behinderung in möglichst selbständiger Weise in der Gesellschaft zu möglichst großem individuellen Entfaltungsspielraum zu verhelfen“ (Finzen 1978, S. 18). Ausgehend von Bettelheim wird die Milieugestaltung ausgeführt. Bettelheim forderte für die Institution Transparenz im Sinne einer überschaubaren Einheit, damit in sich gesplante Patienten den Ort als Ganzes wahrnehmen können. Zur Transparenz zählt die räumliche Transparenz, die Entscheidungen und Absichten der Mitarbeiter unter größtmöglicher Einbeziehung der Patienten und Nachvollziehbarkeit über den Therapieablauf (nur so kann gemeinsam an einem Ziel gearbeitet werden. So soll Milieuthherapie ebenfalls keine Addition von therapeutischen Bausteinen soll, sondern als Ganzes erlebt werden (vgl. Mai 2007, S. 203ff.). Wesentlicher Bestandteil Bettelheims Milieuthherapie ist die psychoanalytische Orientierung im Alltag. Mai (2007, S. 207ff.) führt hierbei folgende Punkte auf:

- Verständnis für unverstandene Kinder und Jugendliche,
- Erforschung der Krankheitsursachen und negative gemachte Erfahrungen durch konstruktive Erlebnisse ergänzen,
- Achtung der Gruppendynamik zu jeder Zeit,
- die Aufmerksamkeit liegt auf dem seelischen des Patienten, im Umkehrschluss die Vermeidung von störenden Ablenkungen wie konfliktbeladene Briefe,

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

- die Suche nach dem fehlenden (was wurde gesagt was nicht, Angsthandlungen wie ängstlich gedachten usw.) und
- Vergangenheitsbewältigung (Strategie Erinnern, Wiederholen und Durchleben im alltäglichen Leben z. B. therapeutisch motiviertes Gewährenlassen statt erzieherischer Zeigefinger).

Milieuthérapie steht nicht im Gegensatz zu anderen Therapieformen, sondern als Gestaltung des Milieus teils ergänzend und teils übergeordnet zu anderen Therapieformen. Ergänzend in dem Sinne, dass alle alltäglichen Geschehnisse als therapeutisch wirksam angesehen werden und übergeordnet, dass alle therapeutischen Verfahren auf den Ansatz der Milieuthérapie angepasst und abgestimmt werden (vgl. Heim 1985, S. 3). Trieschmann hat für die Heimerziehung von Kindern und Jugendlichen Ziele beschrieben, die auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragen werden können. Ziel ist es krankhaftes Verhalten abzubauen und altersentsprechende, produktive, den Alltag bewältigende Verhaltensweisen zu fördern. Dieser Entwicklungsprozess geschieht nicht linear sondern ist bestimmt von Erfolg und Misserfolg über soziales Lernen. Für Kinder und Jugendliche bedeutet eine Verhaltensänderung immer Unsicherheit, da alte Muster aufgegeben und Neuland betreten wird. Die Alltagsförderung soll den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht werden, Vertrauen in die eigenen Kompetenzen stärken und einen Lernprozess anregen (vgl. Trieschmann et al. 1981, S. 27). Zentraler Punkt der Milieuthérapie ist der Blickwinkel auf den Patienten. Psychiatrische Behandlungsprogramme, die hoch standardisiert sind, dienen eher dem Personal als dem Patienten, die ihr Wissen abrufen können. Soziales Lernen, als ein grundlegendes Prinzip der Milieuthérapie, beinhaltet einen kommunikativen Prozess und eine Interaktion zwischen allen Beteiligten. Hierfür muss eine offene Kommunikation möglich sein, die auf Vertrauen beruht (vgl. Jones 1978, S. 27). Hieran wird deutlich, die Milieuthérapie ein Behandlungskonzept und zugleich eine fachliche Grundhaltung ist, sie ist Handlungsfeld und handlungsleitendes Konzept zugleich.

Grundlegende Prinzipien und Wirkfaktoren der Milieuthérapie sind ergänzend zu Bettelheim: Partizipation (Mitentscheid, Mitverantwortung und Autonomie), Offene und klare Kommunikation (individuelle Ausdrucksmöglichkeit), Soziales Lernen (Reflexion von Strukturen, Prozessen und Rollen, Lernen am Modell und Aktivierung) und das Leben in der Gemeinschaft (Lösen von individuellen und kollektiven Aufgaben) (Heim

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

1985). Demnach sind als Qualitative Merkmale einer Milieuthherapie folgende Faktoren anzusehen:

1. „Verteilung der Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse.
2. Klarheit der Behandlungsprogramme, der Rollen und der Führung.
3. Hoher Grad an ... Patienteninteraktion“ (Gunderson 1978, zitiert nach Heim 1985, S. 4).

Ersichtlich wird, dass es in der Milieuthherapie nicht um eine gesellschaftliche Kritik oder Veränderung geht, sondern darum, dem Patienten eine größtmögliche Autonomie in der Gesellschaft zurück zu geben und ein Lernen, mit Konflikten umzugehen, halt Leben lernen. Aspekte die im Sinne des Patienten mitgedacht werden müssen, sind ethisch-moralischer Art (Was darf dem Erkrankten zugemutet werden und was zugestanden?), sozial-organisatorischer Art (Wie weit lässt sich ein psychiatrisches Krankenhaus in die soziale Umwelt integrieren?) und wissenschaftlich-methodischer Art (Welche Therapieformen sind überlegen?) (vgl. Heim 1985, S. 11).

8.3.3 Therapeutische Gemeinschaft

Zentraler Aspekt der Milieuthherapie ist die therapeutische Gemeinschaft, die von Ploeger (1987, S. 58) wie folgt formuliert wird:

„Wir verstehen im Anschluss an Maxwell Jones unter der >>Therapeutischen Gemeinschaft<< eine bestimmte Organisation innerhalb einer Klinik oder Abteilung, welche die soziodynamischen, also auf das Zusammenleben bezogenen Bedingungen so zu gestalten trachtet, dass die psychiatrische sowie die psychotherapeutische Behandlung der Insassen möglichst günstig beeinflusst wird. Sie ist also keine eigenständige Methodik, sondern eine bestimmte Sozialstruktur einer klinischen Abteilung, in der verschiedene Therapiemethoden angewandt werden können. Schon hier gilt es zu betonen, dass das Ziel der therapeutischen Gemeinschaft die Behandlung der einzelnen Mitglieder ist, wozu die Gemeinschaft als Ganzes nur Mittel zum Zweck sein kann. Die Lösung des einzelnen aus der Gemeinschaft, seine Verselbständigung im Leben draussen, ist

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

Zeichen einer vollkommen gelungenen Behandlung. Dies Ziel ist nicht bei jedem zu erreichen. Besonders bei Patienten mit bleibenden seelischen Störungen oder sogenannten >>Defekten<< ist eine Stütze durch eine therapeutische Gemeinschaft oder zumindest eine ihr angeschlossene außerklinische Gruppe, wie etwa eines >>social clubs<< auf Dauer ebenso notwendig wie für den Zuckerkranken das Insulin oder eine Diät.“

Angesprochen wird in dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft also eine Gruppendynamik, die bei einem Zusammenleben mit einer bestimmten Dauer automatisch entsteht, mit dem Anspruch, so gut wie möglich auf das Leben außerhalb der Institution vorzubereiten. Rotthaus (1990, S. 153) beschreibt prägnant die Grundlagen einer therapeutischen Gemeinschaft. Obwohl das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft für Erwachsene entwickelt wurde, ist diese für eine Kinder- und Jugendpsychiatrie relevant. Im Rahmen der Milieuthérapie müssen Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen beachtet werden (vgl. Rotthaus 1990, S. 162f.). Insbesondere die Erziehungsanteile spielen hier eine wesentliche Rolle, nicht nur in Abgrenzung zu Erwachsenen sondern auch zwischen den verschiedenen Altersgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Rotthaus bezieht sich auf die Erfahrungsberichte von Altherr und nennt charakteristische Merkmale einer „reaktiven Umwelt“ in Form von alltagsnaher Gestaltung des Stationsablaufs. Ziel ist allgemeine Problemlösungsstrategien zu entwickeln und zu fördern.

Rotthaus spricht in diesem Rahmen die Hierarchiestruktur an:

„Die logische Folgerung ... ist, daß die klassische hierarchische Struktur eines Krankenhauses in solchen Kliniken, die psychotherapeutisch arbeiten, kontraproduktiv ist. Therapeutisches Arbeiten erfordert von jedem Mitarbeiter den Einsatz seiner ganzen Person; ... Dies bedeutet, daß psychotherapeutisches Handeln sich nicht befehlen, sich nicht verordnen läßt. Deshalb ist zwangsläufig, daß auf psychotherapeutisch arbeitenden Stationen eine „schrittweise Enthierarchisierung“ stattfindet“ (Rotthaus 1990, S. 165f).

Für die Minimierung von Hierarchiestrukturen liegen diverse Erfahrungen vor - es sollten vor allem klare und transparente Trennung der Verantwortlichkeitsbereiche mit dem Höchstmaß an eigenverantwortlichem Arbeiten in dem eigenen Verantwortungsbereich

8.3 Wirkfaktoren und Milieugestaltung

angestrebt werden. Die Vermittlung von Eigenverantwortlichkeit an Kinder und Jugendliche kann nur gelingen, wenn die Mitarbeiter selber eigenverantwortlich arbeiten (vgl. Rotthaus 1990, S.166). Auf der anderen Seite bedarf es einer Grenzziehung, wenn die Autonomie anderer eingeschränkt wird oder die Erreichbarkeit des Gesamtziels gefährdet ist. Rotthaus nennt wesentliche Punkte für eine Stationsarbeit:

- Paten- oder Bezugsbetreuersystem,
- Stationsbesprechung und
- Stationsgruppe.

Beim Paten- oder Bezugsbetreuersystem geht Rotthaus von personalen Sicherheiten für Patienten aus. Auf Stationen mit häufigen Schichtwechseln und häufig Wechseln von Mitarbeitern durch verschiedene Aufgabenbereichen, erschwerend bei bindungsgestörten Kindern und Jugendlichen, soll es eine Hauptperson geben, an die sich die Patienten mit ihren Problemen richten können. Im Vordergrund steht eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit mit den Patienten. Die Paten sollen die Planung der Therapie mitbegleiten, also mit Stationsleitung und Therapeuten. Auch für Eltern sollen die Paten erste Ansprechpartner in der Klinik sein und ebenfalls für die komplementären Dienste in der Klinik. Die Paten fungieren somit als Mittler zwischen den Patienten und den internen Einrichtungsorganisationen sowie den Eltern. Sie sammeln und geben wichtige Hintergrundinformationen weiter. Rotthaus bezeichnet die Paten als Anwälte für die Kinder und Jugendlichen. Regelmäßig soll ein Patenbericht erstellt werden, der mit in die Akte einfließen soll (vgl. Rotthaus 1990, S. 169ff.).

Neben den Übergabegesprächen, die auf kurzfristige Absprachen abzielen, verweist Rotthaus auf eine wöchentliche Stationsbesprechung, die das Zentrum therapeutischer und pädagogischer Arbeit ist. Neben den Mitarbeitern der Klinik sollten bei Bedarf die Mitarbeiter der komplementären Dienste herangezogen werden.

„In der Stationsbesprechung werden Entscheidungen getroffen, die jeder Mitarbeiter bejahen und vertreten kann, Therapiekonzepte abgesprochen und den jeweiligen Fortschritten oder Rückschritten der Kinder und Jugendlichen angepaßt, werden die Interaktionen zwischen den Kindern und Jugendlichen einerseits und zwischen den Kindern und Jugendlichen und den Mitarbeitern andererseits thematisiert“ (Rotthaus 1990, S. 176).

8.4 Pädagogische Grundhaltungen

Bedeutsam ist die Berücksichtigung und Erörterung persönlicher Sichtweisen der Mitarbeiter. So können über unterschiedliche Wahrnehmungen reflektiert und zu einem ganzheitlichen Bild zusammengefügt werden. Durch die Vielfältigkeit und Widersprüchlichkeit vom Verhalten der Kinder und der Interpretationen so wie Reaktionen wird eine zu schnelle Etikettierung vorgebeugt (vgl. Rotthaus 1990, S. 176). Die Stationsgruppe kann als ein Hilfsmittel zur Prägung eines therapeutischen Milieus dienen. Wichtig sind hierbei Regelmäßigkeit, die angemessene Dauer, die feststehenden Regelungen und die Integrierung in die Tages- bzw. Wochenstruktur. Ausnahmen sollten z. B. bei akuten Krisenfällen gemacht werden, die dann nicht an der Stationsgruppe teilnehmen. Thematisch beziehen sich die Stationsgruppen mit der Klinikrealität (aktuelle Ereignisse, besondere Vorkommnisse, Spannungen zwischen den Kindern und Jugendlichen und mit den Mitarbeitern, neue Patienten stellen sich vor und es wird besprochen wer ihn in die Station einweist oder auch störungsbedingtes Verhalten erklären um Ängste abzubauen, so wie die Besprechung des Abschieds) und die Gestaltung des Zusammenlebens wie z. B. gemeinsame Aktivitäten planen. Die in dieser Form stattfindenden Interaktionen in der Stationsgruppe fördert das soziale Lernen (vgl. Rotthaus 1990, S.180f.). Zu beachten ist, dass die Mitarbeiter als Paten ihren Kindern und Jugendlichen zur Seite stehen

„um Rückhalt zu geben und ggf. in der Anfangszeit Hilfs-Ich-Funktion übernehmen, und dies nicht nur beim Äußern von Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen, sondern auch beim Ertragen von Frustration, wenn das spontane Äußerungsbedürfnis zugunsten dessen, der gerade redet, zurückgestellt werden muss (Rotthaus 1990, S. 180).

Die Stationsgruppe soll ebenfalls allgemein Frustrationen von Stationsabläufen abbauen. So steigt die Frustration, wenn sich die Betreuer zurückziehen um über die Patienten zu sprechen, was von den Kindern und Jugendlichen bewusst wahrgenommen wird (vgl. Rotthaus 1990, S. 179).

8.4 Pädagogische Grundhaltungen

Pädagogische Grundhaltungen bilden die Basis für die Begegnung zwischen Menschen in der pädagogischen Arbeit und bestimmen Beziehungsprozesse. Die Darstellung

8.4 Pädagogische Grundhaltungen

pädagogischer Grundhaltungen zeigen Ziele und Vorstellungen von Prinzipien, Methoden und Haltungen. Die Grundhaltungen lassen sich nicht unbedingt voneinander abgrenzen. Die Sivus-Theorie und das Normalisierungsprinzip sind, so sei einfürend angedeutet, hauptsächlich für die Arbeit mit geistig Behinderten angedacht, dennoch m.E. übertragbar auf die Psychiatrie (seelische Behinderung). Weiterhin wird ein funktionaler und personenorientierte Ansatz in der psychiatrischen Arbeit diskutiert.

8.4.1 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip hat nicht das Ziel Verhältnisse zu normalisieren, sondern den Rahmen (Alltag) an den Normalitäten der sozialen Umwelt und Normen so nah wie möglich zu gestalten. Dazu zählt:

1. Normaler Tagesrhythmus (z. B. Aufstehzeit, Schulzeit),
2. Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen,
3. Normaler Jahresrhythmus,
4. Normaler (altersbezogener) Lebensablauf,
5. Respektierung und Berücksichtigung von Bedürfnissen unter Einbeziehung der Klienten,
6. Angemessene Kontakte zwischen Geschlechtern,⁸³
7. normaler wirtschaftlicher Standard,
8. Standards von Einrichtungen.

Die Entwicklung von Identität wird unter diesem Prinzip als Ausgleich zwischen biografischer Einmaligkeit und sozialer Identität verstanden (vgl. Röh 2009, S. 69ff.). Dabei werden drei Handlungsebenen berücksichtigt; Person selbst z .B. über Erziehung, Primäre soziale Systeme (sozialnahe Gruppen wie Familie hier über Angehörigenarbeit) und Gesellschaftssysteme (Schule über Veränderung der Rahmenbedingungen). Neben der Dimension der Interaktion gibt es die Dimension der Interpretation, die sich auf die

⁸³ Für die Klinik als Ort der Ressourcenaktivierung steht vor allem der positive Aufbau eines Selbstbild und der Selbstwertgewinn über Erfolgs-/Misserfolgserleben, kognitive Umstrukturierung von Schemata wie alle sind gegen mich, Erhöhung von Bewältigungsstrategien, Erleben als mehr oder weniger gesund (nicht als nur krank).

Überprüfung von negative Urteilen und dessen positiven Wendung beruht (vgl. Thimm 1994, S. 27ff.).

8.4.2 Sivus-Konzept

Das Ziel des Sivus-Konzepts ist die Begleitung eines eingeschränkten Menschen zu einem sozialen Individuum mittels der Stärkung von Selbstvertrauen, Selbständigkeit und Zusammengehörigkeitsgefühl. Das Menschenbild geht von einer individuellen als auch einer sozialen Entwicklung aus. Die Entwicklung von Menschen, nicht Objekten, ist der Kernpunkt des Menschenbilds. Die Begleiter erfüllen die Rolle begleitend und mitwirkend, nicht betreuend. Dazu bedarf es das Entdecken von Ressourcen und dessen Anknüpfung daran sowie Unterstützung bei fehlenden Ressourcen zur Ermöglichung des Ausprobierens. Entwicklung geschieht in diesem Verständnis als ein gemeinschaftliches Handeln, eine zunehmende Selbständigkeit innerhalb der Gruppen und von Gruppen soll erreicht werden. Grundlage ist die Arbeit an den sozialen Fähigkeiten, Planungsfähigkeiten, Arbeitsfähigkeit (als Umsetzung der Pläne verstanden) und die Beurteilungsfähigkeit fördern. Dies erfolgt über mehrere Stufen: Mit umfassender Unterstützung (durch Begleitung), mit nachlassender Unterstützung und schließlich ohne Unterstützung. In der Institution und anschließend in der Gesellschaft sollen fünf Stufen durchlaufen werden: Individual auf sich besinnt, zu zweit (Paarstufe), Innerhalb einer Gruppe, zwischen zwei oder mehreren Gruppen. Dabei stützt sich die Methode auf Grundsätze einer demokratischen Gruppentätigkeit, die Gruppe soll nicht zu groß sein für bessere ermöglichte soziale Kontakte sowie Platz für eigene und Gruppenarbeiten (vgl. Walujo und Malmström 1991, S. 158ff.).

8.4.3 Funktional oder Personenorientiert?

In der Psychiatrie lassen sich drei Paradigmen ausmachen; der systemische Ansatz, der subjektorientierte Ansatz und das Fürsorgemodell. Das Fürsorgemodell resultiert aus einem medizinischen Krankheitsverständnis und wird eher als kontrollierende Fürsorge und nicht als Selbstbestimmungsfördernd angesehen. Da dieser Ansatz mit dem Verständnis der vorliegenden Arbeit im Widerspruch steht, wird dieser nicht weiter verfolgt. Der subjektorientierte Ansatz begreift die Person an sich als Subjekt mit allen zugesprochen Rechten und der dazugehörigen Autonomie, sie ist die direkte Ansprechperson bei Lösung von Problemen. Der systemische Ansatz bezieht das System

8.4 Pädagogische Grundhaltungen

als nahes soziales Umfeld verstanden mit in einen Klärungsprozess ein. Über die Kommunikationsprozesse sollen Lösungen gefunden werden. Zur weiteren Meta-Unterscheidung können zwei grundlegendere Haltungen herangezogen werden. Dem systemischen Ansatz kommt eher die Rolle der Veränderung zur Lösungsfindung zu. Der Fokus liegt auf der Gegenwart und der Zukunft, problematisierende Erfahrungen, entwickelte Beziehungsmuster und vergangene Situationen spielen hierbei eine untergeordnete Rolle ebenso wie emotionale Lebensprobleme, sofern sie nicht als störend angesehen werden (Gefahr der Wertung: eine Person hat alleine Schuld und muss ihr Verhalten verändern). Dem subjektorientierten Ansatz kommt eher die Rolle der Verstehensbegleitung und Beziehungsarbeit zu. Hier steht als zentraler Punkt die Eröffnung neuer Bewertungsmöglichkeiten, die Veränderungsseite kommt hier jedoch zu kurz (vgl. Haselmann 2008, S. 349ff.). Die unterschiedlichen Rollen der Ansätze erinnern an die grobe Einteilung in Diskussionen von Verhaltenstherapie zu Psychoanalyse und zeigen die grundsätzlichen Debatten, ob eher verstehen (von personengebundenen/unbewussten Vorgängen) oder eher Lösungsorientierungen/Verhaltensänderungen (an systemischen/kognitiven Ebenen) geboten sind.

Der praktische Erfahrungsbericht von Bröder (2011, S. 95ff.) aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, die anlehnend an der klassischen Psychoanalyse mit Übertragungsprozessen arbeitet, verweist auf die Ergiebigkeit des Verstehens für die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur bei ungelösten Konflikten mittels Akzeptanz der Erlebens- und Verhaltensweisen auf Seiten der Mitarbeiter. Die Herangehensweise ermöglicht Entwicklungsschritte über neue Erfahrungen zu fördern (auch über zu setzende Grenzen). Einsicht wirkt dabei als ein motivationsfördernder Aspekt. Grundlage der Umsetzung sind Qualifikationen der Mitarbeiter, denn ohne die kann es zu einem falschen Umgang mit den Übertragungen kommen, da diese ebenfalls Herausforderungen bereit hält wie z. B. dass die Arbeit an gewohnten Abwehrmechanismen zu Frust führen kann, zu hohe Erwartungen gestellt werden und dem Trugschluss vertraut wird, Einsicht bedeutet Veränderung. Trotz der Herausstellung der positiven Seiten wird angeführt, dass der psychoanalytische Ansatz vor allem für jüngere Patienten wenig bewusste Orientierungspunkte bietet und eine Ergänzung eines verhaltenstherapeutischen Verfahrens gewünscht wird (vgl. Bröder S. 95ff.). In der Praxis scheint laut diesem Bericht der Ansatz des Verstehens erfolgreich, aber nicht komplett. Die Kombination beider Ansätze mit den verschiedenen Sichtweisen kann über das Beispiel eines Menschen fortgeführt werden, der sich auf dem Weg zum Bahnhof verläuft. Während bei

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

der verstehenden Methode die Person eher weiß, wie sie in die Situation gelangt ist und wie sie sich beim nächsten Mal anders verhalten kann (z. B. erst auf eine Karte schauen und dann los gehen – Zielfindung wird verzögert), liegt bei der lösungsorientierten Methode die Aufmerksamkeit auf den Weg und welche Verfahren am schnellsten zum Ziel führen (wobei hier beim nächsten Mal der gleiche Fehler gemacht werden kann, aber auch reflektiert werden kann). Die Ergänzung der Ansätze wird als gewinnbringend erachtet (vgl. Haselmann 2008, 358f.). Es wird als möglich angesehen, dass ein Mitarbeiter verschiedene Ansätze (empathische Arbeit und Systemarbeit) übernehmen kann, aber die Aufteilung der Rollen auf verschiedenen Mitarbeiter ist sinnvoller, da die Rollen verschiedene Haltungen beinhalten (z. B. hier advokatorisch-unterstützend versus neutral-begleitend und eher vermittelnd) und die Patienten mit verschiedenen Erwartungen an verschiedene Personen herantreten können (klare Rollenverteilung). Erfolgreich wird die ergänzende Arbeit der Ansätze im Need-Adapted-Treatment bzw. in der Variante des Open-Dialogues praktiziert (vor allem in Finnland und Schweden) (vgl. Haselmann 2008, S. 362ff.). In einer Kinder- und Jugendpsychiatrie muss ein hoher Anteil auf beide Ansätze gelegt werden, da das System sehr großen Einfluss auf Patienten hat und schnelle und einfache positive Veränderungen eine Verbesserung der Lage bedeuten und die Motivation erhöhen. Als Grundlage der Arbeit sind das Verstehen und die Beziehungsarbeit anzusehen, da ansonsten die Grundlage für die heilende Wirkung von Entwicklungsprozessen ausbleibt (und der Bahnhof immer wieder aus den Augen verloren wird).

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

Kinder sind aktive Subjekte, die ihre Bildung selbst (mit-)gestalten (Liegle 2003) bzw. Kinder sind Konstrukteure ihrer Persönlichkeiten (Hurrelmann und Brüder 2003). Die aktuelle Gesetzgebung der BRD unterstützt Kinder und Jugendliche in diesem Bereich (SGB VIII). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrscht jedoch wie dargestellt eine medizinisch-psychologische Ausrichtung, die auf Diagnosen und Mitarbeit der Patienten ausgerichtet ist. Wie die Interviews zeigten, wird häufig die Möglichkeit der Beteiligung am Klinikaufenthalt von Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erfahren. Hier stellt sich ein Widerspruch zwischen Anspruch von Erziehungsidealen und Behandlung dar. Dabei wird hier ein Aspekt angesprochen, der sehr sensibel ist. Auf der einen Seite sind Kinder und Jugendliche, vor allem in einer Krisensituation, nicht in der Lage für sich

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

unbedingt Entscheidungen zu treffen, die ihrem eigenen Wohl entsprechen, z. B. Patienten mit Essstörungen die nicht essen möchten. Doch gerade negative Erfahrungen im Bereich der Mit- und Selbstbestimmung können eine Machtlosigkeit hervorrufen, mit denen über eine Diagnose ein Machtkampf um Mit- und Selbstbestimmung entstehen kann und die Auswirkungen auf den Genesungsprozess haben. In der Klinik ist der Blickpunkt auf die Symptome und die Fähigkeiten gelegt. Die Mitarbeiter einer Kinder und Jugendpsychiatrie bekommen allerdings nicht mit, wie die Patienten sich außerhalb der Krisensituation verhalten und welche Ressourcen noch vorhanden sind. Der Blickwechsel bzw. die Hinzunahme dieses Blicks wäre fördernd, da vor allem das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen verstärkt 'angeknackst' werden könnte. Das Spannungsverhältnis zwischen Zwang, Autonomie und Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung bleibt daher ein Kernstück pädagogischer Arbeit. Ein zentraler Beziehungsaspekt ist in der Klinik die Erfahrung von Macht und Kontrolle sowie zwischen Zwang und Autonomie. Zu viel gespürter Zwang z. B. durch Rollenerwartungen an Patienten von außen, führen zu Anpassung an die Gegebenheiten mit dem Ziel die Einrichtung zu verlassen (entweder über den vorgesehenen Weg - Interview 9 oder durch Regelverstöße – Interview 1), ohne dass eine Änderung oder ein besserer Umgang mit den Symptomen erreicht wurde (was in beiden angegebenen Interviews gewünscht wurde – intrinsische Motivation). Zu viel gespürte Autonomie dagegen stellt die Institution und ihren Sinn in Frage, da keine Beziehung und somit keinerlei Rückmeldung erfahren wurde (Interview 3).

„Einen unmittelbaren Zugang zur Autonomie gibt es nicht. Selbstachtung und ein Gefühl, das Leben sei wert, gelebt zu werden, können dazu führen. Das sind die wesentlichen Bestandteile seelisch-geistiger Gesundheit; echte Autonomie ist die Folge, und sie ist die größte Leistung des Menschen. So sollten von dem Augenblick an, in dem ein Patient ein psychiatrisches Krankenhaus betritt, alle Bemühungen darauf konzentriert werden, ihm zu zeigen, daß diese Anstalt zu dem Zweck entworfen ist, ihm zur Selbstständigkeit zu verhelfen“ (Bettelheim 1975, S. 54).

Wie Dewey ging Bettelheim davon aus, dass das Gefühlsleben das Verhalten beeinflusst und der Mensch zu sehr nach Vernunftsmaßgaben beurteilt wird (vgl. Bettelheim 1980, S. 73). Vernunft, als höheres Erkenntnisvermögen des Verstandes, wirkt nach Kant

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

losgelöst von jeglicher Wahrnehmung und Erfahrung – Vernunft ist demnach für Erfahrung Voraussetzung. Erkenntnisse sind nach Dewey dagegen nicht losgelöst von Sinnlichkeit und Erfahrung, sondern Teil der Erfahrung ist die eigene Wahrnehmung und das logische Schließen (vgl. Eglauer 2001, S. 106f.). Vernunft liegt nicht der Erfahrung zugrunde, sondern Vernunft ist das Ergebnis konkret aktiven und planenden Denkens. Veränderung, durch Verbesserung von Erfahrungen für zukünftige Situationen, ist der Anspruch von Erziehungsprozessen (vgl. Weigand 2004, S. 153). Die Bedeutung von Emotionen auf Lernen zeigt sich an dem Lernhindernis Angst. Lernen wird hier verstanden als eine Aneignung von emotionslosem (Schul-)Wissen. Jedoch haben Kinder Emotionen, die sie mit dem Lernen verbinden. Die Ergründung wovor das Kind Angst hat und welchem Zweck die Angst dient ist das Erkennen und ein Teil der Lösung, denn dies hilft die Angst zu überwinden. Die Erkenntnis ist die Voraussetzung für die Auflösung emotionaler Schwierigkeiten (vgl. Bettelheim 1979, S. 188) und Grundlage zur Gestaltung eines Erziehungsklimas. Die Thematik berührt in einem besonderen Maße, welche (ethische) erzieherische Grundhaltung in einer Institution vorherrschend ist.

8.5.1 Patientenrolle

Als erster reflektierender Anhaltspunkt wird die Patientenrolle betrachtet, die wiederholende Muster menschlicher Beziehungen darstellen. Während des Aufenthalts gibt es keine Rollenteilung (Schüler/Familienmitglied), sondern nur die Rolle Patient. Abhängig davon sind die Erfahrungen des Aufenthalts u. a. der Privatsphäre (Kontrolle). Hiervon sind besonders die Aufgaben der Alltagsgestaltung und darin der Aspekt Erziehung als Erfahrungslernen betroffen. Durch die vorgenommene Aufgabenbestimmung des Fachgebiets wird die psychiatrisch relevante Lebenssituation der Patienten angedeutet. Die Patientenrolle gestaltet sich durch formal vorgegebene Regelungen der Einrichtung, durch das Stationsklima und die Handlungen der Mitarbeiter. Die Patientenrolle an sich bildet einen Unterschied zur alltäglichen Rolle und lässt sich nach Siegrist (1978 S. 7f.) unter einer organisatorischen und einer sozialen Dimensionen betrachten.⁸⁴ Zur organisatorischen wird der abrupte Rollenwechsel (Bruch mit der Alltagswelt), der kollektive Tagesablauf (individuelle Bedürfnisse von Patienten werden minimiert), ständige Präsenz und Verfügbarkeit der Patienten und

⁸⁴ Siegrist bezieht sich auf Akutkrankenhäuser, welche m.E. für die Kinder- und Jugendpsychiatrien übernommen werden können.

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

Kontaktbegrenzung gefasst. Zur sozialen Dimension zählen Informationsbegrenzung z. B. über Verlauf und Prognose der Krankheit, Unpersönlichkeit der Beziehungsformen (Arbeitsroutine gegenüber individueller Zuwendung) und einem hohen unregelmäßigem Sanktionspotential. Die Auswirkung der längerfristigen Übernahme einer Patientenrolle unter ungünstigen Voraussetzungen hat bereits Rohde (1975, S. 197ff.) beschrieben. Diese sind:

- psycho-soziale Entwurzelung,
- die relative Entpersönlichung und
- die relative Infantilisierung.

Die psycho-soziale Entwurzelung ist das Raus-Reißen aus der gewohnten Umgebung mit allen bekannten sozialen Sicherheiten und der Restriktion von zwischenmenschlichen Beziehungen. Beides kann zu einem Mangel an Vertrautheitserlebnissen, Angst und Sorge um die Angehörigen oder der Vorstellung, nicht mehr geliebt, geschätzt oder von Nutzen zu sein führen. Die relative Entpersönlichung bedeutet die Übernahme einer von der Persönlichkeit abweichenden Identität angepasst an die Organisation Krankenhaus. Als Patient müssen Routineabläufe eingehalten und eigene Bedürfnisse dem Ablauf untergeordnet werden. Dies birgt ein hohes Konfliktpotential und das Risiko eines Autonomieverlusts. Die relative Infantilisierung von Patienten wird vor allem über die Abhängigkeit gegenüber des Personals, z. B. bei der individuellen Bedürfnisbefriedigung erzeugt und gestärkt. In den Abläufen kann sich sogar eine Notwendigkeit entwickeln, sich helfen lassen zu müssen. Eine Gutstellung mit dem Personal ist für das Weiterkommen im Krankenhaus und für die Erreichung der Entlassung unerlässlich, da Verhalten stets kontrolliert wird und eine Übertretung von Regeln Sanktionen mit sich bringt (vgl. Rohde 1975, S.197ff.). In den Interviews waren dies die Vorspielung von Anpassung, um Vorteile zu genießen und aus der Klinik entlassen zu werden. Für die pädagogische Aufenthaltsgestaltung sind Auswirkungen der Patientenrolle zu reflektieren.

8.5.2 Patientenrechte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Es bestehen auf nationaler und internationaler Ebene Gesetze, Richtlinien und Chartas, die die Rechte von Kinder und Jugendlichen sichern sollen, vor allen in den Bereichen

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

Informations- und Partizipationsrechte. So ist in der UNO-Kinderrechtskonvention⁸⁵ (ratifiziert von der BRD 1992) von 1989 im Artikel 12 die Berücksichtigung des Kinderwillens festgehalten, in Artikel 13 wird darüber hinaus die Kindern Informationsfreiheit (unter wenigen Ausnahmen) zugestanden. In der deutschen Gesetzgebung ist im §1626 Abs. 2 BGB Grundsätze elterlicher Sorge festgehalten, dass die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der §36 (2) SGB VIII die Mitwirkung von Kindern und Jugendlichen beim Hilfeplan von Bedeutung. Allerdings, so stellen Fegert und Goldbeck 2004 (S.223) fest, dass die Informations- und Partizipationsrechte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang ein untergeordnetes Thema sind. Auch die UNO-Behindertenrechtskonvention von 2006, die die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beinhaltet bzw. die Vermeidung von Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen, hat Auswirkungen auf die Psychiatrie. Jedoch muss beachtet werden, dass der Anspruch bei Menschen mit psychischen Störungen ein anderer ist, als Menschen mit somatischen oder geistigen Beeinträchtigungen.

Voraussetzung zur Nutzung der Rechte ist die Möglichkeit, diese auch nutzen zu können. Vor allem bei Kindern wird dieses vor allem mit dem Argument der Entwicklungsreife angezweifelt. Eine empirische Studie zum außerschulischen Alltag von 8 - 11-jährigen Kindern aus dem Bleiweißviertel in Nürnberg kommt zu dem Schluss, dass den Kindern schon eine hohe Kompetenz zugesprochen werden kann. Sie sind kompetente Gesprächspartner. Sie befassen sich in dem Alter schon mit ihrem inneren Erleben und können diese sowohl verbal als auch schriftlich äußern (vgl. Roppelt 2003, S. 603). Diese Studie wurde mit Kindern ohne psychische Beeinträchtigungen erhoben. Jedoch ist es vorstellbar, dass Kinder und Jugendliche je nach Diagnose und aktuellem Schweregrad, sich äußern können über ihre Wünsche und partizipieren können an dem (Therapie-) Prozess in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Diskussion der Partizipation von Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet in der BRD nur vereinzelt statt, konkrete Handlungsansätze sind kaum zu finden. Schwerpunktmäßig rücken zwar die Themen Qualität und Patientenzufriedenheit immer weiter in den Vordergrund, doch Kinder und Jugendliche

⁸⁵ In dieser Konvention gelten alle Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs als Kinder.

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

werden in diesen Prozessen bislang nicht einbezogen (vgl. Kriener und Wilting 2004, S. 482). So ist die Frage, wer vertritt Kinder und Jugendliche bislang, hauptsächlich über die Gesetzeslage zu beantworten. Vor allem die Handlungen und die Rechtfertigung zur freiheitsentziehenden Maßnahme stehen hierbei im Fokus.⁸⁶ Somit bekommt die Rolle des Fürsprechers für die Kinder und Jugendlichen die Personensorgeberechtigten, die Gesetzeslage und die Personen des Stationspersonals zu. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass in Kinder- und Jugendpsychiatrien ebenfalls Patientenvollversammlungen stattfinden und Patienten- bzw. Stationssprecher gewählt werden, allerdings ist die Möglichkeiten der Vertretung bei kurzfristigen Aufenthalten und der Position der Kinder und Jugendlichen als gering einzuschätzen.⁸⁷ Die Möglichkeiten müssen weitergehend betrachtet werden.

8.5.3 Ethische Grundhaltung

Ethische Grundhaltungen bilden das Fundament für die Ausrichtung pädagogischer Handlungen. Bettelheims Arbeiten zielen auf Unterstützung zur Selbstständigkeit (Leben lernen, Autonomie und Respekt). Eine Gratwanderung zwischen Kindeswohl und Kindeswillen stellt in der pädagogischen Arbeit eine große Herausforderung dar: Was möchte das Kind (eigene Entscheidung - Autonomie), was gefährdet sein Wohl (wann muss für das Kind entschieden werden – Zwang) und wie können grundlegende menschliche Bedürfnisse befriedigt werden? In dem Spannungsverhältnis zwischen Kindeswohl und Kindeswille bietet der Begriff Wohlergehen eine gewinnbringende Erweiterung für die pädagogische Betrachtungsweise, die an der Grundbefähigungsliste von Nussbaum angelehnt ist. Ziel ist es, Handlungsmöglichkeiten und Entscheidungskompetenzen für ein gutes Leben zu fördern und so groß wie möglich zu halten unter der Berücksichtigung realer gesellschaftlicher und akteursbezogener Möglichkeiten (Lebensweltorientierung). Der Ansatz des 'Capability Approach' von Nussbaum bezieht sich dabei auf eine aristotelische Ethik. Das zentrale Thema ist die

⁸⁶ In den siebziger Jahren hat das Bundesverfassungsgericht in mehreren Entscheidungen festgestellt, dass auch Minderjährige Träger von Grundrechten sind. Damit gilt auch für sie: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich“ (Art. 104 GG).

⁸⁷ Die Auswirkungen auf die Entwicklung sowie der aktuelle Forschungsstand werden im weiteren Verlauf erläutert.

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

Frage nach der Möglichkeit eines guten Lebens. Das gute Leben, oder das was als solches bezeichnet wird, kann weder allgemein gültig bestimmt noch von Dritten vorgegeben werden. Vorgaben würden einem emanzipatorischen Verständnis entgegenstehen und zu einer Ideologie hinführen. Vielmehr geht es darum, den Einzelnen zu befähigen, ein gutes Leben zu führen und die Person zu befähigen, Entscheidungen dahingehend für sich zu treffen. Vorrangig geht es um die Verwirklichung von individuellen Vorstellungen eines guten Lebens und dessen Möglichkeiten unter Beachtung der größtmöglichen Selbstbestimmung und Autonomie (vgl. Otto und Ziegler 2010, S. 11). Gerade hierin liegt ein Anknüpfungspunkt an Bettelheims Arbeiten. „Der aristotelischen Tradition folgend, nimmt der Capabilities-Ansatz über Regeln, Standards, Prinzipien und rationale Abwägungen hinaus auch Bedürfnisse, Neigungen, Empfindungen, Haltungen, Erlebnisperspektiven, Sinn- und Symbolsysteme sowie ästhetische Handlungsmotivationen der AkteurInnen in den Blick und verweist darauf, dass ein gutes Leben nicht nur ein individuelles, sondern immer auch ein soziales Projekt ist“ (a.a.O., S. 9). Denn die größtmögliche Bereitstellung von materiellen, institutionellen und pädagogischen Möglichkeiten ist nur als soziales Projekt zu verwirklichen (vgl. a.a.O., S. 10f.).

Die Grundfähigkeiten nach Nussbaum (1999, S. 200ff – siehe Anhang 1) sind auf Fähigkeiten (oder deren Förderung) gelegt. Hierbei wird das Anerkennen von individuellen Lebensplänen, das Gefühl des Einzelnen, etwas ändern zu können, und die Gewissheit, dass Änderungen (langfristig) lohnend sind vorausgesetzt. Der Ansatz berücksichtigt ferner reale individuelle Möglichkeiten und Handlungsspielräume. So wird zwischen functionings (Funktionsweisen) und capabilities (Verwirklichungschancen/Fähigkeiten) unterschieden. Das erstere ist die Sicht auf reale Begebenheiten bzw. Funktionen, was eine Person ist, was sie tut und was sie an Eigenschaften mit sich bringt, also das, was das Ergebnis vergangener Entscheidungen ist. Die Verwirklichungschancen sind die objektiven Möglichkeiten oder Freiheiten sich für oder gegen Funktionsweisen zu entscheiden. Es geht also um die Entwicklung und Verfolgung eines Lebensplanes, die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten und den Wunsch den eigenen Lebensplan umzusetzen (vgl. Otto und Ziegler 2010, S. 11). Eine psychische Störung kann die Möglichkeit der Grundfähigkeiten aufgrund ihrer Art und Schwere beeinträchtigen. So kann z. B. während einer Krisensituation die Fähigkeit Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen, vorübergehend nicht vorhanden sein (siehe Punkt 5). Dennoch verfällt durch die Beeinträchtigung nicht das Recht auf ein gutes

Leben. Im Gegenteil; im Vordergrund steht möglichst viele Fähigkeiten zu erhalten und die Herstellung der Fähigkeiten zu bewirken (vgl. Nussbaum 2010, S. 267). In Fähigkeitsbereichen, die vorübergehend oder gar nicht hergestellt werden können, kann eine Person als Vermittler dienen. So ist der Vermittler eine Brücke zu den menschlichen Grundfähigkeiten (vgl. a.a.O., S. 270ff.).

8.5.4 Selbstbestimmung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Häufig wird die Möglichkeit diskutiert, inwieweit Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt selbst bestimmen können und inwieweit die Selbstbestimmung sinnvoll ist. Höger (2010) diskutierte unter dem Verhältnis von Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit das richtige Handeln für Selbstbestimmung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zur Beantwortung der Frage nach dem richtigen Handeln helfen pragmatische Leitlinien und gesetzliche Bestimmungen. Darüber hinaus existieren gesellschaftlich ethische Konzepte, die von nahezu allen Menschen als moralische Grundvorstellungen geteilt werden. Es ist davon auszugehen, dass Kompetenzen für Einwilligungsentscheidungen mit Erreichen der 4. bis 5. Schulklasse bei allen Patienten erreicht, in vielen Fällen sogar bereits früher entwickelt sind. Wie bei Erwachsenen schwanken die Fähigkeiten der Autonomie, die beeinflusst sind von Vorerfahrungen und Lebenskontexten. Obwohl gleiche Symptome vorhanden sind, kann die Fähigkeit für Entscheidungen dennoch sehr unterschiedlich sein und ist somit individuell. Jedes Kind kann an drei möglichen Stufen der Entscheidungsfindung unabhängig der vorhandenen Fähigkeiten beteiligt werden. Hierzu zählt Aufklärung (reine Information), äußern der Meinung (als reine Willensäußerung) sowie Mitwirkung bei der Entscheidung. Die vierte Stufe, wichtigster Entscheider über durchzuführende Maßnahmen, kann jedoch (zu Beginn) nicht allen zugemutet werden. Eine weitere ethische Frage entsteht im Umgang mit der Schweigepflicht. „Bei der Behandlung Minderjähriger müsse der Arzt im Konfliktfall sorgfältig abwägen, wessen Interessen vorgehen; diejenigen des heranwachsenden Kindes, auch seinen Eltern nichts über die Erkrankung mitzuteilen, oder die Interessen der Erziehungsberechtigten, über den gesundheitlichen Zustand ihres Kindes informiert zu werden“ (a.a.O., S. 423). Mit modernen Vorstellungen der Erziehung zur Autonomie und abgestufter Grundrechtsmündigkeit müsste hauptsächlich die Theorie der allgemeinen Schweigepflicht angewandt werden. Bei dieser Theorie ist die Schweigepflicht ab einer bestimmten Reife Standard und nur in Ausnahmen eine Offenbarung erforderlich. Hier

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

gilt, so viel Verschwiegenheit wie möglich, so viel Offenbarung für die Behandlung wie notwendig. Höger diskutiert weiter die Konfliktsituation zwischen Autonomie und Fürsorge, zwischen Selbstbestimmung und Behandlungsnotwendigkeit unter dem Aspekt der Selbst- und Fremdgefährdung (beides werden als Ermessensspielräume angegeben) und die Gefahr für das Kindeswohl. Übergeordnetes Ziel der Psychiatrie sollte sein, die „vollständige Wiedererlangung der entwicklungsangemessenen Autonomie, indem freiheitsentziehende Maßnahmen überflüssig werden und eine möglicherweise notwendige Weiterbehandlung einvernehmlich realisiert werden kann. ... Freiheitsentziehung nur als letztes Mittel und für die kürzest angemessene Zeit anzuwenden, ein Argument dafür, der therapeutischen Kontinuität große Bedeutung beizumessen“ (a.a.O., S. 424). Ein übergeordneter ethischer Ansatzpunkt für die Bestimmung zwischen Fremd- und Selbstbestimmung wird durch das Kindeswohlergehen behandelt.

8.5.5 Kindeswohlergehen als Entscheidungsgrundlage

Wesentlicher Bestandteil des Befähigungsansatzes ist die Selbstbestimmung über individuelle Lebensentwürfe. Kinder und Jugendliche können jedoch Entscheidungen für sich treffen, die das eigene Wohl gefährden und die es eigentlich zu verhindern gilt. Oelker und Schrödter (2010) entfalten zwischen Kinderschutz, Interessenvertretung und Gestaltung von Aufwuchsbedingungen eine Perspektive für den Befähigungsansatz.

Kindeswille wird mit den eigenen Interessen des Kindes gleichgesetzt, die nicht durch andere bestimmt sind (vgl. a.a.O., S. 149). Der Begriff Kindeswohl ist dagegen komplexer. Er ist handlungsleitender Begriff für die Kinder- und Jugendhilfe und über die Begrifflichkeit übt der Staat eine Wächterfunktion über die Erziehungsverantwortung aus (vgl. a.a.O., S. 144f.). Kindeswohl wird höchst bedeutungsvoll, „wenn das Kind zu einer Selbstbestimmung seiner Interessen rechtlich nicht in der Lage ist und deshalb sein objektiv bestimmtes wohlverstandenes Interesse in den Vordergrund tritt. Aus dieser Ersatzfunktion des Kindeswohls ergibt sich, dass der Kindeswille bei entsprechender Reife des Kindes eine Berücksichtigung finden muss. Als Akt der Selbstbestimmung und der kindlichen Autonomie ist der Wille des Kindes also Teil des Entscheidungsmaßstabes Kindeswohl“ (Parr 2005: 9f. zitiert nach Oelker und Schrödter 2010, S. 146). Demnach verhalten sich Kindeswohl und Kindeswille zueinander. Die Umsetzung des Kindeswillens kann eine Schädigung des Kindeswohls bedeuten aber ohne Kindeswille gibt es kein Kindeswohl (vgl. Oelker und Schrödter 2010, S. 147). Der Wille kann bei

8.5 Erziehungsklima zwischen Zwang und Autonomie

Kindern wie Erwachsenen sprunghaft sein und die Spannung zwischen Kindeswille und Kindeswohl muss ausgeglichen werden unter der Devise – so viel Kindeswille wie möglich und so viele Eingriffe für das Kindeswohl wie nötig (vgl. a.a.O., S.148). Maßstäbe oder genauere Bestimmungen für Kindeswohl existieren nicht. Die Auslegung von Kindeswohl bedarf somit immer einer individuellen Komponente. Entweder als vom Kind und der Bezugsperson gemeinsam anerkanntes Kindeswohl (subjektiv) oder das von der Bezugsperson oder anderen Stellen bestimmte Kindeswohl (objektives). Ferner gibt es die Unterscheidung, ob das Kind wirklich in der Lage ist, seinen Willen rational abzuwägen und zu beschreiben oder sich täuscht und im Unklaren ist, was es wirklich will (vgl. Oetker und Schrödter 2010, S. 149ff.). Hieraus ergeben sich unterschiedliche Verhältnisbestimmungen zwischen Kindeswille und Kindeswohl.

Für die Vermittlung zwischen dem Spannungsverhältnis von Kindeswille und Kindeswohl plädieren Oelker und Schrödter (2010, S. 156f.) für die Erweiterung um den Begriff Wohlergehen. Unter Wohlergehen wird mehr als nur Lebensunterhalt im Sinne von Grundbedürfnissen verstanden. Es schließt über realisierte Zustände hinaus auf vorhandene Möglichkeiten die zukünftige Dimension mit ein (vgl. a.a.O., S. 156). Der Einschluss der zukünftigen Dimension ist wichtig für das Freiheitsverständnis als zentrales Anliegen des Befähigungsansatzes; die Freiheit zielgerichtet zu Handeln und Wohlergehen anzustreben. Als allgemeine Grundlage für Kinder und Jugendliche gilt es somit, ein Mindestmaß an Chancen zu ermöglichen, um Wohlergehen verwirklichen zu können. Anhaltspunkte für die Ermöglichung des Wohlergehens gibt die Grundbefähigungsliste von Nussbaum. Es geht hierbei nicht um die Durchsetzung der Fähigkeiten von der Liste, sondern um deren Ermöglichung und darauf basierend die Befähigung fördern, sich selber für ein gutes Leben entscheiden zu können. Grundbefähigungen dienen zur Einschätzung der Möglichkeiten und Bedingungen im institutionellen, materiellen und pädagogischen Bereich. (vgl. a.a.O., S. 158f.)

8.5.6 Gesundheitsbefähigung

Die dargelegten ethischen Normen zeigen deutlich die zukunftsorientierte Handlungsgrundlage. So wird zwar berücksichtigt, dass es Entscheidungen gibt, die für das Kind getroffen werden müssen, jedoch wurde ebenfalls gezeigt, dass die Entscheidungen dazu verpflichtend, sind die Fähigkeiten zu erhöhen, sich zumindest zukünftig für ein gutes Leben entscheiden zu können. Dabei liegt, wie dargestellt, die Entscheidung nicht bei den Begleitern, sondern bei dem Menschen, selber für sich

8.6 Wirksamkeitsmessungen

entscheiden zu können, was an den realen Bedingungen und den eigenen vorhandenen Fähigkeiten ansetzt. Die Diskussion von Höger zeigte praxisnahe Diskussionen und den Umgang mit Selbst- und Fremdbestimmung im Augenblick des Klinikaufenthaltes. Das oberste Ziel muss jedoch lauten, die Fähigkeiten für eine freie Lebensplanung in größtmöglicher Autonomie zu steigern. Der Heilungsbegriff (Recovery), so ist nochmals zu verweisen, ist demnach ein anderer als der medizinische. Wenn es um die Steigerung von Fähigkeiten im psychiatrischen Bereich geht, so sind die Fähigkeiten im Umgang mit der Störung, wie die Psychiatrie-Erfahrenen äußerten, gemeint. Treffend ist das Verständnis von Mental Health Literacy:

„Mental health literacy has been defined as knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention. Mental health literacy includes the ability to recognize specific disorders; knowing how to seek mental health information; knowledge of risk factors and causes, of self-treatments, and of professional help available; and attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking.” (Jorm et al. 1997).

So geht es im Erziehungsklima um die Erweiterung von psychischen Gesundheitskompetenzen um selbstbestimmt für die eigene Gesundheit einzustehen, bzw. bei Kindern und Jugendlichen diese im weiteren Lebensverlauf aufzubauen und zu stärken. Hiervon berührt sind ebenfalls die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren, die Erarbeitung von Coping-Strategien und die Stärkung von Schutzfaktoren/Minimierung von Risikofaktoren. Ethische Normen sind das Fundament pädagogischer Handlungsgrundlagen. Wichtig erscheint dennoch in psychiatrischen und kostengeführten Diskussionen neben der ethischen Diskussion stets die Frage nach der Wirksamkeit von Interventionen, also des messbaren Nutzens von erbrachten Leistungen (im ökonomischen Sinne gedacht).

8.6 Wirksamkeitsmessungen

8.6.1. Grundannahmen

Die Messung von pädagogischen Interaktionen im Klinikalltag bedarf Messinstrumente, die den hohen subjektiven Anteilen der Mitarbeiter und der Patienten entsprechen und die dynamischen Prozesse berücksichtigen (siehe Kapitel 1.2.5). Es bedarf Anpassungen der

8.6 Wirksamkeitsmessungen

nachgehend vorgestellten Messinstrumente und Untersuchungen, ob diese geeignet sind pädagogische Interventionen messbar zu machen. Denn ein salutogenetisches Verständnis versteht Gesundheit im Gegensatz zum dichotomen pathologischen Verständnis (gesund oder krank) als Kontinuum sich verändernder Lebens- und Gesundheitszustände (vgl. Jork 2006, S. 21). In diesem Ansatz steht nicht die Symptombehandlung im Vordergrund, sondern die Nutzung und ressourcenorientierte Stärkung von Widerstandsressourcen (vgl. a.a.O., S. 21f.). Anstatt zu fragen, was macht krank, wird gefragt: „Was macht – trotz gefährdender Einflüsse – gesund? Und darüber hinaus: Was erhält und fördert – trotz extremer Belastungen – Gesundheit?“ (Schulz und Bruland 2009, S. 44) bzw. „Wie wird man, wo immer man sich im Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky 1997, S. 92). Psychosoziale Faktoren sind keine Mathematik und nicht berechenbar, sondern unter den gegebenen Lebensvoraussetzungen der Klienten individuell – die Psychopathologie der Patienten kann keine gültigen Aussagen über deren Lebensvoraussetzungen treffen. Ähnliche bzw. gleiche gesellschaftliche Bedingungen und Lebenssituationen haben unterschiedliche Wirkungen auf Kinder und Jugendliche. Gerade dies macht den, wie die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen und der Experten gezeigt haben, hochsensiblen, psychosozialen Behandlungsbereich so komplex und es erfordert daher ein professionelles Handeln und Handlungskompetenz. Hierfür bedarf es Rückmeldungen, ob pädagogische Interventionen wirksam sind, die ehrliche Aussagen über interne Ressourcen der Patienten und externe Ressourcen (wie den Umgang der Mitarbeiter) und somit Rückschlüsse auf das Erziehungsklima zulassen. Es werden zwei Modelle vorgestellt, die in angepasster Form Möglichkeiten der Interventionsmessung und ehrlich gemeinte Rückmeldungen bieten.

8.6.2 Dimensionales Modell nach Mentzos

Wirkfaktoren, die interne Ressourcen betreffen, müssen in der Behandlung überprüfbar sein. Eignen tut sich hierfür kein Modell, welches dichotom gesund oder krank unterteilt, sondern nur ein dimensionales Modell, das Veränderungen auf der psychosozialen Ebene darstellen kann. Mentzos (1997 und 1999) entwickelte ein dimensionales Modell zur Einordnung psychotischer Prozesse, das an den vorhergegangenen Diskussionen anschließt. Er führt an, dass zwar Diagnoseschemata wie DSM und ICD Ergebnisse langjähriger Versuche sind, empirisch operationalisierte und objektive Diagnosen von psychischen

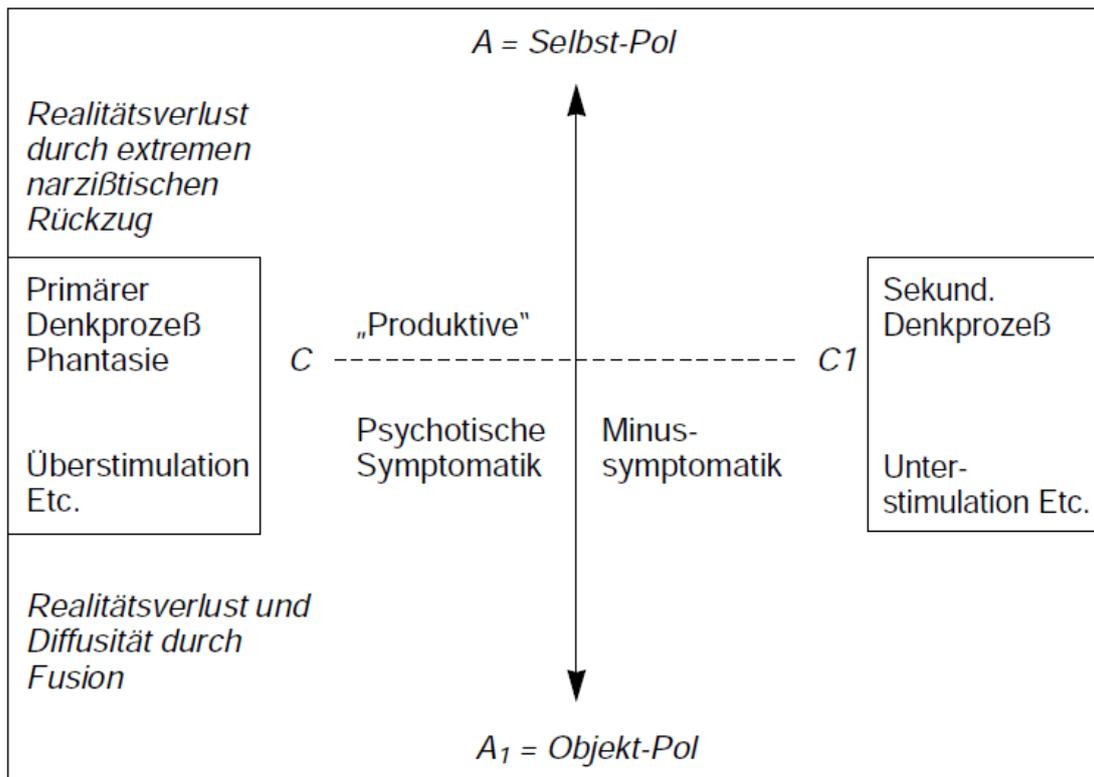
8.6 Wirksamkeitsmessungen

Störungen zu ermöglichen, die erhöhte Reliabilität jedoch keine Verbesserung der Validität bedeutete. Die biologische Psychiatrie entwickelte durch die neuen Errungenschaften die kategorialen Systeme weiter, aber es blieb ein Vakuum für psychodynamische Prozesse.

Grundlage für Mentzos Modell sind normale psychodynamische Entwicklungen, die (sowohl von biologischer als auch von psychosozialer Weise) gestört werden und somit zu Pathologien führen können. So wird bei einer gesunden Entwicklung die Bildung eines eigenständigen unabhängigen Selbst und die Bindung zu einem Objekt, ausbalanciert und miteinander verknüpft. Erst eine Störung führt zu pathologischen Einseitigkeiten wie die Negierung eines Objekts oder die Aufhebung zwischen Selbst und Objekt (Fusion). Das Umfeld trägt hierzu bei z. B. über kontinuierliche negative Affektäußerungen oder puffert diesen Prozess ab. Mentzos führt beispielhaft an, dass es für das psychodynamische Modell spricht, dass zwar biologische Grundvoraussetzungen für eine Psychose vorhanden sind, diese aber erst ausbricht, wenn es zu Veränderungen von Beziehungen, also der Nähe/Distanz, kommt. Die Selbstwertigkeit und die Objektwertigkeit bilden die ersten Polaritäten (A-Achse), die zwei verschiedene grundlegende psychische Entwicklungen ansprechen (siehe ab hier Abbildung 7). Eine weitere Achse ist die Unterscheidung von Minussymptomatiken und Plussymptomatiken (C-Achse), also zwischen selbsterniedrigenden Störungen wie Depressionen und selbsterhöhenden Symptomatiken wie Narzissmus. Das dritte Unterscheidungskriterium liegt zwischen einer Unterstimulation im Denken, d. h. zwischen eingeschränkten zu rationalisierenden Denkprozessen, und einer Überstimulation durch eine erhöhte Fantasie. Die Unterteilung bedeutet keine Schublade, in der eine Person verhaftet bleibt, sondern eine Aufnahme einer situativen temporären Merkmalsausprägung (vgl. Mentzos 1999, S. 102).

8.6 Wirksamkeitsmessungen

Abbildung 7: Beziehungs- und funktionaler Aspekt der Abwehrmodi (Mentzos 1997, S. 347).



„Die hier mit Hilfe dieses Modells beschriebene Differenzialpsychodynamik psychotischer Zustände bzw. der dafür benutzte begriffliche Rahmen sind übrigens, wenn man es so formulieren darf, nicht für die Behandlung des Patienten, sondern des Therapeuten bestimmt! Das durch das Modell womöglich erzielte bessere Verständnis des Therapeuten kann nämlich an erster Stelle dazu dienen, die meistens bei solchen Behandlungen sich entwickelnden heftigen schwer zu beherrschenden Gegenübertragungen adäquat, d. h. nicht Über-Ichhaft, zu überwinden. Erst an zweiter Stelle kann man sich dann, besonders in späteren Stadien der Behandlung, mit seiner Hilfe auch an Interventionen oder sogar Deutungen heranwagen ...“ (Mentzos, 1997, S. 349).

Mentzos führt an, dass das Modell z. B. für affektive Psychosen erweitert werden müsste und zwar um eine Achse mit Unterwerfung des internalisierten Objekts oder idealisierende Anklammerung an das Objekt, oder für andere Störungen spezifisch angepasste Achsen eingerichtet werden müssen. Das Modell weist Schwächen auf, jedoch überwiegen nach Mentzos Beurteilung die Vorteile, vor allem in der Unterscheidung von psychodynamischen Bedürfnissen, die sich in den Polen ausdrücken. Für die Pädagogik

8.7 Zusammenarbeit mit anderen Professionen

könnte in Anlehnung an Mentzos Modell eine Skala entwickelt werden, die pädagogische Prozesse dynamisch bewertet. Dabei ist davon auszugehen, dass das Verhalten sich täglich ändert, jedoch bei kontinuierlicher Messung Rückschlüsse auf die Wirkung von pädagogischen Interventionen und des Erziehungsklimas zulassen.

8.6.3 Messung durch visualisierte Rückmeldung

Weiterhin bleiben zur Messung der pädagogischen Beziehung Rückmeldungen der Patienten, die in den Stationsalltag eingebaut werden können. Mithilfe von Fragebögen wie der 'Outcome Rating Scale', einer Art Ergebnisbewertungsskala, und der 'Session Rating Scale' (beide Anhang 2), einer Bewertungsskala für Sitzungen können Rückmeldungen der Patienten gefördert werden (vgl. Bruland et al. 2015). So werden in der erstgenannten Skala das individuelle Wohlbefinden, die Beziehung zwischen sich und anderen Personen, das soziale Umfeld und das gesamte Wohlbefinden befragt. In der zweiten Skala wird die Therapiebeziehung, die Arbeit an Zielen und Themen der Patienten sowie die Vorgehensweisen und Methoden der gesamten Situation erfragt. Bei beiden Skalen werden die Angaben über Markierungen auf einer Linie ausgedrückt, die mit Hilfe von cm-Angaben visualisiert werden können. Vor allem bei der zweiten Skala wird ersichtlich, dass dies für pädagogische Handlungsgrundlagen in der Form und den zeitlichen Abständen angepasst werden muss. Ferner ist wichtig, dass zu den Skalen Interesse gezeigt wird und Rückmeldungen zu den Angaben eingeholt werden. Grundannahme muss sein, dass die Ansichten, Erfahrungen und Lösungen des Patienten in die pädagogische Arbeit einfließen, sich förderlich auf die Beziehung auswirken und darüber hinaus, die Faktoren für eine erfolgreiche Behandlungen erhöhen, Ideen und Vorstellungen des Patienten genutzt werden um den Aufenthalt zu gestalten und die Perspektive des Patienten nutzbar sind für die weitere Aufenthaltsgestaltung (vgl. a.a.O., S. 26f.). Ebenfalls werden Aspekte, die es zu reflektieren gilt, ersichtlich.

8.7 Zusammenarbeit mit anderen Professionen

Die Relevanz der multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Behandlung ist eng verknüpft mit dem Stationsklima. Bei Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von negativ gemachten Erfahrungen im Vorfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie auszugehen, die zu Gefühlen von Hoffnungs- und Hilflosigkeit führen, die Selbstachtung

8.7 Zusammenarbeit mit anderen Professionen

der Patienten kann verallgemeinert als niedrig eingeschätzt werden. Während des Aufenthalts sollen durch die Vermittlung von positiven Erfahrungen und Emotionen diesen negativen Gefühlen entgegengewirkt werden (vgl. Rotthaus 2001, S. 77). Hierfür ist die Gestaltung eines Stationsklimas notwendig, das positive Erfahrungen von Gelingen und Perspektiven von Können sowie Hoffnung und Moral fördert und eine Demoralisierung vermeidet (vgl. Rotthaus 2001, S. 75). Die Bedeutung der multiprofessionellen Zusammenarbeit und hier vor allem der Umgang mit Entscheidungen von und zwischen Mitarbeitern trägt zum Stationsklima bei. Eine positive Stationskultur verlangt, dass unter Mitarbeitern besprochene und im Kompetenzbereich getroffene Entscheidungen von allen Mitarbeitern respektiert und mitgetragen werden. Dies stellt über die gute Zusammenarbeit ein Vorbild für die Übernahme von Verantwortung bei den Patienten dar. Entscheidungen sollen nicht vor Patienten sondern stets im internen Gespräch bewertet und diskutiert werden. (vgl. Rotthaus 2001, S. 79). Eine funktionierende multiprofessionelle Zusammenarbeit steigert pädagogisch-therapeutische Ressourcen, wirkt sich entwicklungsfördernd auf die Patienten aus und hat einen positiven Effekt auf den Behandlungserfolg (Schäfer et al. 2009, S. 257f.). Konflikte im Stationsteam können dagegen bei Patienten zu einer Übertragung von familiären oder innerpsychischen Auseinandersetzungen führen (vgl. Branik 2001, S. 248). Branik (2001, S.249f.) nennt ein Beispiel zur Prägung eines pädagogischen Stationsklima:

„Es macht z. B. wenig Sinn, einen impulsiven Patienten, der zwischen sich und anderen nicht trennen kann und andere nur als die Verlängerung seiner selbst wahrnimmt, für Grenzüberschreitungen zu strafen oder an seine Selbstverantwortung zu appellieren, da er nicht über überdauernde Einsichts-, Steuerungsfähigkeit und selbstkritische Distanz verfügt, um solche Interventionen akzeptieren und nutzen zu können. Es würde eher nötig sein, die Strukturierung seines Alltags, seiner Kontakte, die Einhaltung von Grenzen sowie die Anpassung der an ihn gestellten Anforderungen durch konkrete Hilfen zu übernehmen. Dies können beispielsweise Begrenzung von Gruppenzeiten, vorausschauende Beachtung der Gruppenzusammensetzung und -dynamik, Abschließen von Zimmern, klare Regelung der Beschäftigungszeit und der Freiräume sowie Unterstützung beim Kontakt- und Gruppenverhalten sein.“

8.7 Zusammenarbeit mit anderen Professionen

In diesem Beispiel wird eine Demoralisierung durch eine zu hohe Handlungsverantwortung vermieden und positive Erfahrungen durch Unterstützung der Mitarbeiter gefördert, dessen Maßnahmen gut funktionierende Absprachen zwischen Mitarbeitern erfordern. Differenzen unter Mitarbeitern wirken somit nicht nur auf das Team, sondern stets auch auf die Behandlung der Patienten.

Die Betrachtung multiprofessioneller Zusammenarbeit ist somit wesentlich für eine Reflektion des Erziehungsklimas. Dabei stehen berufliche Identität und das professionsbezogene Fallverständnis im Vordergrund. Auf der einen Seite kann die Zusammenarbeit eine Bereicherung für alle Professionen und für therapeutische Behandlungen sein, auf der anderen Seite kann Zusammenarbeit auch zu Frustrationen, Missverständnissen und Konflikten führen (vgl. Branik 2001, S. 248). Branik nennt Prinzipien für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit:

- „Die Zugehörigkeit zu einem multidisziplinären Behandlungsteam heißt nicht, dass alle alles können sowie gleiche Aufgaben, Zuständigkeiten und Fähigkeiten haben.
- Die Berufsrolle von Pflegepersonal in der Psychiatrie ist nicht so klar, als dass sie von vornherein eine stabile berufliche Identität garantieren würde. Diese muss erst entwickelt und gesichert werden. Sie variiert auch in Abhängigkeit von den therapeutischen Philosophien und Methoden, nach welchen in den jeweiligen Abteilungen gearbeitet wird. Pflege und Erziehung sollten sich auf jeden Fall nicht als Psychotherapie im engeren Sinne verstehen und umgekehrt, Psychotherapie auch nicht als Pflege und Pädagogik.
- Die unterschiedliche Vorbildung, Bezahlung, das unterschiedliche soziale Prestige, die Vor- oder Nachteile der Nähe zum bzw. Distanz vom Patienten sowie oft irrationale Vorstellungen beispielsweise über das Mysterium Psychotherapie führen zu Neid und Rivalitäten zwischen den Frontarbeitern auf der Station und den Therapeuten. Diese dem idealisierten Berufsbild des Helfers wenig schmeichelnden Affekte sollten unter dem Deckmantel des Teambegriffs weder verleugnet noch verharmlost werden.
- Die psychische Belastung für die Stationsmitarbeiter, Zielscheibe schwieriger, nicht selten zielsicher die eigenen empfindlichen Stellen treffender Gefühle der Patienten zu sein, wie auch in den Besprechungen und Supervisionen immer wieder mit Deutungen unbewusster Konflikte, aufwühlender Affekte,

8.8 Zusammenfassung

fragwürdiger Interaktionen sowie überhaupt mit Grundfragen der menschlichen Existenz konfrontiert zu werden, wird regelmäßig unterschätzt.

- Die in der Psychiatrie nicht immer sofort und klar verfügbaren ersichtlichen Leitlinien für das eigene Handeln, wie auch die Vielzahl von Wahrheiten über die Entstehung und Behandlung psychischer Störungen sind eine stete Quelle von Verunsicherung und Konflikten um den richtigen Weg.
- Es ist unbestritten, dass im Rahmen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie mit therapeutischen Zielsetzungen das Milieu und die spezifischen Therapiemaßnahmen aufeinander abgestimmt sein müssen. Pflege und Pädagogik, die dem Entwicklungsstand oder der speziellen Störung eines Patienten keine Rechnung tragen, machen ebenso wenig Sinn wie der Versuch einer Psychotherapie ohne Berücksichtigung des Umfeldes.
- Zu bestimmen, wo Pflege und Erziehung aufhören und Psychotherapie beginnt (und umgekehrt) ist eine schwierige Aufgabe. Die Therapeuten geraten leicht in Rollenkonflikte und Gefahr, sich aus der therapeutischen Position zu begeben, wenn sie gleichzeitig für die Psychotherapie und das Stationsmanagement zuständig sind“ (Branik 2001, S. 248f.).

8.8 Zusammenfassung

Im Vordergrund standen, welche pädagogischen Handlungsgrundlagen und -konzepte sich aus den Lebenswelterfahrungen ergeben. Als Grundlage wurde die Bestimmung von Soziotherapie angesehen als „eine Stabilisierung des Milieus, das korrigierende Erfahrungen ermöglicht, die Mobilisierung der gesunden Kräfte (Ressourcen) von Patienten in ihrer Umgebung und gezielte Förderung von gesundem Verhalten“ (vgl. Sauter et al. 2007, S. 626ff.). Gerspach (1998, S. 87) nennt vier Fragenkomplexe, um sich einem pädagogischen Handlungskonzept in diesem Bereich anzunähern:

1. „Wie sehen unsere normativen Vorstellungen von Erziehung aus, die die praktische Arbeit dominieren?“⁸⁸
2. In welchem problematisch erlebten Zusammenhang der bisherigen Lebensgeschichte steht die Störung?

⁸⁸ Siehe Kapitel 1.4.1.

8.8 Zusammenfassung

3. Wie läßt sich die Bedeutung einer Störung aus der pädagogischen Situation herauslesen?
4. Wie können wir angemessen handeln?“

Während der ersten Frage bereits im Kapitel 1.4.1 nachgegangen wurde, ging der empirische Teil der Arbeit auf die zweite Frage ein. Es wird sich stets auf die Situation in der Klinik bezogen. Hervorzuheben ist, dass das Erlernen des Umgangs mit den Anforderungen des Alltags im pädagogischen Vordergrund steht und nicht Konformität und Anpassung der Patienten. Die dritte Frage wurde anhand der theoretischen Grundlagen zu den psychischen Störungen und der historischen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgearbeitet. Für die vierte Frage wurden in diesem Teil Handlungsgrundlagen und -konzepte angeführt, die die Aufenthaltsgestaltung des klinischen Alltags berühren. Hierin wurde zentral die Wechselwirkung zwischen innerem Erleben und äußerem Handeln angesehen, was hier als Erziehungsklima (im klinischen Stationsalltag) bezeichnet wurde.

Die Frage: Wie können wir angemessen handeln? konnte lediglich mit Konzepten beantwortet werden, die auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten eingehen. Werden erzieherische Momente als Basis dieser Konzepte verstanden, kann die Frage nur wie folgt beantwortet werden: „...pädagogisches Handeln ist Versuchshandeln“ (Oelkers 1981, S. 759) welches sich wie folgt ausdrückt:

„Erziehung ist eine *praktische* Tätigkeit; die Tätigkeit veranlasst unablässig Reflexionen, aber die Reflexionen sind spontaner Natur und reagieren auf situative und persönliche Erfahrungen, die kaum verallgemeinert werden können. Von einer *Theorie* werden überzeugende Generalisierungen erwartet, die nicht einfach der fortlaufenden Erfahrung entnommen sein können“ (Oelkers 2001, S. 16).

Da Generalisierungen nicht vorgenommen werden konnten und dies nicht den Erfahrungen zur positiven Wirkung eines Aufenthaltes aus Sicht der Psychiatrie-Erfahren entsprochen hätte, standen folgende Aspekte im Vordergrund: Die Erfahrungen der Wirkungen von Psychiatrie-Erfahrenen einzubetten in das Aufgabengebiet der Aufenthaltsgestaltung, hier verstanden als (klinisches) Erziehungsklima (siehe auch

8.8 Zusammenfassung

Tabelle 6). Dabei ging es um methodische Grundlagen von Reflexionen zum Handeln (Verstehen – Nicht-Verstehen), den Einfluss der Einrichtung selbst für die Handlungen im Stationsalltag zu reflektieren und Grundlagen der Möglichkeiten zur Gestaltung einer Einrichtung zu gewährleisten. Hoch bedeutsam erschien es, pädagogische Grundhaltungen anzuführen und das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Zwang zu besprechen. Dieses Spannungsfeld erscheint hoch sensibel, gerade mit der herausgearbeiteten besonderen Verletzlichkeit der Patienten und für das Erfahrungslernen in der Klinik. Die Befriedigung pädagogischer Bedürfnisse durch Interaktionserfahrungen sind heilsam und erscheinen therapeutisch, mit dem größten Einfluss auf das Leben nach der Entlassung.

In diesem Teil wurden Grundlagen für Handlungskonzepte angeführt, die möglichst die wichtigsten Bereiche eines Aufenthalts abdecken. Auffällig ist die Literatur, die teilweise sehr alt erscheint. In den Recherchen zu der Arbeit sind diese jedoch die weitreichendsten Grundlagen für ein methodisches Handeln gewesen, und, so konnte ich in einer Klinik erfahren, kommen diese immer noch zur Anwendung. Ausbleibend sind bislang Wirksamkeitsmessungen pädagogischer Arbeit. Abgesehen davon, ob die Messungen sinnvoll sind, erscheinen sie als Begründung in Zeiten von knappen Kassen als Argument für Programme. Die Messungen müssten allerdings für die Patienten weiterentwickelt werden, würden aber für die Begründung der Aufenthaltsgestaltung als maßgebliche Wirkung auf die Patienten beitragen.

V Fazit

9 Abschließende Betrachtung und Ausblick

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt auf der Profession der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Herausgestellt wurde, dass die spezifische Aufgabe der Sozialen Arbeit in diesem Feld die Alltagsgestaltung und vor allem die Soziotherapie ist. Als grundlegendes Element für die Soziale Arbeit wurde die Lebensweltorientierung ausgewiesen. Quantitative Studien, die in diesem Bereich dominieren, berücksichtigen nur ungenügend eine Betrachtung subjektiver Bedeutungen und Werte der Psychiatrie-Erfahrenen. Hier existiert eine Forschungslücke, denn es gibt nur einzelne Studien, die die Lebenswelt im Klinikalltag aus Sicht von Patienten qualitativ darstellen. Ausgehend von dem Handlungskonzept der Lebensweltorientierung erfolgt die leitende Frage der Arbeit, wie die Profession der Sozialen Arbeit konzeptionell auf die (Handlungs-)anforderungen in der Alltagsgestaltung der Kinder und Jugendlichen reagieren kann. Übergreifende pädagogische Aufgaben werden zwar genannt, jedoch grundlegende übergreifende pädagogische Handlungskonzepte, die in der Praxis Anwendung finden, konnten nicht entdeckt werden. Als Handlungsgrundlage wurde ein Erziehungsverständnis dargelegt, da Erziehung als Aufgabe in der Alltagsgestaltung immanent ist. Hier schließt sich die Frage an, wie die Profession der Sozialen Arbeit (wissenschaftlich fundiert) sich in diesem Feld weiter entwickeln kann. Als Herausforderung ist allerdings anzusehen, dass mehrere Berufsgruppen im Pflege- und Erziehungsdienst zusammengefasst sind, neben Sozialen Arbeitern auch Pflegekräfte, Erzieher, Heilpädagogen etc. Hier stellte sich nochmal die Frage, was die Gemeinsamkeiten aber auch die spezifischen Merkmale der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Heimann und Schmeck (2012), führen an, dass die Soziale Arbeit ihren eigenen Stellenwert mit klar entwickelten, in der Praxis erfolgreichen Methoden hat, und daher ihre Fachleute als Ko-Therapeuten, Vernetzer verschiedener Berufsgruppen und Administratoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesehen werden können. Hierauf wird in der Betrachtung nochmal Stellung bezogen.

Der empirische Teil untersuchte den Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht der Patienten. Hierüber wurde ein Zugang zu der Lebenswelt der Kinder- und Jugendpsychiatrie hergestellt. Dabei wurden die Erfahrungen der Psychiatrie-Erfahrenen

genutzt, um Wirkfaktoren zu generieren. Es zeigte sich, dass die Beziehungsarbeit und die Alltagsgestaltung einen enormen Einfluss auf den Erfolg des Klinikaufenthaltes haben. Denn das Vorspielen einer angepassten Rolle, um schnell aus der Klinik herauszukommen, hat keinen echten Heilungseffekt für eine seelische Erkrankung. Die Befriedigung pädagogischer Bedürfnisse durch Interaktionserfahrungen wird dagegen als heilsam empfunden und erscheinen in dieser Form therapeutisch, mit dem größten Einfluss auf das Leben nach der Entlassung.

Zur Abschätzung der Rolle der Sozialen Arbeit wurde aufgezeigt, wie sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie historisch entwickelte und welchen Einfluss dies auf das Behandlungsverständnis und die Soziale Arbeit in der Klinik hat. Ebenso wurde ein spezifisches Fallverständnis über die psychosozialen Aspekte von psychischen Störungen und der besonderen Verletzlichkeit der Patienten angeführt. Das unterschiedliche Verständnis von Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann wie oben angeführt auf die historischen Begebenheiten und die Nähe zum medizinischen Verständnis erklärt werden. Während Heilpädagogik sich zu Beginn der Bundesrepublik Deutschland in der Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert hat und wie angeführt als Bindeglied zwischen Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie fungierte, ist die Soziale Arbeit eine jüngere Disziplin in dem Feld, nämlich erst seit der Psychiatrie-Enquête vorzufinden. Dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie als vorwiegend medizinisches Feld verstanden wird, ist mehrfach in der Arbeit angeführt worden. In dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint der unterschiedliche Blickwinkel (Objektstatus der Störungen versus interaktionaler Subjektstatus) maßgeblich zu sein. Vor allem hat dies Einfluss auf die Behandlung von Patienten während des Aufenthalts. Die Angewiesenheit auf andere hauptsächlich medizinische Berufsgruppen (Ärzte in der Hierarchie, Pfleger im Berufsverständnis der PED) und ein hoher Grad an Aushandlungsprozessen für die Soziale Arbeit erschwert die Entfaltung der Profession. Die klare Regelung von Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit und eine auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte Handlungskonzeptualisierung (vgl. Heimann und Schmeck 2012) stärkt die Soziale Arbeit. Ein spezifisches, fundiertes Fallverständnis ermöglicht die Nutzung des spezifischen Blickwinkels zur Entfaltung der professionellen Kompetenz der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Anschluss an den Ergebnissen aus den Interviews mit den Psychiatrie-Erfahrenen und der Darstellung eines spezifischen Fallverständnisses erfolgte die Darstellung von Handlungsgrundlagen unter der Frage, wie Soziale Arbeit auf die (Handlungs-)

9 Abschließende Betrachtung und Ausblick

Anforderungen reagieren kann. Hier stand die Beantwortung der Frage im Vordergrund, welche Handlungsanforderungen sich aus den Ergebnissen ergeben und wie Soziale Arbeit auf die Anforderungen im Klinikalltag reagieren kann.

Die vorliegende Arbeit berührt die Frage um die Legitimität der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die mittels der Wirkung und der Kosten beantwortet wird. Eine Unterlassung von pädagogischen Handlungen käme einer emotionalen Vernachlässigung und somit einer Aufbewahrung gleich. Die Folge wäre ein unterstimulierendes Interaktionsverhältnis, in dem keine Entwicklung stattfindet. Patienten sind aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sie bleiben dennoch - trotz ihres Patientenstatus - stets Kinder und Jugendliche mit einem Erziehungsanspruch. Handlungen beinhalten das Risiko einer Überstimulation. In einem funktionalen Ablauf, wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zeigen sich hierin eher Bedürfnisse von Mitarbeitern, den funktionalen Ablauf einzuhalten, was wiederum einer Unterforderung durch Sinnlosigkeit der Handlungen zur eigenen Problemlage darstellt. Der Aufenthalt aus pädagogischer Sicht, muss die Architektur des Kindes stärken, vor allem die Fundamente indem psychosoziale Entwicklungsschritte nachgeholt, korrigiert und/oder erweitert werden, mit dem Ziel, persönliche Schutzfaktoren zu stärken. Dabei ist die Klinik als Zwischenstation und Erfahrungsraum im Leben des Patienten anzusehen, die eine Kumulation von Risikofaktoren darstellen und Lösungsstrategien zur Problembewältigung fördern können. Das Erziehungsklima meint anknüpfend hieran das temporäre Zusammenleben auf der Station und die hierin gemeinsam gemachten und geteilten Erfahrungen im Stationsalltag sowie die Rückmeldungen für die Kinder und Jugendlichen in reziproken Interaktionsverhältnissen. Gerade Erkenntnisse über Wirkungen/Nutzen der Interventionen legitimiert eine Profession und ihren Aufgabenbereich innerhalb der wirtschaftlichen Logik des Gesundheitswesens. Gerade in den Zeiten knapper Kassen und vor allem durch die Veränderungen im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Einführung der G-DRGs und die vermutete Abschaffung der Psych-PV) wird dies umso bedeutsamer, wenn es um die Argumentation für die Finanzierung von pädagogischen Maßnahmen geht. Das aktuell dominante medizinische Verständnis zeigt, dass trotz der Behandlung keine Verbesserung in der Bevölkerung stattfindet, was hier an den dargestellten Raten der Einnahmen von Psychopharmaka gemessen wurde, von einer gesteigerten Lebensqualität durch die Art der Behandlung kann dabei nicht ausgegangen werden. Geht es um die Kosten, so können die

volkswirtschaftlichen Folgekosten und das Rückfallrisiko angeführt werden. Die schwere Messbarkeit von pädagogischen Interventionen, vor allem auf die zukünftige Entwicklung, wurde in dieser Arbeit bereits angesprochen. Es ist jedoch stark davon auszugehen, dass durch die Vermeidung einer emotionalen Verunsicherung und die Erziehung zur Selbstständigkeit (zu einem mündigen Bürger) Folgekosten in der Behandlung erheblich minimiert.

Die Sicht auf Heilung bringt wiederum ein Spannungsfeld in der pädagogischen und medizinischen Sichtweise hervor. Die heilende Wirkung der pädagogischen Interventionen in dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, dem Alter und der Störung entsprechend, demnach weitgehendste Kontrolle über sich und seine (soziale) Situation zu gelangen und die Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, eben das Leben lernen. Oder wie es Deegan (1988) ausdrückte: „Recovery refers to the lived of a real life experience of people as they can accept and overcome the challenge of the disability ... they experience themselves“ und der Mitarbeiter hierfür eine Wegbegleitung darstellt. Zum Beispiel stellt mangelnde Krankheitseinsicht in diesem Rahmen keinen Fehler der Individuen dar, weil sie nicht machen, was das Personal möchte, sondern der Ansatzpunkt der Problemsicht der Kinder und Jugendlichen und deren adäquate Problembewältigung in der pädagogischen Allianz wurde nicht erreicht. Hierfür bedarf es eines speziellen Erziehungsverhaltens und Erziehungs Kompetenzen, deren Grundlagen sich in dem Erziehungsklima widerspiegeln. Für die Soziale Arbeit wurde angeführt, dass Versatzstücke von anderen Professionen in die Soziale Arbeit übernommen werden, um Defizite des mangelnden pädagogischen Grundverständnisses für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auszugleichen. Sofern Wirkungen/Nutzen nicht auf pädagogische Arbeit zurückzuführen sind, wird diese als Kostenfaktor streichbar und andere Disziplinen übernehmen den pädagogischen Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Eine Überprüfung der Maßnahmen und deren Wirkung stellen so wichtige Argumente für die pragmatische Frage der Finanzierung von Sozialer Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. So muss sich jetzt bereits provokant gefragt werden: Wo steht Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur psychiatrischen Pflege, wenn diese sich als Handlungsfeld professionalisiert und es mehrfach Überschneidungen bei den Zuständigkeiten gibt (z. B. Milieutherapie) oder ob die Aufgaben der Alltagsgestaltung in dem Feld mittlerweile als spezifische Sparte von Psychiatrischer Pflege (als aufkommende Profession) gesehen werden kann? Die Umsetzung erzieherischer Grundwerte, das spezifische Fallverständnis - vor allem der besonderen

Verletzlichkeit - und die Gestaltung eines Erziehungsklimas im Stationsalltag, anlehnend an die Lebensweltorientierung, benötigt eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit in dem Feld, damit die erfolgreichen Methoden in der Praxis umgesetzt werden können. Dazu gehört ein eigenständiges, auf Fachwissen aufgebautes spezifisches Fallverständnis, das pädagogische Interessen vertritt und sich in der Institution mit anderen Professionen verzahnt, aber kein Erfüllungsgehilfe ist. Es geht um die pragmatische und im Praxisalltag hoch relevante Frage, welche und wie lange eine pädagogische Maßnahme finanziert wird, doch ebenfalls um die moralische Frage, was eine Unterlassung für die Kinder und Jugendlichen einerseits und mit Blick auf den gesellschaftlichen Aspekt des Erziehungsprozesses für eine demokratische Gesellschaft bedeutet.

Während der Dissertation konnten keine übergreifenden Konzeptionen zur Alltagsgestaltung entdeckt werden, die auf ihre Wirkung auf Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (wissenschaftlich fundiert) überprüft werden. So ist davon auszugehen, dass Kliniken für sich selbst den pädagogischen Bereich zumindest beschreiben, die Mitglieder (Mitarbeiter) gemeinsame Vorstellungen entwickelt haben und diese weiter entwickeln, ein Austausch auf übergeordneter Fachebene findet jedoch merklich nicht statt oder steht ganz am Anfang. Höchst relevant ist die Frage des Zugangs zur sozialwissenschaftlichen Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Vergleich zur Medizin, die ihren systematischen Ort in Forschung und Behandlung in der Klinik hat, hat dagegen Soziale Arbeit anscheinend keinen klinischen Ort für Theoriegewinnung und Praxis. Das Resultat ist ein Kreislauf: keine Erkenntnisse – keine Professionalisierung, keine Professionalisierung - keine Gemeinsamkeiten. Hierdurch werden die Möglichkeiten, Erkenntnisse über den Handlungsbereich zu gewinnen, erschwert. Ein Forschungszugang zur Klinik ist - teilweise zu Recht, teilweise zu sehr (Datenschutz) - erschwert, um sozialwissenschaftliche Untersuchungen zu führen, was somit den Ausbau von Erkenntnissen be-/verhindert. Die, wie es ein Experte genannt hatte, Black-Box-Forschung oder Studien, die unveröffentlicht bleiben, sind symptomatisch für die schwere Erkenntnisgenerierung. Für die Analyse von klinischen Handlungskonzeptionen der Sozialen Arbeit bedarf es einer Diskussion um die Möglichkeiten der Öffnung zur Forschung, denn das, so lässt die Arbeit bislang schließen, scheint für eine übergreifende Debatte zu fehlen. In dieser Arbeit wurden viele Orientierungspunkte angesprochen, die Entwicklung von Grundlagenkonzepten mit

Überprüfung der Wirksamkeit wäre der dringliche Forschungsbedarf, der sich aus dieser Arbeit ergibt.

Der Bedarf und die Forderung, die sich demnach ergeben, sind also ein klinikübergreifender Dialog über Grundlagenkonzepte und deren Wirkfaktoren. Die Erstellung von diesen allgemeinen pädagogischen Konzepten (zum Erziehungsklima) und deren Überprüfung von Wirkfaktoren/Nutzen, sind maßgeblich für eine pädagogische Professionalisierung – wie sie in dieser Arbeit als Orientierungspunkte vorliegen. Die Überprüfung der Orientierungspunkte dieser Arbeit und die konzeptionelle Erstellung wäre ein weiterer Schritt in die Richtung Professionalisierung, der sich an der Praxis und der Lebenswelt der Patienten orientieren muss. Es ergeben sich daraus weiterführende Untersuchungsfragen für eine konzeptionelle Erstellung. Psychiatrie darf nicht als Behandler der Spitze von Verhaltensauffälligkeiten angesehen werden, sondern als Instanz, ein Erziehungsklima zu ermöglichen, welches in einem Schutzraum auch Korrektur von pädagogischen Entwicklungsdefiziten ermöglicht. Auf der anderen Seite muss ebenfalls das Risiko berücksichtigt werden, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Heimfunktion erhält. Es stellt sich die weiterführende Frage, ob eine Mitarbeiter-Patienten-Beziehung in einer Einrichtung über die Funktionen gesehen wird oder von gegenseitiger Anerkennung geprägt ist. Oder anders ausgedrückt: Wird der Patient als Funktionsträger gesehen oder mit seinen speziellen Bedürfnissen als anzuerkennender Mensch (Berücksichtigung der Gefühlsebene)? In der institutionellen Praxis stellt sich weiterhin die Frage, wie kann zwischen institutionellen Rahmenbedingungen und Bedürfnissen der Patienten vermittelt werden, wie erfolgt der Umgang mit institutionellen Vorgaben und Rahmenbedingungen von den Mitarbeitern, wie kann eine multiprofessionelle Zusammenarbeit organisiert werden und wie können Beziehungen/Aushandlungsprozesse für ein Erziehungsklima gestaltet sein? Hieraus lassen sich weitere zentrale Fragen ableiten, die für die Erstellung von Konzepten dienlich sind: Welche pädagogischen Grundlagen müssen Patienten entwickeln und ab wann kann ein Patient aus pädagogischer Sicht aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen werden bzw. wie ist der pädagogische Übergang zu gestalten (der von den Experten als mangelhaft empfunden wurde), woran ist im Klinikalltag aus Professionssicht weitergehend zu arbeiten?

Die anfangs dargestellten Erziehungstheorien und die angedeuteten Rechtsansprüche der Kinder und Jugendlichen verlangen einen theoretisch fundierten Erziehungsbegriff und einen eigenständigen Professionsbereich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem die

9 Abschließende Betrachtung und Ausblick

Soziale Arbeit durch ihre Methoden führend begleiten kann. Diese Arbeit stellt eine Grundlage dar, welche pädagogischen Handlungsgrundlagen und -konzepte sich aus den Lebenswelterfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen sich für die Soziale Arbeit im Feld der ergeben. Für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Überprüfung der explorativen Ergebnisse und der Handlungskonzeptualisierung dieser Arbeit sowie der Klärung der angeführten offenen Fragen dringend geboten.

Literaturverzeichnis

Einleitung

Borg-Laufs M., Spancken A. (2010): Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Borg-Laufs M., Dittrich K. (Hrsg.): Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie. Dgvt Verlag; Tübingen; S.23 – 38.

Heimann R., Schmeck K. (2012): Führungsaufgaben von Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmid M., Tetzner M., Rensch K., Schlüter-Müller S. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen; S. 220 – 226.

Kirchweger S. (2010): Klinische Sozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen – eine besondere Herausforderung im psychiatrischen Alltag. In: Gahleitner S., Hahn G. (2010): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und ihre Hilfen. Psychiatrie-Verlag, Bonn; S. 271 – 278.

Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Baierl, M. (2008). Herausforderung Alltag – Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Benner D. (1994): Systematische Pädagogik – die Pädagogik und ihre wissenschaftliche Begründung. In: Roth L. (Hrsg.): Pädagogik. Handbuch für Studium und Praxis. Studienausgabe. Ehrenwirth; München; S.5 – 18.

Benner D. (2000): Die Konstitution des Begriffs moderner Kindheit. In: Neumann J.N., Sträter U. (Hrsg.): Das Kind in Pietismus und Aufklärung. Verlag der Franckeschen Stiftungen Halle im Max Niemeyer Verlag; Tübingen; S. 225 – 243.

Literaturverzeichnis

Benner D. (2012): Allgemeine Pädagogik. Eine systematisch-problem-geschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns. Juventa Verlag, Weinheim und München.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend- (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>, eingesehen am 23.09.2014.

Bohnsack F. (2005): John Dewey: ein pädagogisches Porträt. Beltz Verlag; Weinheim und Basel.

Borg-Laufs M., Spancken A. (2010): Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Borg-Laufs M., Dittrich K. (Hrsg.): Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie. Dgvt Verlag; Tübingen; S.23 – 38.

Bosshard, M. (1996): Szenen einer Ehe: Wenn Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen und Ärzte ihre Zusammenarbeit beschreiben. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Jg. 25; Nr. 2; S. 2-4.

Bosshard M., Ebert U., Lazarus H. (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag; Bonn.

Brumlik M. (1992): Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogische Eingriffe. KT-Verlag; Bielefeld.

Buchka M. (2005): Heilpädagogische Förderung. Ein integraler und spezieller Handlungsansatz der Heilerziehung im Kontext von Erziehung, Therapie, Pflege und Beratung. In: Büchner, Christiane: Lebensspuren. Über den Zusammenklang von Erziehung und Therapie. Edition SZH/CSPS; Luzern; S. 51 – 87.

Literaturverzeichnis

Büchner (2003): Kinder und Kindheit in der Erwachsenenengesellschaft – ein Blick auf die Stellung des Kindes aus kindheitssoziologischer Sicht. In: Wiesemann C., Dörries A., Wolfslast G., Simon A. (Hrsg.): Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Campus Verlag; Frankfurt am Main; S.11 – 27.

Bundesministerium der Justiz: Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. <http://www.gesetze-im-internet.de/psychpv/>, eingesehen am 13.11.2013.

Clausen J., Dresler K.-D., Eichenbrenner I. (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Lambertus; Freiburg im Breisgau.

DBSH (Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.) (2002) (Hrsg.) Wilcek R., Stöber M., Klösel B, Himmelmann W., Frohn A., Freisen U.: Qualitätskonzept für die Sozialarbeit in den psychiatrischen Kliniken. Verlag für Wissenschaft und Bildung; Berlin.

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2013): „Gerechtigkeit, Verantwortung und Sicherheit - Soziale Arbeit positioniert sich“. <http://www.dbsh.de/beruf.html>, eingesehen am 15.01.2014.

Denner S. (2006): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer; Stuttgart.

Dewey J. (1951): Wie wir denken. Eine Untersuchung über die Beziehung des reflektiven Denkens zum Prozeß der Erziehung. Morgarten-Verlag Conzett & Huber, Zürich.

Dohmen A., Fiedler M. (2015): Ökonomisierung im Gesundheitswesen: Betriebswirtschaftlicher Erfolg als Unternehmensziel. Deutsches Ärzteblatt 112(9) <http://www.aerzteblatt.de/archiv/168344>. Eigensehen am 16.12.2015.

Ebert E. (1996): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Jg. 25; Nr. 2; S. 5-10.

Literaturverzeichnis

Fegert J.M. (2012): Sozialpsychiatrie. In: Fegert J.M., Eggers Ch., Resch F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York; S.225 – 240.

Galuske M., Müller W.C. (2005): Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In: Thole W. (Hrsg.): Grundriss der Sozialen Arbeit. Ein einführendes Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; S.587 -610.

Giesecke H. (1978): Einführung in die Pädagogik. Juventa Verlag, München.

Gröning, K. (2006): Pädagogische Beratung. Konzepte und Positionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Surhkamp; Frankfurt a. M.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Surhkamp; Frankfurt a. M.

Heimann R., Schmeck K. (2012): Führungsaufgaben von Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmid M., Tetzner M., Rensch K., Schlüter-Müller S. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen; S. 220 – 226.

Herzog W. (2006): Zeitgemäße Erziehung. Die Konstruktion pädagogischer Wirklichkeit. Velbrück Wissenschaft; Weilerswist.

Himmelmann G. (2005): Demokratie Lernen als Lebens-, Gesellschafts- und Herrschaftsform. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. WochenschauVerlag; Schwalbach/Ts.

Hoff P. (2008): Geschichte der Psychiatrie. In: Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg, New York; S. 3 – 27.

Literaturverzeichnis

Höfig A. (2006): Diplom-Pädagogen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dissertationsschrift. <http://dokumentix.ub.uni-siegen.de/opus/volltexte/2006/222/pdf/hoefig.pdf>, Stand 13.11.2012.

Honneth A. (2010): Verwilderungen. Kampf um Anerkennung im frühen 21. Jahrhundert. Eingesehen auf <http://www.bpb.de/apuz/33577/verwilderungen-kampf-um-erkennung-im-fruehen-21-jahrhundert?p=all> am 02.10.2013.

Honneth A.; Stahl T. (2010): Jenseits der Verteilungsgerechtigkeit: Anerkennung als sozialer Fortschritt. Wie der Wandel gesellschaftlicher Wertschätzung philosophisch beurteilt werden kann. In: Forschung Nr. 2. Frankfurt; S. 16 – 19. eingesehen auf <http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/36050709/01HonnethStahl.pdf> am 04.12.2013.

Honneth A. (2012): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp Verlag; Frankfurt am Main.

Joas H. (2000) (Hrsg.): Philosophie der Demokratie. Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Jostock S. (1999): Kindheit in der Moderne und Postmoderne. Eine bildungstheoretische und sozialwissenschaftliche Untersuchung. Leske + Budrich, Opladen.

Kaiser A, Kaiser R. (1981): Studienbuch Pädagogik. Athenäum Verlag; Königstein / TS.

Kant I. (1784): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? Berlinische Monatsschrift, 1784, 2, S. 481–494) – gefunden unter UTOPIE kreativ, H. 159 (Januar 2004), S. 5-10 - http://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/159_kant.pdf eingesehen am 14.10.2013.

Knoll A. (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Soziotherapie. Leske + Budrich; Opladen.

Kolb D. A. (1984): Experiential Learning. Prentice Hall; Englewood Cliffs (NJ).

Literaturverzeichnis

Salaverria H. (2007): Spielräume des Selbst. Pragmatismus und kreatives Handeln. Akademie Verlag, Berlin.

Koller H.-Ch. (2004): Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart.

Kron F.W. (2008): Grundwissen Didaktik. Ernst Reinhardt Verlag; München.

Kron F.W., Jürgens E., Standop J. (2013): Grundwissen Pädagogik. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Kuchenbecker A. (2011): Anforderungen an Fachlichkeit und Managementkompetenz im Pflege- und Erziehungsdienst. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S. 95 – 116.

Liegle L., Treptow R. (2002): Einleitung. In: Liegle L., Treptow R. (Hrsg.): Welten der Bildung in der Pädagogik der frühen Kindheit und in der Sozialpädagogik. Lambertus Verlag; Freiburg i.B.; S.11 – 12.

Ludewig K. (1987): Therapie und Erziehung – Widerspruch oder Ergänzung? In: Therapie und Erziehung in systemischer Sicht. Verlag modernes Leben; Dortmund; S. 90 – 100.

LWL-Klinik Marsberg: Sozio- und Milieuthérapie.
http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_marsberg_ki_u_ju_psychotherapie/teilstat_behandlung/tagesklinik_mesch/angebote/soziotherapie), eingesehen am 16.10.2014.

Mollenhauer K. (1973): Erziehung und Emanzipation. Juventa Verlag, München.

Literaturverzeichnis

Neubert S. (1998): Erkenntnis, Verhalten und Kommunikation. John Deweys Philosophie des "experience" in interaktionistisch-konstruktivistischer Interpretation. Waxmann, Münster u. a. http://www.uni-koeln.de/hf/konstrukt/neubert_works/buecher/kapitel4.pdf (eingesehen am 20.03.2013).

Nothdurft W. (2007): Anerkennung. In: Straub J., Weidemann A., Weidemann D. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder. Metzler; Stuttgart, Weimar; S. 110 – 122.

Oelkers J. (2000): John Deweys Philosophie der Erziehung: eine theoriegeschichtliche Analyse. In: Joas H. (Hrsg.): Philosophie der Demokratie. Beiträge zum Werk von John Dewey. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.; S.280 – 315.

Oelschlägel D. (2001): Lebenswelt oder Gemeinwesen? Anstöße zur Weiterentwicklung der Theorie-Diskussion in der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. In: Hinte W., Lüttringhaus M., Oelschlägel D. (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Juventa; Münster; S. 38 – 43.

Offe C. (1987): Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit: Vier soziologische Erklärungsansätze. In: Olk T und Otto H.-U. (Hrsg.): Soziale Dienste im Wandel. Band 1. Helfen im Sozialstaat. Luchterhand; Neuwied und Darmstadt; S. 171 – 198.

Olk T. (1986): Abschied von Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Juventa; Weinheim und München.

Ortmann K., Röh D. (2014): Sozialtherapie als Konzept der Klinischen Sozialarbeit – eine sozialarbeitswissenschaftliche Fundierung. In: Gahleiter S.B., Hahn G., Glemser R. (Hrsg.): Psychosoziale Interventionen. Psychiatrie Verlag; Köln; S.71 – 91.

Rang M. (1965): Rousseaus Lehre vom Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Reichenbach R. (2007): Philosophie der Bildung und Erziehung. Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart.

Literaturverzeichnis

Ruhloff J. (1998): Jean Jacques Rousseau. In: Fischer W., Löwisch D.-J. (Hrsg.): Philosophen als Pädagogen. Wichtige Entwürfe klassischer Denker. Wissenschaftliche Buchgesellschaft; Darmstadt; S.93-109.

Salaverria H. (2007): Spielräume des Selbst. Pragmatismus und kreatives Handeln. Akademie Verlag, Berlin.

Scholz M. (2000): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Bach O., Geyer M., Scholz M. (Hrsg.): Lehrbuch der Psych-Fächer: Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. J.A. Barth; Heidelberg; S. 9 – 11.

Schütz A. (1971): Gesammelte Aufsätze - Bd. 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Martinus Nijhoff; Den Haag.

Spöhring W., Richter D. (2001): Qualitätsmanagement in der Psychiatrie. In: Wollschläger M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Dgvt Verlag; Tübingen; S. 731 – 748.

Stapelfeldt G. (2013): Der Geist des Widerspruchs. Studien zur Dialektik. Zweiter Band. ca ira- Verlag; Freiburg i.B.

Suhr M. (2005): John Dewey zur Einführung. Junius Verlag, Hamburg.

Thiersch H. (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Juventa; Weinheim.

Thiersch, H. (2004): Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In: Engel, F.; Nestmann, F.; Sickendiek U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. BAND 2 Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt Verlag; Tübingen.

Tremel A.K. (1991): Über die beiden Grundverständnisse von Erziehung. In: Pädagogisches Wissen, 27.Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik, S. 347-360.

Trutzel K. (2011): Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Analyse. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S.309 – 336.

Vogt M. (2011): Die Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ein berufliches Profil. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S. 45 -94.

Von Hentig H. (1985): Die Menschen stärken, die Sachen klären. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung. Phillipp Reclam jun., Stuttgart.

Von Hentig H. (2004): Rousseau oder die wohlgeordnete Freiheit. Beck; München.

Wentz R. (2007): Lassen sich Werte evaluieren? Grundzüge einer empirischen Werttheorie nach John Dewey. Wissenschaftlicher Verlag; Berlin.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiter

Anstadt S. (1989): Alle meine Freunde sind verrückt. Piper; München und Zürich.

Beresford P. (2012): Die Rolle des Wissens der Betroffenen beim Aufbau von Alternativen zur Psychiatrie. In: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (2012): Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projektdokumentation. S. 8 – 14. http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2013/08/Dokumentation_Rosengarten_v2013.pdf; eingesehen am 14.01.2014.

Literaturverzeichnis

Bilker O., Eggers Ch. (1997): Qualitative Psychotherapieforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Beispiel dissoziativer und somatoformer Störungen. In: Psychotherapie in der Psychiatrie [Statuskolloquium zum Thema Psychotherapie in der Psychiatrie vom 22. - 24.2.1996 in Heidelberg. Springer; Wien u. a.; S.327 – 332.

Bogner A., Menz W. (2002): Das theoriegeleitete Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Leske + Budrich; Opladen; 33 – 70.

Bredel S., Brunner R., Haffner J., Resch F. (2004): Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie . Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jhrg. 53; Nr. 4; S. 256-276.

Bullinger M., Ravens-Sieberer U. (2006): Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Jhrg. 55; Nr. 1; S. 23 – 35.

Buschmann A, Multhauf B. (2014): Elternpartizipation in der Therapie lese und rechtschreibschwacher Kinder. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg 42; Nr. 4; S.233 – 241.

Claußen H.J. (1997): Für wen forscht die Psychiatrie? Die Realität ist anders, als sie scheint, oder: Forschung und Psychiatrie sind die Geschichten der eigenen Fehler. Perspektive: Psychiatrie-Erfahrener. Sozialpsychiatrische Informationen; Nr. 3; S. 32-35.

Cropp C., Streeck-Fischer A., Jaeger U., Masuhr O., Schröder A., Leichsenring F. (2008): Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 36 Nr. 3; 2008; S. 205–213.

Daut V. (2005): Leben mit Duchenne Muskeldystrophie. Eine qualitative Studie mit jungen Männern. Klinkhardt, Kempten.

Literaturverzeichnis

Davies J., Wright J. (2008): Children's Voices: A Review of the Literature Pertinent to Looked-After Children's Views of Mental Health Services. In: Child and Adolescent Mental Health; Jhrg. 13; Nr. 1; S. 26 – 31.

Dippold, I.; Wiethoff, K.; Keller, F.; Fegert, J.M. (2002): ‚Dass ich verbessert werde mit Therapie‘ – Kenntnisse und Unkenntnisse minderjährige Patienten bei Behandlungsbeginn“. Poster XXVII. Kongress DGKJPP, Berlin.

Distler S. (2002): Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung. - ein Beitrag zur Qualitätssicherung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Jhrg. 51; Nr. 9; S. 711 – 720.

Dollinger, B. (2002): Drogen im sozialen Kontext. Zur gegenwärtigen Konstruktion abweichenden Verhaltens. Maro Verlag; Augsburg.

Flechtner H., Möller K., Kranendonk S., Luther S., Lehmkuhl G. (2002): Zur subjektiven lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Jhrg. 51; Nr. 1; S. 77 – 91.

Flick U., von Kardoff E., Steinke I. (2007): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt; Reinbek bei Hamburg; S. 13 – 29.

Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt; Reinbek bei Hamburg.

Gläser J., Laudel G. (1999): Theoriegeleitete Textanalyse? Das Potential einer variablenorientierten qualitativen Inhaltsanalyse. <http://skylia.wz-berlin.de/pdf/1999/p99-401.pdf>, eingesehen am 14.02.2014.

Gläser J., Laudel G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag; Wiesbaden.

Literaturverzeichnis

Grieser M. (2005): „Ich finde es nur schlimm, dass es solche Menschen gibt, die Leute verurteilen“ Stigmaerleben und Stigmamanagement von stationär psychiatrisch behandelten Jugendlichen und deren Eltern. Unveröffentlichte Diplomarbeit (FH Fulda).

Kelle H. (2010): Die Komplexität der Wirklichkeit als Problem qualitativer Forschung. In: Friebertshäuser B, Langer A., Prengel A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa; Weinheim und München; S.101 – 118.

Kinnen C, Döpfner M (2013): Zusammenhang von therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung und / oder Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Jhrg. 41; Nr. 2; S. 133 – 144.

Knopp M.-L. (1999) (Hrsg.): Irrwege, eigene Wege: junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie. Edition Balance; Bonn.

Knopp M.-L., Napp K. (2000) (Hrsg.): Wenn die Seele überläuft, Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie. Edition Balance 2000; Bonn.

Konopka, L.; Keller, F.; Löble, M.; Felbel, D.; Naumann, A. (2001): Wie wird Patientenzufriedenheit kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Deutschland erfasst? In: Krankenhauspsychiatrie: klinische Psychiatrie, Gemeindepsychiatrie, Weiterbildung; Organ der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (BDK); Nr. 12; S. 152-156.

Kühnapfel B., Schepker R. (2006): Katamentische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jhrg. 55; Nr. 10; S. 767 – 782.

Literaturverzeichnis

Kurz A., Stockhammer C., Fuchs S., Meinhard D. (2007): Das problemzentrierte Interview. In: Buber R., Holzmüller (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Gabler Verlag; Wiesbaden; S. 463-475.

Lauveng A (2010): Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte. Btb Verlag, München.

Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 – Methoden und Techniken. Beltz – Psychologie Verlags Union; Weinheim.

Lenz, A. (2000): Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie; Jhrg. 49; Nr. 10; S. 765-779.

Lenz, A. (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Juventa Verlag; Weinheim und München.

Mattejat F., Simon B., König U., Quaschner K., Barchewitz C., Felbel D., Herpertz-Dahlmann B., Höhne D., Janthur B., Jungmann J., Katzenski B., Naumann A., Nölkel P., Schaff C., Schulz E., Warnke A., Wieneand F., Remschmidt H. (2003): Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 31; Nr. 4; S. 293 – 303.

Mattejat F., Remschmidt H. (2006): Die Erfassung des Therapieerfolgs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 34; Nr. 6; S. 445 – 454.

Mayer H.O. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Facultus; Wien.

Mayer H.O. (2008): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag; München.

Mayer H.O. (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag; München.

Literaturverzeichnis

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Deutscher Studien Verlag; Weinheim.

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz; Weinheim.

Merkens H. (2007): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag; Reinbek bei Hamburg; S. 286 – 298.

Meuser M., Nagel U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S., Pickel G., Lauth H.-J., Jahn D. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; S. 465 – 480.

Miethe I. (2010): Forschungsethik. In: Friebertshäuser B, Langer A., Prengel A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa; Weinheim und München; S.929 – 937.

Mühlfeld, C., Windolf, P., Lampert, N., Krüger, H., (1981): Auswertungsprobleme offener Interviews. In: Soziale Welt, Jhr. 32, Nr. 3, S. 325 - 352.

Naumann A., Konopka L., Keller F., Löble M. , Felbel D. (2001): Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen : Umfrage - Ergebnisse und Entwicklung eines Fragebogens. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Jhr. 11; Nr. 1; http://www.bkjpp.de/index.php5?x=/links_fachzeitschrift.php5&, Stand 10.10.2012.

Prins S. (2008): Erwartungen Psychiatrie-Erfahrener an das psychiatrische Team. PsychPflege; Jhr. 14; S. 126 -130.

Przyborski A., Wohlrab-Sahr M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Verlag; München.

Literaturverzeichnis

Richter, D. (1999): Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten (Freiburg: Lambertus).

Rothärmel, S.; Dippold, I.; Wiethoff, K.; Wolfslast, G.; Fegert, J.M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Schunke P. (2011): Bezugspflege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Notwendigkeit. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S.229 – 252.

Sechehaye M. (1973): Tagebuch einer Schizophrenen. Edition Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Seiffge-Krenke I., Nitzko S. (2011): Wie wirksam sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien bei Jugendlichen? Ein Vergleich der Einschätzung von Patienten, ihren Eltern und Therapeuten. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 39; Nr. 4; S. 253 – 264.

Steinke I. (2007): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt; Hamburg; 319 – 331.

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (2012): Einladung zur ersten interdisziplinären Fachtagung Qualitative Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stand und Perspektiven , http://www.oegkjp.at/images/stories/pdf/fachtagung_bern_2012.pdf, Stand 14.09.2014.

Wiethoff, K.; Dippold, I.; Keller, F.; Fegert, J.M. (2002): „Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein' – Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus der Sicht minderjähriger Patienten“. Poster XXVII. Kongress DGKJPP, Berlin.

Witzel, A (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Beltz; Weinheim und Basel; S. 227-256.

Witzel A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Social Research; Jhrg. 1, Nr. 1; Art. 22. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>, eingesehen am 15.01.2013.

Wurst E., Fuiko R., Hajszan M., Katkhouda C., Kieboom A., Schubert M.T., Herle M. (2002): Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 30; Nr. 1; S. 21 – 28.

Zielke-Nadkarni A., Cormann B. (2009): Umgang mit aggressiven Kindern in der psychiatrischen Pflege – Teil 1. In: Psychiatrische Pflege 2009; Jhrg. 15; Nr. 5; S. 251-259.

Zielke-Nadkarni A., Cormann B. (2009): Umgang mit aggressiven Kindern in der psychiatrischen Pflege – Teil 1. In: Psychiatrische Pflege 2009; Jhrg. 15; Nr. 6; S. 312 – 318.

Zum aktuellen Behandlungsverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aktion Psychisch Kranke e.V. (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich, auf der Grundlage des Modellprogramms der Bundesregierung. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit; Bonn.

Aktion Psychisch Kranke (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für

Literaturverzeichnis

Gesundheit Psychiatrie-Verlag, Bonn. http://www.apk-ev.de/publikationen/439-PschPV_RZ.pdf, eingesehen am 23.11.2011.

Aktion Psychisch Kranke (2013): Zukünftige Aufgaben der Psychiatriereform – Stand 04/2013. <http://www.apk-ev.de/public/apk.asp?id=4&mod=User>, eingesehen am 23.12.2013.

Armin B. (1983): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kösel, München.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht . Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>, eingesehen am 02.09.2014.

Castell R., Nedoschill J., Rupps M., Bussiek D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Degener T. (2003): Behinderung als rechtliche Konstruktion. In: Lutz P. (Hrsg.): Der (im-)perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Böhlau; Köln; S. 448 – 467.

Deleuze G. (1990): Postscriptum über die Kontrollgesellschaft. l'autre Journal, Nr. 1, Mai 1990. <http://www.coforum.de/?2181>; eingesehen am Stand 11.08.2011.

Deleuze G. (1992): Foucault. Suhrkamp; Frankfurt a.M.

derStandard.at (2013): Deutsche Kinderpsychiater entschuldigen sich für massenmörderische Vergangenheit. <http://derstandard.at/1362107636455/Deutsche-Kinderpsychiater-entschuldigen-sich-fuer-massenmoerderische-Vergangenheit>, eingesehen am 23.12.2013.

Dörr M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Reinhard UTB; München.

Literaturverzeichnis

Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit; Bonn.

Fangerau H. (2006): Psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen. In: Schulz St., Steigleder K., Fangerau H., Paul N.W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Suhrkamp; Frankfurt a.M.; S. 368 – 398.

Fangerau H., Noack T. (2006): Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus. In: Schulz S., Steigleder K., Fangerau H., Paul N.W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.; S. 224 – 248.

Fegert J.M., Kölch M. (2011): Perspektiven sozialpsychiatrischer Forschung in der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß (Hrsg.): Psychiatriereform 2011... Der Mensch im Sozialraum. Psychiatrie Verlag; Bonn; S.93 – 106.

Foucault M. (1973 a): Die Geburt der Klinik. Carl Hanser Verlag; München.

Foucault M. (1973 b): Wahnsinn und Gesellschaft. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Foucault M. (1976): Mikrophysik der Macht. Michel Foucault über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Merve Verlag; Berlin.

Foucault M. (1977): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Foucault, M. (1978): Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Merve; Berlin.

Foucault M. (2005): Die Macht der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Literaturverzeichnis

Gröning K. (2010): Entwicklungslinien Pädagogischer Beratungsarbeit: Anfänge - Konflikte – Diskurse. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Haack K., Hässler F. Kumbier E. (2013): Nationalsozialistische 'Kindereuthanasie: Das Beispiel Günter Nevermann. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 41; Nr. 3; S. 173-79.

Fuchs P., Rotzoll M., Richter P., Hinz-Wessels A., Hohendorf G. (2004): Minderjährige als Opfer der Krankenmordaktion „T4“. In: Beddis T., Hübener K. (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. Schriftenreihe zur Medizin Geschichte des Landes Brandenburg. Bd. 10. be.bra wissenschaft verlag; Berlin-Brandenburg; S. 55 – 71.

Hackenbreg B., Hinterhuber H. (1997): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York. S. 157 – 188.

Häfner H. (2001): Die Psychiatrie-Enquête – historische Aspekte und Perspektiven. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquête. Band I. Psychiatrie-Verlag; Bonn.

Hänsel D. (2008): Karl Tornow als Wegbereiter der sonderpädagogischen Profession. Die Grundlegung des Bestehenden in der NS-Zeit. Verlag Julius Klinkhardt; Bad Heilbrunn.

Holtkamp M. (2002): Werner Villinger (1887 – 1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie. Matthiesen Verlag; Husum.

Kammler C. (2008): Einführung: Konzeptualisierungen der Werke Foucaults. In: Kammler C., Parr R., Schneider U. J. (Hrsg.): Foucault Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. J.B. Metzler; Stuttgart und Weimar; S. 9 – 11.

Kölch, M. (1996): Die Psychopathenfürsorgestellen der Weimarer Republik. Berlin: Dissertation. <http://www.diss.fuerlin.de/koelch.pdf>, eingesehen am 23. 02. 2010.

Literaturverzeichnis

Kölch M. (2013): Versorgungsstrukturen für auffällige Kinder in Berlin während der Weimarer Republik. http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Poster/be_koelch.pdf, eingesehen am 23.12.2013.

Kunst+Museumsprojekt Zschadraß (2013): Zur Geschichte der Psychiatrie. www.ort-jenseits-der-strasse.de/.../Zur_Geschichte_der_Psychiatrie.rtf, eingesehen am 23.12.2013.

Kunze H.,Kaltenbach L. (1994): Psychiatrie – Personalverordnung. Kohlhammer Verlag; Stuttgart.

Kunze H. (1995): Psychiatrische Pflichtversorgung und offene Türen. In: Ulmar G. (Hrsg.): Psychiatrische Versorgungsperspektiven. Springer, Berlin u.a., S. 9 – 18.

Kunze H. (1997): Die Psychiatrie-Personalverordnung als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie. In: Berger M., Gäbel W. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York; S.53 – 66.

Lachmund J. (1992): Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. Zeitschrift für Soziologie, Jhrg. 21; Nr. 4; S. 235 – 251.

Lehmkuhl U., Lehmkuhl G. (2013): Die bisherige Aufarbeitung der Euthanasie im Nationalsozialismus durch die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41 Sonderheft S. 4-11.

Link J. (2008): Disziplinartechnologien/Normalität/Normalisierung. In: Kammler C., Parr R., Schneider U. J. (Hrsg.): Foucault Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. J.B. Metzler; Stuttgart und Weimar; S. 242 – 245.

Literaturverzeichnis

Nieraese C. (1996): Qualitätssicherung in der Gemeindepsychiatrie – eine Herausforderung für die Sozialarbeit. In: Blanke U. (Hrsg.): Der Weg entsteht beim Gehen. Sozialarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag; Bonn; S. 73 – 85.

Nissen G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta; Stuttgart.

Payk T.R. (2003): Hermann Simon: Aktiver Therapeut und überzeugter Sozialdarwinist. Krankenhauspsychiatrie. Jhrg. 14; Nr. 2; S.67 – 72.

Pfeiffer J. (2007): Phasen der deutschen Nachkriegsauseinandersetzung mit den Krankentötungen 1939 – 1945. In: Oehler-Klein S., Roelcke V. (Hrsg.): Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus. Franz Steiner Verlag; Stuttgart; S. 331 – 360.

Remschmidt H. (1988): Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt H., Schmidt M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Georg Thieme Verlag; Stuttgart und New York; S. 3 – 10.

Remschmidt H. (1997): Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie. Jhrg. 46; Nr. 6; S. 445 – 458.

Remschmidt H. (2006): 56 Jahre Erziehungsberatung in Marburg. Chronik der Erziehungsberatungsstelle am Ortenberg und der Ärztlich-pädagogischen Jugendhilfe an der Philipps-Universität in Marburg. Verlag Görlich & Weiershäuser; Marburg.

Ricken N., Rieger-Ladich M. (2004): Einleitung. In: Ricken N., Rieger-Ladich M. (Hrsg.): Michel Foucault: Pädagogische Lektüren. Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; S. 7 – 14.

Ruffing R. (2008): Michel Foucault. Wilhelm Fink Verlag; Paderborn.

Literaturverzeichnis

Schneider U.J. (2004): Michel Foucault. Primus Verlag; Darmstadt.

Schott H., Tölle R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. C.H.Beck; München.

Schwarz M. (2008): Eugenik und „Euthanasie“: Die internationale Debatte und Praxis 1933/45. In: Henke K.-D. (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord. Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden. Bröhlau; Köln; S. 65 – 83.

Shorter E. (2003): Geschichte der Psychiatrie. Rowohlt Taschenbuch Verlag; Hamburg.

Tornow, K. (1943) : Völkische Sonderpädagogik und Kinderpsychiatrie : Bericht über die 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (Wien). In: Zeitschrift für Kinderforschung : Organ der Gesellschaft für Heilpädagogik und des Deutschen Vereins zur Fürsorge für Jugendliche Psychopathen ; Nr. 1, S. 76 - 86.

Trutzel K. (2011): Geschichtliche Entwicklung der Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S. 283 -308.

Von Stechow E. (2004): Erziehung zur Normalität. Eine Geschichte der Ordnung und Normalisierung der Kindheit. Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Winkler U. (2009): „Jugendnot“ und Fürsorgeerziehung in der frühen Bundesrepublik. In: Benad M., Schmuhl H.-W., Stockhecke K. (Hrsg.): Endstation Freistatt. Fürsorgeerziehung in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel bis in die 1970er Jahre. Verlag für Regionalgeschichte - Bethel-Verlag; Bielefeld; S. 27 – 54.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Augsburger Allgemeine: Was hilft Kindern mit gestörtem Sozialverhalten.
<http://www.augsburger-allgemeine.de/neu-ulm/Was-hilft-Kindern-mit-gestoertem-Sozialverhalten-id25659931.html>, eingesehen am 18.06.2013.

Bauer A., Friesel-Wark H., Bergenthal S. (2013): Familiäre psychiatrische Pflege – klinische und familiendynamische Dimensionen – Studienbrief im Modellprojekt der Universität Bielefeld Familiäre Pflege unter den Bedingungen der GDRG's.

Beise U (2010): DSM-V: große Ambition, schwache Methodologie?
<http://www.rosenfluh.ch/rosenfluh/articles/download/1300/DSMV.pdf>, eingesehen am 18.11.2012.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht . Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>, eingesehen am 02.09.2014.

Bock R. (1984): Psychoanalyse. Am Anfang war die Couch. In: Petzold H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Band II. Junfermann-Verlag; Paderborn; S. 101 – 174.

Cicourel A., Kitsuse J. (1963): The Educational Decisionmakers. An advanced study in sociology. The Bobbs-Merrill Company; Indianapolis and New York.

Cicourel A., Kitsuse J. (1974): Die soziale Organisation der Schule und abweichende Karrieren. In: Hurrelmann K. (Hrsg.): Soziologie der Erziehung. Beltz Verlag; Weinheim und Basel; S. 362 – 378.

Comer R.J: (2008): Klinische Psychologie. Spektrum, Heidelberg.

Literaturverzeichnis

Döpfner M. (2008): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe; Göttingen, Bern; S. 29 – 48.

Du Bois R.; Resch F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Kohlhammer; Stuttgart.

Ekstein R. (1996): Schizophrene Jugendliche im Kampf um Trennung und Individuation (1973). In: Bohleber (Hrsg.): Adoleszenz und Identität. Verlag Internationale Psychoanalyse; Stuttgart; S. 208 – 237.

Eschmann S., Weber Häner Y, Steinhausen H.-Ch. (2007): Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. Übersicht und Forschungsnotwendigkeiten. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Jhrg. 36; Nr. 4; 270–279.

Fangerau H. (2006): Psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen. In: Schulz St., Steigleder K., Fangerau H., Paul N.W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Suhrkamp; Frankfurt a.M.; S. 368 – 398.

Fegert J.M. (1996): Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlagen und kooperative Umsetzung von Hilfen nach §35 a KJHG. Votum; Münster.

Fegert, J. M.; Goldbeck, L. (2004): Kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. In: Arolt, V.; Diefenbacher A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Steinkopf; Darmstadt; S. 223 – 240.

Fegert J.M., Schrapper C. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. (2004): In: Fegert J.M., Schrapper C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa-Verlag. Weinheim und München; S.15 – 25.

Gleiss I., Seidel R., Abholz H. (1976): Soziale Psychiatrie - Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Literaturverzeichnis

Goldbeck L., Schulze U.M.E., Fegert J.M. (2004): Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert J. M., Schrapper C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag; Weinheim und München; S. 259 – 264.

Hackenberg B., Hinterhuber H. (1997): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York. S. 157 – 188.

Hebebrand J., Blanz B., Herpertz-Dahlmann B., Lehmkuhl G. (2012): Zunahme der Häufigkeit medikamentöser Behandlungen, ethische Prinzipien und Interessenkonflikte in der Kooperation mit der pharmazeutischen Industrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Jhrg. 40; Nr. 3; S. 133–138.

Hurrelmann K. (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag; Weinheim und München.

Kilian R. (2008): Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Soziale Probleme; Jhrg. 19; Nr. 2; S. 136 – 149.

Knölker U., Matzejat F., Schulte-Markwort M. (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie systematisch. Uni Med Verlag; Bremen, London, Boston.

Köttgen C. (2011): Von der Verwandlung sozialer Probleme junger Menschen in medizinische Diagnosen. Stigmatisierung, medikamentöse Ruhigstellung und Aussortierung aus dem normalen Leben. http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb_2011_texte/Vortrag_Koettgen.pdf, Stand 18.11.2012.

Kurth B.-M. (2006): Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz; Nr. 49; S. 1050 – 1058.

Ludewig K. (2002): „Junge Menschen lügen nicht, Erwachsene dagegen sehr.“ Über den Umgang mit Selbstverständlichkeiten und Besonderheiten in der Therapie mit Kindern

Literaturverzeichnis

und Jugendlichen. In: Rotthaus (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Carl-Auer-Systeme Verlag; Heidelberg; S. 162 – 184.

Mielck (2001): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer sozialeepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke A., Hurrelmann K. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Westdeutscher Verlag; Wiesbaden; S. 230 – 253.

Moncrieff J. (2009): A Critique of the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia and Psychosis. Harvard Review of Psychiatry, Jhrg. 17; Nr. 3; S. 214 – 225.

Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (2008): SGB VIII §35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. 5. Auflage. C.H.Beck; München.

Nissen G., Trott G.-E. (1995): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg, New York.

Oelsner W., Lehmkuhl G. (1996): Kinderpsychiatrie und Pädagogik - sich ergänzende und oder widersprechende Sichtweisen. In: Kretz H. (Hrsg.): Lebendige Psychohygiene. Eberhard Verlag, München; S. 167 -184.

Petermann F., Niebank K., Scheithauer H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Springer; Berlin, Heidelberg, New York u. a.

Petermann (2005): Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. Kindheit und Entwicklung Jahrgang 14; Nr. 1; S. 48 – 57.

Remschmidt H. (1995): Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Diagnostik. In: Petermann F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe; Göttingen; S. 3 – 52.

Literaturverzeichnis

Remschmidt H. (2009): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber Verlag; Bern.

Richter M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheiten. Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Richter D. (2012): Von der sozialen Krise zur psychischen Krise. Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie. Jhrg. 30; Nr. 2; S. 7 – 10.

RKI - Robert-Koch-Institut (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs_elternbroschuere.pdf, eingesehen am 10.11.10.

Rothärmel, S.; Dippold, I.; Wiethoff, K.; Wolfslast, G.; Fegert, J.M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Rotthaus W. (2002): Zur Einführung: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In: Rotthaus (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Carl-Auer-Systeme Verlag; Heidelberg; S. 9 – 19.

Schott H., Tölle R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. C.H.Beck; München.

Steck B. (2002): Psychopharmakotherapie und Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Berücksichtigung neurobiologischer Aspekte. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Nr. 153; S.308 – 315. <http://www.sanp.ch/docs/2002/2002-07/2002-07-045.PDF> eingesehen am 02.01.2014.

Steinhausen H.-C. (2006): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. URBAN & FISCHER; München und Jena.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf, eingesehen am 12.01.2011.

Ziegeler I. (2005): Beschreibung der stationären Inanspruchnahmepopulation der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf anhand des Frankfurter Basisdokumentationsschemas. Eine empirisch-quantitative Querschnittsstudie. Dissertation. Fachbereich Medizin der Universität Hamburg, Hamburg.

Pädagogische Bedürfnisse und Interaktionserfahrungen als Wirkfaktoren

Amering M, Schmolke M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie Verlag; Bonn.

Asklepios Klinik-Hamburg-Harburg (2012): Liste der Top Diagnosen (ICD-10 Codes) der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik Asklepios Klinik Harburg. Datenbasis der QS-Berichte ist 2012. <https://www.kliniken.de/kliniksuche/fachabteilung-Kinder-und-Jugendpsychiatrie-Asklepios-Klinik-Harburg-Hamburg-149057.htm>, eingesehen am 24.06.2014.

Bacal H.A., Newman K.M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Problemata; Stuttgart.

Becker H., Wolfstetter L, Gomez-Muller A., Fornet-Betancourt R. (Hrsg.) (1993): Freiheit und Selbstsorge. Interview 1984 und Vorlesung 1982 / Michel Foucault. Materialis Verlag; Frankfurt a.M.

Bowlby J. (2005): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. Reinhardt; München.

Buber M. (1953): Reden über Erziehung. Lambert Schneider; Heidelberg.

Literaturverzeichnis

Buber M. (1962): Das Dialogische Prinzip. Lambert Schneider; Heidelberg.

Buber M. (1978): Urdistanz und Beziehung. Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie. Lambert Schneider; Heidelberg.

Carrey N. (2007): Practicing Psychiatry Through a Narrative Lens. Working With Children, Youth, and Families. In: Brown C, Augusta-Scott T. (Hrsg.): Narrative Therapy. Making Meaning, Making Lives. Sage Publications; Thousand Oaks (Calif.).

Cohen J., Mannarino A.P., Deblinger E. (2009): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Springer; Heidelberg.

Corbin J.M., Strauss A.L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Deinet U. (1999): Sozialräumliche Jugendarbeit. Eine praxisbezogene Anleitung zur Konzeptentwicklung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit. Leske + Budrich; Opladen.

DV Adherence: (2014): Compliance vs. Adherence. <http://www.dv-adherence.de/index.php/compliance-vs-adherence.html>; eingesehen am 14.01.2014.

Ettrich K.U. (2004): Erkenntnisse und Methoden der Bindungsforschung. In: Ettrich K.U. (Hrsg.): Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Thieme Verlag; Stuttgart und New York; S. 3 – 18.

Fegert, J. M.; Goldbeck, L. (2004): Kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. In: Arolt, V.; Diefenbacher A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Steinkopf; Darmstadt; S. 223 – 240.

Filipp S.-H., Aymanns P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Kohlhammer; Stuttgart.

Literaturverzeichnis

Fremmer-Bombik E. (2009): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler G., Zimmermann P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta; Stuttgart.

Gröning K. (2011): Pädagogische Beratung: Konzepte und Positionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Grossmann K. E., Grossmann K. (2003): Bindungen und menschliche Entwicklungen. Klett-Cotta; Stuttgart.

Grossmann K. E., Grossmann K. (2004): Bindungen: das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta; Stuttgart.

Hafeneger B.; Henkenborg P.; Scherr A. (2002): Vorwort. In: Hafeneger B.; Henkenborg P.; Scherr A. (Hrsg.): Pädagogik der Anerkennung. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder. Wochenschau Verlag; Schwalbach TS; S. 7 -9.

Hartwig K., Ettrich K.U., Ettrich Ch. (2004): Bindungsmuster bei psychisch auffälligen Jugendlichen. In: Ettrich K.U. (Hrsg.): Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Thieme Verlag; Stuttgart und New York; S. 59 – 68.

Herrmann S. (2013): Symbolische Verletzbarkeit. Die doppelte Asymmetrie des Sozialen nach Hegel und Levinas. Transcript Verlag; Bielefeld.

Honneth A. (2010) a: Verwilderungen. Kampf um Anerkennung im frühen 21. Jahrhundert. Eingesehen auf <http://www.bpb.de/apuz/33577/verwilderungen-kampf-um-erkennung-im-fruehen-21-jahrhundert?p=all> am 02.10.2013.

Honneth A. (2010) b: Das Ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie. Suhrkamp Verlag; Frankfurt am Main.

Honneth A.; Stahl T. (2010): Jenseits der Verteilungsgerechtigkeit: Anerkennung als sozialer Fortschritt. Wie der Wandel gesellschaftlicher Wertschätzung philosophisch beurteilt werden kann. In: Forschung Nr. 2. Frankfurt; S. 16 – 19. eingesehen auf <http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/36050709/01HonnethStahl.pdf> am 04.12.2013.

Literaturverzeichnis

Honneth A. (2012): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp Verlag; Frankfurt am Main.

Jacobson, E. (1998): Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Kohut, H. (1976): Narzissmus. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Kohut H. (1987): Wie heilt die Psychoanalyse. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Kohut, H. (1993): Auf der Suche nach dem Selbst. Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie. (Hrsg. von Elson M.). Pfeiffer Verlag; München.

Kohut, H. (2009): The Restoration of the Self. University of Chicago Press; Chicago.

Krause R. (1998): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart, Berlin, Köln.

Kuchenbecker A. (2002): Behandlungsende und Entlassvorbereitung: die Begleitung von Abschied, Trennung und Übergang. In: Kuchenbecker A. (Hrsg.): Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verlag modernes Lernen; Dortmund; S.137 – 154.

Kuchenbecker A. (2007): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff St. (Hrsg.): Lehrbuch der psychiatrischen Pflege. Verlag Hans Huber; Bern; S.1017 – 1024.

Kutter P. (2001): Affekt und Körper. Neue Akzente in der Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

MAG ELF (1998): Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter belastenden Lebensumständen – wann bleiben Fehlentwicklungen aus? Auszüge aus dem Informationsdienst des österreichischen Institutes für Familienforschung Nr. 10/11 1998, <http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/pdf/schutzfaktoren.pdf>, eingesehen am 23.12.2013.

Literaturverzeichnis

McQueen P. (2011): Social and Political Recognition. In: Internet Encyclopedia of Philosophy. Eigesehen auf http://www.iep.utm.edu/recog_sp/#H1 am 01.10.2013.

Mertens W. (1992): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1. Kohlhammer, Stuttgart.

Nothdurft W. (2007): Anerkennung. In: Straub J., Weidemann A., Weidemann D. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder. Metzler; Stuttgart, Weimar; S. 110 – 122.

Oevermann U. (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz R., Busse S., Ehlert G., Müller S. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte Kontroversen, Perspektiven. VS-Verlag; Wiesbaden; S.113 – 142.

Rosa H. (2011): Antrag auf Förderung einer Kolleg-Forscherinnengruppe der DFG zum Thema Landnahme, Beschleunigung, Aktivierung. (De-)Stabilisierung moderner Wachstumsgesellschaften. http://www.soziologie.uni-jena.de/soziologie_multimedia/Downloads/DFG+Kolleg/ForschungskollegDFGVollantragFinal_04_02_11_bis+S_+24+f%C3%BCr+Homepage_1-p-1918.pdf, Eingesehen am 11.10.2013.

Rosa H. (2012): Weltbeziehungen im Zeitalter der Beschleunigung. Umriss einer neuen Gesellschaftskritik. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Rothärmel, S.; Dippold, I.; Wiethoff, K.; Wolfslast, G.; Fegert, J.M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Sachse R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Hogrefe Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Sachse R. (2008): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Psychiatrie-Verlag; Bonn.

Literaturverzeichnis

Schüssler G. (2005): Psychologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen. In: Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Medizin Verlag; Heidelberg; S. 178 – 207.

Simon T. (2012): Bildungsphilosophische Überlegungen zum Zusammenhang von Anerkennung und professioneller Entwicklung in der (Sonder)Pädagogik. Zeitschrift für Inklusion Nr. 3, eingesehen auf <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/180/170> am 01.10.2013.

Steinhausen, H. C. (2006), Störungen des Sozialverhaltens, in Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Urban und Schwarzenberg.

Stojanov K. (2006): Bildung und Anerkennung. Soziale Voraussetzungen von Selbst-Entwicklung und Welt-Erschließung. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Thoma, H., Kächele, H.(1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 1. Grundlagen. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York.

Universitätsklinikum Leipzig (2009): Störungen der emotionalen Entwicklung mit Auswirkung im Sozialverhalten. http://kinderps.uniklinikum-leipzig.de/kjpsy.site,postext,stoerungsbilder,a_id,245.html, eingesehen am 24.06.2014.

Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH (2012): Liste der Top Diagnosen (ICD-10 Codes) der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH. Datenbasis der QS-Berichte ist 2012. <https://www.kliniken.de/kliniksuche/fachabteilung-Kinder-und-Jugendpsychiatrie-Landkreis-Mittweida-Krankenhaus-gGmbH-161244.htm>, eingesehen am 24.06.2014.

Wahlen H. (2008): LebenZeichen von Gott – für uns. Analysen für eine zeitgemässe Sakramentenpastoral. Lit Verlag; Berlin, Münster, Wien, Zürich, London.

Literaturverzeichnis

Wagner W. (2009): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik : Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum J.; Besser L.; Kühn M.; Weiß W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa; Weinheim; S. 81 - 93.

Werner H.-J. (1994): Martin Buber Einführungen. Campus Verlag; Frankfurt a.M., New York.

Wigger A. (2009): Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses in Zwangskontexten – professionstheoretische Überlegungen im Licht verschiedener Fallstudien. In: Becker-Lenz R., Busse S., Ehlert G., Müller S. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte Kontroversen, Perspektiven. VS-Verlag; Wiesbaden; S. 143 – 158.

Wutke U.K. (2009): Reader zum Thema Narzissmus (WS09/10). http://www.uni-saarland.de/uploads/media/Reader_zum_Thema_Narzissmus.doc., eingesehen am 14.01.2014.

Zeit Online (2009): Beschleunigungsgesellschaft „Muße braucht Zeit“. Interview mit H. Rosa. <http://www.zeit.de/2010/01/Interview-Rosa/seite-4>; eingesehen am 11.10.2013.

Zimmermann P., Gliwitzky J., Becker-Stoll F. (1996): Bindung und Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht; Jhrg. 43; S. 141-154.

Zwischenfazit zum aktuellen Behandlungsverständnis

Amering M, Schmolke M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie Verlag; Bonn.

Heimann R., Schmeck K. (2012): Führungsaufgaben von Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmid M., Tetzner M., Rensch K., Schlüter-Müller S. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen; S. 220 – 226.

Knoll A. (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Soziotherapie. Leske + Budrich; Opladen.

Steinhausen, H. C. (2006), Störungen des Sozialverhaltens, in Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Urban und Schwarzenberg.

Wirkungen des Aufenthalts – ein Rückblick auf die Interviews der Psychiatrie-Erfahrenen

Iding H. (2000): Hinter den Kulissen der Organisationsberatung: Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Rohde J.J. (1975): Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In: Ritter-Rohr D. (Hrsg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.; S. 167 – 210.

Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff St. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der psychiatrischen Pflege. Verlag Hans Huber; Bern.

Schunke P. (2011): Bezugspflege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Notwendigkeit. In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S.229 – 252.

Erziehungsklima im Stationsalltag

Antonovsky (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Dgvt; Tübingen.

Literaturverzeichnis

Bettelheim B. (1975): Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie. Deutsche Verlags-Anstalt; Stuttgart.

Bettelheim B. (1979): Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation. Deutsche Verlags-Anstalt; Stuttgart.

Bettelheim B. (1980): Aufstand gegen die Masse. Die Chance des Individuums in der modernen Gesellschaft. Kindler Verlag; München.

Branik E. (2001): Zum Verhältnis von Pflege/Pädagogik und Therapie auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station. Psych Pflege; Nr. 7; S. 248 – 251.

Bröder M. (2011): Professionelles Handeln mit Übertragungsprozessen. Psychoanalytische Gesichtspunkte hinsichtlich der stationären Therapie von Kindern und Jugendlichen. Explizit am Behandlungsverständnis der Kinder – und Jugendpsychiatrie Ganderkesee (Station II). In: BundesArbeitsGemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (Hrsg.): Blickpunkt Pflege- und Erziehungsdienst. Pädagogisch-pflegerisches Berufsprofil und Rollenverständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Books on Demand; Norderstedt; S. 95 – 116.

Bruland D., Timimi S., Tetley D. (2015): Kinder und Jugendliche bewerten ihre Therapie: Outcome Orientated Children and Adolescent Mental Health Service' (OO-CAMHS). In: Psych Pflege Heute; Jhrg. 20; Nr. 1, S.25- 30.

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2013): „Gerechtigkeit, Verantwortung und Sicherheit - Soziale Arbeit positioniert sich“. <http://www.dbsh.de/beruf.html>, eingesehen am 15.01.2014.

Ekstein R. (1996): Schizophrene Jugendliche im Kampf um Trennung und Individuation (1973). In: Bohleber (Hrsg.): Adoleszenz und Identität. Verlag Internationale Psychoanalyse; Stuttgart; S. 208 – 237.

Literaturverzeichnis

Eglauer M. (2001): Wissenschaft als Chance. Das Wissenschaftsverständnis des chinesischen Philosophen Hu Shi (1891-1962) unter dem Einfluß von John Deweys (1859-1952) Pragmatismus. Franz Steiner Verlag; Stuttgart.

Fegert, J. M.; Goldbeck, L. (2004): Kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. In: Arolt, V.; Diefenbacher A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Steinkopf; Darmstadt; S. 223 – 240.

Finzen A. (1978): Integration der Milieuthherapie in die Sozialpsychiatrie. In: Heim E. (Hrsg.): Milieuthherapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Verlag Hans Huber; Bern, Stuttgart, Wien; S. 14 – 56.

Gerspach M. (1998): Wohin mit den Störern? Zur Sozialpädagogik der Verhaltensauffälligen. Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart, Berlin, Köln.

Göppel R. (1995): Bruno Bettelheim. In: Fatke R., Scarbath H. (Hrsg.): Pioniere Psychoanalytischer Pädagogik. Erziehungskonzeptionen und Praxis Nr. 27. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften; Frankfurt a.M., Berlin, Bern u. a.; S. 109 – 127.

Gröning K. (2011): Pädagogische Beratung: Konzepte und Positionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden.

Haselmann S. (2008): Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen.

Heim E. (1985): Praxis der Milieuthherapie. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.

Höger Ch. (2010): Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit. Ethische Aspekte der psychiatrischen Behandlung von Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Vol. 38, Heft 6, S. 421 – 427.

Hurrelmann K. (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag; Weinheim und München.

Literaturverzeichnis

Iding H. (2000): Hinter den Kulissen der Organisationsberatung: Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Jones M. (1978): Von der therapeutischen Gemeinschaft zum offenen System. In: Heim E. (Hrsg.): Milieuthapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Verlag Hans Huber; Bern, Stuttgart, Wien; S. 22 – 30.

Jork K. (2006): Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In: Jork K., Peseschkian N. (Hrsg.): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Huber Verlag; Bern; S.17 – 25.

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, 166, 182-186.

Krappmann L. (1997): Die Identitätsproblematik nach Erikson aus einer interaktionistischen Sicht. In: Keupp H. und Höfer R. (Hrsg.): Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Suhrkamp; Frankfurt/M.; S. 66-92.

Kriener M., Wilting K. (2004): Partizipation von Mädchen und Jungen. In: Schrappner Ch., Fegert J.M. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag; Weinheim und München; S. 481 – 498.

Krumenacker F.-J. (1998): Bruno Bettelheim. Ernst Reinhardt Verlag; Basel und München.

Mai G. (2007): Bruno Bettelheims Pädagogik und Milieuthapie unter besonderer Berücksichtigung seiner lebensgeschichtlichen Prägung. RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG. http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/12304/1/Gabi_Mai_Dissert_ohne_Erklaerung.pdf, eingesehen am 02.12.2013.

Literaturverzeichnis

Mentzos S. (1997): Die Psychodynamik der Psychosen. Zur psychodynamischen Differenzierung und Einordnung psychotischer Prozesse. *Psychotherapeut*; Jhrg. 42; S. 343 – 349.

Mentzos S. (1999): Persönlichkeitsstörungen. In: Studt H.H., Petzold E.R. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychotherapie; ein Leitfaden für Theorie und Praxis*. Walter de Gruyter; Berlin und New York; S. 99 – 113.

Müller B. (1995): *Außensicht – Innensicht. Beiträge zu einer analytisch orientierten Sozialpädagogik*. Lambertus Verlag; Freiburg i.B.

Müller B. (2012): *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*. Lambertus Verlag; Freiburg i.Br.

Nothdurft W. (2007): Anerkennung. In: Straub J., Weidemann A., Weidemann D. (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Metzler; Stuttgart, Weimar; S. 110 – 122.

Nussbaum M.C. (1999): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Nussbaum M.C. (2010): *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.

Oelkers J. (1981): Pädagogischer Geist und erzieherisches Handeln. Handlungstheoretische Implikationen der „Geisteswissenschaftlichen Pädagogik“. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, Jg. 27, Nr. 5, S. 739 – 768.

Oelkers J. (2001) b: *Einführung in die Theorie der Erziehung*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Oelkers N., Schrödter M. (2010): Kindeswohl und Kindeswille. Zum Wohlergehen von Kindern aus der Perspektive des Capability Approach. In: Otto H.-U., Ziegler H. (Hrsg.):

Literaturverzeichnis

Capabilities –Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; S.143 – 161.

Otto H.-U., Ziegler H. (2010): Der Capabilities-Ansatz als neue Orientierung in der Erziehungswissenschaft. In: Otto H.-U., Ziegler H. (Hrsg.): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; S.9 – 16.

Ploeger A. (1978): Die Abteilung als therapeutische Einheit im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. In: Heim E. (Hrsg.): Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Hans Huber; Bern; S. 57 – 73.

Röh D. (2009): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. Ernst Reinhard Verlag; München und Basel.

Rohde J.J. (1975): Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In: Ritter-Rohr D. (Hrsg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Suhrkamp Verlag; Frankfurt a.M.; S. 167 – 210.

Roppelt U. (2003): Kinder - Experten ihres Alltags? : eine empirische Studie zum außerschulischen Alltag von 8- bis 11-jährigen Kindern aus dem Bleiweißviertel Nürnberg. Peter Lang Verlag; Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien.

Rotthaus W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verlag modernes lernen; Dortmund.

Rotthaus W. (2001): „Was nützt denn überhaupt?“ Wirkfaktoren in der Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psych Pflege Nr. 7, S.74 – 80.

Schäfer, A., Durmann B., Hamann U., Lange T. Prankel B. (2009): Der Rotenburger Kooperationsstandard in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Hahn S., Stefan H., Abderhalden Ch., Needham I., Schulz M., Schoppmann S. (Hrsg.): Leadership in der

Literaturverzeichnis

psychiatrischen Pflege. Vorträge und Posterpräsentationen 6. Länderkongress Pflege in der Psychiatrie. Ibicura; Unterostendorf; S.259 – 260.

Schulz M., Bruland D. (2009): Was macht uns gesund? Salutogenese und Pflege. In: PADUA. Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik. Jhrg. 4; Nr. 3; S. 44 – 48.

Siegrist J. (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Ferdinand Enke Verlag; Stuttgart.

Stimmer F. (2006): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer; Stuttgart.

Thimm W. (1994): *Das Normalisierungsprinzip: eine Einführung*. Lebenshilfe-Verlag; Marburg.

Trescher H.G. (1993): Handlungstheoretische Aspekte der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Muck M., Trescher H.-G. (Hrsg.): Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik. Psychosozial-Verlag; Gießen; S.167 – 201.

Trieschmann A.E., Whittaker J.K., Brendtro L.K. (1981): Erziehung im therapeutischen Milieu. Ein Modell. Lambertus; Freiburg i.B.

Wagner W. (2009): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik : Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum J.; Besser L.; Kühn M.; Weiß W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa; Weinheim; S. 81 - 93.

Weigand, G. (2004): Schule der Person. Zur anthropologischen Grundlegung einer Theorie der Schule. Ergon Verlag; Würzburg.

Wigger A. (2009): Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses in Zwangskontexten – professionstheoretische Überlegungen im Licht verschiedener Fallstudien. In: Becker-Lenz R., Busse S., Ehlert G., Müller S. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte Kontroversen, Perspektiven. VS-Verlag; Wiesbaden; S. 143 – 158.

Winter R. (2010): Sozialer Konstruktivismus. In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York; S. 123 – 135.

Zielke-Nadkarni A., Cormann B. (2009): Umgang mit aggressiven Kindern in der psychiatrischen Pflege – Teil 1. In: Psychiatrische Pflege 2009; Jhrg. 15; Nr. 5; S. 251-259.

Zielke-Nadkarni A., Cormann B. (2009): Umgang mit aggressiven Kindern in der psychiatrischen Pflege – Teil 1. In: Psychiatrische Pflege 2009; Jhrg. 15; Nr. 6; S. 312 – 318.

Abschließende Betrachtung und Ausblick

Deegan P.E. (1988): Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, Jhrg.11, Nr. 4, S. 11-19.

Heimann R., Schmeck K. (2012): Führungsaufgaben von Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmid M., Tetzner M., Rensch K., Schlüter-Müller S. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen; S. 220 – 226.

Anhang

Anhang 1 Grundbefähigungsliste nach Nussbaum (1999, S.200ff.)

„1. Die Fähigkeit, ein menschliches Leben von normaler Länge zu leben, nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, daß es nicht mehr lebenswert ist.

2. Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen, sich angemessen zu ernähren, eine angemessene Unterkunft und Möglichkeiten zu sexueller Befriedigung zu haben, sich in Fragen der Reproduktion frei entscheiden und sich von einem Ort zu einem anderen bewegen zu können.

3. Die Fähigkeit, unnötigen Schmerz zu vermeiden und freudvolle Erlebnisse zu haben.

4. Die Fähigkeit, seine Sinne und seine Phantasie zu gebrauchen, zu denken und zu urteilen - und diese Dinge in einer Art und Weise zu tun, die durch eine angemessene Erziehung geleitet ist, zu der auch (aber nicht nur) Lesen und Schreiben sowie mathematische Grundkenntnisse und eine wissenschaftliche Grundausbildung gehören. Die Fähigkeit, seine Phantasie und sein Denkvermögen zum Erleben und Hervorbringen von geistig bereichernden Werken und Ereignissen der eigenen Wahl auf den Gebieten der Religion, Literatur, Musik usw. einzusetzen. Der Schutz dieser Fähigkeit, so glaube ich, erfordert nicht nur die Bereitstellung von Bildungsmöglichkeiten, sondern auch gesetzliche Garantien für politische und künstlerische Meinungsfreiheit sowie für Religionsfreiheit.

5. Die Fähigkeit, Beziehungen zu Dingen und Menschen außerhalb unser selbst einzugehen, diejenigen zu lieben, die uns lieben und für uns sorgen, traurig über ihre Abwesenheit zu sein, allgemein Liebe, Kummer, Sehnsucht und Dankbarkeit zu empfinden. Diese Fähigkeit zu unterstützen bedeutet, Formen des menschlichen Miteinanders zu unterstützen, die nachweisbar eine große Bedeutung für die menschliche Entwicklung haben.

6. Die Fähigkeit, eine Vorstellung des Guten zu entwickeln und kritische Überlegungen zur eigenen Lebensplanung anzustellen. Dies schließt heutzutage die Fähigkeit ein, einer beruflichen Tätigkeit außer Haus nachzugehen und am politischen Leben teilzunehmen.

Anhang

7. Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen zu verstehen und Anteil an ihrem Leben zu nehmen, verschiedene soziale Kontakte zu pflegen; die Fähigkeit, sich die Situation eines anderen Menschen vorzustellen und Mitleid zu empfinden; die Fähigkeit, Gerechtigkeit zu üben und Freundschaften zu pflegen. Diese Fähigkeit zu schützen bedeutet abermals, Institutionen zu schützen, die solche Formen des Miteinanders darstellen, und die Versammlungs- und politische Redefreiheit zu schützen.

8. Die Fähigkeit, in Verbundenheit mit Tieren, Pflanzen und der ganzen Natur zu leben und sie pfleglich zu behandeln.

9. Die Fähigkeit, zu lachen, zu spielen, sich an erholsamen Tätigkeiten zu erfreuen.

10. Die Fähigkeit, sein eigenes Leben und nicht das eines anderen zu leben. Das bedeutet, gewisse Garantien zu haben, daß keine Eingriffe in besonders persönlichkeitsbestimmende Entscheidungen wie Heiraten, Gebären, sexuelle Präferenzen, Sprache und Arbeit stattfinden.

10 a. Die Fähigkeit, sein Leben in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu führen. Dies heißt Garantien für Versammlungsfreiheit und gegen ungerechtfertigte Durchsuchungen und Festnahmen; es bedeutet auch eine gewisse Garantie für die Unantastbarkeit des persönlichen Eigentums, wenngleich diese Garantie durch die Erfordernisse sozialer Gerechtigkeit auf verschiedene Weise eingeschränkt werden kann und im Zusammenhang mit der Interpretation der anderen Fähigkeiten immer verhandelbar ist, da das persönliche Eigentum im Gegensatz zur persönlichen Freiheit ein Mittel und kein Selbstzweck ist“

Anhang 2 Fragebögen OO-CAMHS

Outcome Rating Scale (ORS)

Name _____ Age (Yrs): ____ Sex: M / F

Session # ____ Date: _____

Who is filling out this form? Please check one: Self _____ Other _____

If other, what is your relationship to this person? _____

Looking back over the last week, including today, help us understand how you have been feeling by rating how well you have been doing in the following areas of your life, where marks to the left represent low levels and marks to the right indicate high levels. *If you are filling out this form for another person, please fill out according to how you think he or she is doing.*

Individually

(Personal well-being)

I-----I

Interpersonally

(Family, close relationships)

I-----I

Socially

Anhang

(Work, school, friendships)

I-----I

Overall

(General sense of well-being)

I-----I

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Name _____ Age (Yrs): _____
ID# _____ Sex: M / F
Session # _____ Date: _____

Please rate today's session by placing a mark on the line nearest to the description that best fits your experience.

Relationship

I felt heard, understood, and respected.

I did not feel heard, understood, and respected.

I-----I

Goals and Topics

We worked on and talked about what I wanted to work on and talk about.

We did *not* work on or talk about what I wanted to work on and talk about.

I-----I

Approach or Method

The therapist's approach is a good fit for me. The therapist's approach is not a good fit for me.

I-----I

Anhang

Overall

Overall, today's session was right for me. There was something missing in the session today.

I-----I

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Child Outcome Rating Scale (CORS)

Name _____ Age (Yrs): _____

Sex: M / F _____

Session # _____ Date: _____

Who is filling out this form? Please check one: Child _____ Caretaker _____

If caretaker, what is your relationship to this child? _____

How are you doing? How are things going in your life? Please make a mark on the scale to let us know. The closer to the smiley face, the better things are. The closer to the frowny face, things are not so good. *If you are a caretaker filling out this form, please fill out according to how you think the child is doing.*

Me

(How am I doing?)

I-----I

Family

(How are things in my family?)

I-----I

School

(How am I doing at school?)

I-----I

Anhang

Everything

(How is everything going?)

I-----I

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

Child Session Rating Scale (CSRS)

Name _____ Age (Yrs): _____
Sex: M / F
Session # _____ Date: _____

How was our time together today? Please put a mark on the lines below to let us know how you feel.

Listening

Listened to me.

did not always listen to me.

I-----I

How Important

What we did and talked about
were important to me.

What we did and talked about
was not really that important to me.

I-----I

What We Did

I liked what we did today.

I did not like what we did today.

I-----I

Overall

I hope we do the same kind of things next time.
different.

I wish we could do something

I-----I

Anhang

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass mir die geltende Promotionsordnung der Fakultät bekannt ist. Die Dissertation ist von mir selbstständig angefertigt, Dritte haben weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen erhalten. Alle von mir genutzten Hilfsmittel sind angegeben. Ich erkläre weiterhin, dass die wörtlichen oder dem Sinne nach anderen Veröffentlichungen entnommenen Stellen von mir kenntlich gemacht wurden. Die Arbeit wurde noch nicht als eine andere staatliche oder wissenschaftliche Prüfungsarbeit eingereicht und ebenso nicht als Dissertation an einer anderen Hochschule.

Datum Unterschrift