

Jana Sabban, Diplom-Sozialtherapeutin
Alice Salomon Hochschule Berlin / Hochschule Coburg

Masterthesis
Master of Arts in Klinischer Sozialarbeit (M.A.)

**PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN JUGENDLICHER
IN DER NICHTTHERAPEUTISCHEN JUGENDHILFE**

Anforderungen an benachteiligte Jugendliche und
Konsequenzen für das Hilfesystem

Erstgutachterin: Prof. Dr. Silke B. Gahleitner
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Gerull

Berlin, 30.09.2009
Matrikel-Nr. 7051014

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Psychosoziale Belastungen Jugendlicher	7
1.1 Jugend im gesellschaftlichen Wandel	7
1.2 Sozioökonomische und gesundheitliche Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen	8
1.3 Psychosoziale Belastungs- und Risikofaktoren	11
2 Empirische Untersuchung	18
2.1 Ableitung der Fragestellung	18
2.1.1 Praxisfeld und Problembeleuchtung	18
2.1.2 Forschungsstand	20
2.1.3 Formulierung der Fragestellungen	23
2.2 Methodik und Durchführung	24
2.2.1 Datenerhebung	24
2.2.2 Datenauswertung, Ergebnisse	27
2.2.3 Erläuterung	27
2.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	30
2.3 Diskussion	37
2.3.1 Diskussion der Ergebnisse	37
2.3.2 Messniveau	38
2.3.3 Stichprobenumfang	39
2.3.4 Qualität der Dokumentation der Akten	39
2.3.5 Interpretation und Positionierung der Ergebnisse	40

3	Bindungstheoretische Vertiefung	42
3.1	Grundlagen der Bindungstheorie	42
3.1.1	Die Bindungstypen	44
3.1.2	Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter	47
3.1.3	Die transgenerationale Perspektive	48
3.2	Adoleszenz und Bindung	49
3.2.1	Entwicklungspsychologische Aspekte der Adoleszenz	50
3.2.2	Bindungstheoretische Aspekte der Adoleszenz	53
4	Psychotraumatologische Vertiefung	57
4.1	Eine kurze Einführung in die Psychotraumatologie	58
4.1.1	Der Begriff der Psychotraumatologie	58
4.1.2	Psychische Traumatisierung als Verlauf und typische Abwehrmechanismen	59
4.2	Psychische Traumatisierung in Kindheit und Jugend und ihre Folgen	65
4.2.1	Trauma und Bindung	65
4.2.2	Traumatisierungen im sozialen Nahraum	68
4.2.3	Sexuelle Gewalt und Misshandlung in der Familie als extreme Form der Traumatisierung	73
4.2.4	Der Einfluss von desorganisierter Bindung und Traumatisierung auf die adoleszente Entwicklung	76

5	Implikationen für die Praxis	80
5.1	Schnittfläche Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe	81
5.2	Ableitungen aus den Erkenntnissen der Bindungstheorie und der Psychotraumatologie	84
5.3	Der „klinische“ Blick auf die Jugendhilfe oder „Was uns gerade noch fehlt“	88
5.3.1	Das therapeutische Milieu in der nichttherapeutischen Jugendhilfe	89
5.3.2	Traumapädagogische Ansätze in der Jugendhilfe	90
5.4	Implikationen für die Klinische Sozialarbeit	93
	Literaturverzeichnis	99
	Anhang	
	Kodierplan	
	Kommentierter Kodierplan	
	Teilergebnisse der Analyse	

Einleitung

In meiner beruflichen Praxis als Sozialpädagogin in einem Berliner Jugendwohnprojekt begegnen mir und meinen Kollegen regelmäßig junge Menschen, die psychisch so schwer belastet sind, dass sie den Anforderungen des Alltags trotz unserer engagierten Unterstützung nicht gewachsen sind. Im Rahmen des berufsbegleitenden Masterstudiengangs der Klinischen Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Hochschule Coburg habe ich mich intensiver mit den Problemkonstellationen psychosozialer Belastungen Jugendlicher auseinandersetzen können. Dabei hat sich mein Fokus auf eine zahlenmäßig recht große, aber bisher zu wenig verstandene Gruppe von „schwierigen“ Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe verschärft.

Kinder und Jugendliche, die unter psychischen Störungen leiden, sind in der stationären Jugendhilfe eher die Regel als die Ausnahme. Dabei hat sich das Feld der stationären Jugendhilfe in Hinblick auf die Intensität der Belastungen und in Bezug auf die Vorerfahrungen der Jugendlichen mit verschiedenen Hilfesystemen in den letzten Jahren dramatisch verändert (Fegert et al., 2008, 15).

Nicht zuletzt führt auch der gestiegene Kostendruck auf die öffentlichen Kassen zu einer veränderten Bewilligungspraxis von Hilfen durch das Jugendamt. Die vergleichsweise teuren stationären Hilfen sind gerade für besonders schwer belastete Jugendliche oft das Ende einer längeren erfolglosen Jugendhilfe-Karriere. Aus Sicht der Fachkräfte haben gerade diese Jugendlichen einen besonders hohen Hilfebedarf. Die Jugendlichen selbst bringen aber häufig wenig eigene Motivation und Ressourcen auf, sich ihren gravierenden Problemlagen zu stellen. So kommt es immer wieder zum vorzeitigen Abbruch der Hilfen seitens der Jugendlichen, der Einrichtung oder des Kostenträgers. Überforderungen und Ratlosigkeit der professionellen Helfer lassen auf eine „Verständnislücke“ in der Jugendhilfe schließen, in deren Folge eine reale „Behandlungslücke“ (*treatment gap*) klappt.

Ziel dieser Arbeit ist es, auf diese Gruppe komplex beeinträchtigter und sozial benachteiligter Jugendlicher und junger Erwachsener aufmerksam zu machen und anhand ihrer besonderen Belastungen darzulegen, dass sie weniger als eine schwer erreichbare Klientel gesehen werden sollten als eine in ihrer komplexen Entwicklungsstörungsproblematik bisher kaum wahrgenommene Gruppe.

In Kapitel 1 stelle ich allgemeine psychosoziale Belastungen dar, die für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche besonders gravierende Auswirkungen haben. In einer empirischen Untersuchung einer kleinen Stichprobe aus einem Regelangebot der stationären Jugendhilfe zeige ich die psychosozialen Belastungen benachteiligter Jugendlicher auf. Um die Dimension der erfahrenen Bindungsstörungen und Traumatisierungen dieser schwer belasteten Jugendlichen nachvollziehbar zu verdeutlichen, vertiefe ich in den darauf folgenden beiden Kapiteln 3 und 4 die meines Erachtens bisher in der Praxis der Jugendhilfe noch viel zu sehr vernachlässigten Teildisziplinen der Entwicklungspsychopathologie: die Bindungstheorie und die Psychotraumatologie. Diese beiden Disziplinen eröffnen eine komplexe und psychodynamische Form des sozialpädagogischen Fallverstehens.

Sich daraus ergebende mögliche Implikationen für die Praxis beschreibe ich im Kapitel 5. Besonders die sich derzeit entwickelnden traumapädagogischen Ansätze in der stationären Jugendhilfe könnten auf der Basis einer psychosozialen Diagnostik so auch einen Zugang zu den bisher „schwer erreichbaren“, hoch belasteten, traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe schaffen.

Ich verwende in dieser Arbeit aus Gründen der Lesbarkeit ausschließlich die männliche Sprachform. Gemeint sind in allen Fällen sowohl sich weiblich, männlich, intersexuell als auch transidentisch definierende Menschen.

In einigen Fällen wird neben den Quellverweisen im regulären Literaturverzeichnis in Form von Fußnoten auf vorwiegend amerikanische Fachjournale verwiesen, die von den im Literaturverzeichnis angegebenen Autoren zitiert worden sind. Diese Fußnoten dienen dem interessierten Leser lediglich zur Information.

1 Psychosoziale Belastungen Jugendlicher

1.1 Jugend im gesellschaftlichen Wandel

Jugend als Lebensphase ist ein Produkt der westlichen Moderne, in der sich Jugend auf der subjektiven Ebene zu einer Bildungs- und Orientierungsphase entwickelt hat. Durch die soziale Modernisierung innerhalb des letzten Jahrhunderts, wie die Verbesserung der Bildungsvoraussetzungen, die Erhöhung der Mobilitätsbereitschaft, die Verwirklichung von Chancengleichheit, den Abbau ungleicher Lebensverhältnisse, Demokratisierung, gesellschaftliche Partizipation durch politische Bildung etc., wurde das Konzept Jugend erweitert und modernisiert (Münchmeier, 2003, 14).

Mit Beginn des 21. Jahrhunderts erleben wir inzwischen einen gesellschaftlichen Gegentrend, in dem die Grundlagen und die Zukunftsversprechen, die mit dem Konzept Jugend verknüpft waren, ambivalenter, brüchiger und ungewisser werden. Im Zuge der Pluralisierung von Lebensmustern und Wertorientierungen, der Verlängerung von Schul- und Ausbildungszeiten, einem veränderten Verhältnis der Generationen in Familie und Gesellschaft, den steigenden Anforderungen an Selbständigkeit, Mobilität und Flexibilität findet ein Strukturwandel der Jugendphase statt (vgl. ebd.). „Die einheitliche kollektive Statuspassage Jugend zerfällt in plurale Verlaufsformen und Zeitstrukturen“ (ebd., 15), wobei sich die verschiedenen Modelle so stark von einander unterscheiden, dass man sie nicht mehr in einem Modell zusammenfassen kann. Relativ kurze Übergangsphasen bei der Arbeiterjugend differieren deutlich von relativ langen „postadoleszenten“ Lebensformen bei der „Bildungsjugend“, so dass man von mehreren „Jugenden“ sprechen muss. In den gegenwärtigen Transformationen und Krisen der Arbeits- und Leistungsgesellschaft klaffen Lebensrealität und Zukunftsversprechen für einen Teil der Jugend massiv auseinander.

Während 1950 die durchschnittliche Jugendphase zwischen dem Eintreten der Geschlechtsreife und dem Eintritt in den Beruf und der Gründung einer Familie höchstens fünf Jahre umfasste, wird diese Phase heute als eigenständiger Lebens-

abschnitt betrachtet, der zehn bis zwanzig Jahre dauern kann. Die Lebensphase Jugend als eigenständige Spanne im Lebenslauf hat heute ihren „ursprünglichen Übergangscharakter mit einem qualifikatorischen Zubringerdienst zu den vollwertigen Erwachsenenpositionen verloren“ (15. Shell-Studie, 2006, 35). Jugendliche erleben heute einen mentalen Druck in der Spannung zwischen soziokultureller Selbständigkeit und sozioökonomischer Unselbständigkeit, zwischen einem hohen Maß an persönlicher Selbstverantwortung und einer unterschwelligen Angst, keinen Platz in der etablierten Gesellschaft zu finden. Sie benötigen eine große Kompetenz der Problemverarbeitung und der flexiblen Virtuosität des Verhaltens, einen „inneren Kompass“, um die vielfältigen aktiven Formen des Selbstmanagements zu entwickeln. Die neue Freiheit der Lebensgestaltung erhöht aber auch das Risiko des Scheiterns. Besonders betroffen davon sind diejenigen Jugendlichen, die „ohnehin mit den erhöhten Belastungen in Schule und Beruf bis an ihre Leistungsgrenzen gefordert sind“ (ebd, 36).

1.2 Sozioökonomische und gesundheitliche Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen

Soziale Benachteiligungen beeinträchtigen nachweislich die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Gahleitner, Schulze und Pauls (2008) bezeichnen „die soziale Dimension als elementar strukturierende und konstitutive Ebene im Zusammenhang mit der Entstehung, Verarbeitung aber auch Chronifizierung von Erkrankung, Gesundheit und Prävention“. Insbesondere für Gruppen und Personen, die von struktureller, institutioneller und interpersoneller Exklusion betroffen sind, wirken sich die soziostrukturellen Veränderungen in der Gesellschaft zunehmend dramatisch aus (ebd.).

Bei den sozioökonomischen Rahmenbedingungen beschreibt die Shell-Jugendstudie 2006 (Shell Deutschland Holding, 2006, 49), dass sich die finanziellen Ressourcen, der Bildungsgrad und die soziale Anerkennung der Eltern bei einem Teil der Familien in den letzten dreißig Jahren spürbar verbessert hat. Bei 30% aller Familien hat er sich dagegen enorm verschlechtert.

Die Shell-Jugendstudie 2006 konstatiert die „Spaltung der Jugend in eine Gruppe von sozial besser Gestellten“ mit hohen Chancen im Bildungssystem und guten Perspektiven für den weiteren beruflichen und privaten Lebensweg und in eine Gruppe, die „in Gefahr steht, sozial abgehängt zu werden (ebd., 41). Die Spaltung in Arm und Reich vollzieht sich vor allem über die Bildungsferne oder –nähe, wobei Kinder aus den oberen sozialen Schichten eine neun Mal höhere Chance haben, das Gymnasium zu besuchen als Arbeiterkinder (ebd., 42). Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status und aus Familien mit Migrationshintergrund sammeln sich dagegen zunehmend selektiv in den Hauptschulen. 2006 besuchten rund 43% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 21 Jahren das Gymnasium, 25% die Realschule und 19% die Hauptschule. 5% besuchten eine Gesamtschule, 7% sonstige Schulformen. Mehr als zwei Drittel der Jugendlichen aus der Oberschicht und der oberen Mittelschicht erreichen das Abitur, 39% der Jugendlichen aus der Unterschicht erlangen den Hauptschulabschluss und 40% den Realschulabschluss (ebd., 67f).

Das Pisa-Konsortium Deutschland (2004) hat gezeigt, dass in Deutschland die Schichtzugehörigkeit einen stärkeren Einfluss auf die besuchte Schulform hat als die tatsächlich erbrachten Schulleistungen der Jugendlichen. „Auffällig“ viele Jugendliche aus unteren Sozialschichten verlassen die Hauptschule ohne jeden Abschluss, wodurch eine Gruppe „struktureller Bildungsverlierer“ entsteht, die materiell, gesundheitlich und sozial benachteiligt ist und dadurch in ihren Teilhabe-Chancen sehr eingeschränkt wird (Shell Deutschland Holding, 2006, 42). Demnach wird Bildung in Deutschland „weiterhin sozial vererbt“ (ebd., 66).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 (KiGGS, Bundesgesundheitsblatt, 2007) veröffentlichte eine in dieser Größenordnung einzigartige Erhebung unter 17.641 Kindern und Jugendlichen aus 167 Orten der Bundesrepublik. Auch wenn eine kausale Verknüpfung von Gesundheitsstörungen mit Daten zur psychosozialen Lebenslage in der Regel nicht möglich ist – dazu bedarf es eines langfristigen Monitorings für die Kinder- und Jugendgesundheit (ebd., 2007, 530) – werden mit den folgenden Aussagen Assoziationen beschrieben, die in Kombination mit subjektiven und professionellen Erfahrungen aus dem Arbeitsfeld der Kinder- und

Jugendhilfe für die Beschreibung von sozialer Benachteiligung von hoher Relevanz sind. Im Kinder- und Jugendsurvey (ebd.) wurden fast alle genannten gesundheitsrelevanten Bereiche auch unter dem Aspekt der sozialen Schichtzugehörigkeit untersucht. Danach ergeben sich für fast alle Bereiche signifikante Benachteiligungen für Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Im Einzelnen betrifft dies:

- perinatale Einflussfaktoren (4-mal so viele Mütter haben in der Schwangerschaft geraucht)
- die signifikant geringere Stillhäufigkeit, besonders unter jungen Müttern und bei einer Kumulation von ungünstiger Lebenssituation und ungünstigem Gesundheitsverhalten, wie z.B. Rauchen
- den 3,4- bis 4,6-mal häufigeren Tabakkonsum unter Jugendlichen
- geringere körperlich-sportliche Aktivitäten (Jungen sind 2-mal weniger aktiv, Mädchen sogar 3-mal weniger)
- eine signifikant geringere motorische Leistungsfähigkeit
- das Mundgesundheitsverhalten (doppelt so viele Kinder, die weniger als einmal im Jahr die Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt aufsuchen)
- eine doppelt so häufige diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung
- ein fast 4-mal höheres Risiko für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten
- 3-mal mehr Hinweise auf psychische Probleme
- doppelt so hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Essstörungen (insgesamt 27 % der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status); zu diesem Wert besteht außerdem ein signifikanter Zusammenhang mit Merkmalen einer psychischen Auffälligkeit, insbesondere der Merkmale „Ängste“ und „Depressionsneigung“

Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund sind in fast allen genannten Bereichen noch stärker benachteiligt. 53,7% der Familien mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu 22,6% der Nicht-Migranten einen niedrigen sozialen

Status auf. Anders ausgedrückt bedeutet das, dass der Migrantenanteil unter den Familien mit niedrigem sozialen Status bei über 30% liegt.

Der sozioökonomische Status korreliert stark mit der Vollständigkeit der Familie. Vollständige Familien weisen mit 23,6% halb so oft wie unvollständige Familien (51,2%) einen niedrigen sozioökonomischen Status auf. Ca. 85% der befragten Kinder und Jugendlichen leben in einer vollständigen Familie, ca. 15% der 14- bis 17-Jährigen in einer unvollständigen. Kinder und Jugendliche aus letztgenannten Familien weisen häufiger Defizite in ihren personalen, familiären und sozialen Ressourcen auf (ebd., 800ff).

Gerull (2007, 32) verweist auf die Situation von Alleinerziehenden als die „prekärste“, wenn es um die Kumulation und Verschränkung von Benachteiligungen bei Kindern aus sozial schwachen Familien geht.

Bisherige Studien belegen eindeutig, dass mit sinkendem Sozialstatus auch die Schwere psychischer Erkrankungen zunimmt. Dabei gehen geringe Bildung und extrem begrenzte materielle Ressourcen mit mangelnden sozialkommunikativen Copingressourcen einher (Schuster, 2004, 1).

Ebenso beschreibt Zurhorst (2005, 5) die psychosozialen Einflüsse auf die Gesundheit als den entscheidenden Wirkfaktor zwischen materieller Benachteiligung und Gesundheit.

1.3 Psychosoziale Belastungs- und Risikofaktoren

Durch die Ausdifferenzierung der Hilfen und die Favorisierung kostengünstigerer ambulanter Hilfen ist der Anteil der Jugendlichen mit besonders komplexen psychosozialen Problemlagen und Traumatisierungen in der stationären Jugendhilfe spürbar gestiegen. In Hinsicht auf die Intensität der Belastung und in Bezug auf die Vorerfahrung mit verschiedenen Hilfesystemen unterscheidet sich die heutige Klientel der stationären Jugendhilfe massiv von der Klientel vor zwanzig Jahren (Fegert, Besier & Goldbeck, 2008, 15).

Jugendliche in der stationären Jugendhilfe sind aus verschiedenen Gründen in ihrer Herkunftsfamilie nicht adäquat versorgt worden. Sie verlassen ihr Elternhaus im Durchschnitt wesentlich früher als Jugendliche aus sozioökonomisch besser gestellten Elternhäusern. Sie haben einen schlechteren Zugang zu Spezialisten und Institutionen als Kinder und Jugendliche der sozialen Mittelschicht. Die enge Verschränkung von Armut und Gesundheit haben bei vielen dieser Jugendlichen frühzeitig vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen bedingt. Im Vergleich zu Jugendlichen aus „normalen“ Familien haben gerade die Jugendlichen mit den „nachweislich schlechtesten Ausgangslagen“ wesentlich früher die Anforderung zu bewältigen „auf eigenen Beinen zu stehen“ (Köttgen, 2007, 9).

Da sogenannte Multiproblemfamilien weder klinisch noch soziologisch exakt abgrenzbar sind (Schuster, 2004, 1), beschreiben verschiedene Autoren die komplexen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen mehr oder weniger klassifikatorisch.

Wegweisend für die Erforschung von Risikofaktoren für spätere neurotische und psychosomatische Erkrankungen in Deutschland war eine Untersuchung von Dührssen 1984¹ (zit. nach Fischer & Riedesser, 2003, 148). Darin verglich sie eine klinische Stichprobe mit einer Gruppe aus der Normalbevölkerung hinsichtlich belastender Lebensereignisse und –umstände, die sie aus Erfahrungswerten ihrer psychoanalytischen Praxis hypothetisch gewichtete und zu einem individuellen „Belastungsindex“ zusammenfasste. In diesem Index fehlten damals noch die im engeren Sinn traumatischen Faktoren wie Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen, schwere Unfälle, Operationen oder Krankenhausaufenthalte (Fischer & Riedesser, 2003, 148).

Die BELLA-Studie im KiGGS zur „Psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, 2007, 871) erfasste unter 2863 Familien bei 21,9% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren psychische Auffälligkeiten. Am häufigsten treten Ängste (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7,6%) und

¹ Dührssen, A. (1984). Risikofaktoren für die neurotische Kindheitsentwicklung. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Geneseforschung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 30, 18-24

Depressionen (5,4%) auf. Unter den untersuchten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam. Insgesamt wirken die Risiken unabhängig von ihrer Art insbesondere kumulativ, d.h. mit der Anzahl der Risikofaktoren steigt auch deutlich der Anteil der Kinder, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. Folgende Risikofaktoren nennt die Studie:

- konfliktbelastete Familien
- Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit oder Jugend als nicht harmonisch empfunden haben
- Familien, in denen die Erziehenden eine unglückliche Partnerschaft führen
- psychische Erkrankung bei Vater oder Mutter
- Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt

Hardt (2004, 66) bildet in der Mainzer Studie folgende Variablen mit der Bezeichnung „Manifeste Kindheitsbelastungen“:

- Sexueller Missbrauch
- Regelmäßige körperliche Züchtigung
- Trennung der Eltern
- Chronische familiäre Disharmonie mit körperlichen Auseinandersetzungen

Das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001, 331ff) beschreibt auf der Fünften Achse „Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“:

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen (Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen, feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind, Körperliche Kindesmisshandlung)
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie (psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils, Behinderung eines Elternteils, Behinderung der Geschwister)
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

4. Abnorme Erziehungsbedingungen (elterliche Überfürsorge, unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung, Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt, unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern)
5. Abnorme unmittelbare Umgebung (Erziehung in einer Institution, abweichende Elternsituation, isolierte Familie, Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung)
6. Akute, belastende Lebensereignisse (Verlust einer liebevollen Beziehung, bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung, negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder, Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen, sexueller Missbrauch außerhalb der Familie, unmittelbare, beängstigende Ereignisse)
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren (Verfolgung oder Diskriminierung, Migration oder soziale Verpflanzung)
8. Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit (Streitbeziehungen mit Schülern / Mitarbeitern, Sündenbockzuweisungen durch Lehrer / Ausbilder, allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation)
9. Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes (institutionelle Erziehung, bedrohliche Umstände infolge einer Fremdunterbringung, abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen).

Kühn (2002) untersuchte innerhalb der Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (Forschungsprojekt JULE) eine Stichprobe von 30 Jugendlichen zu den erzieherischen Hilfen im Betreuten Jugendwohnen nach § 34 SGB VIII. Problemlagen der jungen Menschen zu Beginn der Hilfe waren:

▪ Tiefgreifende Störung der Eltern-Kind-Beziehung	80%
▪ Vernachlässigung des Kindes	63%
▪ Kind als Opfer familialer Kämpfe und familialen Zerfalls	60%
▪ Lern- und Leistungsrückstände	53%
▪ Gewalt- und Missbrauchserfahrungen	40%
▪ Desorientierung in Alltagssituationen / Verwahrlosung	40%

Köckeritz (2004, 73) unterscheidet Risikokonstellationen bei „familienbezogenen“ und bei „kindbezogenen Handlungsanlässen“.

Familienbezogene Anlässe beschreiben elterliche Verhaltensweisen, die das Leben, die Gesundheit und die Entwicklung ihrer Kinder bedrohen. Dazu zählen Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexueller Kindesmissbrauch. Oft sind die elterlichen Handlungen das Ergebnis riskanter familiärer Lebensbedingungen. Weitere familienbezogene Risiken (ebd., 115) sind ungeeignete Erziehungsstile wie überprotektive, stark einengende oder grenzenlose Lenkungsstile, Trennungs- und Scheidungskonstellationen, Tod, Erkrankung oder Behinderung eines Familienmitglieds, verstörende Erfahrungen der Eltern in der Arbeitswelt, Verlust des Arbeitsplatzes und existenzielle finanzielle Sorgen.

Kindbezogene Handlungsanlässe ergeben sich aus Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, die Eltern, Erzieher oder Lehrer in eine ratsuchende Position bringen. Darunter fallen in erster Linie Störungen des Sozialverhaltens, die oft mit Lernproblemen und einer Kette von schulischen Misserfolgen bis hin zu Schulverweigerung verbunden sind, aber auch riskanter Alkohol- und Drogenkonsum, normbrechende, z.T. gefährliche Handlungen oder das Leben auf der Straße. Kindbezogene Risiken (ebd., 115f) können entwicklungspsychologisch bedingt sein, z.B. durch das Vorliegen von Teilleistungsstörungen (Lese-Rechtschreibstörungen, isolierte Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten) oder von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Potentiell traumatische Situationsfaktoren benennen Egle, Hoffmann & Joraschky (1996, 19):

- Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie
- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Jahr
- schlechte Schulbildung der Eltern
- große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- chronische Disharmonie
- unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12. / 18. Lebensmonat

- psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
- alleinerziehende Mutter
- autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- häufig wechselnde frühe Beziehungen
- sexueller und / oder aggressiver Missbrauch
- schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- ein Altersabstand zum nächsten Geschwister von unter 18 Monaten
- uneheliche Geburt

Köttgen (2007, 29) nennt folgende Belastungen als gravierend für Kinder:

- frühe Verlassenheit, Tod, Trennungen, Krankheiten der Eltern, d.h. dauerhafter oder vorübergehender Verlust primärer wichtiger Bezugspersonen, instabile Lebensorte
- Sitzenbleiben und Selektion in der Schule, Verlust der Peergruppen, unkoordinierte Verlegungen und Hilfsmaßnahmen durch die Regel- und Hilfesysteme
- Gewalt, sexueller und anderer Missbrauch, „Schaukelerziehung“ (unberechenbarer Wechsel zwischen Versöhnen und Strafe)
- Liebesentzug kombiniert mit Bestrafung, zu hoher Leistungsstress, mangelnde Förderung (nicht nur in der Schule)

Fischer & Riedesser (2003, 147) bezeichnen „Risikofaktoren“ als „belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, die einzeln oder in ihrem Zusammenwirken eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen“. Im statistischen Mittel stellen sie ein Risiko für Fehlentwicklungen oder psychische Störungen dar. Unter den Begriff des Risikos lassen sich „traumatische Situationsfaktoren fassen, wobei sich bei diesen das Erkrankungsrisiko potenziert. „Allerdings ... käme (es) einer Verharmlosung gleich, wollten wir etwa fortgesetzte schwere Misshandlung von Kindern und Jugendlichen zum ‚Risikofaktor‘ herunterstufen“(ebd.).

Im DSM III-R (zit. nach Fischer & Riedesser, 2003, 135) findet sich eine Skala der Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren bei Kindern und Heranwachsenden,

wobei keine Wertung im Sinne eines höheren Grades an „Objektivität“ gemeint ist, die es im Erleben traumatischer Situationen nicht geben kann:

- mittelschwere Belastungen (Schulabschluss, Geburt eines Geschwisterkindes) und länger andauernde Lebensumstände (chronisch behindernde Krankheit eines Elternteils, ständiger Streit der Eltern)
- schwere Belastungen (Scheidung der Eltern, unerwünschte Schwangerschaft, Haft) und länger andauernde Lebensumstände (strenge oder zurückweisende Eltern, chronische lebensbedrohliche Krankheiten eines Elternteils, verschiedene Aufenthalte in Pflegeheimen)
- sehr schwere (extreme) Belastungen (sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung, Tod eines Elternteils und länger andauernde Lebensumstände (wiederholter sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung)
- katastrophale Belastungen (Tod beider Eltern) und länger andauernde Lebensumstände (chronische lebensbedrohende Krankheit)

Die Adoleszenz an sich stellt eine biologische wie psychosoziale Belastung dar. In einem engen Zeitraster müssen viele neurobiologische Reifungsprozesse und psychosoziale Anforderungen bewältigt werden. Stressoren oder Belastungen sind dabei nicht als Ursache, sondern als mögliche Auslöser für Erkrankungen zu sehen (Denner, 2008, 25).

Köckeritz (2004, 125) resümiert, dass in Folge belastender Umweltbedingungen Kinder und Jugendliche bedeutsame Entwicklungsaufgaben nicht oder nur unvollständig lösen werden. Damit stehen ihnen individuelle Ressourcen für die Bewältigung gegenwärtiger und zukünftiger Anforderungen nicht zur Verfügung.

Wegen ihrer nachhaltigen Wirkung und ihrem Traumatisierungspotential sind die Folgen von Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit nicht nur ein individuelles, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem. Diesem Problem muss sich die Jugendhilfe in besonderer Weise stellen, und dennoch gibt es gerade bei komplex belasteten Familien und deren Kindern und Jugendlichen gravierende Versorgungslücken. Jugendliche in der stationären Jugendhilfe tragen meist schon seit frühester Kindheit eine schwere Last, was ihnen manchmal als mangelnde Motivation an ihrer eigenen Entwicklung ausgelegt wird. Es bedarf eines differenzierten Blicks, um die komplexen Störungen

dieser früh und langanhaltend beeinträchtigten, z.T. traumatisierten Jugendlichen wahrnehmen und in deren lebensgeschichtlichen Kontext einbetten zu können. Und es bedarf vielfältiger struktureller, institutioneller und persönlicher Ressourcen bei den betreuenden Fachkräften, um diesen Jugendlichen eine verlässliche und stabile Beziehung anbieten zu können, in deren Dynamik sie einen Bruchteil dessen nachholen können, was sie durch das „Gestört-Werden“ in ihrer Entwicklung entbehren mussten.

2 Empirische Untersuchung

2.1 Ableitung der Fragestellung

2.1.1 Praxisfeld und Problembelichtung

Im Betreuten Jugendwohnen leben Jugendliche und junge Erwachsene zwischen mindestens 15 und maximal 21 Jahren mit dem Ziel der Verselbständigung. Dass die stationäre Jugendhilfe auch einen beträchtlichen Anteil psychisch und mehrfach belasteter Jugendlicher versorgt, ist unter den Fachkräften der Jugendhilfe eine bekannte Tatsache (Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008; Fegert, Besier & Goldbeck, 2008; Denner, 2008; Schmid, 2007). Diesen Jugendlichen in ihrer Lebensgeschichte und ihren Entwicklungschancen fachlich gerecht zu werden, ist aber oft eine Gratwanderung zwischen den strukturellen Schwächen des Hilfesystems und einem hohem persönlichen Engagement der Fachkräfte in der Jugendhilfe. Besonders vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendrucks stößt die Jugendhilfe im Fall komplex beeinträchtigter und sozial benachteiligter Jugendlicher zunehmend an ihre Grenzen.

Der untersuchte Arbeitsbereich bezieht sich auf drei gleich strukturierte Jugendwohnprojekte. Jedes dieser Projekte besteht aus zwei im Verbund arbeitenden Bereichen: einer Jugendwohngemeinschaft mit 4 oder 5 Plätzen und einem Betreuten Einzelwohnen mit 7 oder 8 Plätzen, maximal aber mit 12 Plätzen. Pro Projekt arbeiten in einem Team vier Sozialpädagogen/innen mit jeweils 36 Stunden pro Woche. Im

Bezugsbetreuungssystem bedeutet es, dass jeder/jedem Mitarbeiter/in für drei Jugendliche jeweils 12 Stunden inklusive aller Zusammenhangersarbeiten (interne und externe Gremien, Verwaltungsarbeiten, Supervision, Fortbildung etc.) pro Woche zur Verfügung stehen. Bei Urlaub oder Krankheit übernimmt die/der jeweilige Co-Betreuer/in in der Regel einen Jugendlichen zusätzlich zu ihren/seinen Hauptbetreuungen.

Die Jugendwohnprojekte befinden sich in den Berliner Bezirken Reinickendorf, Mitte-Wedding und Kreuzberg unter der Trägerschaft des Evangelischen Klubheims für Berufstätige e.V. (im Folgenden Klubheim genannt). Rechtliche Grundlage der Betreuung sind die §§ 27, 34 (Heimunterbringung, sonstige Betreute Wohnformen) und 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung). Außerdem bietet der Träger intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung nach § 35 sowie Betreuungshilfe nach § 30 SGB VIII an. Konzeptionell ausgeschlossen ist der Personenkreis der unter § 35a genannten Personen (seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht).

Vordergründig haben alle Jugendlichen im betreuten Jugendwohnen massive Kommunikationsprobleme mit ihren Eltern oder deren Lebenspartnern. Häufig sind psychische Beeinträchtigungen, Drogenmissbrauch, Schuldistanz, Lern- und Leistungsprobleme und soziale Anpassungsprobleme Anlässe, die zum Ersuchen um Hilfe durch die Jugendlichen selbst oder deren Erziehungspersonen führen. Ein besonders sensibler Bereich ist dabei die Abgrenzung der Jugendlichen, die dem Personenkreis nach § 35a zuzuordnen sind.

In der Praxis durchlaufen die anfragenden Jugendlichen ein standardisiertes Aufnahmeverfahren, anhand dessen wir die Eckdaten der Lebensgeschichte und aktuelle Probleme erfragen. Dabei stellt sich eine mangelnde psychosoziale Diagnostik oft als anamnestisches Defizit in der laufenden Betreuung heraus, besonders wenn es um die Legitimierung von Hilfefortschreibungen bei über 18jährigen Jugendlichen geht. Häufig wird erst in der laufenden Hilfe ein Hilfebedarf ersichtlich, dessen Komplexität bei der Aufnahme nicht deutlich war. Um diesen Hilfebedarf im Vorfeld besser erfassen

zu können, bedarf es des Erkennens und Benennens der oft komplexen und traumatisierenden Problemlagen der Jugendlichen.

Andernfalls kann es zu möglicherweise retraumatisierenden Hilfeabbrüchen kommen oder zu einer Krisenintervention in Form einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei sich Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenseitig als „Verschiebebahnhöfe“ missverstehen können (Fegert et al., 2008, 15).

Eine Therapiemotivation besitzen gerade die am schwersten belasteten Jugendlichen am wenigsten. Diese Jugendlichen scheitern auch am ehesten an Berufsbildungsmaßnahmen für benachteiligte Jugendliche, so dass sie im Alltag oft keine Tagesstruktur entwickeln können. Dann sind sich Jugendamt und junger Erwachsener oft einig, dass kein weiterer Hilfebedarf vorliegt, wenn eine eigene Wohnung gefunden wurde und alle Leistungen zur Grundsicherung beim Jobcenter beantragt sind. Die hinter einem regelmäßigen Drogenkonsum verschleierte, bereits chronifizierte Depression z.B. findet in diesen „Verselbständigungs“-Wünschen keine Beachtung.

Nicht selten begegnen wir diesen jungen Erwachsenen Monate später wieder und erfahren, wie schnell sie ihren Wohnraum wieder verloren haben und dann erst recht „abgestürzt“ sind. An dieser Stelle haben mehrere Institutionen versagt und den ehemaligen Bezugsbetreuern bleibt nur, ihren „ehemaligen Schützling“ auch ohne staatlichen Auftrag so gut wie möglich zu beraten, damit er den Anschluss an das nächste Hilfesystem (dann im SGB XII) zu finden.

Häufig stehen dann Anfang Zwanzigjährige vor uns, die eine Geschichte im Gepäck haben, von der wir oft nur ahnen, wie sie sich anfühlt. Und sie haben einen Weg vor sich, der sozialpolitisch intendiert, eher zur individuellen Resignation verleitet als zur mutigen Auseinandersetzung mit einer schwierigen Lebensgeschichte, um darauf eine neue Lebensperspektive zu errichten.

2.1.2 Forschungsstand

Im englischsprachigen Raum gibt es einige Studien zu psychischen Störungen und komplexen komorbiden Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen und bei traumatisierten Menschen. Jaritz et al. (2008, 267) nennen dazu Ford et al. (2007)², Hukkanen et al. (1999)³, McCann et al. (1996)⁴, Blower et al. (2004)⁵, Cicchetti & Toth (1995)⁶, Ross (2000)⁷.

Gleichzeitig gibt es im deutschsprachigen Raum bisher ein Forschungsdefizit in Bezug auf die Traumaepidemiologie und die Prävalenz der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung (Jaritz et al., 2008, 267).

Eine repräsentative Studie unter 1035 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren zur Häufigkeit von Traumatisierungen und der Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörungen (Bremer Jugendstudie) stellte fest, dass 23% der Untersuchten von traumatischen Erfahrungen betroffen waren. Am häufigsten kamen körperliche Gewalt mit 50%, schwere Unfälle mit 26%, Zeugenschaft bei Gewalttaten mit 24%, sexueller Missbrauch mit 6% und Vergewaltigung mit 3% vor (Essau, Conradt & Petermann, 1999).

Schmid (2007) veröffentlichte mit der Ulmer Heimkinderstudie eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Unter 689 Kindern und Jugendlichen zeigten sich bei 82% klinisch auffällige Ergebnisse. 30% der Stichprobe erreichten Werte wie sie nur 2% der Allgemeinbevölkerung erreichen. 60% der Kinder und Jugendlichen erfüllten auf der Diagnose-Ebene die Kriterien für eine psychische Störung, 37,7% sogar für mehrere Störungen. Außerdem zeigte diese Studie, dass

² Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorders among British children looked after by the authorities. Comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325

³ Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. & Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's home. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (4), 268-275

⁴ McCann, J.B., James, A., Wilson, S. & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313 (7071), 1529-1530

⁵ Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L. & Towson, K. (2004). Mental Health of "Looked After" Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (1), 117-129

⁶ Cicchetti, D., Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (5), 541-565

⁷ Ross, C.A. (2000). The trauma model. A solution to the problem of comorbidity in psychiatry. *Manitou: Richardson*

Heimkinder im Vergleich zu ambulant behandelten Mittelschichtkindern bei gleicher Diagnose, aber stärkerer psychiatrischer Belastung eine deutlich geringere Chance haben, eine medikamentöse Intervention zur Unterstützung im Alltag erhalten.

Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS, 2007) ergaben sich zu Verhaltensauffälligkeiten folgende Ergebnisse: Insgesamt wurden 7,2% der Kinder und Jugendlichen als auffällig bezüglich des Gesamtproblemwertes klassifiziert, weitere 7,5% wurden als grenzwertig identifiziert. Dabei weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ein höheres Risiko für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf (12,2%) als jene mit einem hohen Sozialstatus, deren Risiko deutlich verringert ist (3,5%). Hinweise auf psychische Probleme zeigen 8,1% der Befragten mit hohem sozioökonomischen Status, 13,4% der mit mittlerem und 23,2% der mit niedrigem Sozialstatus. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger betroffen als Kinder von Nicht-Migranten. Insbesondere nur schwer erreichbare Gruppen wie sozial Benachteiligte oder Kinder mit Migrationshintergrund müssen stärker in frühzeitige Prävention und Früherkennung sich bereits entwickelnder, aber noch nicht voll ausgeprägter Symptomatik einbezogen werden.

In der Evaluationsstudie zu Leistungen und Grenzen stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (JULE, Baur, Finkel, Hamberger & Kühn, 1998) wurden Biographien und Jugendakten analysiert, nach denen viele Kinder und Jugendliche schweren psychosozialen Belastungen wie dem Tod der Eltern, Abhängigkeitserkrankungen und Misshandlungen ausgesetzt waren. Zudem erlebte jeder 15. männliche und jede 4. weibliche Jugendliche sexuelle Gewalt. Je stärker die psychosoziale und emotionale Belastung war, desto stärker wirkte sich das Ausmaß der Traumatisierung auf den Hilfeverlauf aus.

In der Kinderdorf-Effekte Studie (Klein, Erlacher & Mascenaere, 2004) wiesen mehr als die Hälfte der Kinder mehr als fünf psychosoziale Risikofaktoren anhand der Achse-V des Multiaxialen Diagnose Systems auf.

Jaritz et al. (2008) haben in einer epidemiologischen Untersuchung von 80 Kindern und Jugendlichen in Regelwohngruppen zur Häufigkeit von Traumatisierungen bei 61% der Kinder und Jugendlichen traumatische Erlebnisse direkt vor der Aufnahme erhoben. 51% waren vor dieser stationären Unterbringung schon einmal in Heimen oder Pflegefamilien fremduntergebracht, z.T. auch mehrfach. 75% der Kinder und Jugendlichen haben mindestens in einem der erfassten Bereiche belastende Lebensereignisse. Die häufigste Form von traumatischen Lebensereignissen stellte in dieser Studie die Vernachlässigung dar. Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wurden auch Zeugen von körperlicher und sexueller Gewalt; 30% erlebten körperliche Misshandlung, schwere Vernachlässigung und emotionale Misshandlung. Sexuellen Missbrauch erlebten 15% der Kinder.

2.1.3 Formulierung der Fragestellungen

Aus den vorangegangenen Kapiteln leite ich folgende Fragestellungen ab:

Deskriptive Fragestellung

1. Welche psychosozialen Belastungsfaktoren weisen Jugendliche in der stationären nichttherapeutischen Jugendhilfe auf?
2. Wie hoch ist der Anteil mehrfach belasteter Jugendlicher in der untersuchten Gruppe?

Vergleichende Fragestellung

3. Weisen Jugendliche in der nicht-therapeutischen Jugendhilfe weniger psychosoziale Belastungen auf als Jugendliche in therapeutischen Einrichtungen der Jugendhilfe?

2.2 Methodik und Durchführung

2.2.1 Datenerhebung

Stichprobe

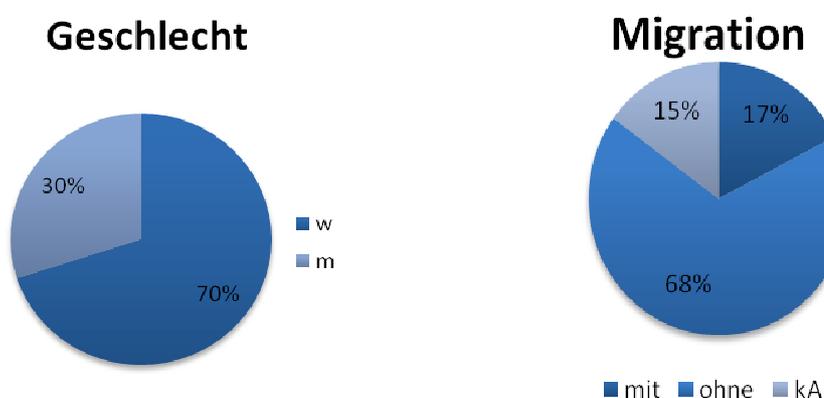
Da ich die Fragestellung aus meinem Praxisfeld ableite, beziehe ich die empirischen Daten aus diesem Arbeitsfeld. Ich habe eine Analyse der durch die genannten Einrichtungen angelegten Akten zu den einzelnen Jugendlichen durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine einfache Zufallsauswahl aus drei verschiedenen Jugendwohnprojekten des Evangelischen Klubheims für Berufstätige e.V. in Berlin-Reinickendorf, Mitte und Kreuzberg.

Der Stichprobenumfang beträgt $n=40$. Da bei diesem Stichprobenumfang die Repräsentativität gering ist, beschränkte ich mich auf eine deskriptive Statistik.

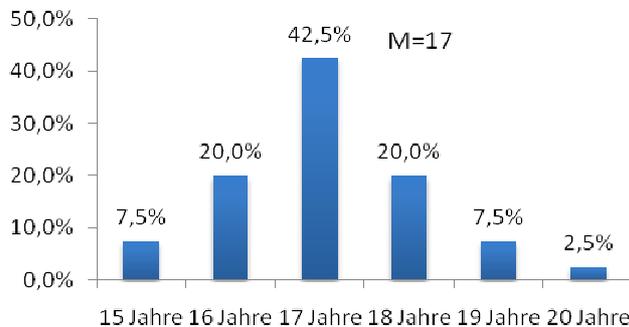
Es wurden nur abgeschlossene Fälle ausgewählt, deren Hilfeende zwischen 2005 und 2008 lag. Die in diesem Rahmen untersuchten Jugendlichen waren bei Beginn der Hilfe zwischen 15 und 20 Jahren alt. Der Anteil weiblicher Jugendlicher betrug 70%, der Anteil männlicher Jugendlicher 30%. Die Geschlechterverteilung ist in dieser Studie zugunsten der weiblichen Jugendlichen verzerrt, da es sich beim Jugendwohnprojekt in Kreuzberg um ein reines Mädchenwohnprojekt handelt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden in dieser Untersuchung keine Berücksichtigung.

Der Anteil der Jugendlichen mit einem Migrationshintergrund betrug 17%.



Altersverteilung bei Beginn



Erhebungsinstrument

Mit freundlicher Genehmigung durch eine der Studienverantwortlichen, Frau Prof. Dr. Gahleitner von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, benutzte ich zur Erhebung der Daten den Erhebungsbogen der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin (KATA-TWG, Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009). Diese Studie hatte eine explorative Annäherung an die Wirkungsforschung über eine mehrperspektivische Evaluation zum Ziel. Dabei wurde multimethodisch vorgegangen. In einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Erhebungsinstrumenten wurden vorrangig Verlaufsprozesse beschrieben und analysiert.

Ich habe mich in meiner Studie für eine reine Aktenanalyse entschieden und daher das quantitative Instrument der KATA-TWG, den vollstandardisierten Erhebungsbogen (Kodierplan) benutzt.

Der Kodierplan ist in vier Abschnitte unterteilt:

1. Allgemeine Angaben zur Person
2. Vorgeschichte und Diagnose
3. Hilfeplanung und Durchführung
4. Abschluss der Maßnahme

Ergänzend zu diesen Überschriften sind die jeweiligen Informationsquellen vermerkt:

1. Epikrisen (zumeist medizinische Berichte wie Entlassungsbriefe, Stellungnahmen)
2. Hilfepläne (Zielvereinbarungen zwischen dem Jugendlichen, der betreuenden Einrichtung und dem Jugendamt)
3. Entwicklungsberichte (Dokumentationen der emotionalen und sozialen Entwicklung, Lern- und Leistungsfähigkeiten, lebenspraktische Fähigkeiten, familiäre Veränderungen und Entwicklungen im Bereich Schule, Ausbildung, Freizeit)
4. Abschlussberichte (Zusammenfassung der Entwicklung sowie Gründe der Beendigung und weitere geplante Maßnahmen).

Die vier Abschnitte bestehen aus unterschiedlichen Listen, die Kategorien, Mehrfachnennungen oder Textfelder enthalten.

- Listen enthalten sich ausschließende Kategorien und sind durch Optionsfelder in Form eines Kreises gekennzeichnet. Bei zutreffendem Merkmal wird ein Kreuz gesetzt. In jeder Liste kann es entsprechend genau ein Kreuz geben.
- Listen mit Mehrfachnennungen (Symptomchecklisten, Diagnosen etc.) sind durch zwei oder mehrere Checkboxen in Form eines Quadrates gekennzeichnet. Für die passende Kategorie muss genau eine Alternative angekreuzt werden (in der Regel ja oder nein).
- Offene Antworten werden in dem gekennzeichneten Textfeld eingetragen.

Zum Ausfüllen des Erhebungsbogens (Kodierplan) habe ich den dazugehörigen Kommentierten Kodierplan (siehe Anhang) benutzt.

Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (Bortz & Döring, 2002, 180) sind gegeben, da es sich um einen vollstandardisierten Fragebogen handelt, der sich bereits in der Praxis bewährt hat.

2.2.2 Datenauswertung, Ergebnisse

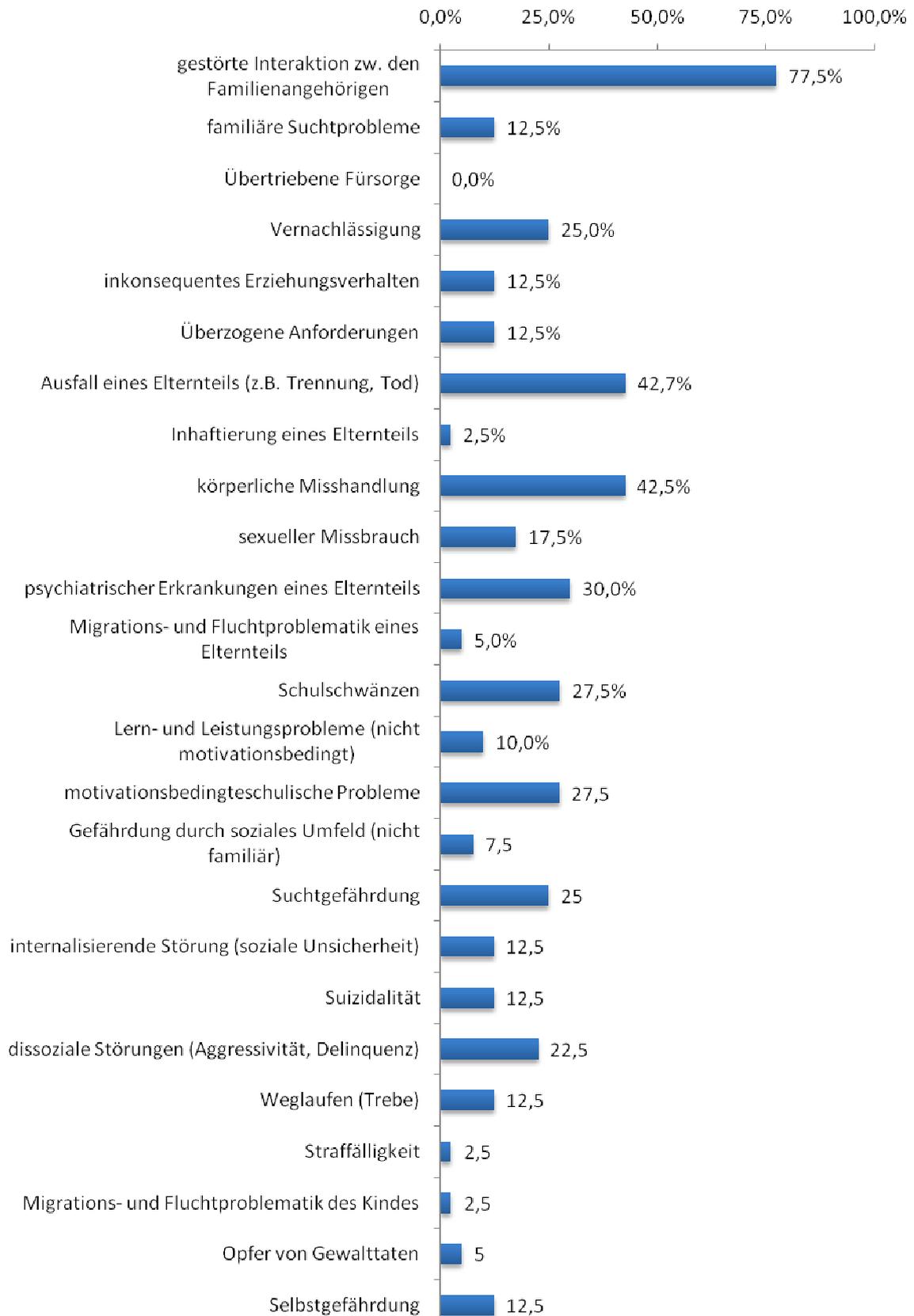
Die Daten wurden mit SPSS auf dem Niveau einer univariaten deskriptiven Statistik aufbereitet. Ich beschränke mich auf eine explorative Datenanalyse, um bestimmte Merkmale in einer bestimmten Population zu beschreiben (Seipel & Rieker, 2003,174).

Teilergebnisse, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, sind als Balkendiagramme visualisiert im Anhang der Arbeit dargestellt.

Als „Psychosoziale Belastungen“ im Sinne der Fragestellung definiere ich in diesem Erhebungsbogen die Kategorien aus der Tabelle „Gründe der Aufnahme“. „Diagnosen nach ICD-10 und Symptomumfeld“ beziehe ich als Widerspiegelung von Belastungen im Sinne von Folgen in die Untersuchung mit ein, definiere sie jedoch nicht als Belastungen selbst.

Folgende in Balkendiagrammen dargestellte Ergebnisse ergab die Analyse:

Gründe der Aufnahme



2.2.3 Erläuterung

Gestörte Interaktion zwischen den Familienangehörigen (77,5%)

Generell deuten gestörte Interaktionen zwischen den Familienangehörigen auf komplexere Störungen hin. Kritische Eltern-Kind-Beziehungen und dysfunktionales Elternverhalten stehen in engem Zusammenhang mit Bindungsstörungen (Brisch, 2005; Fonagy & Target, 2004; Reinke, 2005; Seiffge-Krenke, 2004; Zulauf-Logoz, 2004; Ziegenhain, 2008; Köckeritz, 2004; Hardt, 2004; Ahnert, 2004) und einem traumatischen Umfeld (Gahleitner, 2005a; Jaritz et al., 2008; van der Kolk & McFarlane, 2000; Schmid, 2007; Fischer und Riedesser, 2003; Egle et al., 1996; Bentovim, 1995).

Ausführlicher erläutere ich diese Zusammenhänge im Kapitel 3 „Bindungstheoretische Vertiefung“ und Kapitel 4 „Psychotraumatologische Vertiefung“.

Ausfall eines Elternteils (42,5%)

Diese Kategorie wird in allen Aufzählungen von Risikofaktoren genannt (siehe Kapitel 1.3 „Psychosoziale Belastungen“). Der Verlust einer nahen Bezugsperson wird immer als schwerwiegende Belastung angesehen. Im Erhebungsbogen wird keine Unterscheidung zwischen „Trennung“ und „Tod“ gemacht. Ebenso wäre eine Unterscheidung zwischen dem Verlust von einem oder beiden Elternteilen wichtig.

In der Praxis haben wir sehr oft mit halbverwaisten Jugendlichen zu tun, denen in der Regel eine Trauerbewältigung bisher nicht möglich war. Gelegentlich sind einzelne Jugendliche extrem traumatisiert durch den miterlebten Sterbeprozess eines Elternteils, welches sie z.T. als einzige Bezugsperson im Sterben begleitet haben, weil es keine anderen sozialen Ressourcen bei dem sterbenden Elternteil mehr gab (extreme soziale Isolation). Diesem schwerwiegenden traumatischen Erlebnis wurde in meiner beruflichen Praxis seitens des Jugendamtes selten adäquat begegnet. In der Regel sind diese Jugendlichen hochtraumatisiert und extrem vulnerabel.

Misshandlungen (42,5%), Vernachlässigung (25,0%)

Im DSM III-R (zit. nach Fischer & Riedesser, 2003, 135) gelten Misshandlungen als sehr schwere Belastungen und stehen in engem Zusammenhang mit Traumatisierungen und Bindungsstörungen. Frühe Misshandlung führt häufig zu einer

Angstbindung, die auf mangelnder Bindungssicherheit basiert (Gahleitner, 2005a). Misshandlung und Vernachlässigung lassen sich als eine „destruktive Entgleisung einer sich entwickelnden Bindungsbeziehung“ interpretieren und stehen in engem Zusammenhang mit kritische Eltern-Kind-Beziehungen und dysfunktionalem Elternverhalten (Ziegenhain, 2008, 142f).

Psychiatrische Erkrankung eines Elternteils (30,0%)

Die psychiatrische Erkrankung eines Elternteils liegt mit 30% deutlich unter dem subjektiven Schätzwert, der sich aus der Praxiserfahrung ableitet. Danach weisen zwar die meisten Elternteile keine offizielle psychiatrische Diagnose auf oder befinden sich in psychiatrischer Behandlung, aber die Dunkelziffer der klinisch relevanten psychischen Störungen liegt vermutlich wesentlich höher als bei 30%.

In der Elternarbeit und durch die Anamnese der Familiengeschichte erhalten wir auch Einblicke in die Problemlagen der Eltern, von denen die Mehrzahl von deutlichen psychischen Störungen und Suchtstörungen betroffen ist. Hier spielen Tabuisierungen und Stigmatisierungsängste seitens der Eltern sowie Loyalitätskonflikte und Schuld- und Schamgefühle der Jugendlichen eine sehr große Rolle. In den Fällen, in denen Eltern offen mit ihrer psychischen Erkrankung umgehen und evt. sogar in ärztlicher Behandlung sind, gestaltet sich die Zusammenarbeit mit ihnen aus meiner Erfahrung wesentlich leichter und die Jugendlichen scheinen eine reflektiertere Haltung einnehmen zu können als Jugendliche, deren Eltern(-teile) keine Bewältigungsstrategie in Bezug die psychische Störung oder Erkrankung gefunden haben.

Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, haben ein zwei- bis dreimal höheres Störungsrisiko gegenüber Vergleichsgruppen, wobei neben der psychosozialen Belastung auch genetische Faktoren eine Rolle spielen.

Häufige Folgen dieser belastenden Entwicklungsbedingung sind depressive Störungen, aggressive, dissoziale und hyperkinetische Verhaltensstörungen. Aus der Vulnerabilitätsforschung ist bekannt, dass Kinder zu Defiziten in den Bereichen Aufmerksamkeit, affektive Kontrolle und soziale Kompetenz neigen. In der Adoleszenz treten kognitive Störungen, ein schlechteres Kontextverständnis und vermehrt magische

Denkstile hinzu. Außerdem erschweren Parentifizierungsprozesse die adoleszente Ablösung (Lenz, 2005).

Motivationsbedingte schulische Probleme (27,5 %) und Schulschwänzen (27,5%)

Bei fast allen Jugendlichen, die wir aufnehmen, ist die schulische Laufbahn bereits schwer beeinträchtigt. Ein Großteil von ihnen ist bereits im Grundschulalter aufgefallen und in entsprechende Lern- oder Sprachbehindertenschulen umgeschult worden. Aufgrund mangelnder Förderung und allgemein hoher psychosozialer Belastungen in der Herkunftsfamilie haben viele Jugendliche eine abgebrochene erfolglose Schullaufbahn ohne irgendeinen Schulabschluss hinter sich. Häufig lässt sich dahinter eine nie diagnostizierte Schulphobie vermuten, die wiederum in fast allen Fällen vermutlich mit unzureichend diagnostizierten und unzureichend oder gar nicht behandelten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten verknüpft ist.

Suchtgefährdung (25%) und dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz) (22,5%), Suizidalität (12,5%), internalisierende Störung (soziale Unsicherheit) (12,5%)

Suchtverhalten, externalisierende Gewaltausbrüche, Delinquenz und die Entwicklung von Dissozialen Persönlichkeitsstörungen werden in Zusammenhang mit traumatisierenden Lebensumständen gebracht. Oft fallen traumatisierte Jugendliche durch hohe psychische Spannungszustände, emotionale Instabilität, Krisen mit aggressiven Durchbrüchen bis hin zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten auf (Denner, 2008).

Sexueller Missbrauch (17,5%)

Dieser Prozentsatz liegt leicht über dem Durchschnitt des für die Allgemeinbevölkerung angegebenen Wertes - in Deutschland ca. jedes 4. Mädchen (25%) und jeder 12. Junge (8%, Gahleitner, 2005a). In Kombination mit weiteren traumatischen Situationsfaktoren innerhalb pathologischer Familiensysteme ergibt sich eine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe mehrfach und schwer traumatisierter Kinder und Jugendlicher. Vermutlich liegt die Dunkelziffer innerhalb der untersuchten Stichprobe höher, da viele Studien gezeigt haben, dass selbst schwere manifeste Belastungen wie sexueller Missbrauch nicht berichtet werden (Hardt, 2004, 30).

2.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Deskriptive Fragestellung

1. Welche psychosozialen Belastungsfaktoren weisen Jugendliche in der stationären nichttherapeutischen Jugendhilfe auf?

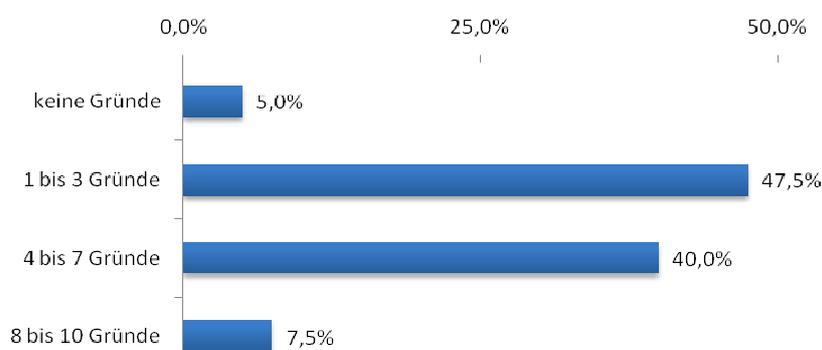
Folgende psychosozialen Belastungsfaktoren weisen Jugendliche in der stationären nichttherapeutischen Jugendhilfe am häufigsten auf:

▪ gestörte Interaktion zwischen den Familienmitgliedern	77,5%
▪ Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	42,7%
▪ körperliche Misshandlung	42,5%
▪ psychiatrische Erkrankung eines Elternteils	30,0%
▪ motivationsbedingte schulische Probleme und Schulschwänzen	27,5%
▪ Suchtgefährdung und Vernachlässigung	25,0%
▪ dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	22,5%
▪ sexueller Missbrauch	17,5%

2. Wie hoch ist der Anteil mehrfach belasteter Jugendlicher in der untersuchten Gruppe?

In dieser Untersuchung ist aufgrund des geringen Stichprobenumfangs eine einfache Gruppenbildung sinnvoll, die eher als hypothesengenerierend angesehen werden sollte:

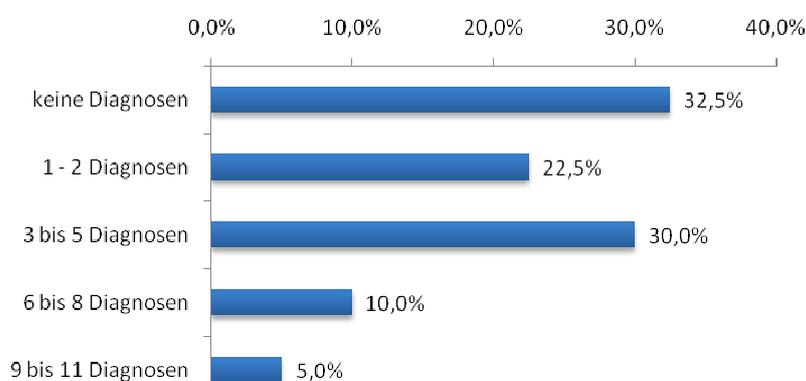
Anzahl Gründe der Aufnahme



Der Anteil belasteter Jugendlicher in der untersuchten Gruppe beträgt insgesamt 95%, 47,5 % sind mit mindestens einem Faktor und maximal drei Faktoren belastet, 40% sind schwer belastet (mehr als 4 Gründe) und 7,5% sind extrem belastet (mehr als 8 Gründe). Damit liegt der Anteil der mindestens schwer belasteten Jugendlichen bei 47,5%, also fast der Hälfte der untersuchten Stichprobe.

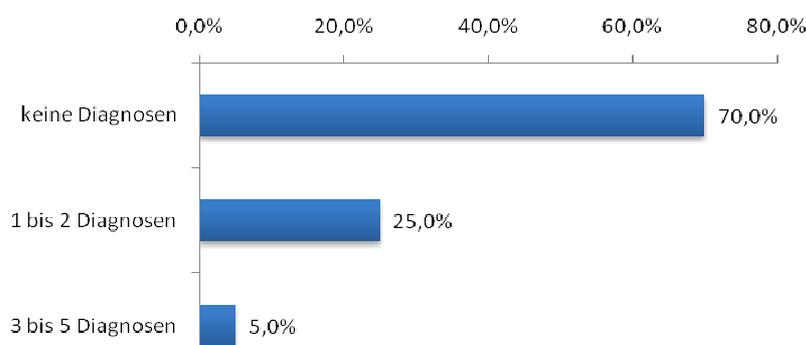
Die Anzahl der Belastungen schlägt sich deutlich in der Häufigkeit der Symptombelastung nieder:

Anzahl Diagnosen Symptumumfeld



67,5% aller Jugendlichen, also zwei Drittel, haben mindestens eine Nennung, 45% aller Jugendlichen haben mindestens drei Nennungen von Symptumumfeldern einer psychiatrischen Diagnose, d.h. es liegt ein auffälliges Verhalten oder Erleben im Sinne einer Störung vor (siehe Kodierplan im Anhang).

Anzahl Diagnosen ICD-10



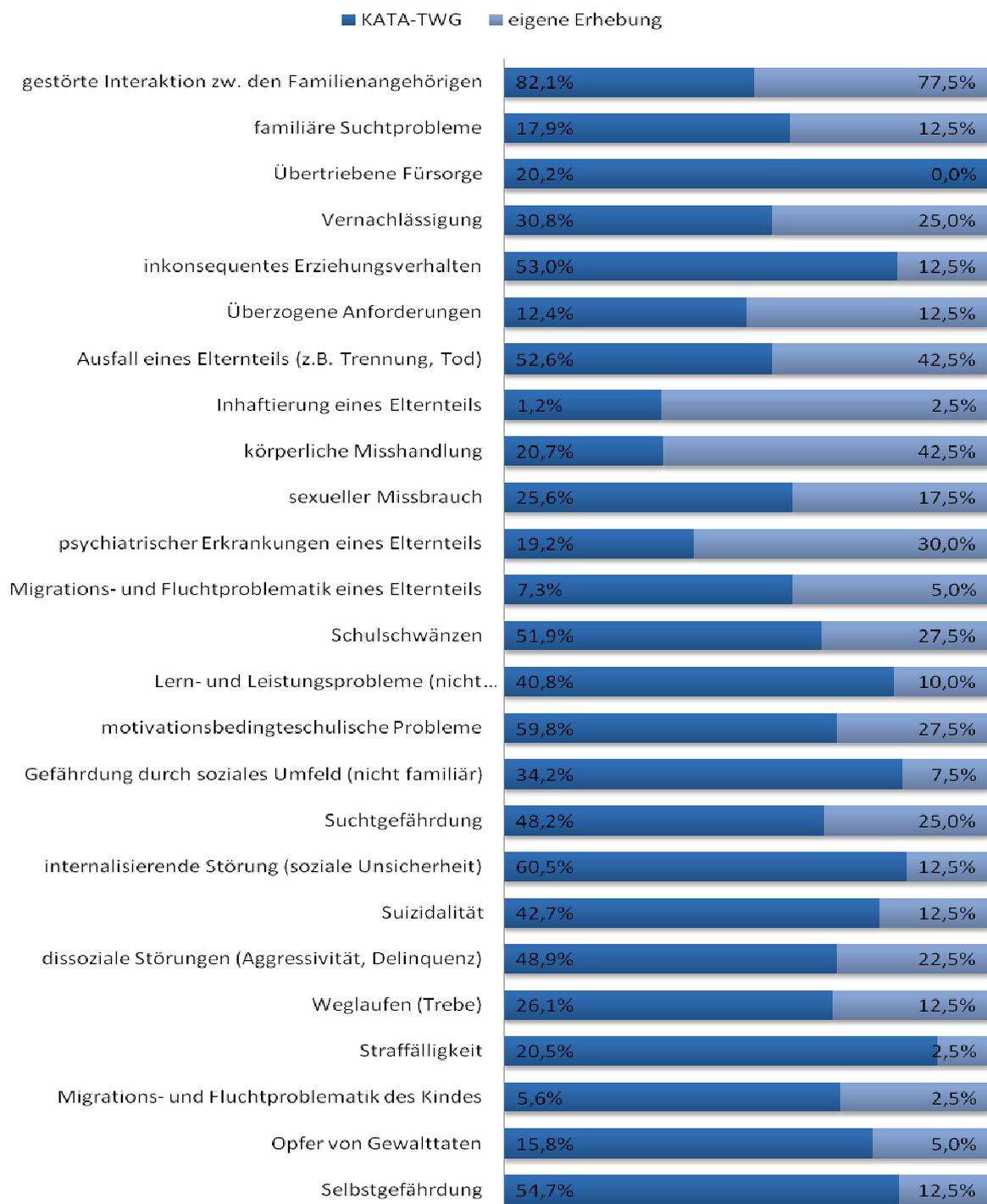
In der Häufigkeit der ICD-10-Diagnosen spiegelt sich die Anzahl der schweren Belastungen (40%) annähernd schlüssig wider.

Bei insgesamt 30% der Jugendlichen, d.h. knapp einem Drittel, liegt mindestens eine psychiatrische Diagnose in Form von Epikrisen oder psychologischen Untersuchungsberichten vor. Bei 5% von ihnen ist mit 3 bis 5 Diagnosen eine extreme Belastung sicher anzunehmen.

Vergleichende Fragestellung

3. Weisen Jugendliche in der nicht-therapeutischen Jugendhilfe weniger psychosoziale Belastungen auf als Jugendliche in therapeutischen Einrichtungen der Jugendhilfe?

Vergleich: Gründe der Aufnahme



Jugendliche in der nicht-therapeutischen Jugendhilfe weisen insgesamt weniger Belastungen als Jugendliche in der therapeutischen Jugendhilfe auf.

Bis auf zwei Ausnahmen liegen die Häufigkeiten der Katamnesestudie in allen Kategorien von Belastungen anhand der „Gründe der Aufnahme“ über denen der aktuellen Untersuchung.

Bezogen auf die Stichprobe in dieser Untersuchung sind Jugendliche in der nicht-therapeutischen Jugendhilfe in drei Kategorien häufiger belastet als Jugendliche in der therapeutischen Jugendhilfe:

- körperliche Misshandlung (22% mehr)
- psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils (10% mehr)
- Inhaftierung eines Elternteils

Relativ ähnliche Häufigkeiten (maximal 10% Unterschied) liegen bei 9 Kategorien vor:

- gestörte Interaktion zwischen den Familienmitgliedern
- familiäre Suchtprobleme
- Vernachlässigung
- Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)
- sexueller Missbrauch
- überzogene Anforderungen
- Opfer von Gewalttaten
- Migrations- und Fluchtproblematik eines Elternteils
- Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes

Alle anderen Belastungen (13 Kategorien) liegen in der Katamnesestudie zwischen 11% oder mehr über den Häufigkeiten dieser Untersuchung.

2.3 Diskussion

2.3.1 Diskussion der Ergebnisse

Der Anteil psychosozial belasteter Jugendlicher in der untersuchten Gruppe beträgt insgesamt 95%. Der Anteil der mindestens schwer belasteten Jugendlichen liegt in dieser Untersuchung bei 47,5%, also fast der Hälfte der untersuchten Stichprobe. Dieser Wert allein sagt wenig aus über die Prävalenz psychischer Störungen, die in den Literaturangaben mit 44% bis 70% angegeben wird (Schmid, 2007, 135f). In Kombination mit der Häufigkeit der Diagnosen und Symptombelastungen verdichtet sich der Aussagewert.

Der Anteil der psychiatrischen Diagnosen in Form von Epikrisen oder psychologischen Untersuchungsberichten liegt mit knapp einem Drittel aller Jugendlichen erfahrungsgemäß im realistischen Bereich. Der Wert deckt sich auch mit der Alltagsannahme der Fachkräfte in meinem Arbeitsbereich, dass ca. ein Drittel der von uns betreuten Jugendlichen eine psychiatrisch relevante Störung aufweist.

Dass ein Drittel der Jugendlichen keine Symptombelastung aufweist, deckt sich ebenfalls mit meiner praktischen Erfahrung. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass diese Jugendlichen keine psychosozialen Belastungen aufweisen. Entweder sind sie aber tatsächlich weniger belastet als Jugendliche, die eine psychiatrische Symptomatik entwickelt haben oder sie konnten aufgrund einer höheren Resilienz Belastungen besser begegnen. Im Betreuungsalltag sind diese Jugendlichen in der Regel diejenigen, die die Hilfe am besten annehmen und für sich nutzen können.

Bei zwei Dritteln aller Jugendlichen aber liegt mindestens ein auffälliges Verhalten oder Erleben im Sinne einer Störung vor, ohne dass es dazu zwangsläufig eine psychiatrische Diagnosestellung gibt. Dieser Wert liegt leicht über der von Schmid (2007, 135) genannten Prävalenz für psychische Störungen von 60% als Referenzwert für Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe in Deutschland.

2.3.2 Messniveau

Diagnosen und Symptomumfeld sind Marker für den Schweregrad psychosozialer Belastungen. Anhand der univariaten deskriptiven Statistik lässt sich jedoch nicht nachweisen, dass gerade diejenigen Jugendlichen, die die größte Anzahl der „Gründe der Aufnahme“ aufweisen, auch die meisten Diagnosen oder Symptombelastungen aufweisen. Dazu bedürfte es einer bi- oder multivariaten Analyse und des Nachweises signifikanter Korrelationen. Es liegt aus Erfahrung jedoch nahe anzunehmen, dass die Anzahl der Belastungen sich auch in einer erhöhten psychiatrischen oder Verhaltens-Symptomatik niederschlägt.

Aufgrund des niedrigen Messniveaus der univariaten Statistik ist eine Untersuchung des Zusammenhangs der Häufigkeiten der „Gründe der Aufnahmen“ mit den „Diagnosen“ und dem „Symptomumfeld“ im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgt. Mittels Kontingenzanalyse wäre z.B. zu prüfen, ob es einen signifikanten Zusammenhang gibt zwischen

- den 7,5% der Jugendlichen, die extrem belastet sind (8 bis 10 Gründe der Aufnahme)
- den 5%, die 3 bis 5 Diagnosen nach ICD-10 aufweisen
- den 5%, die 9 bis 11 Nennungen im Symptomumfeld aufweisen

Anhand dieses Zusammenhangs wäre ersichtlich, ob es tatsächlich eine kleine Gruppe extrem schwer belasteter Jugendlicher in dieser Stichprobe gibt. Auf dem angewandten Messniveau bleibt diese Annahme hypothetisch. Analog dazu wäre zu überprüfen, ob es eine größere Gruppe mittelschwer belasteter und eine Gruppe wenig belasteter Jugendlicher gibt. Im Rahmen einer analytischen Statistik wäre also insgesamt überprüfbar, ob und wie psychosoziale Belastungen mit der Ausbildung psychiatrischer Störungen und Symptome im Zusammenhang stehen. Dazu bedürfte es dann auch einer größeren Stichprobe.

2.3.3 Stichprobenumfang

Der geringe Stichprobenumfang lässt verallgemeinernde Aussagen nur begrenzt zu. In den Fällen einer sehr hohen Anzahl von Nennungen wie bei der „gestörten Interaktion zwischen den Familienangehörigen“ (82,1% vs. 77,5% im Vergleich) ist deutlich, dass es sich um ein überzufällig häufiges Problem handelt.

In einigen Fällen sind die Häufigkeiten so gering, dass bei der geringen Stichprobengröße keine sinnvolle Aussage im Vergleich zur Katamnesestudie möglich ist. Bezogen auf $n=40$ betrifft 2,5% einen Jugendlichen in der aktuellen Stichprobe. Bei der „Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes“ (5,6% vs. 2,5%) und der „Inhaftierung eines Elternteils“ (1,2% vs. 2,5%) ist dies z.B. der Fall.

2.3.4 Qualität der Dokumentation in den Akten

Im Rahmen der Aktenanalyse wurde ein deutliches Defizit in der Diagnostik deutlich. Im Vorfeld der Hilfe sind häufig keine Informationen in Form von ärztlichen Berichten oder Langzeitdokumentationen der Jugendämter vorhanden. In der Praxis ist es kein Einzelfall, dass die Jugendämter erst in Krisensituationen oder auf Drängen der betreuenden Einrichtung ausführliches Material vorangegangener kinder- und jugendpsychiatrischer (meistens stationärer) Behandlungen und Diagnostik zur Verfügung stellen. Das heißt, es kommt nicht selten vor, dass bereits vorhandene Informationen mehrfach erarbeitet werden, was immer einen enormen Zeit- und Energieaufwand bedeutet. Letztlich kann nur dokumentiert werden, was da ist.

Eine nachlässige Problembenennung seitens der Jugendämter ist für die Fachkräfte in den Einrichtungen von großem Nachteil und kann sich für die betroffenen Jugendlichen sehr gravierend auswirken, indem es zu einem Abbruch der Hilfe aufgrund von Überforderungen (falsche Hilfeform) kommt. Damit ist keinem Hilfebeteiligten gedient, auch nicht dem Kostenträger.

Umso wichtiger ist eine psychosoziale Diagnostik und standardisierte Dokumentation in der Einrichtung selbst. Zumindest in der Dokumentation ist eine vereinsweite standardisierte Aktenführung in den untersuchten Einrichtungen gegeben.

2.3.5 Interpretation und Positionierung der Ergebnisse

„Die Heimerziehung stellt als sehr kostenintensive Maßnahme in jeder westlichen Gesellschaft den Endpunkt des Jugendhilfesystems dar, in welcher sich die Kinder und Jugendlichen mit der stärksten psychosozialen Belastung und dem größten Hilfebedarf versammeln. (Schmid, 2007, 135)

Keine Belastung stellt allein für sich einen Risikofaktor dar. Der Kontext, in dem diese Belastung auftritt, die „Toxizität des sozialen Umfelds und der Muster sozialer Organisationen“ (Wilkinson, 2001, 28) sind entscheidende Wirkfaktoren für die Intensität und Tragweite der belastenden Lebensereignisse oder -umstände. Störungen und Erkrankungen entstehen in einem komplexen bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge. Schädigende Einflüsse in der frühen Entwicklung wirken sich besonders nachhaltig auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus, wenn protektive Faktoren und förderliche Umweltbedingungen fehlen oder versagen und sich „belastende Faktoren ohne Kompensation durchsetzen“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, 60). Auch die Kombination von Risikofaktoren bestimmt die signifikante Erhöhung des Risikos (Fonagy & Target, 2003, 110). Häufig fallen mehrere Belastungsfaktoren zusammen und kumulieren in einem ungünstigen materiellen, sozialen und psychischen Umfeld. Fischer und Riedesser (2003, 148) gehen davon aus, dass das Zusammenwirken von Risikofaktoren „nicht-linear“ kumuliert. Wenn die Wirkung eines Faktors eher gering ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Entwicklungsstörungen auftreten, bei zwei Faktoren um das Vierfache. Um die realen Auswirkungen von Belastungen messen zu können, müssten Belastungsfaktoren und komplexe protektive Faktoren zueinander in Beziehung gesetzt werden. Wie stark sich eine oder mehrere psychosoziale Belastungen auf ein Kind oder einen Jugendlichen auswirken, hängt von der „Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt“ zusammen (ebd., 62).

Da Störungen im Kindes- und Jugendalter oft komplex sind, sollte diese heterogene Gruppe am ehesten als ein Syndrom mit vielfältigen externalisierenden und internalisierenden Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen betrachtet werden. Untersuchungen zu Risikofaktoren für die Entwicklung solcher Störungen weisen auf eine hohe Belastung durch frühe Entwicklungs- und Beziehungsstörungen und reale

Traumata hin, deren Auswirkungen auf die Entwicklung bisher vernachlässigt wurden. Daher ist „in der letzten Zeit auch häufiger von komplexen traumatisch bedingten Entwicklungsstörungen“ die Rede (Streeck-Fischer, 2005, 64).

Hardt (2004, 24) beschreibt die Ansätze der Entwicklungspsychopathologie als die umfassendsten, wenn es um das Verständnis der Folgen manifester Kindheitsbelastungen und deren Auswirkungen bei einem Individuum geht.

Für das tiefere Verständnis der Auswirkungen von psychosozialen Belastungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen möchte ich daher in den folgenden zwei Kapiteln eine theoretische Vertiefung zweier grundlegender Disziplinen der Entwicklungspsychopathologie vornehmen: der Bindungstheorie und der Psychotraumatologie.

Aus den Grundlagen dieser Theorien leitet sich inzwischen eine Forschung ab, die die Arbeit mit sozial benachteiligten und psychisch stark belasteten Jugendlichen sehr beeinflusst. Für das Verständnis der Lebensgeschichten und der Bedingungen, unter denen diese Jugendlichen im System Jugendhilfe versuchen, Anforderungen zu erfüllen, denen sie oft nicht gewachsen sind, tragen die Bindungstheorie und die Psychotraumatologie meines Erachtens äußerst relevante Erkenntnisse bei.

Die Jugendhilfe ist gefordert, sich mit den aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen der kindlichen Entwicklung auseinanderzusetzen, wenn sie auch denjenigen jungen Menschen gerecht werden will, denen es in ihrer frühen Entwicklung nicht gegönnt war, sicher gebunden und weitestgehend seelisch unverletzt aufzuwachsen. Es geht um das Verständnis derjenigen Jugendlichen, die wir in der Jugendhilfe nicht mehr oder zu wenig erreichen und die auf dem Weg in ihr Erwachsenenleben schon in diesem Alter kaum eine Perspektive sehen. Es bedarf dieses tieferen Verstehens durch uns, wenn wir eben jene Jugendlichen „mit der stärksten psychosozialen Belastung und dem größten Hilfebedarf“ begleiten wollen auf dem Weg zu neuen Perspektiven!

3 Bindungstheoretische Betrachtungen

Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie beschreiben den „Normalfall“ der kindlichen und jugendlichen Entwicklung. Die Beschreibung der Entwicklungen sozial benachteiligter und komplex belasteter Jugendlicher bedarf jedoch eines erweiterten Blickwinkels, da die Fachkräfte in der Jugendhilfe mit einem breiten Spektrum von Entwicklungsrisiken und -auffälligkeiten konfrontiert werden, die vielfältige Betrachtungsperspektiven erfordern. Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie dienen dabei der Orientierung, sowohl in Hinblick auf altersgerechte Entwicklung als auch auf eine psychisch „normale“ Entwicklung. Mit der Weiterentwicklung der Hirnforschung und Neurobiologie, der Psychotraumatologie u.a. Nachbarwissenschaften hat sich die Entwicklungspsychopathologie etabliert. Eines der wichtigsten Konzepte dieser relativ neuen Disziplin ist die Bindungstheorie (Fonagy, 2005, 50).

3.1 Grundlagen der Bindungstheorie

„Das Vertrauen auf erfolgreiche Aktivität und wohlbehaltene Passivität ist zuallererst ein Geschenk früher Bindungserfahrungen“ (Rehberger, 1999, 18).

Menschliche Entwicklung wird nicht mehr nur in der Dichotomie von Umwelt und Veranlagung diskutiert, was die Erforschung um die Einflüsse auf menschliche Reifeprozesse nicht weniger interessant gemacht hat.

Geistige Entwicklung als andauernden adaptiven Prozess des Individuums im Austausch mit seiner Umwelt zu sehen, ist spätestens seit Piaget ein jedem pädagogischen Denken zugrunde liegender Kernsatz. Bereits gesammelte Erfahrungen werden auf die Welt angewandt (Assimilation) bzw. es bilden sich neue Erfahrungsstrukturen (Akkommodation) (Piaget, 1976). Piaget benutzte auch bereits den psychologischen Grundbegriff des Schemas als Muster, in welchem sich die Erfahrungen aus der Auseinandersetzung mit der Umwelt niederschlagen.

Der britische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby begann Ende der vierziger Jahre des letzten Jahrhunderts die Trennungsreaktionen von Kleinkindern bei

Abwesenheit der Mütter zu untersuchen. Bis dato galt in der Psychoanalyse die Ernährung als das entscheidende Band zwischen Müttern und Säuglingen, was sich im entwicklungspsychologischen Konzept der „oralen Phase“ der Libidoentwicklung von Freud niederschlug. Bei gesicherter Ernährung jedoch erwies sich dieses Konzept als nicht hinreichend. Bowlby gelangte unter Einbeziehung der Kontrolltheorie und der kognitiven Psychologie zu der These, dass emotional bedeutsame Bindungen eine evolutionäre Begründung haben. Die Art und Weise der Bindungserfahrung beeinflussen demnach die Entwicklung und die psychische Gesundheit eines Individuums grundlegend, so eine der Grundannahmen der Bindungstheorie. Zu einer effektiv funktionierenden und seelisch gesunden Persönlichkeit gehört die Fähigkeit, Bindungen zu entwickeln. Diese sind weder von der Nahrungsaufnahme abgeleitet noch dieser oder der Sexualität untergeordnet, wie es die klassischen psychoanalytischen Konzepte annahmen. Emotionale Bindung steht bereits bei Neugeborenen im Dienste des Schutzes gegen innere und äußere Bedrohungen und dient ontologisch gesehen der Arterhaltung (Rehberger, 1999, 31f).

Komplementär notwendig für die Entwicklung ist das Explorationsverhalten, das als ein wichtiger Anteil kindlicher Autonomienentwicklung gilt. In Trennungssituationen, bei Angst, Schrecken, Müdigkeit, Schmerz oder Unwohlsein wird das Bindungsverhalten aktiviert, wodurch Kleinkinder elterliche Fürsorge auf Basis wiederum deren Bindungsverhaltens aktivieren. Bis zu einem Alter von etwas sechs Monaten ist das Bindungsverhalten ausgebildet. Ab dem Krabbelalter suchen Kinder zunehmend räumlich abwesende Eltern. Wohlwollende Nähe, Trost, Rückversicherung, Beseitigung von Schmerz usw. beenden das Bindungsverhalten und das Kind kann sich wieder seinem explorativen Erfassen der Welt widmen. Mit einem Jahr haben Kinder ein beachtliches Wissen über sich und die Bindungsperson und zu erwartende Bindungsweisen gesammelt und verhalten sich adaptiv in bestimmten Trennungssituationen in gleicher Weise. Diese Erfahrungen sind noch nicht sprachlich gespeichert, sie beruhen auf der Interaktionserfahrung der Bindung (ebd.).

Eine Erweiterung der frühen Erkenntnisse Bowlbys stellt das Konzept der „Mentalisierung“ von Fonagy und Target (2004, 119ff) dar. Ausgehend von der „Theory

of Mind“ beschreiben sie Entwicklungsprozesse beim Kind, die es ihm schrittweise ermöglichen, zwischen der Realität und seiner Sicht oder Einschätzung der Realität zu unterscheiden und zu erfassen, dass verschiedene Menschen auch verschiedene Realitätswahrnehmungen besitzen. Mentalisierung als entscheidende Komponente der sozialen Interaktionsfähigkeit befähigt Kinder schließlich, Ablehnung oder Bindungsbrüche im späteren Leben zu verkraften (Holmes, 2008, XI). Der Begriff der „ausreichend guten Elternschaft“ macht deutlich, dass die Selbstregulation als Ergebnis der Mentalisierung ein lebenslanger Schutzfaktor ist.

3.1.1 Bindungstypen

Die amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth versuchte in enger Zusammenarbeit mit John Bowlby die Hauptmuster der kindlichen Bindung zu erfassen. 1973 entwickelte sie den berühmten Test „Die fremde Situation“ (Strange Situation Test), in dem sie normales Bindungs- und Trennungsverhalten in einer standardisierten Laborsituation untersuchte. In dieser Situation finden 12 bis 18 Monate alte Kinder die typischen Gegebenheiten, die nach Bowlbys Theorie sowohl Bindungs- als auch exploratives Verhalten aktivieren, in einer annähernd natürlichen Situation vor. Dadurch können Unterschiede in dem Bindungs- und Explorationsverhalten beobachtet werden.

Aus dem Muster kindlichen Verhaltens bei kurz dauernden Trennungen leitete Mary Ainsworth zunächst drei Bindungstypen ab.

Die **sichere Bindung** wird auch als **B-Bindung** bezeichnet. Auf der Basis elterlicher Feinfühligkeit entwickeln sicher gebundene Kinder eine große Zuversicht in die Verfügbarkeit der Bindungsperson. Die Feinfühligkeit bzw. Aufmerksamkeit der Bindungsperson ist durch die prompte Wahrnehmung der kindlichen Signale gekennzeichnet sowie der richtigen Interpretation dieser. Bei Kummer, Angst oder Ärger kann das Kind seine negativen Gefühle zeigen oder mitteilen. Eine angemessene und prompte Reaktion auf diese Signale sorgt dafür, dass das Kind keine starken Frustrationen erlebt und die Hilfe und Unterstützung seiner Bindungsperson als sicher und zuverlässig

anzunehmen lernt. Auf dieser Basis kann das Kind sein exploratives Erkunden der Welt mit zunehmender Selbstsicherheit fortsetzen. Nach der Beendigung der Stresssituation herrscht ein Gleichgewicht von Bindung und Exploration.

Der **unsicher-vermeidende Typ**, auch **A-Bindung** genannt, reagiert scheinbar unbeeindruckt, wenn seine Bindungsperson hinausgeht. Diese Kinder spielen, erkunden den Raum und sind auf den ersten Blick weder ängstlich noch ärgerlich über das Fortgehen der Bindungsperson. Sie scheinen wenig belastet. Durch zusätzliche Untersuchung der physiologischen Reaktionen der Kinder während der Situation wurde jedoch festgestellt, dass ihr Cortisolspiegel im Speichel beim Fortgehen der Bindungsperson höher ansteigt als der sicher gebundener Kinder, welche ihrem Kummer Ausdruck verleihen - was auf Stress schließen lässt. Auch ihr Herzschlag beschleunigt sich. Kommt die Bindungsperson zurück, wird sie ignoriert. Die Kinder suchen eher die Nähe der fremden Person und meiden die ihrer Bindungsperson. Unsicher-vermeidenden Kindern fehlt die Zuversicht bezüglich der Verfügbarkeit ihrer Bindungsperson. Sie entwickeln die Erwartungshaltung, dass ihre Wünsche grundsätzlich auf Ablehnung stoßen und ihnen kein Anspruch auf Liebe und Unterstützung zusteht. Ein solches Bindungsmuster ist bei Kindern zu beobachten, die häufig Zurückweisung erfahren haben. Die Kinder finden einen Ausweg aus der belastenden bedrohlichen Situation des immer wieder Zurückgewiesen-Seins nur durch Beziehungsvermeidung.

Die **unsicher-ambivalente Bindungsform** auch **C-Bindung** genannt. Kinder, die hier beschrieben werden, zeigen sich ängstlich und abhängig von ihrer Bindungsperson. Geht die Bindungsperson, reagieren die Kinder extrem belastet. Eine fremde Frau wird ebenso gefürchtet wie der Raum selbst. Schon bevor die Bindungsperson hinausgeht, zeigen die Kinder Stresssymptome. Da sie die ungewohnte Situation fürchten, wird ihr Bindungsverhalten schon von Beginn an aktiviert. Die Kinder reagieren so auf das korrelierende Bindungsverhalten der Bezugsperson. Die Bindungsperson reagiert für das Kind nicht zuverlässig, nachvollziehbar und vorhersagbar. Der ständige Wechsel von einmal feinfühligem, dann wieder abweisendem Verhalten führt dazu, dass das Bindungssystem des Kindes ständig aktiviert sein muss. Es kann schwer einschätzen, wie die Bindungsperson in einer bestimmten Situation handeln oder reagieren wird. Das

Kind ist somit permanent damit beschäftigt, herauszufinden, in welcher Stimmung sich die Bindungsperson gerade befindet, was sie will und was sie braucht, damit es sich entsprechend anpassen kann. Das Bindungssystem ist ständig aktiv. Dies führt zu einer Einschränkung des Neugier- und Erkundungsverhaltens des Kindes, welches sich nicht auf die Exploration des Raumes konzentrieren kann. Die Kinder können keine positive Erwartungshaltung aufbauen, weil die Bindungsperson häufig nicht verfügbar ist - meist auch nicht, wenn sie in der Nähe ist. Dementsprechend erwarten sie keinen positiven Ausgang der Situation und reagieren extrem gestresst und ängstlich innerhalb der „Fremden Situation“.

Beim unsicher-desorganisierten Bindungstyp hat sich die Bezeichnung **Desorganisierte Bindung** oder **D-Bindung** etabliert. Der desorganisierte Bindungstyp wurde wesentlich später festgestellt und erst seit den 90er Jahren von den meisten Forschergruppen in deren Untersuchungen mit der Fremden Situation einbezogen (Zulauf-Logoz, 2004, 301).

Mary Main, eine ehemalige Doktorandin Ainsworths, versuchte mit ihrer Forschergruppe an der Berkeley-Universität in Kalifornien zunächst, die internale Repräsentation von Bindung bei Erwachsenen zu bestimmen und entwickelte zusammen mit Carol George und Nancy Kaplan das „Adult Attachment Interview“. Die damit auch empirisch belegte erwartete Übereinstimmung zwischen mütterlicher und kindlicher Bindungsqualität wurde als transgenerationale Weitergabe des Bindungsmusters bezeichnet. Dabei war ihnen aufgefallen, dass die Klassifikation innerhalb der drei Bindungstypen immer schwieriger wurde, je stärker eine Stichprobe von den durchschnittlichen Verhältnissen einer risikoarmen Mittelschicht abwich. Es gab immer auch Kinder, deren Verhalten sich nicht eindeutig in eine der drei Hauptreaktionsschemata einordnen ließen. Dies betraf Kinder von Müttern, die von einem gravierenden und nicht verarbeiteten Verlusterlebnis berichtet hatten sowie Kinder, deren Mütter andere Traumatisierungen wie sexuellen Missbrauch oder Misshandlungen erlebt hatten. Diese Kinder ließen während der Wiedervereinigungsepisoden im „Fremde Situation“-Test keine zielgerichtete Bindungsstrategie erkennen. Sie wirkten verstört und verängstigt, verhielten sich merkwürdig richtungslos und desorientiert, zeigten gleichzeitig widersprüchliche Verhaltensmuster, verlangsamte Bewegungen, eingefrorenes, ausdrucksloses Verhalten, asynchrone

Bewegungen, anormale Körperhaltungen und sie fürchteten sich direkt vor der Bindungsperson. Main und Solomon⁸ bezeichneten diesen sehr vielfältigen und mit den bisherigen Kategorien nicht klassifizierbaren Bindungsstil als „desorganisiert/desorientiert“. Gemeinsam war allen desorganisiert/desorientiert gebundenen Kindern, dass die beobachteten Auffälligkeiten in der „Fremden Situation“ nur angesichts der wieder zurückgekehrten Bindungsperson auftraten, nicht jedoch während ihrer Abwesenheit oder Fremden gegenüber. Die Bindungstheorie geht davon aus, dass ein Kind auf jeden Fall eine Bindung zu seiner Bindungsperson aufbauen muss. Die Bindungsverhaltensweisen werden aktiviert, sobald es Schutz und Unterstützung bedarf oder die Bindungsperson nicht in der Nähe ist. Konnte das Kind keine einheitliche Bindungsstrategie entwickeln, um Schutz und Trost zu bekommen und stellt die Bindungsperson selbst die Bedrohung dar, gerät das Kind in eine so genannte Double Bind-Situation, aus der es für das Kind keinen Ausweg gibt. Die Angst, die sich im Gesicht einer Bindungsperson spiegelt, welche z.B. unter Intrusionen (hartnäckiges Eindringen von den traumatischen Bildern und Gefühlen in die Gedanken) leidet, ist für ein Kind erschreckend und aktiviert sein Bindungssystem. Die Quelle der Angst ist für das Kind nicht nachvollziehbar. Die Bindungsperson kann in einer solchen Situation zumeist nicht adäquat auf die Versorgungsbedürfnisse ihres Kindes eingehen. Das Kind erlebt schließlich die Welt ständig als einen bedrohlichen Ort, dessen Schrecken sich in der Bezugsperson widerspiegelt (Zulauf-Logoz, 2004, 297f).

3.1.2 Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter

Zunächst für das Erwachsenenalter entwickelt, ist das Adult Attachment Interview (AAI) inzwischen auch zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen bei Jugendlichen ab dem Alter von 16 Jahren anwendbar. In diesem Alter wird die Bindungsorganisation nicht mehr wie in der Kindheit auf der Ebene des Bindungsverhaltens, sondern der Bindungsrepräsentation erfasst. Das AAI umfasst ein halbstrukturiertes Interview von ca. anderthalb Stunden. Darin wird die Beziehung zu den Eltern, als die Befragten ca. 6 bis

⁸ Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex, S. 94-124

12 Jahre alt waren, in Hinsicht auf spezifische Erfahrungen von Trost, Zurückweisung und Trennung und deren Einfluss auf die subjektive Bewertung dieser Erfahrungen auf die eigene Persönlichkeit erfragt. Dabei geht es weniger um die faktischen Inhalte, als vielmehr um die Organisation der Gedanken, Erinnerungen und Gefühle, die sich in sprachlichen Kohärenzkriterien manifestieren (Seiffge-Krenke, 2004, 164).

Folgende **Bindungsrepräsentationen** ergeben sich nach dem AAI:

Als **sicher/autonom** gebunden gelten Personen, die sich leicht an konkrete Erfahrungen erinnern können, sowohl positive als auch negative Erinnerungen in ein kohärentes Bild integrieren können und die Bindungen wertschätzen.

Eine **vermeidende** Bindungsrepräsentation beschreibt Personen, die ihre Kindheit idealisieren, sich wenig an konkrete Erfahrungen erinnern können bzw. sich an Erlebnisse erinnern, die im Widerspruch zu ihren sonstigen Beschreibungen ihrer Kindheit stehen. Bindungserfahrungen werden eher abgewertet.

Eine **verstrickte** Bindungsrepräsentation ist gekennzeichnet durch inkohärente, sehr detaillierte Schilderungen von Kindheitserfahrungen, die eine noch immer konflikthafte Verstrickung mit den Eltern deutlich machen. Dieses Muster entspricht im Fremde-Situation-Test der unsicher-ambivalenten Klassifikation (ebd.).

Gahleitner (2005a, 55) verweist darauf, dass man bei Erwachsenen zusätzlich zu den drei Hauptkategorien in Anlehnung an den desorganisierten Bindungsstil bei Kindern von einem **unverarbeiteten** Bindungsstatus spricht. Kurth (2001, 213) nennt die letztgenannte Kategorie „Zusatzklasse U (unverarbeitete Trauer /Trauma)“.

3.1.3 Die transgenerationale Perspektive

Brisch (1999, 54ff) verweist auf verschiedene Studien, die die transgenerationale Perspektive der Bindung zwischen den Generationen betrachteten. In 70 Prozent der Fälle fand sich eine Übereinstimmung zwischen den Bindungsrepräsentationen der Eltern und der Bindungsklassifikation ihrer Kinder mit einem Jahr. Diese Ergebnisse wurden sogar über drei Generationen repliziert. Die Übereinstimmung lag sogar bei 75 Prozent, wenn nur zwischen den Bindungskategorien „sicher“ und „unsicher“ unter-

schieden wurde. Es wurden auch die Bindungsqualitäten der Kinder jeweils getrennt für die Bindung zur Mutter und zum Vater untersucht. Kinder können demzufolge zu dem einen Elternteil eine sichere und zu dem anderen eine unsichere Bindung haben. Die Übereinstimmung zwischen den Bindungsrepräsentanzen der Väter und der Bindungsqualität ihrer Kinder war aber nicht so hoch wie bei den Müttern⁹, was in Hinblick auf das klassische heteronormative Rollenverteilungsmuster in der Betreuung der Kinder durch die Bindungspersonen weiter zu hinterfragen wäre.

Insgesamt gibt es weltweit vielfältige Längsschnittstudien, die belegen, dass die Bindung im ersten Lebensjahr nicht ausschließlich für die weitere Bindungsentwicklung determinierend ist. Dennoch hat eine sichere Bindungsrepräsentation der Eltern, verbunden mit deren Fähigkeit zur Feinfühligkeit im Pflegeverhalten, mit großer Wahrscheinlichkeit eine sichere Bindungsqualität des Kindes zur Folge, wie auch ein häufiger Zusammenhang zwischen einer unsicheren Bindung der Mutter oder des Vaters und einer unsicheren Bindungsqualität des Kindes besteht.

Die transgenerationale Forschung hat jedoch nicht zu einer vollständigen Vorhersagbarkeit des Bindungsmusters in der nächsten Generation geführt (ebd.).

Kurth (2001, 213) hält eine transgenerationale Weitergabe der Bindungsqualität für nachgewiesen. Diese kann jedoch nicht deterministisch verstanden werden, da sowohl traumatische Erlebnisse als auch deren Aufarbeitung, Heilungsprozesse, neue Bindungserfahrungen etc. das internalisierte Bindungskonzept verändern können.

3.2 Adoleszenz und Bindung

Die Zeit der Adoleszenz ist eine umfassende Transformation der seelischen Organisation des Jugendlichen. Dabei sieht Bohleber (2004, 230f) Identität als sich aus reflexiven Vergleichsprozessen zwischen Selbstrepräsentanzen und sozialen Rollen und Handlungen herausbildend und demzufolge als nie abgeschlossene psychische Konstruktion. Identitätsentwicklung kann auf diesem Hintergrund heute nicht mehr als

⁹ van Ijzendoorn, M.H., De Wolff, M. (1997). In search of the absent father – meta-analysis of infant-father attachment: A rejoinder to our discussant. *Child Development*, 68, 604, S. 604-609

epigenetische Entwicklungsaufgabe wie bei Erikson (1970) verstanden werden, bei dem mit dem Ende der Spätadoleszenz die Identitätsbildung abgeschlossen wird.

3.2.1 Entwicklungspsychologische Aspekte der Adoleszenz

Frühe Bindungsmuster haben letztlich die Funktion, dass sie „...auch zu einer gewissen Trennung von den Bindungspersonen führen müssen“ (Seiffge-Krenke, 2004, 156). Die Emotionsregulierung im Jugendalter hängt dabei wesentlich von den frühen Eltern-Kind-Beziehungen und den darin vermittelten Fähigkeiten ab. Ein besonderes Charakteristikum dieser Entwicklungszeit besteht in der aggressiven und partiell destruktiven Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit ihren primären Bindungspersonen, meist den Eltern, und deren Stellvertreter/innen, die als Erwachsene in dem sozialen und institutionellen Umfeld der Jugendlichen bedeutsame Rollen spielen. Dabei handelt es sich zunächst um entwicklungspsychologisch „normale“ Phänomene.

Besonders die frühe Adoleszenz (der Beginn der Pubertät) ist durch starke, vor allem negative Emotionen wie Trauer, Ärger, Wut, emotionale Distanz und Depression gefärbt. Jugendliche stehen in einem enormen Spannungsfeld zwischen einer im Vergleich zu anderen Lebensabschnitten rasanten sozialen und emotionalen Wandlung und einer scheinbaren emotionalen Distanziertheit anderen, insbesondere den engen erwachsenen Bindungspersonen gegenüber.

Dies stellt an die bis dahin entwickelte Emotionsregulierung besondere Ansprüche. Gleichzeitig birgt diese sensible Entwicklungsphase auch besondere Risiken für die weitere Entwicklung. Ein narzisstischer Rückzug auf die eigene Person verknüpft sich mit einer extremen Empfindlichkeit und Egozentriertheit, was ein wichtiges und durchaus gesundes Stadium im Loslösungsprozess von den Eltern darstellt. An Bedeutung gewinnen in dieser Zeit die Lernprozesse innerhalb der Peer-Group, in der die Fähigkeit, Bezug auf Andere nehmen zu können, deutlich entwickelt werden muss, um im sozialen Gefüge Gleichaltriger funktionierende, d.h. Sicherheit und Schutz vermittelnde Beziehungen aufbauen zu können.

Ab dem Alter von 15 bis 16 Jahren nehmen Jugendliche zunehmend adäquat Bezug auf das Denken und Fühlen anderer. Es gelingt ihnen immer besser, Emotionen „partnerspezifisch“ zu regulieren. Die anderen als „Coolness“ erscheinende Fassade ist dabei, wie oft fälschlicherweise angenommen wird, nicht Ausdruck von unzulänglicher Emotionsregulierung, sondern „... in Wahrheit der Endpunkt einer differenzierten emotionalen Entwicklung“ (Seiffge-Krenke, 2004, 160). Diese besteht darin, dass die Kontrolle über den Ausdruck von vor allem negativen Emotionen wie Wut, Ärger oder Traurigkeit dem Schutz der Gefühle anderer dienen. Vermeintlich „emotionales Analphabetentum“ dient der Bewältigung eigener negativer Emotionen durch Strategien wie Ablenkung („keeping busy“, „avoiding thoughts“) und wird eher als das Erzählen dieser Emotionen Freunden oder Eltern gewählt. 15jährige verfügen sowohl handlungsbezogen als auch gedanklich über komplexe Strategien der Ablenkung, die es ihnen ermöglichen, sich über negative Emotionen hinwegzusetzen.

Allerdings ist ihnen in der Regel bewusst, dass dies zeitlich nur aufgeschoben ist und sie mit ihren Emotionen wieder konfrontiert sind, sobald sie sich nicht mehr ablenken können. Unter diesem Aspekt sind alle mehr oder weniger gelungen wirkenden Strategien der Ablenkung oder Selbstberuhigung zu deuten, die klassischerweise in das „Ausprobieren“ in der Jugendphase gehören. Jugendliche gewinnen zunehmend die Erkenntnis, dass sich Konflikte oft nicht zu ihrem Vorteil lösen lassen bzw. nicht gelöst werden können. Sie entwickeln daher zunehmend Deeskalationsstrategien, um ihre Emotionen zu dämpfen und deren Ausdruck zu kontrollieren, um sich nicht unnötig aufzuregen. Seiffge-Krenke (2004, 161) stellte in eigenen Studien fest, dass Jugendliche im Umgang mit Konflikten mit Eltern im Vergleich zu Konflikten mit Freunden doppelt so häufig mit „Abreagieren“ reagierten als mit „Cool-Sein“. Die Unterstützung der Eltern, die bisher als Hilfs-Ich fungierten, wird zunehmend ersetzt durch den Rückhalt in Gruppen Gleichaltriger.

Von großer Bedeutung für den adoleszenten Transformationsprozess ist die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion, die verbunden ist mit der Flexibilität, Selbstbilder mental im Inneren durchzuspielen. Diesen komplexen Entwicklungsvorgang beschreiben Fonagy und Target (2004, 111ff) im Konzept der Selbstregulation,

welche eine Vorbedingung für die Entwicklung eines reifen Identitätsgefühls als seelisches Regulationsprinzip darstellt.

Bohleber (2004, 232ff) beschreibt aus psychoanalytischer Perspektive, wie in der Adoleszenz bis dahin vertraute Schemata aufgebrochen werden, sich bisher selbstverständliche Wahrnehmungen im Alltag der Jugendlichen umstrukturieren und Grenzerfahrungen gesucht werden. Das Gefühl einer eigenen Subjektivität erfordert eine intensive Bewusstheit des Selbst. Gefühle wie Unabhängigkeit und Autonomie verstärken das Gefühl, ihr Selbst als etwas Eigenes neu in Besitz zu nehmen, wobei infantile Trennungskonflikte und mangelhafte Selbst- und Objekt-Differenzierungen diesen Prozess erschweren.

Der Zuwachs an kognitiven Fähigkeiten und die Entwicklung des formallogischen Denkens ermöglichen es den Jugendlichen, von sich zu abstrahieren, die Perspektive zu wechseln und sich selbst von außen zu betrachten. Ihr Identitätsspektrum dehnt sich deutlich aus auf Weltanschauungen, religiöse Überzeugungen und politische Ideologien, die identitätsstiftend wirken. Sie werden in die Lage versetzt, die eigene Kindheit reflexiv zu betrachten, sie aus der Perspektive der sexuellen Reife und entlang der bewussten und unbewussten Identitätsthemen neu zu interpretieren und zu erzählen.

Adoleszente schwanken zwischen Größenphantasien und Einsamkeit. Narzisstische Phantasien haben in der Adoleszenz eine wichtige Brückenfunktion. Das kindliche Ich löst sich von den infantilen Bezugspersonen und entwickelt sich zu einem durch reale Gratifikationen und Beziehungen zunehmend gefestigten Selbstwertgefühl. Die Einbindung in die Realität gesellschaftlicher Strukturen und die Anbindung an reale Objekte fördert die adoleszente Reifung im anti-narzisstischen Sinne; Größenphantasien weichen zunehmend der Anerkennung der Realität. Adoleszente, deren Entwicklungs- und Ablösungskonflikte nicht lösbar sind, entwickeln kompensatorisch Tagträume und Größenphantasien, besonders wenn das Selbst in der Voradoleszenz durch Missachtung, Kränkungen oder Traumatisierungen verletzt und geschwächt wurde. Der an sich notwendige Selbst-Entwicklungsspielraum, den der adoleszente Narzissmus bietet, entwickelt sich dann zu einer Sackgasse, die bei anhaltender Konfliktlage nicht mehr verlassen werden kann und sich zu einem pathologischen

Größen-Selbst entwickelt, das sich keiner realen Bestätigung mehr aussetzen kann, ohne destruktive Affekte zu entwickeln (ebd., 233f).

3.2.2 Bindungstheoretische Aspekte der Adoleszenz

Spätestens in der Adoleszenz können unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster zu Anpassungsproblemen und unkorrigiert zu fortführenden Entwicklungshindernissen führen. Rehberger (1999, 36) verweist auf unsichere Bindungsmuster, die an sich noch keine Pathologie darstellen, sondern zunächst als Adaptionen des Kindes an bestehende Bindungsverhältnisse zu sehen sind. Sie sind aber ein erheblicher Risikofaktor für spätere sozio-emotionale Entwicklungen. Die aus den unsicheren Bindungsmustern bestehenden Wahrnehmungen werden in neue Beziehungen übertragen, indem ein Individuum unbewusst auch unter verbesserten Bedingungen für eine möglicherweise gelingende Bindung an den ursprünglich adaptiven Bindungsmustern festhält. Ohne Korrektiv entwickeln sich daraus maladaptive Verhaltensmuster, die wiederum alle weiteren Interaktionen prägen.

Gahleitner (2005a, 63) verweist darauf, dass

„...soziale Verhaltensmuster ... neben den besonderen und individuell geprägten Umständen zu einem gewichtigen Teil von den Erfahrungen (abhängen), die eine Person mit Bindungspersonen in ihrem Leben gemacht hat. Dabei kann von einem lebenslangen Lernprozess ausgegangen werden, der zwar in der frühen Kindheit beginnt, jedoch nie ganz abgeschlossen und daher auch nicht unveränderlich ist“.

Indem der Jugendliche antizipieren kann, dass das Ausdrücken negativer Emotionen die Gefühle anderer verletzen kann, stellt das Verbergen dieser Gefühle wie oben beschrieben einen sehr wichtigen Mechanismus in der Interaktion mit Erwachsenen und Gleichaltrigen dar. Seiffge-Krenke (2004, 161) führt Studien von Saarni und Cole¹⁰ an, in denen gezeigt wurde, dass drei Viertel der klinisch unauffälligen Kinder ihre eigene Enttäuschung zu verbergen verstanden, während der Anteil bei den klinisch auffälligen Kindern nur ein Drittel betrug. Erstere gaben an, dass sie ihre Gefühle verbergen würden, um andere Personen nicht zu verletzen. Emotional gestörte Kinder hätten demnach vermutlich weniger Einsicht in die Gefühle anderer Personen und verspürten

¹⁰ Saarni, C. (1984). Observing children's use of display rules. Age and sex differences. *Child Development*, 55, S. 1504-13

damit nicht die Notwendigkeit, die Gefühle anderer zu schützen. Die Ergebnisse der Bindungsforschung legen nahe, dass diese Kinder in der frühen Mutter-Kind-Interaktion möglicherweise unzureichende Fertigkeiten in der Emotionsregulierung erworben haben.

Die wesentlichen Forschungsergebnisse zum AAI fasst Seiffge-Krenke (2004, 164f) zusammen. Danach ergab eine Metaanalyse von Bakermans-Kranenburg und van Ijzendoorn¹¹ bezüglich der Verteilung der AAI-Klassifikationen in nicht-klinischen Stichproben von Jugendlichen, Frauen und Männern 58% sicher (secure), 24% unsicher-distanziert (dismissing) und 18% unsicher-verwickelt (preoccupied) Gebundene.

Zu Jugendlichen und ihren Bindungsrepräsentationen gibt es bisher nur sehr wenige Studien. Aus der Untersuchung von Kleinkindern abgeleitete Längsschnittstudien aus Minnesota, Regensburg und Bielefeld erfassen meist dieselben Personen, die inzwischen das Jugendalter erreicht haben. Folgende mit dem AAI ab dem 16. Lebensjahr erfasste Bindungsrepräsentationen für Jugendliche wurden beschrieben:

Sicher gebundene Jugendliche können negative Erfahrungen mit ihren Eltern dank ihrer positiven Grundhaltung integrieren und sind in der Lage, Konflikte produktiv zu lösen. Bindungen haben einen hohen Stellenwert. Bindung und Exploration sind im Gleichgewicht.

Unsicher-distanziert gebundene Jugendliche stellen sich in ihren Beziehungen als besonders unabhängig dar. Sie haben Schwierigkeiten, negative Affekte bei sich und anderen wahrzunehmen. Im Verhältnis zu ihren Eltern neigen sie auffällig zu Idealisierungen dieser, weisen gleichzeitig aber wenig Autonomie und geringe Verbundenheit ihnen gegenüber auf.

Unsicher-verwickelt gebundene Jugendliche bleiben in ihrem Bindungssystem permanent aktiviert und neigen zu einem erhöhten und unproduktiven Überengagement gegenüber den Eltern.

Den unsicher gebundenen Jugendlichen, gleich ob vermeidend oder ambivalent, ist gemeinsam, dass die elterliche Beziehung ein zentrales Thema ist. Das bedeutet, dass ihr Explorationsverhalten im Vergleich zu den sicher gebundenen Jugendlichen

Cole, P.M. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development*, 57, S. 1309-21

eingeschränkt ist und sie beim Aufbau von Beziehungen und der Erkundung der Welt, verschärft durch Defizite in der Emotionsregulierung, blockiert werden, indem sie gefangen sind in ihren Versuchen, noch etwas von den Eltern zu bekommen oder diese unangemessen zu idealisieren (ebd., 166).

Zur Stabilität von Bindungsmustern bestätigt Seiffge-Krenke (2004, 166ff) aus einer eigenen Längsschnittstudie heraus die Ergebnisse der Bindungsforschung, nach denen der Bindungsstatus auf ca. 50% sicher gebundene und ca. 50% unsicher gebundene Personen verteilt ist. Dabei gibt es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in Hinblick auf den Bindungsstatus. Grundsätzlich scheint es in der Adoleszenz, also in der Hochphase der Ablösung von den Eltern, aber ein gewisses „Bindungsloch“ zu geben, was sich auf die frühe und mittlere Adoleszenz in der Altersspanne zwischen dem 13. und dem 16. Lebensjahr erstreckt. Auffallend ist die geringe Stabilität in diesem Altersabschnitt, die ihre Entsprechung in den sehr geringen Übereinstimmungen zwischen den Bindungsrepräsentanzen von Jugendlichen und ihren Eltern findet. Verschiedene Studien zeigen sehr geringe bis gar keine Konkordanzen zwischen dem Jugendlichen-AAI und dem AAI ihrer Eltern.

Bei Eltern und ihren kleinen Kindern sowie Eltern und ihren inzwischen erwachsenen Kindern fand man dagegen hohe Konkordanzen. Diese Ergebnisse konnte Seiffge-Krenke 2001 in ihrer eigenen Längsschnittstudie bestätigen. Erst ab dem Alter von 17 ist wieder ein gewisser Zusammenhang nachweisbar. Für das frühe und mittlere Jugendalter scheint sich eine Art Anomalie der zu erwartenden Bindungsrepräsentationen abzubilden. In dieser Phase scheint es nicht nur besondere Herausforderungen zu geben, sondern auch die Chance, durch die beginnende Wahl „romantischer Partner“ (ebd., 171) eine positive Veränderung im Bindungsgeschehen zu erfahren, da sich, wie eine Metaanalyse von Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg¹² zeigte, ca. die Hälfte der sicher gebundenen Menschen einen unsicher gebundenen Partner sucht. In allen anderen Altersstufen konnte durch verschiedene Studien eine relativ hohe Stabilität von Bindungsmustern von der Kindheit bis ins jeweils untersuchte Lebensalter

¹¹ Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview. Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29 (5), S. 870-879

¹² van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups. A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, S. 8-21

festgestellt werden. Allerdings hatten kritische Lebensereignisse wie Scheidung, Tod von Angehörigen oder chronische Krankheiten einen Wechsel von sicherer zu unsicherer Bindung zur Folge.

Dass die Stabilität bestimmter, auch unsicherer Bindungserfahrungen hin zu sicheren durch Therapien veränderbar ist, wurde in einer weiteren Metaanalyse von van Ijzendoorn, Juffer und Duyvesteyn¹³ gezeigt. In einer Hochrisikostichprobe von unbehandelten Kindern fand man 80 Prozent mit unsicherer Bindungserfahrung. Von den Kindern, die eine Behandlung erhielten, waren anschließend nur noch 43 Prozent unsicher gebunden. Daher werden Prävention und frühzeitige Intervention im Kleinkindalter unter dem Aspekt der langfristigen Folgen unsicherer Bindungen für die allgemeine Adaptation von Bindungsforschern generell als sehr sinnvoll angesehen.

Ihre Erkenntnisse aus der Bindungsforschung zusammenfassend, halten Fonagy und Target (2004, 127) ein Plädoyer für eine möglichst frühe Intervention bei die Entwicklung hemmenden Umständen:

Bindung mit bloßen Beziehungsrepräsentationen zu verknüpfen, unterschätzt ihre Wichtigkeit für die seelische Entwicklung. Frühe Beziehungen sind weitaus wichtiger, als wir ursprünglich dachten. Ihre Rolle besteht jedoch darin, Schemata oder innere Arbeitsmodelle zu liefern, die die späteren Beziehungen bestimmen. Bindungsbeziehungen sind prägend, weil sie die Entwicklung der Haupt-Selbstregulationsmechanismen des Gehirns begünstigen, die ihrerseits das Individuum befähigen, in der Gesellschaft sinnvoll zu interagieren. Sie bieten keine Garantie dafür, dass dies dem Individuum gelingt, und sie können den individuellen Chancen, schwierige Aufgaben zu bewältigen, unerbittliche Grenzen setzen. Aus dieser Sicht wird das Ziel für frühe Interventionen klar: keinem Kind sollte es durch einen Mangel an adäquater Versorgung in den frühesten Beziehungen verwehrt bleiben, seine interpersonale Deutungskompetenz so zu entwickeln, dass es sich den schwierigen Herausforderungen, mit denen es in seinem Leben rechnen muss, auch mit guten Aussichten stellen kann.

Dieses Zitat bekräftigt noch einmal die oben unter dem aktuellen Stand der Forschung genannten Punkte, in denen vertreten wird, dass auch sicher gebundene Kinder später durchaus unsichere Bindungsrepräsentanzen entwickeln können. Dass es zur Bewältigung von Belastungen im Leben einer möglichst belastbaren inneren Bindungsrepräsentanz bedarf, scheint unumstritten. Andersherum scheint eine unsicher oder

¹³ van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, S. 225 - 248

desorganisierte Bindung kaum zu stabilen inneren Arbeitsmodellen führen zu können, so dass Belastungen, gleich welcher Art, im Leben auch wesentlich schwieriger zu bewältigen sind.

4 Psychotraumatologische Vertiefung

Die Einsicht in die Realität seelischer Verletzungen setzt jedoch die Einsicht in die Realität seelischer Vorgänge, Prozesse und Strukturen voraus.

(Fischer & Riedesser, 2003, 23)

In der Jugendhilfe begegnen wir jungen Menschen, die im Vergleich zu ihren Altersgenossen überdurchschnittlich früh ihr elterliches Zuhause verlassen. Einige von ihnen haben schon längere stationäre Heimaufenthalte oder verschiedene ambulante Jugendhilfemaßnahmen hinter sich, bevor sie im Alter von frühestens 15 Jahren in das Betreute Wohnen für Jugendliche wechseln. Andere kommen direkt aus ihrer Herkunftsfamilie und hatten noch nie Kontakt zur Jugendhilfe. Gleich welchen Hintergrund die Jugendlichen mitbringen, eines verbindet sie miteinander: sie erleben den schwierigen Prozess des Übergangs von der Kindheit in das junge Erwachsenenalter nicht im Schutz ihrer Familie. Wenn es je eine sichere Bindung in ihrem Leben gab, so ist diese in den meisten Fällen offensichtlich im Laufe der Entwicklung bis zum jetzigen Zeitpunkt erschüttert oder in einem Grad verletzt worden, dass ein Weiterleben in der eigenen Familie nicht mehr möglich war.

Es reicht bei weitem nicht aus, allein die typischen adoleszenten Probleme zu beachten, um die manchmal sehr diffusen emotionalen Zustände der jugendlichen Klienten richtig zu deuten. Es reicht auch nicht aus, um Verhaltensstörungen und soziale Ängste zu verstehen oder das wiederholte Scheitern an altersgerechten Bildungsanforderungen zu erklären. Oft sind die noch kurzen Lebenswege dieser Jugendlichen von Erlebnissen und Erfahrungen geprägt, die den Rahmen „normalen“ kindlichen oder adoleszenten Erlebens sprengen.

Die Arbeit mit unseren jugendlichen Klienten erfordert ein breitgefächertes Basiswissen aus mehreren human-, sozial- und rechtswissenschaftlichen Disziplinen. Wenn es um Risiken und Belastungsfaktoren in der Entwicklung junger Menschen geht, ist es unabdingbar, einen Teilbereich menschlicher Erfahrungen ins Auge zu fassen, der phänomen-immanent schwer zu begreifen ist und in der sozialpädagogischen Praxis noch in den Kinderschuhen zu stecken scheint.

4.1 Psychotraumatologie – eine kurze Einführung

Der Ausdruck *Psycho*-Traumatologie soll die Aufmerksamkeit auf die menschliche Erlebnissphäre richten. Dabei dürfen die somato-psychischen und psychosomatischen Wechselbeziehungen natürlich nicht vernachlässigt werden. Ebenso wenig die sozialen Bezüge der menschlichen Erfahrungswelt. Die Verletzungen jedoch, von denen das neue Gebiet handeln soll, liegen nicht primär im körperlichen und auch nicht vage in einem irgendwie konzipierten „sozialen Bereich“. Betroffen ist auch keine behavioristische „black-box“ oder sonst ein „Konstrukt“, sondern das verletzbare, sich-empfindende und sich-verhaltende menschliche Individuum, wenn es in seinen elementaren Lebensbedürfnissen bedroht und verletzt, in seiner menschlichen Würde und Freiheit missachtet wird.

(Fischer & Riedesser, 2003, 18)

4.1.1 Der Begriff der Psychotraumatologie

Der Begriff der Psychotraumatologie ist in der wissenschaftlichen Landschaft noch keine 20 Jahre alt. Im Vergleich zum Ursprung der Bezeichnung der „Traumatologie“ aus der mehrere Jahrtausend alten Chirurgie, die sich mit den Wunden und Behinderungen beschäftigt, die aus physischen Verletzungen stammen, bezeichnet der „Erfinder“ dieses transdisziplinären Forschungsansatzes, der US-amerikanische Kinderpsychiater Donovan, die Psychotraumatologie als „...ein Land, das darauf wartet, entdeckt zu werden“ (Fischer & Riedesser, 2003, 16). Donovan veröffentlichte gemeinsam mit seinem Kollegen McIntyre 1990 „Healing the hurt child: A Developmental-contextual approach“. Darin verwandte er erstmals den Begriff „Traumatology“ im Zusammenhang mit seelischen Verletzungen.

In Deutschland gründeten 1991 Psychologen, Psychoanalytiker, Psychotherapeuten, Mediziner und Rechtswissenschaftler in Freiburg das „Institut für Psychotraumatologie“, das sich interdisziplinär mit psychischen Verletzungen, u.a. mit Fragen der Auswirkung von Kindheitstraumata und ihren vielfältigen negativen Folgen für die Betroffenen beschäftigt. Mitbegründer des Instituts und maßgebliche Wegbereiter der Entwicklung dieses in Deutschland noch recht neuen Ansatzes sind Gottfried Fischer und Peter Riedesser, deren „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ als Grundlagenwerk für jede pädagogische Ausbildung wünschenswert wäre. Ich beziehe mich daher in diesem Abschnitt zu den Grundlagen der Psychotraumatologie vorrangig auf dieses Lehrbuch.

„Psychotraumatologie“ verfolgt explizit ein „Mehr-Ebenen-Konzept“ von der psychosozialen und physischen Wirklichkeit, was sie meines Erachtens für die behandelnde Profession der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik immens bedeutsam macht. Die Erforschung traumatischer Sozialisationsbedingungen ist bisher im etablierten Wissenschaftsbetrieb, etwa in der „biologischen Psychiatrie“ mehr oder weniger untergegangen. Fischer und Riedesser (2003, 18) plädieren für den Fokus auf die menschliche Erlebnissphäre, wenn es um die Störung bzw. Zerstörung psychischer Strukturen und Funktionen geht. Die psychische Ebene wird als Differenzierungsform der körperlich-physischen gesehen, als eine individualisierte Besonderheit der gesellschaftlich allgemeinen Kommunikations- und Beziehungsformen. Danach ist die „menschliche Erlebnissphäre...nicht weniger verletzbar, in ihren Funktions- und Regulationsbedingungen nicht weniger stör- und „kränkbar“ ... als die körperliche Ebene des psychophysischen menschlichen Weltverhältnisses“ (ebd., 18).

4.1.2 Psychische Traumatisierung als Verlauf und typische Abwehrmechanismen

Fischer und Riedesser (2003, 128) definieren Trauma als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Sie unterscheiden zwischen Mono- und Polytraumatisierung. Bei der zeitlich sukzessiven Polytraumatisierung wirken verschiedene Ereignisse und Umstände zusammen, wodurch sie ihre Auswirkungen auf das Individuum gegenseitig potenzieren.

Nach Terr (1991) werden die Traumtypen in Typ-I- und Typ-II-Traumata unterteilt. Traumata von ereignishaftem Charakter wie Naturkatastrophen, Unfälle oder Verbrechen werden dem Typ I zugeordnet, während Traumata vom Typ II als chronische traumatische Erlebnisse bzw. sequentielle Traumatisierungen Prozesscharakter besitzen. Dazu zählen Misshandlungen, Missbrauchserlebnisse und kumulative Traumata mit negativen Auswirkungen auf das Selbst im sozialen Kontext. Auch der Verlust eines Elternteils im frühen Kindesalter kann prozesshafte wirksame Folgen haben, wenn zu dem Verlust einer wichtigen Bezugsperson deutlich einschneidende Lebensveränderungen und ein Mangel an Fürsorge und Beziehung hinzukommen.

Verschiedene Arten von Traumatisierung wirken sich auch verschieden auf die Psyche der Opfer aus. Für Typ-I-Traumata ist die Ausbildung klassischer Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung typisch. Typ-II-Traumata, also die sequentielle Traumatisierung, unter die auch Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum fallen, führt dagegen häufig zu komplexen Störungsbildern und zur Veränderung der gesamten Persönlichkeitsstruktur (Jaritz et al., 2008, 267).

Ob Traumen durch ein Ereignis selbst oder durch die prozesshaft wirksamen Folgen gesetzt werden, ist nach Resch, Parzer und Brunner (2004, 184) eine Debatte, die in Hinblick auf Traumatisierungen im sozialen Nahraum eindeutig zu beantworten ist. Gahleitner (2005b, 39) weist darauf hin, dass eine traumatische Belastung das Trauma selbst sowie die Phänomene, die zu einem späteren Zeitpunkt in Anknüpfung an das Trauma auftauchen, umfasst.

Fischer und Riedesser (2003, 48) bezeichnen psychische Traumatisierung als einen Verlaufsprozess, d.h. nach dem traumatischen Erlebnis selbst kann es Jahre dauern, in denen so gut wie keine Symptome auftreten. Dem früheren Erlebnis kann z.B. erst im Nachhinein durch eine Wiederholung von Komponenten der traumatischen Situation eine existenziell bedrohliche Bedeutung verliehen worden sein. Solche auslösenden

Situationen können Lebenskrisen oder kritische Phasen im Lebensverlauf wie die Adoleszenz, Elternschaft oder Altern sein.

In ihrem **Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung** beschreiben Fischer und Riedesser (2003, 123 ff) die Traumadynamik.

In der traumatischen Situation kommt es zu einer Überforderungssituation mit einer physiologischen Übererregung und einem veränderten Raum-, Zeit- und Selbsterleben. Es entwickelt sich ein **Traumasma**, welches als Ausdruck des Regulationsverlustes durch die unüberbrückbare Diskrepanz zwischen Bewältigungsversuchen und traumatischen Einwirkungen, zwischen Wahrnehmung einer extremen existenziellen Bedrohung und einem unterbrochenen, eingefrorenen Handlungsansatz gekennzeichnet ist, was sich auf der nichtsprachlichen Ebene neurophysiologisch abbildet.

In der nächsten Phase kommt es zu verzweifelten emotionalen und kognitiven Bewältigungsversuchen. Zwischen wechselnder Vermeidung und Überflutung versucht der Organismus über eine „Notfallreaktion“ eine überlebensnotwendige Handlung herzustellen, obwohl paradoxerweise auf eine traumatische Situation keine adäquate Reaktion möglich ist. Das Opfer kann dauerhaft von Panik und unkontrollierbarer Erregung überflutet werden oder so genannte „frozen states“, eingefrorene Erlebniszustände mit psychovegetativen und psychosomatischen Reaktionen entwickeln.

Daraufhin werden traumakompensatorische Mechanismen zur „Schadensbegrenzung“ gebildet. Das **traumakompensatorische Schema** stellt in den aussichtslosen Bewältigungsversuchen einen momentanen Kompromiss dar. Es ist der paradoxe Versuch, mit einer unerträglichen Erfahrung zu leben, ohne sich mit ihr wirklich konfrontieren zu können. Das traumakompensatorische Schema ist demzufolge eine überlebenswichtige Kontrollstrategie, die aus drei Komponenten besteht und eine eigene innere, dem Betroffenen in weiten Teilen unbewusste Logik entwickelt:

- die ätiologische Theorie darüber, wodurch das Trauma entstanden ist
- die Heilungstheorie, durch die der Betroffene vom Trauma heilen kann
- die präventive Theorie, durch die eine Retraumatisierung vermieden werden kann

Dabei entsprechen die traumakompensatorischen Maßnahmen dem Niveau der kognitiven Entwicklung des Individuums zum entsprechenden Zeitpunkt. Oft wirken sie von außen betrachtet irrational und unzweckmäßig, subjektiv sind sie gemessen am gegebenen Informationsstand der Person in sich schlüssig und sinnvoll. Bei Kindheits-traumata wirken sie oft wie eine magisch anmutende egozentrische Denkweise, weil sie dem frühen kognitiven Egozentrismus des Kindes entsprechen. Als Wiederholungen, Retraumatisierungen und Körpererinnerungen verselbständigen sie sich später zu vielfältigen destruktiv und dysfunktional wirkenden Mechanismen, die aber den Betroffenen das Überleben und damit den ersten und wichtigsten Anteil der Bewältigung ermöglichen.

Traumaschema und kompensatorisches Schema sind also die zentralen Komponenten im traumatischen Prozess, wobei das kompensatorische Schema ein „verändertes *Script oder Drehbuch* (schreibt), in dem die traumatische Erfahrung zwar enthalten ist, jedoch in erträglicher Dosierung und Verarbeitung“ (ebd., 130). In diesem Dienste stehen mannigfaltige Mechanismen, von denen folgend die drei häufigsten kurz beschrieben werden.

Abwehrmechanismen

Kritsberg (1995, 78) beschreibt die drei wichtigsten Abwehrmechanismen, derer sich Überlebende sexuellen Missbrauchs bedienen: Verdrängung, Dissoziation und Verleugnung. Sie dienten in der Kindheit nicht nur dem Überleben, sondern sie helfen den Betroffenen auch, in ihrem täglichen Leben funktionsfähig zu bleiben. Die zentralen Abwehrmechanismen funktionieren überwiegend auf unbewussten Ebenen. Sie beschützen die Betroffenen zwar vor dem Leid ihrer Vergangenheit, gleichzeitig schränken sie aber deren Fähigkeit ein, als Erwachsener ein erfülltes und glückliches Leben zu führen. Aus diesem Grund setzt die Heilung eines sexuellen Kindheitstraumas voraus, jene Abwehrmechanismen, die nicht länger benötigt werden, zu entdecken und sich davon zu trennen.

Der Prozess der **Verdrängung** ist abhängig vom Alter, in dem das Kind sich befand, als es die Traumatisierung erlitt. Danach ist der Grad des Gedächtnisverlustes um so höher, je jünger und somit psychisch und geistig weniger entwickelt das Kind zu diesem

Zeitpunkt war. Im Alter zwischen 0 und 7 Jahren ist die Gedächtnisverdrängung demnach am stärksten, zwischen 7 und 11 Jahren partiell, ab 11 am geringsten (ebd., 80). Diese Zahlen können nur eine grobe Orientierung bieten. Nachvollziehbar ist aber, dass das Entwicklungsalter eines Kindes ein wesentlicher Faktor für die Schwere der Folgen einer Traumatisierung ist.

Dissoziation erlaubt es, sich im Moment der Traumatisierung emotional vom Geschehen abzuspalten und so das psychische Überleben zu sichern, um den Preis der Verbindung von Körper und Seele. Dazu gehören Phänomene wie das Verlassen des Körpers unter Stresssituationen, das Gefühl, die eigene Misshandlungssituation von einem externen Punkt, z.B. der Zimmerdecke aus zu betrachten und Körperverfremdungssymptome. Dabei handelt es sich um eine hochgradige Desintegration traumatisch verletzter Teile im psychischen Erleben, die in der Regel auf sehr frühe und extreme Traumatisierungen hinweist. Je weniger ein Mensch in seiner Entwicklung dissoziieren musste, desto integrierter erscheinen auch seine Persönlichkeitsanteile und andersherum. Ein überzeugendes Modell zu dem Kontinuum der bei jedem Menschen mehr oder weniger stattfindenden Dissoziation findet sich bei Richard C. Schwartz (1997) mit dem Konzept des „Internal Family System“ (IFS), in dem er das Konzept der systemischen Familientheorie auf die innerpsychische Welt des Einzelnen überträgt. Er beschreibt, „...dass ein Mensch so organisiert ist, dass das Selbst um jeden Preis geschützt wird. Somit trennen die Teile im Falle eines Traumas oder einer intensiven Emotion das Selbst von den Gefühlen des Körpers ab; sie dissoziieren“ (ebd., 67). Sogenannte Out-of-Body-Erfahrungen sind demnach eine häufige Erfahrung nach Traumatisierungen. Fischer und Riedesser (2003, 51) führen zahlreiche Belege an, die auch die dissoziativen Störungen inzwischen zum Traumaspektrum rechnen. Die „multiple Persönlichkeitsorganisation“ ist demnach die Extremvariante.

Gahleitner (2005a, 34f) beschreibt den Mechanismus der Dissoziation als Abwehr- und Copingstrategie, die das psychische Überleben sichert und der wesentliche Mediator zwischen den sexuellen Gewalterfahrungen und der späteren psychischen Verfassung ist. Mit der Zeit allerdings entwickelt sich dieser Mechanismus zu einem festen Persönlichkeitsbestandteil, der sich als zunehmend dysfunktional erweist und zahlreiche Symptomentwicklungen nach sich zieht. Dabei bleiben chaotische und

desorganisierte Bindungsmuster erhalten, die Binnen- und die Außenwahrnehmung wird verzerrt, der Umgang mit Affekten und Gefühlen ist gestört und die Abgrenzungsfähigkeiten sind defizitär. Im Jugendlichen- und Erwachsenenalter kommt es in Folge dessen zu Persönlichkeitsstörungen wie beispielsweise der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Als einen komplexen physiologischen Prozess beschreiben Resch, Parzer und Brunner (2004, 184) die Entwicklung, die durch ein psychisches Trauma ausgelöst wird und durch zunehmende Irritation und schließliche Aussichtslosigkeit in ein *dissoziatives Kontinuum* übergeht. In Folge dessen kommt es zur teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen und zur Beeinträchtigung bewusster Erinnerungen an die Vergangenheit, unmittelbarer Empfindungen, Wahrnehmungen des Selbst, der Umgebung sowie des Identitätsbewusstseins. Die Verfügbarkeit von Empfindungen, Sinneswahrnehmungen und Gedächtnisinhalten für die bewusste Selbstreflexion sind verändert. Dissoziation kann sich schließlich als Bewältigungsstil im Alltag manifestieren und eine erhöhte Dissoziationsbereitschaft erzeugen. Dieses Phänomen wird als *dissoziative Vulnerabilität* bezeichnet. Dissoziation „als protektiver Mechanismus für die Aufrechterhaltung der Integrität des Selbst unter traumatischen Umständen“ (ebd., 185) kann zu einem störenden Faktor in der Entwicklung des Selbst werden, wenn er sich als Routineantwort auf den Umgang mit der Welt verselbständigt. Er führt dann zu einer komplexen psychischen Symptomatik und sozialen Funktionseinschränkungen.

Der dritte zentrale Abwehrmechanismus, die **Verleugnung**, besteht darin, dass die eigenen Erfahrungen trotz vorhandener Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch und der Bestätigung der Auswirkungen durch andere Überlebende als unbedeutend abgetan werden oder der Missbrauch trotz überwältigender Indizien und faktischer Erinnerungen geleugnet wird. Damit wird die übermäßig schmerzhafteste Realität auf ein erträgliches Maß reduziert, das ein Weiterleben darin ermöglicht, ohne überlebenswichtige Bezüge zu riskieren. Dieser Mechanismus tritt häufiger bei Überlebenden auf, die zum Zeitpunkt des Missbrauchs schon größere Kinder waren (Kritsberg, 1993, 84).

Oft wirken diese drei zentralen Abwehrmechanismen zusammen. Gedächtnisverlust, Dissoziation und Verleugnung gewährleisten, dass das Trauma des sexuellen Missbrauchs sowohl seelisch als auch körperlich überlebt wird. Dadurch aber werden starke Gefühle während des Missbrauchs und in dessen Folge stark eingedämmt. Furcht, Scham, Entsetzen, Schmerz, Grauen, Verlust und Wut werden auch auf körperlicher Ebene gespeichert und erfahren ohne Hilfe von außen keinerlei Erleichterung.

Die Last dieser unverarbeiteten Gefühle ist, als hätte man eine offene, aber unsichtbare Wunde. Obwohl sie tief im Inneren verborgen ist, bedarf sie dringend der Heilung. Der Kraftaufwand, den es Sie kostet, um so starke Gefühle in Schach zu halten, hat zur Folge, daß Sie eine andere Art von körperlicher Überforderung durchmachen, die bewirkt, daß Sie „überleben, statt zu leben“ (ebd., 85)

4.2 Psychische Traumatisierung in Kindheit und Jugend und ihre Folgen

Häufig stellt ein Trauma jedoch nicht eine radikal neue Erfahrung dar, sondern vielmehr die Bestätigung einer Überzeugung, die eine Person zu vermeiden versuchte. Für viele Patienten liegt das Destruktivste an einem traumatischen Erlebnis eher in der Tatsache, daß eine lang befürchtete Überzeugung Bestätigung findet, als in der Konfrontation mit einer völlig neuen Erfahrung. (van der Kolk & McFarlane, 2000, 32)

4.2.1 Trauma und Bindung

Wie bereits beschrieben, wurde die vierte Bindungskategorie, die der desorganisierten Bindung (D-Bindung) erst in den 90er Jahren entdeckt. In diesem Zuge reanalysierten Forschergruppen Videobänder aus früheren Untersuchungen, um Bindungsdesorganisation nachträglich klassifizieren zu können. Zulauf-Logoz (ebd., 302) bezieht sich auf eine Metaanalyse von 80 Studien mit insgesamt 6000 Kindern, in denen der Anteil der desorganisiert gebundenen Kinder in risikoarmen Stichproben und in Populationen mit bestimmten Risikofaktoren untersucht wurde. Danach ergaben sich:

15-18% für normale Mittelschichtsstichproben

19-21% für Kinder von depressiven Eltern

23% für Kinder von jugendlichen Müttern

24-34% für Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Niveau

43% für Kinder von Müttern mit Alkohol- oder Drogenproblemen

48% für Kinder von misshandelnden Eltern

20% für körperlich beeinträchtigte Kinder

35 % für neurologisch auffällige Kinder (Autismus, Down-Syndrom).

Dieser Analyse zufolge haben traumatische Erlebnisse der Kinder selbst einen direkten Zusammenhang zu desorganisierter Bindung. Besonders deutlich wird dies bei Kindern, deren Eltern sie misshandeln und/oder im Fall von Alkohol- oder Drogenproblemen vernachlässigen. In einzelnen Studien wurden für Kinder von misshandelnden Eltern sogar über 80% an desorganisierten Bindungsmustern festgestellt. Das Auftreten desorganisierter Bindung bei Kindern depressiver Mütter unterscheidet sich dagegen nur gering von dem nichtdepressiver Mütter. In einer weiteren Studie wurde aber ein erhöhter Anteil bei Müttern mit einer bipolaren Störung gefunden. Insgesamt gibt es zum Einfluss depressiver Mütter auf das Bindungsverhalten ihrer Kinder eine widersprüchliche Befundlage.

Einen nur sehr schwachen Einfluss auf die Ausprägung einer desorganisierten Bindung sehen Forscher in Bezug auf die Feinfühligkeit der Mutter (ebd., 304). Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Seiffge-Krenke (siehe Abschnitt 1.3.2), wonach die eigene Bindungsrepräsentation der Bindungsperson entscheidender für das Kind als die Feinfühligkeit im Pflegeverhalten zu sein scheint (Zulauf-Logoz, 2004, 303).

Eine zentrale Rolle bei der Desorganisation des Bindungsverhaltens spielt die Furcht vor der Bindungsfigur. Das bestätigen fünf verschiedene Studien im Zeitraum zwischen 1988 und 1997, in denen insgesamt 323 Mutter-Kind-Dyaden untersucht wurden. Darin wurden insgesamt 74 misshandelte Kinder mit der Fremden Situation mit 22 Kontrollkindern verglichen. 74% der misshandelten Kinder zeigten eine desorganisierte Bindung, während dies bei den Kontrollkindern 17% betraf. Auch massive Streitigkeiten zwischen den Eltern werden als kindliche Bindungsmuster desorganisierend vermutet, da Kinder in solchen Situationen auch Gefühle wie Furcht im Kontakt mit ihrer Bindungsperson erleben. Insofern können auch nicht misshandelte Kinder desorganisiertem Bindungsverhalten unterliegen, wozu es aber weiterer Forschung bedarf (ebd., 308).

Gahleitner (2005, 53) weist darauf hin, dass frühe Misshandlung häufig zu einer Angstbindung führt, die auf mangelnder Bindungssicherheit basiert. In dem verzweifelten Bemühen, eine verlässliche Bindungsperson zu finden, entwickelt das Kind eine quantitativ starke, aber qualitativ schlechte Bindung an die misshandelnde Bezugsperson. Misshandelte Kinder können so engere Bindungsmuster aufweisen als nicht misshandelte, dennoch ist die Menge und Stärke des Bindungsverhaltens nicht mit psychischer Sicherheit gleichzusetzen.

Den Zusammenhang zwischen unzulänglicher Bindung und Misshandlung bestätigt auch Bentovim (1995, 48), der sich auf Studien von Egeland & Sroufe und von Crittenden¹⁴ bezieht, in denen mehrfach belegt wurde, „daß Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kindern dort, wo Mißbrauch auftritt, im höchstem Maße unsicher sind.“

Aus der Forschung im Kontext der psychischen Aufarbeitung der Vorgänge des Holocaust im Dritten Reich hat sich der Begriff der „Transgenerationalen Traumaweitergabe“ entwickelt (Fischer & Riedesser, 2003, 254ff).

Die Erkenntnisse der Bindungsforschung in Bezug auf den Zusammenhang von desorganisierter Bindung und Trauma werden von den Forschungen der Psychotraumatologie unterstützt. Demnach haben unaufgearbeitete Traumata und deren mittelbare Traumafolgen einen transgenerationalen Effekt auf die nachfolgende Generation (ebd., 168).

Rehberger (1999, 38) beschreibt die Tradition von negativem Fürsorgeverhalten mit Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch als „die Generationen überschreitende Tradition von Arbeitsmodellen der Bindung von Eltern auf die Kinder“, welche bei Müttern mit 80% und bei Vätern mit 65% nachgewiesen ist.

Der Einfluss unverarbeiteter Traumata von Müttern auf die Bindungsdesorganisation ihrer Kinder wurde in verschiedenen Studien deutlich belegt (Zulauf-Logoz, 2004, 303). Vermutlich sind die Verhaltensweisen desorganisierter Kinder auch imitierende Abbilder mütterlichen Verhaltens, wenn es sich um Mütter mit unverarbeiteten Traumata mit

¹⁴ Egeland, B. & Sroufe, A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child development*, 53, S. 44-52
Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In: K.Browne, C. Davies &

dissoziativen Störungen und damit verknüpften Verleugnungstendenzen handelt. Dann gerät das Kind in eine Double-Bind-Situation, die davon gekennzeichnet ist, dass Furcht erregendes und anderweitig abweichendes Verhalten der Mutter das Kind in seinem Wunsch nach Nähe in eine unauflösbare Stressreaktion führt, die das Kind nicht regulieren kann und die Mutter als Trostpersion nicht zur Verfügung steht, da sie in diesem Moment als Bedrohung für die psychische Integrität und Sicherheit des Kindes wirkt.

In der somatischen Medizin sind Fragen zur Anamnese von Krankheiten auch immer mit dem Verlauf der Schwangerschaft verknüpft. Es liegt nahe, dies auch für den Bereich der psychischen und psychosomatischen Störungen auf dem Hintergrund möglicher traumatischer Faktoren in der Mutter-Kind-Entwicklung zu bedenken.

Köckeritz (2004, 96f) bezieht sich auf die Erkenntnisse der Verhaltensteratologie¹⁵, die Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten auch durch pränatale Risikoeinwirkungen bei Kindern, deren Mütter Alkohol und Drogen während der Schwangerschaft konsumierten, mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagt.

Alberti (2005, 174) verweist auf die Erforschung pränataler Einflüsse, wonach eine tiefgreifende seelische Verstörung oder seelische Erkrankung die Folge einer pränatalen Bindungsstörung sein kann. Bei psychischen Erkrankungen wie Magersucht, Angsterkrankungen, Borderlinestörungen, schweren Depressionen, Selbstmordgefährdung, Drogen- und Alkoholsucht, chronisch dissozialem Verhalten oder Psychosen kann auch ein Trauma der pränatalen Lebenszeit eine Rolle spielen.

4.2.2 Traumatisierungen im sozialen Nahraum

Ich möchte folgend einige grundlegende, bei weitem nicht vollständige Auswirkungen von Traumatisierungen darlegen. Dabei beziehe ich mich ausschließlich auf sogenannte man-made-disasters, d.h. auf von Menschen verursachte Traumatisierungen. Im sozialen Nahraum handelt es sich speziell um dem Opfer nahe stehende Menschen, die

P. Stratten (Hrsg.), Early Prediction and Prevention of Child Abuse. Chichester: Wiley

¹⁵ Teratologie: Teilgebiet der Medizin, das sich mit den körperlichen und organischen Fehlbildungen während der Embryonalentwicklung im Mutterleib beschäftigt

sehr häufig gleichzeitig auch die frühesten Bindungs- und engsten Bezugspersonen darstellen.

Ich unterscheide hier explizit nicht zwischen Traumatisierungen durch physische oder psychische Gewalt. Wann, ob und in welcher Intensität ein Erlebnis traumatogen wirkt, hängt von komplexen Bedingungen ab wie dem Entwicklungsstand des Opfers, also der Reife des Systems der Abwehrmechanismen, der Beziehung des Opfers zum/zur Täter/in, den vorhandenen Resilienz- oder Vulnerabilitätsfaktoren, den protektiven oder destruktiven Faktoren in der Situation und im Umfeld und von der Dauer und Intensität der traumatischen Einwirkungen. Nicht jeder Mensch würde auf dieselbe traumatische Situation exakt gleich reagieren, aber das Ausmaß seelischer Erschütterung bei einer Traumatisierung ist dergestalt, dass sie „...bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, 157).

Grundsätzlich bedingt jedes Trauma eine schwere Erschütterung der Identität, und dies umso mehr, je näher das Opfer dem Täter oder der Täterin stand und diesen gegenüber absolut hilflos ausgesetzt war. Die „Gefahr der Mythenbildung“ einer traumaresistenten, unverwundbaren Persönlichkeit (Gahleitner, 2005a, 47) birgt das Risiko, die Verantwortung für die erlittenen Verletzungen und deren Folgen dem traumatisierten Individuum zuzuschieben, was sich als weitere Traumatisierung auf eine in ihrem Widerstandspotential schon geschwächte Persönlichkeit auswirken kann.

Ein sehr wichtiges Merkmal für die Intensität und Langfristigkeit der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit ist die Beziehungsnähe des Opfers zu der traumatisierenden Person.

Fischer & Riedesser (2003, 138) verwenden dazu den Begriff „Beziehungstrauma“ und beschreiben damit eine traumatische Situation, in der der Täter zugleich eine enge Beziehungsperson ist.

Die traumatisch bedingte Orientierungsstörung, die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ist in diesem Falle äußerst nachhaltig, da das Urvertrauen in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen generell erschüttert werden kann.

Besonders schwerwiegend wirken sich sehr langfristige, sogenannte kumulative Beziehungstraumata aus. In ihnen findet sich eine extreme Form von Double-bind-Situationen wieder, die das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der eigenen Kognitionen

untergraben kann und somit neben dem Beziehungstrauma gleichzeitig ein Orientierungstrauma entstehen lässt (ebd., 138).

Viele innerfamiliären Traumata dürften diese Konstellation aufweisen, da innerhalb dieser traumaorganisierten Systeme die engsten Bindungspersonen mit den Tätern oftmals identisch sind oder mit diesen emotional sehr verstrickt sind und damit dem Kind keinerlei Schutz bieten. Bentovim (1995, 48) beschreibt die Dramatik dieser Art von Trauma, indem er körperliche und seelische Misshandlungen als „extreme Anomalien elterlichen Erziehungsverhaltens“ bezeichnet.

Ich möchte an dieser Stelle den für das Beziehungstrauma äußerst relevanten Aspekt der Double-Bind-Situation besonders hervorheben, weil dieser in meinen Augen den entscheidenden Moment von Traumatisierungen im sozialen Nahraum deutlich macht. Unter „sozialem Nahraum“ verstehe ich dabei aus der Sicht eines Kindes oder Jugendlichen all jene Personen, die für das Kind oder den Jugendlichen durch familiäre oder institutionelle Strukturen in einer engen und idealerweise beschützenden und fördernden Weise verantwortlich sind. Es geht um die natürliche Erwartung des Individuums an die Handhabbarkeit einer Situation, auch wenn diese als nicht optimal empfunden wird und die das Grundvertrauen vernichtende, psychisch nicht zu integrierende, weil nicht aufzulösende Situation.

Fischer und Riedesser (2003, 140f) zeichnen den Beginn der Forschung zur Typologie traumatischer Situationen in ihren Anfängen in der experimentellen Tierpsychologie nach. Wegweisend waren dabei die Versuche von Pawlow in den fünfziger Jahren, in denen er Hunde auf zwei verschiedene optische Signale (Kreis und Ellipse) mit je unterschiedlichen Reaktionen (Futter und elektrischer Stromschlag) konditionierte. Nachdem sich die Hunde an diese Anordnung gewöhnt und gelernt hatten, mit welchem Signal sie welche Reaktion regelhaft verbinden können, wurden Ellipse und Kreis so lange angenähert, bis sie ununterscheidbar waren. Das löste in den Hunden sehr dramatische Reaktionen aus. Zwischen anfänglichem Wüten, Bellen, Rennen und Beißen wechselten sie in eine katatonoide Starre, in der die Hunde lange zusammengerollt in einer Ecke bleiben und unansprechbar waren.

Seligman und seine Mitarbeiter wurden 1975 durch ihre Versuche zu den Begründern der Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“. Sie trainierten Hunde, einem elektrischen Schlag zu entgehen, indem diese aus einem gefährlichen Bereich der Box in einen sicheren Bereich springen konnten. Nachdem die Versuchstiere diese Aufgabe erfolgreich bewältigten, zogen die Versuchsleiter eine Barriere in der Box ein, die die Hunde daran hinderte, dem elektrischen Schlag zu entkommen („inescapable shock“). Zwei Drittel der Hunde verfielen in verstärkte Passivität, Motivationsverlust und gedrückte Stimmungslage. Auch nach dem Ende der Schocksituation fanden die Tiere nicht zu ihrem normalen Verhalten zurück. Selbst als die Barriere wieder entfernt wurde, waren viele nicht mehr in der Lage, bei neuerlichem Stromschlag in den sicheren Bereich der Box zu fliehen. Trotz der Hilfe, die sie erhielten, z.T. wurden sie in den sicheren Teil hinübergezogen oder getragen, lernten einige Hunde nicht wieder, der Schocksituation auszuweichen (ebd., 141).

Fischer und Riedesser (ebd.) bemerken, dass beiden Versuchen gemeinsam war, dass die Grundvoraussetzung die Gewöhnung an eine zwar schwierige Situation (unangenehme Reaktionen auf ein bestimmtes Verhalten) war, aber sobald diese berechenbar und in zuverlässigem Rahmen auftrat, war diese Situation auch handhabbar (Antonovsky, 1997). Die Hunde erleben die Traumatisierung nicht aufgrund der elektrischen Schocks. Die Regel ersten Grades besagte, dass es unausweichliche negative Ereignisse (Stromschocks) gibt. Die Regel zweiten Grades, die Meta-Regel, besagte, dass diese Ereignisse vorhersehbar und geordnet stattfinden (Kreis oder Ellipse) bzw. ein Fluchtweg besteht (sicherer Bereich in der Box). Traumatisierend auf die Hunde wirkte, dass die Meta-Regel durch die experimentelle Manipulation außer Kraft gesetzt wurde. Die Traumatisierung in der Double-Bind-Kommunikation hat also soziale Genese, die dadurch besonders verstörend wirkt.

Die Tiere lernen, dass sie in einer Welt leben, in der man nichts lernen kann: so lässt sich die traumatogene Situationskonstellation bei Pawlow anthropomorph umschreiben...Die Meta-Botschaft, dass die vorausgegangene Lernanstrengung zwecklos war und die Welt keinerlei Vorhersagbarkeit bietet, erschüttert das Vertrauen in den sinnhaften Aufbau der Lebenswelt ... Gerade jener Fluchtweg, der sich zuvor bewährt hatte, wird zum Instrument der Gefangenschaft... Die traumatische Erschütterung unseres Selbst- und Weltverständnisses ist dann besonders schwer zu überwinden, wenn die Bedingungen für Schutz und Bedrohung aus denselben Quellen kommen, wie dies etwa bei Beziehungstraumen der Fall ist (Fischer & Riedesser, 2003,144).

Abgesehen von den ethischen Maßstäben, die für Tiere genauso gelten müssen wie für Menschen, wandten sich Ende der siebziger Jahre Forscher bei der Frage, welche Bedeutung einem unvermeidbaren Schock zugeschrieben (attributioniert) wird, Tier und Mensch gleichermaßen zu. Die Wende zur Attributionsforschung vollzog sich zeitgleich mit der „kognitiven Wende“ der Verhaltenstheorie.

Drei wesentliche Faktoren, die bei der Entstehung von erlernter Hilflosigkeit relevant sind, ergaben sich aus der Attributionsforschung bei traumatisierten oder sehr gestressten Menschen: je stärker die Schuldzuschreibung bei Misserfolg an die eigene Person war, auch wenn kein realer Verursachungszusammenhang bestand, je länger die zeitliche Ausdehnung der traumatischen Situation andauerte und je höher die Verallgemeinerung der traumatischen Situation war, desto mehr neigt ein Individuum zum Gefühl der Hilflosigkeit. Sehr bedeutsam für den Grad der Hilflosigkeit ist das Gefühl interner versus externer Kontrollmöglichkeit. Je stärker sich eine Person den Umweltverhältnissen ausgeliefert sieht, desto stärker ist ihr Gefühl der Hilflosigkeit. Nicht nur nach traumatischen Ereignissen ist die Stressbewältigung dadurch eingeschränkt, auch Deprivationserfahrungen (Verlust der Mutter z.B.) stellen für das Kind eine extreme Hilflosigkeitserfahrung dar (ebd., 141).

Meiner Meinung nach stellt der Beziehungsaspekt, und darin speziell die Double-Bind-Situation, das entscheidende Moment für die Zerstörung von Urvertrauen und internem Sicherheitsgefühl dar. Den entscheidenden Punkt, an dem sich ein negatives Erlebnis hin zu einem Trauma entwickelt, benennen Fischer und Riedesser (ebd., 145):

Der zentrale traumatische Faktor, der Punkt maximaler Interferenz: was uns „einfach nicht in den Kopf will“ besteht darin, dass gerade unser Bemühen um Erkenntnis und Bewältigung zum Vehikel der „Bestrafung“ bzw. Traumatisierung wird. Dies ist eine „philosophische“ Dimension der Traumabewältigung, zu der bemerkenswerterweise die Situationsanalyse von Tierexperimenten führt. Von den gequälten Tieren in den zahlreichen „inescapable shock“-Experimenten können wir für die Traumatheorie manches lernen, allerdings nur dann, wenn wir uns selbst in ihnen wieder erkennen, wenn wir ihre Situation als eine potenziell eigene auffassen.

In den psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien waren Balint und Ferenczi die ersten, die nicht nur das Ereignis wie einen Unfall, sondern die Objektbeziehung in den

Mittelpunkt des psychoanalytischen Verstehens gestellt haben. In dieser Tradition formuliert Bohleber (2004, 235) den wesentlichsten Aspekt der Traumatisierung im sozialen Nahraum:

Das am stärksten pathogene Element ist nicht das physische Geschehen selbst, sondern die Mißhandlung oder der Mißbrauch des Kindes durch die Person, die es eigentlich für Schutz und Fürsorge braucht.

4.2.3 Sexuelle Gewalt und Misshandlung in der Familie als extreme Form der Traumatisierung

Sexuelle Gewalt und Misshandlungen im sozialen Nahraum werden als schwerste Form der Traumatisierung eingeschätzt (Gahleitner, 2005a, 52). Zur Verdeutlichung der Tatsache, dass es sich bei sexueller Gewalt primär um einen gewalttätigen Übergriff und nur sekundär um ein sexuelles Geschehen handelt, verweist Gahleitner (2005b, 20) auf die auch meines Erachtens exaktere Formulierung „sexualisierte Gewalt“, was sich jedoch in der Fachliteratur bisher nicht durchgesetzt hat.

Im Kontext von Traumatisierungen durch sexuelle Gewalt existiert eine große Zahl von Veröffentlichungen, die sich mit den Auswirkungen dieser Gewalterfahrung beschäftigen (Gahleitner, 2005a, 19f). Danach beeinflusst ein frühes Trauma im Lebenszyklus die Entwicklung psychologischer und physiologischer Regulationsysteme und damit die gesamte Persönlichkeitsentwicklung. Die pathologische Umwelt erzwingt die Entwicklung außergewöhnlicher Fähigkeiten, die sowohl sehr kreativer als auch destruktiver Natur sein können und letztlich in ein komplexes Gefüge somatischer und psychischer Symptome münden kann. Kurz- oder langfristig kann das vielfache Folgeerscheinungen und Lebensprobleme nach sich ziehen. Dadurch dass die Fähigkeit, Ressourcen erfolgreich zu nutzen, geschwächt wird und sich gleichzeitig die Verwundbarkeit erhöht, scheitern Opfer (nicht nur) sexueller Gewalt häufiger an Entwicklungshürden und bleiben in kritischen Lebensmomenten krisenanfälliger. Durch den Verlust der lebenswichtigen sicheren Bindung wird die Identität einer gerade erst entstehenden Persönlichkeit zerrüttet. Gleichzeitig muss sich ein Kind, das in einer andauernden Traumatisierungssituation überleben muss, das Vertrauen in seine nicht

vertrauenswürdigen Bindungspersonen bewahren und deren emotionale Regulations-Defizite, die ihm seitens dieser Personen in Form von physischer und/oder psychischer Gewalt entgegenkommen, mit einem in sich selbst noch unreifen psychischem System ausgleichen (ebd., 19). Durch die frühe Abwehr entwicklungsrelevanter Informationen kommt es in jedem Fall zu Entwicklungsschäden und zu einer Fehlregulation oder einer im Extremfall zu einer Deaktivierung des Bindungssystems (ebd., 54f).

Folgende Auswirkungen der Traumatisierung durch sexuelle Gewalt beschreibt Gahleitner (ebd., 23ff): Erschütterung des Selbstkonzeptes, Vertrauensverlust, Scham- und Schuldgefühle, Verwirrung der Gefühle, Sprachlosigkeit und Sprachstörungen, Ängste, (Auto-)Aggressionen und Probleme mit Partnerschaft und Sexualität. Die Erwartungen der Betroffenen in Bezug auf die Welt, in zwischenmenschliche Interaktionen und das persönliche Integritätsgefühl werden durch die grundsätzliche Missachtung des eigenen Willens verzerrt. Eine oft über Jahre andauernde Verletzung der körperlichen Unversehrtheit nimmt sexuell missbrauchten Kindern ihr Recht auf Selbstbestimmung, Ohnmacht und Hilflosigkeit werden zur Realität dieser Kinder, die sich immer mehr als Objekt wahrnehmen und die Situation nicht verlassen können. Ein noch im Entstehen befindliches Wertesystem wird damit gravierend angegriffen und teilweise zerstört; Dysfunktionen und Symptombildungen wie (Auto-) Aggressionen, Depressionen und daraus resultierende Stigmatisierungen sind die Folge. Alle genannten Folgen sind meines Erachtens auch auf physische und psychische Misshandlungserfahrungen übertragbar, da es sich generell um Traumaschemata handelt.

Nach umfassenden Untersuchungen muss man davon ausgehen, dass in Deutschland ca. jedes 4. Mädchen und jeder 12. Junge von sexuellem Missbrauch betroffen ist (ebd., 18). In Kombination mit weiteren traumatischen Situationsfaktoren innerhalb pathologischer Familiensysteme ergibt sich eine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe mehrfach und schwer traumatisierter Kinder und Jugendlicher, die früher oder später mit den beschriebenen Problemen in ihrer weiteren Entwicklung konfrontiert werden. Wie groß der Anteil derer ist, die mit diesem traumatischen Erfahrungshintergrund in der Jugendhilfe auftauchen, dürfte schwer zu erfahren sein, da sexueller Missbrauch durch die immer noch existierende gesellschaftliche Tabuisierung und durch trauma-

immanente Abwehrmechanismen wie Verdrängung und Verleugnung wissenschaftliche Untersuchungen zu diesen Zahlen in ihrem Aussagewert beeinflusst. Es ist denkbar, dass eine im Vergleich zur Normalbevölkerung überdurchschnittliche Zahl von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe betreut wird, die auch sexuelle Traumatisierungen in ihrer Herkunftsfamilie oder deren Umfeld erlitten haben und keine schützenden und korrigierenden Bindungserfahrungen aufweisen.

Die Auswirkungen unkontrollierbarer Stressreaktionen in Folge traumatischer Gewalterfahrungen beschreibt der Neurobiologe Gerald Hüther (2004, 147f). Eine solche Situation stellt den Extremfall einer unkontrollierbaren Belastung dar, den ein Mensch erleben kann. Sie tritt besonders häufig bei Opfern sexueller Übergriffe, bei gewaltsam Vertriebenen und bei Opfern körperlicher oder seelischer Misshandlungen auf.

Als einzige Strategie der Wiedererlangung der Kontrolle bleibt dem Betroffenen nur die psychische Flucht, um die traumatische Erinnerung und die damit einhergehende unkontrollierbare Stressreaktionen wieder kontrollierbar zu machen. Dadurch kann der Destabilisierungsprozess gestoppt werden und all jene neuronalen Verschaltungen werden gefestigt und gebahnt, die zur „erfolgreichen“ (Anführungszeichen G. Hüther) Bewältigung der ausgelösten Ängste aktiviert werden. Dieser Prozess kann Monate oder Jahre dauern. Die Bahnungsprozesse bei psychischen Fluchten können so tiefgreifend und weitreichend sein, dass bei manchen Betroffenen die Erinnerung an das traumatische Erlebnis nicht mehr abrufbar ist. Dies geht zu Lasten der gesamten emotionalen Reaktionsfähigkeit, die sich in Form von bizarr anmutenden oder selbstgefährdenden Bewältigungsstrategien bis hin zur Zwanghaftigkeit äußern kann. Wird eine solche Bewältigungsstrategie von der Person subjektiv als erfolgreich angesehen im Sinne einer kontrollierbaren Stressreaktion, bahnen sich die dabei benutzten Abwehrstrategien hin zu individuellen Lösungen, die sich „deutlich von den ‚normalen‘ Bewältigungsstrategien nicht traumatisierter Menschen unterscheiden“ (ebd., 148). Oft geraten traumatisierte Menschen damit in ein soziales Abseits, indem sie als persönlichkeitsgestört oder antisozial attribuiert werden. Ein fataler *circulus vitiosus* schließt sich, aus dem die Betroffenen aus eigener Kraft nicht mehr herausfinden.

Traumatisierungen wirken sich auch auf der physiologischen Ebene aus. Braun und Helmeke (2004, 293) beschreiben endokrine Veränderungen bei prä- und postnatalen Traumata nach Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen sowie nach dem frühen Verlust der Eltern. Studien an Frauen, die ein frühkindliches Trauma erlebten, indizierten als Reaktion auf Stress eine vermehrte Cortico-Releasing-Hormon (CRH)-Ausschüttung im Gehirn und damit eine mögliche Depressions-Entstehung. Traumen in der Kindheit oder instabile emotionale frühkindliche Bindungen erzeugen ein neurochemisches Ungleichgewicht im limbischen System und Störungen des Stress-Systems und verändern damit langfristig die Wahrnehmung der Umwelt sowie die hormonellen und Verhaltens-Reaktionen auf künftige Stress-Situationen.

4.2.4 Der Einfluss von Bindung und Traumatisierung auf die adoleszente Entwicklung

Die sensible Entwicklungsphase der Adoleszenz ist eine Zeit von Identitätsunsicherheit, die besondere Risiken für die weitere Entwicklung birgt.

Resch, Parzer und Brunner (2004, 188) gehen davon aus, dass seelische Traumatisierungen „nachhaltige Effekte auf die Erlebnisformen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben und auf diese Weise Einfluß auf die Selbstentwicklung nehmen“. Sie beschreiben einen Zusammenhang zwischen „vulnerablem Selbst und Risikoverhaltensweisen“. Erfahrungen, die Jugendliche in dieser Zeit sammeln, können bei vulnerablen Individuen zur Verunsicherung führen. Dissoziative Mechanismen erhalten in der akuten Krisensituation die Funktionsfähigkeit der Handlungsorientierung und der kommunikativen Anteile der Person und dienen dem Schutz des Selbst, ohne dass die traumatisierende Problematik gelöst wird. Bei anhaltender Traumatisierung findet jedoch eine persistierende Depersonalisation statt, die für das Selbst destruktive Folgen in Form einer überdauernden Dissoziationsneigung hat. Ein dissoziativer Erlebnisstil führt zu Irritationen in Folge einer veränderten Erlebnis- und Erfahrungsweise. Die selbstregulatorischen Mechanismen (Fonagy & Target, 2004) unterliegen einem permanenten Kompensationsdruck, das Selbst befindet sich in einem „Teufelskreis zwischen Vulnerabilität einerseits und den Anforderungen einer zunehmend überfordernden

Umwelt andererseits“ (Resch, Parzer & Brunner, 2004, 185). Zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung von Selbstwert und Identität – wofür gerade die Adoleszenz eine extrem sensible Entwicklungsphase im Lebensverlauf darstellt – kann das Selbst schließlich dekompensieren und destruktive Risikoverhaltensweisen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickeln. Charakteristische Verhaltensmuster dieser Jugendlichen sind z.B. Drogenabusus, Aggression und Autoaggression. Infolge dessen steigt die Wahrscheinlichkeit weiterer Traumatisierungen. Ebenso kann sich eine psychopathologische Symptomatik wie Suizidalität oder Angstzustände entwickeln. Kurzfristig können Symptome also für die Selbstregulation sinnvoll sein, indem sie das Selbst schützen. Langfristige und intensive Symptombildung übt jedoch selbst wieder einen traumatisierenden Effekt auf das Subjekt aus (ebd., 189).

Gahleitner (2005a, 59) beschreibt die typischen Anforderungen an die adoleszente Persönlichkeitsentwicklung als eine „Hürde, wenn sie (die Jugendlichen, J.S.) nicht über stabile Bindungsrepräsentanzen und bereits verinnerlichte Strukturen, andererseits jedoch über ein gewisses Maß an Flexibilität verfügen“. Generell erleben die meisten Traumaopfer im Vorfeld aktiver Verarbeitung Überforderungssituationen, in denen sie mit Abwehr- und Vermeidungsverhalten reagieren.

In der Regel haben die im Betreuten Wohnen lebenden traumatisierten Jugendlichen auch schon in ihrer Kindheit unter den traumatogenen Umweltkonstellationen gelitten. Für ihre Persönlichkeitsentwicklung heißt das, dass sie als traumatisierte Kinder mit der Regulation der Initialfolgen und dem Versuch der Einordnung der traumatischen Erlebnisse beschäftigt waren und sich ihre Entwicklung nicht wie normalerweise durch den Zugewinn kognitiver und sozialer Fähigkeiten fortgesetzt hat, was sich in Entwicklungsverzögerungen und Störungen in den sozialen Beziehungen niederschlägt. Regressive Rückfälle, u.a. Einnässen, Einkoten, Schwierigkeiten in der Affektabstimmung, Konzentrationsschwierigkeiten, Lethargie, psychosomatische Beschwerden sind die Folge (ebd., 58).

Derart belastete Kinder scheitern selbst an kleineren Entwicklungsanforderungen. Dass diese Spirale von Belastung und Anforderungen eine Überforderung für ein Kind darstellt, liegt auf der Hand. Die Entwicklungsanforderungen der Adoleszenz müssen

auf diesem Hintergrund als zusätzliche, ohne fremde Hilfe kaum zu bewältigende Anforderung verstanden werden. Speziell für die Jugendzeit wird eine Phase der Kompensation durch Vermeidungs- oder ausagierendes Verhalten geschildert. Um die restlichen Bereiche des Lebens zu schützen, bleibt den Jugendlichen daher nur die Leugnung des Geschehens. Vermeidungsverhalten gehört zu den häufigsten Bewältigungsformen und wird subjektiv als hilfreich im Umgang mit dem Trauma empfunden. Langfristig führt es nachweislich jedoch zu einer Zunahme der Folgeerscheinungen (ebd. 37ff). Häufig kommt es in Folge weiterer unlösbarer Entwicklungsanforderungen und schädigender Einflüsse zu kumulativen Traumatisierungen (ebd., 60), die sich auf den gesamten weiteren Lebensverlauf bis ins Erwachsenenalter massiv auswirken.

Die allgemeinen Konsequenzen für den Verlauf der adoleszenten Entwicklung beschreibt Bohleber (2004, 234f) mit einigen basalen allgemeinen Faktoren. Die überwältigende Intensität der traumatischen Erregung führt zum einen zu dem bereits erwähnten hyperarousal des Organismus, zu emotionaler „Taubheit“, Vermeidungsstrategien und Konstriktionen der kognitiven und affektiven Fähigkeiten. Zum anderen wird im Zuge der Forschung zur posttraumatischen Belastungsstörung häufig das spezifische Charakteristikum eines Traumas vernachlässigt. Dieses ergibt sich aus der Beziehung zwischen einem Subjekt und seinem Gegenüber innerhalb des „geschlossenen Ganzen der Umweltkonstellation“.

Zulauf-Logoz (2004, 311) verweist auf inzwischen mehrfach replizierte Befunde, dass desorganisiert gebundene Kinder ein höheres Risiko für unangepasstes, aggressives Verhalten im Schulalter haben. Zusammenhänge zwischen desorganisiertem Bindungsverhalten und dissoziativen Symptomen im Jugendalter konnten in Längsschnittuntersuchungen nachgewiesen werden. Symptome wie Tagträumen, Ins-Leere-Starren, bizarres Verhalten, Unfallneigung und Selbstverletzungen kamen bei den früher als desorganisiert gebunden klassifizierten Jugendlichen häufiger vor.

Die desorganisierte Bindung ist diejenige „Form suboptimaler Bindungsqualität“ (ebd., 311), die einen Risikofaktor für die psychische Entwicklung darstellt.

Vermutlich führt eine grundlegende Störung in der Fähigkeit zur Emotionsregulierung, wie dies bei einer desorganisierten Bindung der Fall ist, zu einer spezifischen

Vulnerabilität für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen wie z.B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei der häufig gestörtes Essverhalten, suizidale Tendenzen und dissoziative Symptome ebenso zu finden sind wie eine hohe emotionale Erregbarkeit und Impulsivität sowie intensive, aber instabile Beziehungen. Desorganisiertes Bindungsverhalten, das mit Stress- und Angstreaktionen im frühen Kindesalter verbunden ist, geht zu einem späteren Zeitpunkt zu kontrollierendem Verhalten gegenüber der Bindungsfigur, aggressivem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und/oder dissoziativen Symptomen im Jugendalter über.

Beeinträchtigungen der Selbstregulation, insbesondere der Impulskontrolle und Affektsteuerung stehen in einer zentralen Beziehung zum Erleben von chronischer Misshandlung und Vernachlässigung. Traumatisierte Jugendliche, die eine dissoziative Vulnerabilität (Resch, Parzer und Brunner, 2004, 185) aufweisen, reagieren bei relativ unspezifischen Belastungen geringfügiger Art mit psychischer Dekompensation. Sie zeigen auch im Alltag amnestische Episoden, depressive Verstimmungen, Selbstentfremdungserlebnisse, eine erhöhte Somatisierung und eine Tendenz zur Selbstverletzung und zu Suchtmittelmissbrauch und allgemein destruktive und autodestruktive Verhaltensweisen.

Ängste, Aufmerksamkeitsstörungen, Alpträume, impulsives Verhalten, Reizbarkeit, depressive Stimmungen und sozialer Rückzug können weitere Symptome komplexer Störungsbilder sein. Essstörungen, Suchtverhalten, externalisierende Gewaltausbrüche, die Entwicklung von Borderline-Störungen, Dissozialen Persönlichkeitsstörungen und Narzisstische Persönlichkeitsstörung werden in Zusammenhang mit traumatisierenden Lebensumständen gebracht. Oft fallen traumatisierte Jugendliche durch hohe psychische Spannungszustände, emotionale Instabilität, Krisen mit aggressiven Durchbrüchen bis hin zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten auf.

Nicht alle Auffälligkeiten müssen ihre Genese in dem Erleben von Traumata haben und oft sind Verhaltensprobleme im Jugendalter eher unspezifisch, dennoch ist es unabdingbar, an ein Trauma als Ursache zu denken (Denner, 2008, 38).

5 Implikationen für die Praxis

Durch die Weiterdifferenzierung der Jugendhilfe unterscheidet sich die heutige Klientel in Bezug auf die Intensität der Belastungen als auch auf die Vorerfahrungen mit verschiedenen Hilfesystemen und Hilfeformen massiv von der vor 20 Jahren. Durch die Einführung niedrigschwelliger ambulanter Hilfeangebote ist in der stationären Jugendhilfe ein Verzögerungs- und Selektionseffekt eingetreten, der zur Folge hat, dass psychosozial hoch belastete Jugendliche oft erst nach einer Serie gescheiterter ambulanter Hilfen eine stationäre Unterbringung erhalten. Das mittlere Alter der in der stationären Jugendhilfe betreuten Jugendlichen stieg dadurch an (in dieser Untersuchung waren 72,5% der Jugendlichen bei Beginn der Hilfe 17 Jahre alt oder älter, siehe Kap. 2) und es entstand ein Selektionseffekt, der zu einer „Verdichtung von problematischen Erziehungs-, Betreuungs- und Therapieaufgaben“ führte (Fegert et al., 2008, 17).

Der Wandel vom klassischen Waisenhaus zur zeitweiligen Auffangstation für psychosozial und emotional höchst belastete Jugendliche aus extrem schwierigen Lebenssituationen und Familienverhältnissen hat sich in der Praxis längst vollzogen.

(Schmid, 2007, 18)

In Bezug auf diese Gruppe komplex beeinträchtigter und sozial benachteiligter und ausgegrenzter Jugendlicher und junger Erwachsener handelt es sich bisher um schwer erreichbare Klienten, die in Folge einer realen Behandlungslücke („treatment gap“) eine klassische Klientel Klinischer Sozialarbeit darstellen.

Diese Behandlungslücke bezieht sich einerseits auf eine doppelte Zuständigkeit zweier verschiedener Hilfesysteme, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe. Andererseits entsteht eine Behandlungslücke, wenn diese schwer erreichbaren Klienten von keinem dieser beiden Systeme erreicht werden konnten und mit dem Erreichen der Volljährigkeit in die juristische und ökonomische Unabhängigkeit entlassen werden, die keinerlei psychosoziale Vernetzung mehr beinhaltet. Unter diesem Aspekt ist die eben genannte Verzögerung der Vermittlung von stationären Jugendhilfemaßnahmen besonders kritisch zu sehen, da die Hilfezeiträume bis zum Erreichen der Volljährigkeit zu eng gefasst sind, als dass eine tragfähige Betreuungsbeziehung aufgebaut werden könnte. Der Effekt solcher kurzfristigen „Durchlauferhitzer“-Hilfen wird von den Fachkräften in der Praxis äußerst kritisch gesehen. Eine Nachhaltigkeit im Sinne echter „Verselb-

ständigkeit“ ist zumindest bei den besonders stark belasteten und benachteiligten jungen Erwachsenen immer weniger realistisch. Die Berichte ehemaliger betreuter Jugendlicher, die nach der Jugendhilfe nicht nur an der Förder- und Förderstruktur der Hartz IV-Gesetzgebung gescheitert sind, geben uns allen Grund zu der Annahme, dass auch die Jugendhilfe dringenden Reformbedarf hat.

5.1 Schnittfläche Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie haben zu einem beträchtlichen Teil dieselbe Klientel. Voraussetzung für die Gewährung von Jugendhilfe ist der erzieherische Bedarf, der in einem Aushandlungsprozess definiert wird. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie leistet vor allem Diagnostik und Therapie von Krankheiten mittels verhaltenstherapeutischer und medikamentöser Behandlung.

Waren es vor 10 Jahren noch etwa 10 bis 15% der jungen Menschen, die im Rahmen der Jugendhilfe betreut wurden, die auch Kontakt mit vor allem stationärer Jugendpsychiatrie hatten, so sind es aktuell über 30%. (Fegert & Schrapper, 2004, 17)

Nach der Entlassung aus der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung benötigten die Jugendlichen neben dem Jugendhilfeangebot jedoch auch eine weiterführende psychiatrische Behandlung. Wenn sich die Familie und das unmittelbare soziale Umfeld als krankmachendes Milieu herausstellen, ist eine stationäre Unterbringung in der Jugendhilfe unumgänglich, wobei die Hilfe zur Erziehung eher eine Eingliederungshilfe sein müsste, die auch eine Kombination von medizinisch-psychiatrischer Heilbehandlung und erzieherischem Wirken beinhaltet.

Also stehen wir vor dem Dilemma, dass diese jungen Menschen, die gerade noch 100% krank waren, nach der Entlassung 0% Krankenhilfe erhalten, aber 100% Erziehungshilfe... (Häfele, 2005, 57)

Mit der Einführung des § 35a im SGB VIII hat sich eine Brücke zwischen den beiden lange unabhängig voneinander in gegenseitigem Misstrauen gegenüberstehenden Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe gespannt. Damit ging erstmals die kinderpsychiatrische diagnostische Definitionsmacht über den medizi-

nischen Rahmen hinaus und die Hilfeplanung und Leistungserbringung wurde nun im Jugendhilfebereich entschieden (Geißler-Piltz, Mühlum, & Pauls, 2005, 76).

Mit dem gesetzlichen Anspruch auf Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche durch den § 35a SGB VIII und das Inkrafttreten der Regelung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wurde die Jugendhilfe auch zum Rehabilitationsträger.

Auch die regulären Jugendhilfeangebote beinhalten Ansätze therapeutischer Interventionen. Die gesetzliche Grundlage der Betreuung Jugendlicher in einem Jugendwohnprojekt stellt der § 34 SGB VIII dar. Hilfe zur Erziehung soll Jugendliche in einer betreuten Wohnform

„... durch eine Verbindung von Alltagsleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Entwicklungsstand... des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie... eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten. Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden“

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997, 68f.)

Über das 18. Lebensjahr hinaus schreibt der Gesetzgeber in § 41 (1) vor:

„Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu seiner eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden“
(ebd., 73f.).

Anspruch auf Hilfe nach § 27 SGB VIII (Hilfe zur Erziehung) besteht,

„...wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“
(ebd., 67).

Kinder in der stationären Jugendhilfe sind, schon durch die Definition der Indikation für eine Heimerziehung, während ihrer gesamten Entwicklung kumulativen psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt und bilden aus mehreren Gründen eine Hochrisikopopulation für die Entwicklung und die Chronifizierung einer psychischen Störung. In Anbetracht der jugendhilfepolitischen Relevanz dieses Themas und der alltäglichen Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie überrascht es, wie wenig empirisches Wissen über die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe vorliegt. (Schmid, 2007, 17)

15% der in meiner Studie untersuchten Fälle waren bereits vor der Aufnahme in das Betreute Jugendwohnen in stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Praxis der regulären Jugendhilfe hatte die Mehrheit der Jugendlichen vor der Aufnahme ins Betreute Jugendwohnen allerdings noch keinen Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie gehabt. 65% der Jugendlichen hatten vor dieser Hilfemaßnahme bereits andere Jugendhilfe-Maßnahmen in Anspruch genommen, davon 52,5% stationär. Das bedeutet jedoch nicht, dass bei einem Teil von ihnen nicht auch schwere psychosoziale Belastungen und psychische Störungen vorliegen.

Jaritz et al. (2005, 273) verweisen auf mehrere Studien, die zeigen, dass die Heimerziehung bei sehr starker Psychopathologie und psychosozialer Belastung der Jugendlichen weniger erfolgreich ist und es zu häufigen Betreuungswechseln kommt.

Ca. 68% der von mir untersuchten Fälle haben das betreute Jugendwohnen nicht planmäßig verlassen, wobei die Initiative für den Abbruch mit 26% am häufigsten von der Einrichtung ausging, gefolgt von den Jugendlichen mit 18% und dem Kostenträger mit 16% (siehe Teilergebnisse der Analyse im Anhang).

Neben der Gruppe der schwer belasteten Jugendlichen, die bereits vor der stationären Jugendhilfe Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, greift die Jugendhilfe bei einem bestimmten Teil ihrer Klientel wiederum auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück. Dabei geht es vor allem um Entlastung und Schutz aller Beteiligten in Krisensituationen sowie um Clearing und die Erstellung von Diagnosen, z.T. auch um

Kostenträger in der Hilfeplanung und –gewährung mit fachärztlicher Argumentationshilfe von dem Hilfebedarf scheinbar unmotivierter Jugendlicher zu überzeugen.

Angesichts der hohen Zahlen psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher in der regulären Jugendhilfe argumentiert Fegert (Vorwort in Schmid 2007, 8), dass „das Regelangebot sich darauf einstellen muss, mit der Mehrzahl dieser Kinder klarzukommen und ihnen gute Entwicklungschancen zu bieten“. So richtig und notwendig die Einführung des § 35a im SGB VIII 1991 auch war, so notwendig ist es, sich mit der „großen Zahl traumatisierter oder psychisch stark belasteter Kinder in den stationären Hilfen“ zu konfrontieren.

Wir brauchen nicht Spezialeinrichtungen für so genannte „35-a-Fälle“. Was soll für eine völlig heterogene Gruppe, die hier Bedingungen einer sozialrechtlichen Leistungsnorm erfüllt, spezielles errichtet werden?... Generell müssen... ‚normale‘ Jugendhilfeeinrichtungen z.B. durch zusätzliche Fachleistungsstunden o.ä. kompetenter im Umgang mit psychischen Problemen und auch der Medikamentengabe gemacht werden. (Fegert, 2001, 30)

Der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Vorerfahrungen und mit diagnostizierbaren psychischen Störungen sollte zu einer stärkeren Beachtung dieser Faktoren bei der Hilfeplanung, insbesondere bei der Planung stationärer Hilfen führen (Fegert, 2008, 19).

5.2 Ableitungen aus den Erkenntnissen der Bindungstheorie und der Psychotraumatologie

Die frühen Bindungserfahrungen der Jugendlichen sind das Fundament, auf dem die Fachkräfte der Jugendhilfe versuchen, eine konstruktive und von Vertrauen geprägte Betreuungsbeziehung aufzubauen. Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss auf die Einwirkungsmöglichkeiten professioneller Unterstützung. Aus bindungstheoretischer Sicht befinden sich Sozialpädagogen in permanent bindungsrelevanten Situationen. Diese gehören zum Alltag der Betreuung und ermöglichen weitaus mehr korrigierende Bindungserfahrungen als eine Psychotherapie oder ein begrenzter

Klinkaufenthalt. Der Beziehungsqualität in der pädagogischen Arbeit kommt daher größte Bedeutung zu.

Besonders in der Arbeit mit sozial benachteiligten und früh beeinträchtigten Menschen sind die sozialpädagogischen Fachkräfte gefordert, „als Antwort auf die beziehungs-enttäuschende Vergangenheit eine emotional tragende und ‚nachnährende‘ Beziehung zu ermöglichen“ (Gahleitner, 2007, 5). Beratung im Kontext der Jugendhilfe bedarf daher eines komplexen und theoretisch anspruchsvollen, verständnisgenerierenden theoretischen Rahmens. „Nur wenn das Sicherheitsbedürfnis gestillt ist, kann unbeeinträchtigte Exploration stattfinden“ (ebd., 4). Zentral für jede Form der erfolgreichen Heimerziehung ist, dass die Kinder und Jugendlichen in diesem Milieu alternative Beziehungserfahrungen machen. Die Fachkräfte in der Jugendhilfe sind gefordert, auf dem Hintergrund einer von Vertrauensbrüchen und psychischen Traumatisierungen geprägten Lebensgeschichte eine tragfähige Beziehung anzubieten, die neben Empathie, Wertschätzung und Authentizität an den jeweiligen Bindungsstatus des Jugendlichen anknüpft (ebd., 5). Dazu ist es unumgänglich, dass die professionellen Bezugspersonen ihre emotionalen Reaktionen auf die Jugendlichen regelmäßig reflektieren. Eine standardisierte Reflexion der Gegenübertragung für die Pädagogen sollte zur Psychohygiene und Vermeidung emotionalen Überengagements (Burnout-Gefahr und sekundäre Traumatisierungen) in den regelmäßigen Teambesprechungen und Supervisionen thematisiert werden (Schmid, Wiesinger, Keller & Fegert, 2009, 120ff).

Becker (2005, 121) plädiert dafür, dass Jugendliche sich aus ihren Bindungserfahrungen heraus an verschiedene Personen eines ihnen gegenüberstehenden Fachteams halten können. Dadurch können die Jugendlichen verschiedene widersprüchliche Teile ihrer Person besser aushalten. Die daraus resultierenden Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle und Reinszenierungen müssen bewusst einer Reflexion im pädagogischen Team unterliegen.

Dazu ist meines Erachtens nicht unbedingt eine multiprofessionelle Besetzung des Teams erforderlich, wenn klinische Kompetenzen der Praxis- und Selbstreflexion integraler Bestandteil sozialarbeiterischer Professionalität sind.

Brisch (2001, 15) verweist darauf, dass „die Kenntnis der verschiedenen Ausprägungen dieser Bindungsmuster und ihrer Entstehungsbedingungen für alle Heilberufe von größter Bedeutung ist.“ Jugendliche mit bindungsvermeidenden Störungen stellen eine hohe Herausforderung an die Fachkräfte dar, weil sie einerseits das störungsbedingte Distanzierungsbedürfnis des Jugendlichen berücksichtigen müssen und andererseits auf dessen abgewehrte Bindungsbedürfnisse als solche interpretieren und angemessen auf sie eingehen müssen. Dies erfordert auch einen breitgefächerten Katalog an individuellen personalen Kompetenzen. Eine vertiefte Selbstreflektiertheit und Selbstdifferenzierung in Bezug auf eigene Bindungsstile und problematische biographische Erfahrungen sind daher für die Arbeit mit bindungsgestörten und traumatisierten Jugendlichen unerlässlich.

Traumatisierungen haben Auswirkungen auf Wahrnehmungsprozesse, Empathie und Bindungsverhalten. Dabei zeigen sich in der charakteristischen Interaktion mit den professionellen Helfern die zentralen Probleme der Lebens- und Beziehungsgeschichte der Jugendlichen in einer störungsspezifischen Psychodynamik. Fachkräfte in der Jugendhilfe sollten daher mit psychodynamischen Begrifflichkeiten wie Übertragung und Gegenübertragung, Spiegelungsphänomen und Reinszenierungen vertraut sein (Denner, 2008, 29ff). Schmid et al. (2009, 123) beschreiben komplex traumatisierte Jugendliche, die sehr unterschiedliche Symptome entwickeln können. Abhängig von Lebensalter, langfristigen Traumafolgen, chronifizierter Dissoziationsneigung, Schwierigkeiten bei der Emotionsregulierung und gestörter Bindungsentwicklung ist ihre Selbstwahrnehmung häufig stark beeinträchtigt und das Entwicklungsalter weicht z.T. erheblich vom biologischen Alter ab.

Die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen erfordert eine spezifische Fachkompetenz, die ambulant niedergelassenen Psychotherapeuten oder Ärzte aufgrund innerhalb ihrer sehr spezifischen Settings nicht oder nur sehr begrenzt umsetzen können.

Ein kassenfinanzierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder auch ein Erwachsenen-Psychotherapeut, der bereit ist, Adoleszente zu behandeln, erlebt mit dieser Klientel, dass sie, wenn sie einen Termin haben, speziell wenn sie Jugendliche sind, entweder zum Termin nicht kommen oder, wenn sie kommen, den Mund nicht aufkriegen und meistens etwas Drittes unternehmen, womit sie den Rahmen attackieren. (Becker, 2005, 119)

Gahleitner (2007, 5) kritisiert zu Recht, dass Klienten, die sozial benachteiligt sind, trotz vieler früher Verletzungen und Bindungsdefizite keinen Zugang zu Hilfsmöglichkeiten auf der hochschwelligigen Ebene der Psychotherapie in ihrer derzeitigen Angebotsform haben und oftmals als „schwer erreichbar“ sich selbst überlassen bleiben. Becker (2005, 120) beanstandet die „Richtlinien-Psychotherapie, die für Kinder und Jugendliche ein hohes Maß an Wohlverhalten, eine angepasste Intelligenz und ein dazugehöriges Lernvermögen im Rahmen einer der oberen Mittelklasse entsprechenden Sprach- und Handlungsfähigkeit“ erfordert.

Hinzu kommen gerade bei Jugendlichen aus sogenannten bildungsfernen Schichten stark ausgeprägte Vorurteile und Ängste vor Stigmatisierungen anderer bezüglich psychischer Abweichungen. Eine der bedeutsamsten sozialen Funktionen des Stigmas ist eine besonders in der Adoleszenz wichtige Orientierungsfunktion innerhalb von sozialen Interaktionsgefügen, indem es anhand weniger Merkmale möglich ist, relativ präzise Vermutungen über den Interaktionspartner anzustellen. Damit werden Situationen im Voraus strukturiert und Unsicherheiten im eigenen Verhalten und dem des Gegenübers verringert. Dieser Prozess geht allerdings einher mit einer Selektion und Verzerrung, die alternative Erfahrungen behindert (Grausgruber, 2005, 24).

Daher ist das sehr häufige Hilfeziel, eine Therapiemotivation mit den Jugendlichen zu erarbeiten, in der Praxis fast immer nicht umsetzbar. Die meisten Jugendlichen lehnen aus starken Vorurteilen und Stigmatisierungsängsten heraus auch Therapeutische Wohngemeinschaften sowie kinder- und jugendpsychiatrische ambulante Diagnostik oder Behandlung vehement ab. Natürlich spielen auch entwicklungspsychologische, psychodynamische und traumakompensatorische Gründe eine Rolle, wenn sich Jugendliche der Auseinandersetzung mit sehr schmerzhaften Erfahrungen und Verlusten verweigern, denen die meisten Erwachsenen mit einem wesentlich ausgereifteren Unterstützungs- und Reflexionsrepertoire noch nicht einmal gewachsen wären.

5.3 Der „klinische“ Blick auf die Jugendhilfe oder „Was uns gerade noch fehlt“

In Anbetracht der „immensen Häufigkeit von Traumata in der Jugendhilfe“ stellt die Arbeit mit Jugendlichen mit Bindungsstörungen und traumatischen Erfahrungen eine besondere Herausforderung für die Jugendhilfe dar. Diese benötigt neue Ideen und Konzepte, um „auch besonders stark traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit besonders ausgeprägten psychischen Störungen oder drohender seelischer Behinderung gerechter werden zu können“ (Jaritz et al., 2008, 275).

Schwer traumatisierte und besonders stark psychosozial belastete Jugendliche haben einen spezifischen milieuthérapeutischen Bedarf und benötigen eine besondere Förderung in bestimmten Bereichen. Die in den letzten Jahren entstandenen Spezial- oder Intensivgruppen tragen diesem Bedarf Rechnung. Jedoch gibt es kaum Forschungsarbeiten zur milieuthérapeutischen Arbeit mit besonders belasteten Jugendlichen (Schmid et al., 2009, 119). Spezifische pädagogische Konzepte sollen dabei zwar konsequent, aber ohne die Jugendhilfe zu psychiatrisieren, auf die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sein. Jaritz et al. (2008, 275) vermuten, dass eine Konzeptentwicklung daher nur im Rahmen von Spezialgruppen erfolgen kann, wenn „nicht einfach die gleichen Breitband-Konzepte mit etwas mehr Personal“ verfolgt werden sollen. Spezialisierte Intensivgruppen können für einen Teil der Jugendlichen mit bestimmten Störungsbildern die passgenaue Hilfeform darstellen. Diese sogenannten „Breitband-Konzepte“ haben meiner Erfahrung nach allerdings einen entscheidenden Vorteil: sie entsprechen der Lebensrealität unserer Klienten!

Schmid et al. (2009, 120) sprechen von milieuthérapeutischen Ansätze in der Jugendhilfe, wenn sie Impulse für eine verbesserte Versorgungspraxis derjenigen Kinder und Jugendlichen fordern, die die stationäre Jugendhilfe besonders herausfordern und dort nicht selten scheitern. Aus der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Milieuthérapie lassen sich ihrer Meinung nach wenig Impulse für die stationäre Jugendhilfe ableiten.

Ein Defizit an Forschung zur Ausgestaltung von effektiven milieuthérapeutischen Settings im medizinischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist vermutlich auf die Heterogenität der Patientenkollektive zurückzuführen ist. Diese Heterogenität und eine damit verbundene vielfältige Komorbidität sind aber auch in der Jugendhilfe ein äußerst reales Faktum. In der Praxis bewegen sich die meisten Regelangebote zwangsläufig auf einer Gratwanderung zwischen Störungsspezifität und einer sehr lebensweltorientierten „Breitband“-Realität. Mit der Forderung nach Beziehungskontinuität ist die Spezialisierung auf störungsspezifische Settings kaum vereinbar. Milieuthérapeutische Settings können der Jugendhilfe aber als Anregung für innovative Impulse dienen.

5.3.1 Das therapeutische Milieu in der nichttherapeutischen Jugendhilfe

Es gibt wahrscheinlich kaum eine Einrichtung in der stationären Jugendhilfe, die ihre pädagogische Arbeit nicht über die Beziehungsarbeit definiert. Als zentral für jede Form der erfolgreichen Heimerziehung bezeichnen Schmid et al. (2009, 120), „dass die Kinder und Jugendlichen in diesem Milieu alternative Beziehungserfahrungen machen.“ Pauls (2004, 50) definiert die helfende soziale Beziehung als eine Bindungsbeziehung (attachment relationship). Diese schließt physiologische Regulationen ein und ist vermutlich - auch unter Umgehung bewusster psychischer Verarbeitungsmechanismen - in der Lage ist, sogar neuronale Strukturen bei Klienten zu verändern. Schore (2009, 29) bestätigt diese Annahme, indem er von der lebenslangen Plastizität neuronaler Hirnstrukturen auf der Basis emotionaler Erfahrungen spricht.

Heute wissen wir aber, dass diese Störungen viel früheren Ursprungs sind – so früh, dass die Patienten keine Möglichkeit hatten, diesbezüglich eine Reflexionsfähigkeit zu entwickeln. Für eine Redekur, wie Freud die Psychotherapie nannte, sind diese Patienten also kaum zugänglich. Durch die Bindungsforschung wissen wir nun aber, dass zwischenmenschliche Beziehungen die interne psychische Struktur eines Menschen verändern können. (ebd.)

Die Erkenntnisse über die Neuroplastizität werden das Verständnis psychosozialer Behandlungsprozesse revolutionieren - die Wirkungen nicht nur psychotherapeutischer,

sondern auch sozialpädagogischer Interventionen werden einer neuen Bewertung unterzogen werden müssen.

Aus bindungstheoretischer Sicht befinden sich die Fachkräfte in einer lebensweltorientierten Jugendhilfe an dem passgenauesten Punkt möglicher Interventionen. Becker (2005, 121) spricht von einem therapeutisch-pädagogischem Milieu als einem „sozialen Ort, der von außen so aussieht, dass er mit jeglicher Art von Alltag verwechselt werden könnte.“ Das besondere an diesem Ort ist die Setzung eines Rahmens für professionelle Arbeit, d.h. dass die Fachleute immer wieder „neben sich treten und anschauen, beobachten sowie forschend reflektieren können, was das denn ist, was da gerade passiert“ (ebd.). Dieses Reflektieren findet vorwiegend in Fallbesprechungen und Supervisionen statt. Ein wesentliches „Handwerkszeug“ dazu sind die personalen Kompetenzen von Sozialpädagogen. Genauso wesentlich sind die strukturellen Rahmenbedingungen der Hilfeausstattung durch den Kostenträger. Zeit- und Planungsverhalten muss entlang der Schwere der Störung berücksichtigt werden. Je „schwerer gestört“ ein Jugendlicher in seiner Entwicklung ist, desto mehr bedarf er „der Behandlung über den Rahmen als solchen und eines besonders behutsamen Zurverfügung-Stellens von lebendigen Personen“ (ebd., 122).

5.3.2 Traumapädagogische Ansätze in der Jugendhilfe

Denner (2008, 38) beschreibt, dass die Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendlicher von den professionellen Helfern aller Hilfesysteme als außerordentlich belastend erlebt wird. Oft fühlen die Betreuer sich an die Grenze ihres psychischen Leistungsvermögens gebracht, da das Verhalten der Kinder und Jugendlichen durch ihre hohe emotionale Instabilität und ihre hohen psychischen Spannungszustände sehr wechselhaft, schwer steuerbar und einschätzbar ist – für die Betroffenen selbst wie für ihre Umgebung. Sie fordern Hilfen ein und verweigern diese dann. Mit diesen Ambivalenzen stehen die Fachkräfte im Betreuungsalltag im direkten Kontakt mit den Jugendlichen. Wenn die Prozesse eskalieren, droht den Jugendlichen eine Beendigung oder ein Wechsel der Hilfen.

Die Psychotraumatologie als Wissenschaftsdisziplin in Deutschland zählt noch keine zwanzig Jahre. Es ist nachvollziehbar, dass die Transformation dieses Wissens in die Nachbarwissenschaften und Handlungsfelder heute noch in den Anfängen steckt. Die interdisziplinären Erkenntnisse der Neurophysiologie und der Psychotraumatologie ermöglichen ein Erklärungswissen, das den pädagogischen Konzepten zum Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen neue Lösungsansätze zur Prävention scheiternder Jugendhilfemaßnahmen bietet.

Als „Antwort auf die Erfolglosigkeit oder Nichtwirksamkeit bestimmter Konzepte in den letzten Jahren“ ist der Begriff der Traumapädagogik direkt aus der pädagogischen Praxis entstanden (Kühn, 2008, 318).

Eine traumapädagogische Betrachtung hilft den Blick auf solche „besonderen“ Kinder zu fokussieren, die anscheinend die Grenzen pädagogischer Möglichkeiten sprengen. Die Traumapädagogik bedient dabei aber keine pädagogische Nische, denn gelingt dieser „neue Blick“, kommt dies am Ende auch den anderen Kindern und pädagogischen Fachkräften zugute. Sie bezieht lediglich „unverstandene“ Kinder und Jugendliche bewusst in die fachlichen Überlegungen mit ein. In diesem Sinne engagiert sie sich für eine Wiedererlangung sozialer Teilhabe von jungen Menschen, deren Vertrauen in sich selbst und ihre Welt durch traumatische Erfahrungen nachhaltig zerstört wurde. (ebd., 321)

Kühn (ebd.) bezeichnet Traumapädagogik als Sammelbegriff für spezifisch auf traumatisierte Kinder und Jugendliche abgestimmte pädagogische Konzepte in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Drei beispielhafte Modelle sind:

- die „traumazentrierte Pädagogik“ nach Uttendörfer
- das „Konzept der Selbstermächtigung“ nach Weiß
- die „Pädagogik des Sicheren Ortes“ nach Kühn.

Kühn (2008, 323) verweist auf bisher fehlende Zahlen zur Häufigkeit traumatischer Vorgeschichten der in der Erziehungshilfe untergebrachten Kinder. Dadurch besteht nach wie vor die Möglichkeit anzunehmen, es handele sich bei diesen Kindern immer noch um eine Minderheit in den Einrichtungen.

Anhand „empirisch belegter Spätfolgen früherer Traumatisierungen“ nach Hüther (2002) resümiert Kühn, dass die Zahl traumatischer belasteter Kinder und Jugendlicher in den Hilfen zur Erziehung heute schon wesentlich höher sein müsste. Gemeint ist, dass es

inzwischen einen wesentlich besseren Blick für diese Kinder und Jugendlichen geben müsste. Die lange Zeit der von Peter Riedesser so benannten „professionellen Traumablindheit“ (Etzold, 2004) ist beendet und „...in der Pädagogik ... öffnen wir gerade erst die Augen und sind uns oft der Blindheit zum Thema ‚Trauma‘ erst in Ansätzen bewusst“ (Kühn, 2008, 321).

Weltweit findet die fachliche Diskussion zu diagnostischen Kriterien traumabezogener Diagnosen statt. Für 2011 ist eine neue Diagnose mit dem Titel „Development Trauma Disorder (DTD)“ (grob übersetzt: Trauma-Entwicklungsstörung) der American Psychiatric Association für das DSM-V in Vorbereitung (ebd.). Diese Entwicklung wird für Veränderungen Internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen ICD-10 sorgen. Man denke z.B. an die „Posttraumatische Belastungsstörung“ oder an die schon lange kritisch zu sehende „emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus“.

Traumapädagogische Konzepte richten sich gegen eine Tabuisierung zwischenmenschlicher und institutioneller Gewalt. Sie fordern eine mutige Auseinandersetzung der Fachkräfte mit sich selbst und dem System, das sie vertreten und fordern auf, mittels eines herzustellenden „äußeren sicheren Ortes“ einen „inneren sicheren Ort“ für Kinder und Jugendliche zu erschaffen, der ihnen mit ihren traumatischen Erfahrungen zerstört worden ist.

Die „Pädagogik des sicheren Ortes“ setzt dabei mehrgleisig verfahren voraus (Kühn, 2008, 323):

- die Gestaltung „sicherer Orte“ für die Betroffenen
- die Gestaltung „emotionaler Dialoge“ zwischen Kind und Pädagogen
- die Gestaltung „geschützter Handlungsräume“ für die Pädagogen.

Nach diesen drei Dimensionen bezeichnet Kühn die traumapädagogisch arbeitenden Fachkräfte als „Sicherheitsbeauftragte“, als „SprachforscherInnen“ und als „EntwicklungshelferInnen“ (ebd., 323ff):

Der „**äußere sichere Ort**“ als Voraussetzung zur Wiedererlangung eines „inneren sicheren Ortes“ bedeutet, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen erfahren müssen, die in ihnen langsam und behutsam Vertrauen in die Berechenbarkeit der Welt um sie herum entstehen lassen können.

Der „**emotional orientierte Dialog**“ setzt zuallererst ein neues Fühlen vor dem neuen Denken voraus. Kognitive Appelle an das kindliche Gewissen, unangepasstes Verhalten aufzugeben, verhallen nutzlos, wenn das Unaussprechliche dem Gedächtniszugriff versperrt ist und demzufolge auch nicht verbal kommuniziert werden kann. Bevor ein traumatisierter Jugendlicher seine individuelle Überlebensstrategie aufgeben kann, bedarf es daher einer „emotionalen Berührung“, einer behutsamen pädagogischen Begleitung, um eigene Emotionen überhaupt wieder differenzieren zu lernen. Eine neue gemeinsame Sprache und eine veränderte zwischenmenschliche Kommunikation ermöglichen dem Jugendlichen einen Zugang zu seinen Ressourcen und zu seinen Mitmenschen.

Der „**geschützte Handlungsraum**“ betrifft das sichere Gestalten des pädagogischen Feldes für alle Beteiligten. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen birgt ein hohes Risiko, durch Überlastung, Überforderung oder Burn-out handlungsunfähig zu werden oder gar retraumatisierend zu wirken. Ein geschützter Entwicklungsspielraum setzt einen geschützten Handlungsraum der Pädagogen voraus. Diese Entwicklungsmöglichkeiten muss nicht nur das Betreuungspersonal leisten, sondern auch die Leitungskräfte stehen damit in einer besonderen fachlichen Verantwortung.

5.4 Implikationen für die Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit mit ihren Methoden und Handlungskompetenzen ist mit ihrem zentralen Konzept des Person-in-Environment und ihrem Ziel der psychosozialen Belastungs-, Krisen- und Krankheitsbewältigung für besonders schwer belastete Personengruppen eine wissenschaftlich fundierte und gleichzeitig handlungsbezogene

Sozialwissenschaft. Mit ihrem doppelten Fokus auf die Hilfe suchende Person sowie auf deren soziale Lebenswelt steht sie an dem neuralgischen Punkt der Verknüpfung sozial- und humanwissenschaftlicher Grundlagen und Forschung mit den Praxisanforderungen der Sozialarbeit.

Bezogen auf die stationäre Jugendhilfe sind die Adressaten Klinischer Sozialarbeit die besonderes schwer belasteten Kinder und Jugendlichen. Da in kaum einem anderen Bereich, abgesehen von einigen stationären psychiatrischen Settings, eine vergleichbar große Zahl traumatisierter Menschen betreut wird wie in der stationären Jugendhilfe (Schmid & Fegert, 2008, 257), ergibt sich hier für die Klinische Sozialarbeit ein sehr großes Handlungsfeld.

Die Traumapädagogik in ihren Ansätzen auf der Grundlage der Entwicklungspsychopathologie scheint mir der mit meinem heutigem Kenntnisstand wissenschaftlich fundierteste und am sinnvollsten in die Praxis umzusetzende Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu sein. Die Klinische Sozialarbeit sehe ich dabei als eine Art „Geburtshelferin“ für die Implementierung der Erkenntnisse der Bindungsforschung und Psychotraumatologie und deren Umsetzung in pädagogische Konzepte in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Ich möchte an dieser Stelle einige Stichpunkte skizzieren, die angesichts einer sich weiter verschärfenden Kostenpolitik für die Praxis von um so größerer Bedeutung sind, je mehr gerade die besonders belasteten Jugendlichen dem Risiko der lebenslangen sozialen Ausgrenzung ausgesetzt werden.

Generell bedarf es in der Jugendhilfe einer psychosozialen Diagnostik, die auch entwicklungspsychopathologische, bindungstheoretische und psychotraumatologische Aspekte beinhalten muss, ohne diese Jugendlichen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter zu delegieren und retraumatisierende Bindungsabbrüche zu provozieren (Fegert, Besier & Goldbeck, 2008). Dabei zählt die Kenntnis der pathologischen Traumaverarbeitung zur „Expertise Klinischer Sozialarbeit“ (Geißler-Piltz et al., 2005, 61).

Besonderes Augenmerk sollten sozialpädagogische Fachkräfte auf die Kumulation von Problemlagen legen, um die Komplexität der Probleme hoch belasteter Jugendlicher und junger Erwachsener schon im Vorfeld einer Aufnahme in das Betreute Jugendwohnen realistisch einschätzen zu können und daraus folgend adäquate Behandlungskonzepte entwickeln zu können. Aus traumapädagogisch fundierten Behandlungskonzepten leiten sich notwendigerweise strukturelle Bedingungen ab. Das bedeutet, dass die Kostenträger der Problematik der Kinder und Jugendlichen Rechnung tragen müssen. Jede gescheiterte Hilfe führt abgesehen von der Verschärfung der psychosozialen Problematik des Jugendlichen zu höheren Kosten.

Mit ihrer klinisch-sozialarbeiterischen Mehrebenendiagnostik beachtet Klinische Sozialarbeit explizit die Schnittstelle zwischen Defiziten, Belastungen, Vulnerabilität und Ressourcen, Kompetenzen und förderlichen Umweltbedingungen auf dem Hintergrund biologischer, psychischer und sozialer Entwicklungsereignisse in der Verschränkung der Faktoren der Person mit denen der Umgebung (Pauls, 2004., 213). Diese Koordinaten finden praktische Anwendung in der Inzidenzformel psychosozialer Störungen (ebd., 214) bzw. in den Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik (ebd., 216).

„Die Formulierung einer handlungsrelevanten psycho-sozialen Diagnose besteht in der knappen Benennung von Defiziten, Traumatisierungen, Verlusten, Konflikten, psycho- und somatischen Aspekten, dem Ausmaß belastender Lebensereignisse, Ressourcen, dem Ausmaß der psychischen bzw. psycho-sozialen Funktionsfähigkeit...“ (ebd., 237).

Die „Koordinaten psycho-sozialer Intervention“ ermöglichen eine mehrdimensionale Problem- und Bedingungsanalyse, die über die Beantwortung der Frage „Was ist der Fall?“ hinaus eine psychosoziale Diagnose in Form einer Interventionsplanung ermöglicht.

In der direkten Arbeit mit den Klienten lassen sich mit Hilfe der Methoden der psychosozialen Diagnostik und Behandlung (psycho-soziale Mehrebenendiagnostik, Koordinaten psycho-sozialer Behandlung, Contracting, Zielerreichungsanalyse) strukturierte individuelle (Be-)Handlungskonzepte erstellen (Pauls 2005, 197- 264). Neben der Bewältigung sehr alltagspraktischer Anforderungen könnten so z.B. traumapädagogische Ansätze in die Lebensrealität der Jugendlichen effektiver eingebettet werden.

Daraus resultierend sind konzeptionelle Erweiterungen von pauschalen Settings im betreuten Jugendwohnen zu überlegen. Ein Betreutes Einzelwohnen für einen Jugendlichen, der für die tägliche Reflexion von Gefühlen eine „emotional validierende Umgebung“ (Schmid, 2008, 292) benötigt, ist mit zwei Einzelterminen pro Woche mit seinem Bezugsbetreuer ganz sicher unterversorgt.

Die Beziehungskontinuität in der Betreuung steht angesichts der vielen Diskontinuitäten und Unsicherheiten, die diese Jugendlichen in ihrem Leben bereits erfahren haben, an herausragender Stelle. Das bedeutet aber auch, „dass immer Maßnahmen mit einer ausreichend hohen Intensität eingeleitet werden sollten, welche eine gewisse Sicherheitsreserve beinhalten“ (ebd., 295). Beim Scheitern von Hilfen verschärft sich einerseits die Bindungsproblematik des Jugendlichen und es kann zu Retraumatisierungen kommen, andererseits führen solche Eskalationen zu Überforderungen der Betreuungspersonen und des Teams. Hier sind neben Kostendiskussionen auch Konzeptinnovationen innerhalb der Einrichtungen notwendig. Wie kann ein Jugendhilfeangebot aussehen, das den ambivalenten Bindungsmustern und potentiellen Krisensituationen traumatisierter Jugendlicher gerecht wird? Welche personalen Kompetenzen, welche personalen Reserven stehen im Hintergrund zur Verfügung? Auf welche „sicheren inneren und äußeren Orte“ können die Betreuer zurückgreifen, wenn sie mit hochtraumatisierten Jugendlichen in einen „emotionalen orientierten Dialog“ (Kühn, 2008, 323) gehen?

Die Fachkräfte der regulären Jugendhilfe stehen meines Erachtens in dem, was sie leisten, bisher zu 100% in der Pflicht, weil ihre Klienten durch ihre Existenz sie schlichtweg dazu zwingen. In dem, was sie zur Umsetzung absolut notwendiger Hilfen benötigen, sind sie aber oft genauso unterversorgt wie ihre Klienten. Die Traumapädagogik macht auf diesen Missstand in der Systemebene aus fachlicher Sicht deutlich aufmerksam.

Aufgrund der hohen Prävalenz von psychischen Störungen in der Jugendhilfe ist es unabdingbar, Mitarbeiter im Rahmen einer Eingangsdiagnostik oder Evaluation auf das

Vorliegen von psychischen Störungen zu sensibilisieren und effektive standardisierte kinder- und jugendpsychiatrische Screeningmethoden einzuführen.

Klinisch orientierte Sozialarbeit beinhaltet auch psychoedukative Behandlungsansätze – in der Arbeit mit traumatisierten Menschen ein unumgänglicher Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns. Dazu bedarf es einer zielgerichteten Fortbildungsstrategie der Einrichtungen, aber auch der pädagogischen Fachkräfte der Jugendämter. Speziell zu den Themen Bindungstheorie und Psychotraumatologie und den daraus resultierenden traumapädagogischen Behandlungsansätzen sehe ich einen enorm großen Entwicklungsspielraum in der sozialpädagogischen Aus- und Fortbildung.

Neben einer eigenständigen Beratungs- und Behandlungskompetenz besteht eine wesentliche Aufgabe und Kompetenz Klinischer Sozialarbeit in der Initiierung und Vernetzung von auf die Klienten abgestimmten interdisziplinären Hilfen, vor allem der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Gesundheitswesen sowie schulischen und beruflichen Integrationsbemühungen. Langfristig geht es darum, „... die körperliche, geistige und psychoemotionale Gesundheit ab dem frühesten Kindesalter durch präventive, kurative, therapeutische und pädagogische sowie beratende Maßnahmen zu sichern“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, 76). Diese Aufgabe erfordert eine spezifische klinische Fachkompetenz der Berufsgruppe, die im Vergleich zu Therapeuten, Ärzten und Psychologen die umfassendere und intensivere Einsicht in die Bedingungsfaktoren psychosozialer Entwicklung sozial benachteiligter junger Menschen hat.

Und schließlich besteht eine wesentliche Kompetenz Klinischer Sozialarbeit in der Entwicklung und Anwendung von Forschungs- und Evaluationsmethoden. Hier eröffnet sich ein weites Feld für Studierende und Praktiker der Klinischen Sozialarbeit. Speziell zur Bindungs- und Traumaforschung erleben wir in den nächsten Jahren sicher einen rasanten Aufschwung. Ich bin sehr davon überzeugt, dass diese Erkenntnisse die Soziale Arbeit in allen Handlungsfeldern stark beeinflussen werden. Speziell für die Jugendhilfe sehe ich einen enormen Handlungsbedarf angesichts der Vielzahl kostenintensiver scheiternder Hilfen.

Inzwischen gibt es hinreichende wissenschaftliche Erkenntnisse und z.B. in Form traumapädagogischer Ansätze auch erfolgversprechende Umsetzungen in der pädagogischen Praxis, die den Bedürfnissen psychosozial schwer belasteter Kinder und Jugendlicher gerecht werden können.

Die Klinische Sozialarbeit im Kontext der Jugendhilfe sehe ich dabei als Anwältin dieser jungen Menschen, die bisher nur geringe Chancen auf eine gleichberechtigte Partizipation am gesellschaftlichen Leben haben. Ihnen zu ihrem Recht auf Teilhabe und einem selbstverantwortlichen Leben zu verhelfen, verstehe ich sowohl als Aufgabe Sozialer Arbeit, als auch als ethische Verpflichtung einer ganzen Gesellschaft.

Literaturverzeichnis

- Ader, S. (2004). „Besonders schwierige Kinder“: Unverstanden und instrumentalisiert. In J.M. Fegert, Chr. Schraper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa, 437-447
- Ahnert, L. (2004). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Alberti, B. (2005). *Die Seele fühlt von Anfang an. Wie pränatale Erfahrungen unsere Beziehungsfähigkeit prägen*. München: Kösel
- Antonowsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *KATA-TWG. Abschlussbericht der Katamnese studie therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. Berlin: allgemeine jugendberatung
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A.D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (Vol. 170)*. Stuttgart: Kohlhammer
- Becker, St. (2005). Pädagogisch-therapeutische Milieus – psychoanalytische Sozialarbeit und Reformpädagogik in Konvergenz. *psychosozial*, 101, 119-128
- Bentovim, A. (1995). *Traumaorganisierte Systeme. Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Mißbrauch in Familien*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Bohleber, W. (2004). Adoleszenz, Identität, Trauma. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 229 – 242
- Bortz, J., Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Reinhardt
- Brisch, K. H. (2001). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bundesgesundheitsblatt (RKI) (2007). *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Bd. 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer Medizin

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997). *Kinder- und Jugendhilfegesetz. Achtes Buch Sozialgesetzbuch*. Bonn
- Denner, S. (2008). Zur Bedeutung von Neurobiologie, Psychodynamik sowie Medikation für sozialpädagogisches Fallverstehen und adäquate Hilfeprozesse. In S. Denner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (1996). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer
- Erikson, E.H. (1970). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Essau, C.A., Conradt, J., Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 37-45
- Etzold, S. (2004, 19.05.). Der Seelenorganisator. *Die Zeit*, 32
- Fegert, J.M. (2001). Ein schwieriges Verhältnis – Problemfelder in der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe. In Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.), *Schwierigkeiten und Chancen im Verhältnis von Psychiatrie und Jugendhilfe*. Berlin: AGJ
- Fegert, J.M., Schmid, M. (2008). Editorial. *Trauma & Gewalt*, 2. Jg., Heft 4, 257-259
- Fegert, J.M., Schrapper, Chr. (Hrsg.) (2004). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa
- Fegert, J.M., Besier, T., Goldbeck, L. (2008). Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe. *HEZ*, 3/2008, 13-21
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Fonagy, P. (2005). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In P. Fonagy, Target, M. (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial, 49-70

- Fonagy, P., Target, M. (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 105-135
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt
- Gahleitner, S. B. (2005b). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial
- Gahleitner, S.B. (2007). Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 3. Jg., Heft 4, 4-5
- Gahleitner, S.B., Schulze, H. & Pauls, H. (i.Dr.). 'hard to reach' – 'how to reach'? *Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit*, Tagung "Soziale Diagnostik" am 08.05.2008 in St. Pölten, Österreich
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München, Basel: Reinhardt
- Gerull, S.(2007). Armut in Deutschland. Aktuelle Trends und Herausforderungen für die Soziale Arbeit. *alice. Magazin der Alice Salomon Hochschule Berlin*, 14/2007, 31-33
- Grausgruber, A. (2005). Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Rössler (Hrsg.). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 19-38
- Häfele, G. (2005). Psychisch beeinträchtigte Jugendliche, ihre besonderen Problemstellungen, ihre besonderen Entwicklungsaufgaben. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Berlin: allgemeine jugendberatung
- Hardt, J. (2004). *Psychische Langzeitfolgen manifester Kindheitsbelastungen. Die Rolle von Eltern-Kind-Beziehungen*. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Herrmann, T. (2004). Jugendhilferelevante Ergebnisse. In M. Mascenaere, E. Knab (Hrsg.), *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 50-60
- Holmes, J. (2008). Geleitwort. In J. Bowlby. *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München, Basel: Ernst Reinhardt, VII-XIV
- Hüther, G. (2002). *Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung*. Verfügbar unter www.win-future.de

- Hüther, G. (2004). Destruktives Verhalten als gebahnte Bewältigungsstrategie zur Überwindung emotionaler Verunsicherung: ein entwicklungsneurobiologisches Modell. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 136-152
- Jaritz, C., Wiesinger, D., Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2. Jg., Heft 4, 266-277
- Klein, J., Erlacher, M., Mascenaere, M. (2003). *Die Kinderdorf-Effekte-Studie*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe
- Köckeritz, Ch. (2004). *Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Eine Einführung in Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern*. Weinheim und München: Juventa
- Köttgen, Ch. (2007). *Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie*. Frankfurt a. M.: IGfH-Eigenverlag
- Kühn, A.D. (1998). Erzieherische Hilfen im Betreuten Jugendwohnen. In D. Baur, M. Finkel, M. Hamberger & A.D. Kühn, *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (Vol. 170)*. Stuttgart: Kohlhammer
- Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? *Trauma & Gewalt*, 2. Jg., Heft 4, 318-327
- Kurth, W. (2001). „Im Teufelskreis der Selbstbezogenheit“ – Ein Kongress über Kinder mit Entwicklungsstörungen. In W. Kurth, Rheinheimer, M. (Hrsg.), *Gruppenfantasien und Gewalt*. Heidelberg: Mattes, 211-214
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim und München: Juventa
- Piaget, J. (1976). *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta
- PISA-Konsortium Deutschland (2004) (Hrsg.). *PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rehberger, R. (1999). *Verlassenheitspanik und Trennungsangst. Bindungstheorie und psychoanalytische Praxis bei Angstneurosen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

- Reinke, E. (2005). Reflexive Kompetenz. In P. Fonagy, Target, M. (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial, 7-28
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Resch, F., Parzer, P. & Brunner, R. (2004). Selbstregulation und Destruktivität. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 176-190
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa
- Schmid, M., Wiesinger, D., Keller, F. & Fegert, J.M. (2009). Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzeptes in einer stationären Wohngruppe. *Trauma & Gewalt*, 3. Jg., Heft 2, 118-135
- Schore, A. (2009). „Traumatische Beziehungserfahrungen brennen sich direkt in das kindliche Gehirn ein“. Interview. *Psychologie heute*, 36. Jg., Heft 10, 26-29
- Schuster, E. (2004): SPFH – Interventionschancen bei Multiproblemfamilien. Uni Siegen, verfügbar unter: http://www.uni-siegen.de/fb2/mitarbeiter/wolf/files/download/forschung/spfh_forschung/vortrag_schuster.pdf
- Schwartz, R.C. (1997). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. München: Pfeiffer
- Seiffge-Krenke, I. (2004). Adoleszenzentwicklung und Bindung. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 156-175
- Seipel, Ch., Rieker, P. (2003). *Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung*. Weinheim und München: Juventa
- Seligman, M.E.P. (1999): *Erlernte Hilflosigkeit*. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2006). *15. Shell-Jugendstudie. Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag

- Streeck-Fischer, A. (2005). Zur Behandlung multipler und komplexer Entwicklungsstörungen. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Berlin: allgemeine jugendberatung
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann, 27-45
- Wilkinson, R. (2001). *Kranke Gesellschaften*. Wien, New York: Springer
- Zulauf-Logo, M. (2004). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In L. Ahnert (Hrsg.). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München/Basel: Ernst Reinhardt, 297-312
- Zurhorst, G. (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit*, 1. Jg., Heft 1, 4-5
- Ziegenhain, U. (2008). Frühe Bindungserfahrungen und Trauma. *Trauma & Gewalt*, 2, 136-147

Allgemeine Angaben zur Person	
<i>Informationsquelle: alle Berichte</i>	
Fall-Nr.:	_____
Einrichtung	Beginn: _____ Ende: _____
Tabelle 1: Geschlecht des Jugendlichen	
1. männlich	<input type="radio"/> ₁
2. weiblich	<input type="radio"/> ₂
3. Geburtsdatum:	_____
4. Migration (Land _____) ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₀	
<small>(Bitte nur ausfüllen, wenn Deckblatt nicht vorhanden.)</small>	
Tabelle 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)	
1. mit beiden leiblichen Eltern, verheiratet	<input type="radio"/> ₁
2. mit beiden leiblichen Eltern, in Lebensgemeinschaft	<input type="radio"/> ₂
3. allein erziehende leibliche Mutter / Vater	<input type="radio"/> ₃
4. Stieffamilie	<input type="radio"/> ₄
5. Großeltern	<input type="radio"/> ₅
6. Pflegefamilie	<input type="radio"/> ₆
7. Adoptivfamilie (ohne leibl. Eltern)	<input type="radio"/> ₇
8. andere Verwandte	<input type="radio"/> ₈
9. eigene Wohnung	<input type="radio"/> ₉
10. Mutter-Vater-Kind-Einrichtung (§19)	<input type="radio"/> ₁₀
11. andere Jugendhilfeeinrichtungen	<input type="radio"/> ₁₁
12. Krankenhaus	<input type="radio"/> ₁₂
13. Psychiatrie (stationär)	<input type="radio"/> ₁₃
14. Haft	<input type="radio"/> ₁₄
15. Flüchtlingshilfe / Asyl	<input type="radio"/> ₁₅
16. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	<input type="radio"/> ₁₆
17. Lebensmittelpunkt Straße (Treibegang)	<input type="radio"/> ₁₇
18. Inobhutnahmestelle (§42)	<input type="radio"/> ₁₈
19. Freund / Freundin / Bekannte	<input type="radio"/> ₁₉
20. unbekannt	<input type="radio"/> ₂₀
21. andere Unterkünfte	<input type="radio"/> ₂₁
Tabelle 3: Zuletzt besuchte Schule	
1. Grundschule	<input type="radio"/> ₁
2. Hauptschule	<input type="radio"/> ₂
3. Realschule	<input type="radio"/> ₃
4. Gymnasium	<input type="radio"/> ₄
5. Gesamtschule	<input type="radio"/> ₅
6. Projektschulen	<input type="radio"/> ₆
7. Förder- und Sonderschulen (bei Lernbehinderung)	<input type="radio"/> ₇
8. andere Schulform (z.B. Oberstufenzentrum)	<input type="radio"/> ₈
9. höchster Schulabschluss: _____	<input type="radio"/> ₉

Tabelle 4: Berufsbildungsmaßnahmen	
1. Ausbildung auf dem freien Markt	<input type="radio"/> ₁
2. Ausbildung in beschützter Werkstätte / im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahmen / und Ähnliches	<input type="radio"/> ₂
3. Ausbildung in einem heiminternen Betrieb	<input type="radio"/> ₃
4. Förderlehrgang	<input type="radio"/> ₄
5. Maßnahme des Arbeitsamt	<input type="radio"/> ₅
6. keine Berufsbildungsmaßnahmen	<input type="radio"/> ₆
7. andere Maßnahmen	<input type="radio"/> ₇
8. entfällt, trifft altersbedingt nicht zu	<input type="radio"/> ₈
9. entfällt, Ausbildung bereits beendet	<input type="radio"/> ₉
10. unbekannt	<input type="radio"/> ₁₀

Blatt 1

Allgemeine Angaben zur Person			
<i>Informationsquelle: alle Berichte</i>			
Tabelle 5: Bisherige Maßnahmen		ja	nein
Jugendhilfe ...			
1. ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatrie ...			
4. ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. andere Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabelle 6: Initiative zur Aufnahme		ja	nein
1. Selbstmelder / Selbstmelderin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Notdienst / Kriseneinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. andere Jugendhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabelle 7: Gründe der Aufnahme		ja	Nein
1. gestörte Interaktion zwischen d. Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. familiäre Suchtprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. übertriebene Fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. inkonsequentes Erziehungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. überzogene Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inhaftierung eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. körperlicher Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Migrations- und Fluchtproblematik der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Schulschwänzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Lern- und Leistungsprobleme (nicht motivationsbedingt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. motivationsbedingte schulische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Gefährdung durch soziales Umfeld (nicht familiär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Suchtgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. internalisierende Störungen (soziale Unsicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Weglaufen (Trece)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Straffälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Opfer von Gewalttaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Blatt 2

Vorgeschichte und Diagnosen
Informationsquelle: Krankenhausberichts, psychologische Gutachten (Epikrisen)

Tabelle 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)	ICD10	Symptomumfeld	nicht genannt	Anmerkungen
1. Organische, einschließlich sym. psychischer Störungen (F0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dissoziative Störungen (F44)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Somatisierungsstörung (F45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Störungen des Sozialverhaltens (F91)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Intelligenz (F7x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. tief greifende Entwicklungsstörung (F84)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. emotionale Störungen (F93)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. depressive Störungen (F32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. psychotische Störungen (F2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Sonstige: _____ (Text)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vorgeschichte und Diagnosen
Informationsquelle: Krankenhausberichts, psychologische Gutachten (Epikrisen)

Tabelle 9: Krankheiten / Behinderungen	ja	nein
1. Atmungsorgane (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verdauungstrakt (Bauchschmerz, Erbrechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bewegungsapparat (Rheuma, Schmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haut (Neurodermitis, Allergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Infektion (Tuberkulose, Aids etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Stoffwechsel (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinnesbehinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

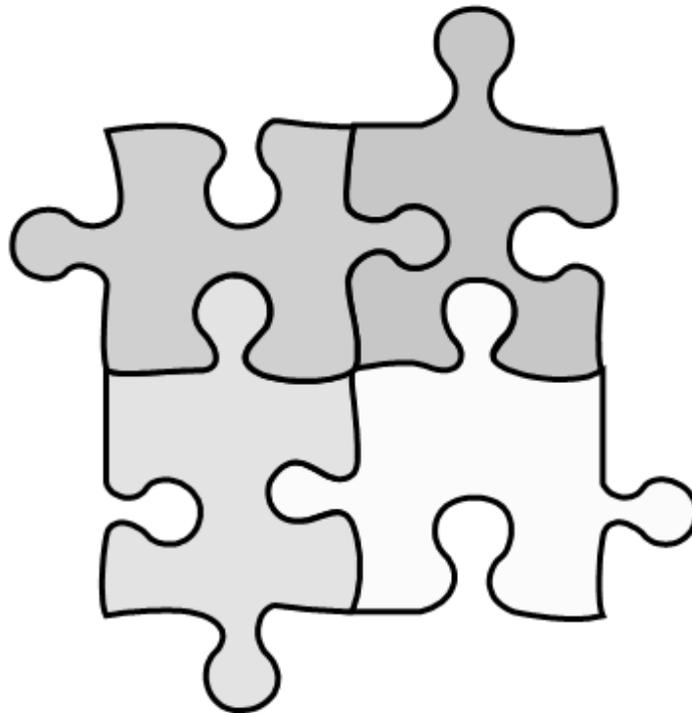
Tabelle 11: Drogenkonsum	ja	nein
1. Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schnüffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. andere harte Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 10: Ressourcen / Schutzfaktoren	ja	nein
1. soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. soziale Attraktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. besondere Fähigkeiten und Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Überzeugungen und Bewältigungsstrategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Funktionen in der Familie (bzw. Gruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. stabiles, stützendes soziales Netz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alltagspraktische Fähigkeiten (Körperhygiene, Ordnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. materielle Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 12: Polizeilich ermittelte Straftaten	ja	nein
1. Gewalttaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Körperverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hassverbrechen (z.B. Rechtsradikale Taten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sexuelle Übergriffe/Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Einbruch / Diebstahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rauschgiftdelikte (BtMG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verstoß gegen Waffengesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sachbeschädigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Betrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beleidigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vor der Aufnahme		
11. Verurteilung(en) nach Jugendstrafrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Laufende(s) Gerichtsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentierter Kodierplan

- Handanweisung zum Kodieren -



Bert Krause
Alice-Salomon-Fachhochschule
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin

Mail: bkrause@asfh-berlin.de

Inhaltverzeichnis

1	Allgemeine Hinweise.....	3
1.1	Ablaufschema: Lesen ... Kodieren	4
2	Kodierregeln und Beispiele.....	5
2.1	Allgemeine Angaben zur Person	5
2.1.1	Angaben zur Person (Tabelle 1).....	5
2.1.2	Zuletzt wohnhaft (Tabelle 2)	5
2.1.3	Schule, Beruf und bisherige Maßnahmen (Tabelle 3 bis Tabelle 5).....	6
2.2	Vorgeschichte und Diagnosen	8
2.2.1	Initiative und Gründe der Aufnahme (Tabelle 6 und Tabelle 7).....	8
2.2.2	Diagnosen: ICD-10 bzw. DSM-IV (Tabelle 8)	11
2.2.3	Krankheiten und Behinderungen (Tabelle 9)	19
2.2.4	Ressourcen und Schutzfaktoren (Tabelle 10).....	20
2.2.5	Drogenkonsum und Delinquenz (Tabelle 11 und Tabelle 12).....	21
2.2.6	Interventionsbedürftige Probleme (Tabelle 13).....	22
2.3	Durchführung der Maßnahmen	23
2.3.1	Interventionsformen (Tabelle 14)	23
2.3.2	Compliance (Tabelle 15).....	23
2.3.3	Andere Maßnahmen (Tabelle 16).....	23
2.4	Abschluss der Maßnahmen	24
2.4.1	Veränderungen der Probleme (Tabelle 17).....	24
2.4.2	Art der Beendigung (Tabelle 18 und Tabelle 19).....	25
2.4.3	Geplante Maßnahmen nach Beendigung (Tabelle 20 und Tabelle 21).....	25
2.4.4	Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe (Tabelle 22).....	26
3	Literaturangaben	27

1 Allgemeine Hinweise

Der Kodierplan umfasst vier Abschnitte, die thematisch und zeitlich so geordnet sind, dass wichtige Personenmerkmale, Diagnosen, Entwicklungen und Therapieverläufe erfasst werden können. Jeder Abschnitt ist durch eine Überschrift gekennzeichnet.

1. Allgemeine Angaben zur Person
2. Vorgeschichte und Diagnose
3. Hilfeplanung und Durchführung
4. Abschluss der Maßnahme

Die Überschriften werden durch Hinweise zur Informationsquelle ergänzt, die zum Ausfüllen der Abschnitte empfohlen werden. Besonders wichtige Informationsquellen sind:

1. Epikrise
2. Hilfepläne
3. Entwicklungsberichte
4. Abschlussberichte

Die Epikrisen sind zumeist medizinischen Berichte (Stellungnahmen, Entlassungsbrief), die die wichtigsten Angaben zur Anamnese, zur durchgeführten Diagnostik, zu den Befunden sowie zur verordneten oder empfohlenen Medikation beinhalten. Die Hilfepläne enthalten wichtige Informationen über die individuellen Zielsetzungen der vereinbarten Maßnahmen bzw. der einzelnen Umsetzungsschritte. Die Entwicklungsberichte dokumentieren die Interventionen und den Entwicklungsverlauf. Inhaltlich umfassen die Entwicklungspläne Einschätzungen des Jugendlichen in folgenden Bereichen: emotionale und soziale Entwicklung, Lern- und Leistungsfähigkeiten, lebenspraktische Fähigkeiten, familiäre Veränderungen und Entwicklungen im Bereich Schule, Ausbildung und Freizeit. Im Abschlussbericht befinden sich eine Zusammenfassung der Entwicklung sowie Informationen über Gründe der Beendigung sowie zu weiteren geplanten Maßnahmen.

Die vier Abschnitte des Kodierplans bestehen formal betrachtet aus unterschiedlichen Listen, die alle Kategorien, die kodiert werden können, enthalten. Die Listen sind durch graue Markierungen voneinander getrennt. Einige Listen sind durch **fettgedruckte Titel** unterteilt.

Die Listen können (a) Kategorien, (b) Mehrfachnennungen oder (c) Textfelder enthalten.

- (a) Listen, die sich ausschließende Kategorien enthalten, sind durch Optionsfelder gekennzeichnet. Trifft das Merkmal auf die Person zu, wird der Bereich entsprechend markiert . In jeder Liste muss es genau ein Kreuz geben.
- (b) Listen, die Mehrfachnennungen zulassen (Symptomchecklisten, Diagnosen etc.), sind durch zwei oder mehrere Checkboxen gekennzeichnet. Die passende Alternative wird durch ein Kreuz markiert . Für jede genannte Kategorie muss genau eine Alternative (i.d.R. ja oder nein) ausgewählt werden.
- (c) Offene Antworten können in dem gekennzeichneten Textfeld oder auf der Rückseite eingetragen werden. Wird die Blattrückseite genutzt, wird in das Textfeld eine (fortlaufende) Nummer geschrieben $\textcircled{1}$. Der Text auf der Rückseite des Blattes wird mit einer entsprechenden Referenznummer versehen. $\textcircled{1}$ *Es folgt der Text ...*

1.1 Ablaufschema: Lesen ... Kodieren

Im ersten Schritt der Aktenkodierung sollte die Akte gesichtet und die Chronologie der Berichte überprüft werden. Wenn das Deckblatt nicht übernommen werden kann oder nicht vorhanden ist, dann werden die demographischen Angaben im Kodierbogen eingetragen.

Im zweiten Schritt wird die Akte gelesen (ohne Abschlussbericht), anschließend wird kodiert. Verstehend lesen soll in diesem Zusammenhang bedeuten, dass die Akte nicht nur nach Stichwörtern durchsucht wird, sondern der Fall im Ganzen erfasst wird. Erst wenn ein Fallverständnis vorhanden ist, kann mit der Kodierarbeit begonnen werden. Im ersten Durchgang werden alle Kategorien, die eindeutig kodiert werden, mit einem entsprechenden Kreuz versehen. Sollte es Kategorien geben, die nicht eindeutig beantwortet werden können, müssen die entsprechenden Aktenabschnitte (z.B. Hilfeberichte, Entwicklungsberichte) gelesen werden. Hinweise, welche Aktenabschnitte relevant sind, können den folgenden Ausführungen entnommen werden.

Erst wenn die Aufnahmegründe, die Diagnosen und die interventionsbedürftigen Probleme sowie der Verlauf der Maßnahmen vollständig kodiert sind, werden die Abschlussberichte (bzw. letzten Entwicklungsberichte) gelesen. Auch hier sollte nach einem ersten Kodierdurchlauf überprüft werden, ob es noch ungeklärte Kategorien gibt.

Sollten aus dem Abschlussbericht oder dem letzten Entwicklungsbericht neue Informationen zur Vorgeschichte oder Diagnose hervorgehen, so können diese im Abschnitt zur Vorgeschichte und zu Diagnosen im Nachhinein kodiert werden.

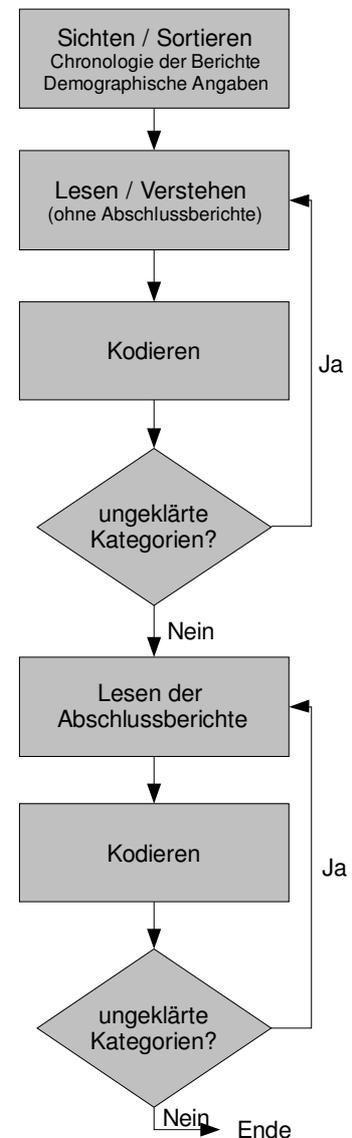


Abbildung 1: Kodierschema

2 Kodierregeln und Beispiele

2.1 Allgemeine Angaben zur Person

2.1.1 Angaben zur Person (Tabelle 1)

Einrichtung _____ Beginn: _____ Ende: _____

Tabelle 1: Geschlecht des Jugendlichen		⊗
1. männlich		<input type="radio"/> ₁
2. weiblich		<input type="radio"/> ₂
3. Geburtsdatum: _____		
4. Migration (Land _____)	ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₀	

(Bitte nur ausfüllen, wenn Deckblatt nicht vorhanden.)

2.1.2 Zuletzt wohnhaft (Tabelle 2)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 2 umfassen Alternativen zum letzten Aufenthalt. Die Informationen sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan zu entnehmen oder gehen aus Krankenhausberichten hervor.

Tabelle 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)		⊗
1. mit beiden leiblichen Eltern, verheiratet		<input type="radio"/> ₁
2. mit beiden leiblichen Eltern, in Lebensgemeinschaft		<input type="radio"/> ₂
3. allein erziehende leibliche Mutter / Vater		<input type="radio"/> ₃
4. Stieffamilie		<input type="radio"/> ₄
5. Großeltern		<input type="radio"/> ₅
6. Pflegefamilie		<input type="radio"/> ₆
7. Adoptivfamilie (ohne leibl. Eltern)		<input type="radio"/> ₇
8. andere Verwandte		<input type="radio"/> ₈
9. eigene Wohnung		<input type="radio"/> ₉
10. Mutter-Vater-Kind-Einrichtung (§19)		<input type="radio"/> ₁₀
11. andere Jugendhilfeeinrichtungen		<input type="radio"/> ₁₁
12. Krankenhaus		<input type="radio"/> ₁₂
13. Psychiatrie (stationär)		<input type="radio"/> ₁₃
14. Haft		<input type="radio"/> ₁₄
15. Flüchtlingshilfe / Asyl		<input type="radio"/> ₁₅
16. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe		<input type="radio"/> ₁₆
17. Lebensmittelpunkt Straße (Trebeingang)		<input type="radio"/> ₁₇
18. Inobhutnahmestelle (§42)		<input type="radio"/> ₁₈
19. Freund / Freundin / Bekannte		<input type="radio"/> ₁₉
20. unbekannt		<input type="radio"/> ₂₀
21. andere Unterkünfte		<input type="radio"/> ₂₁

Die Kategorien der Tabelle 2 (Aufenthalt) schließen sich gegenseitig aus, es kann daher nur eine Kategorie angekreuzt werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Kategorie

- nicht die Anmeldung (im Sinne des Einwohnermeldeamts) umfasst und
- kurzfristige Aufenthalte, im Sinne von Übergangslösungen, nicht kodiert werden.

Kodiert wird der letzte längere Aufenthalt von mindestens 4 Wochen.

Beispiel: Ein Jugendlicher, der 6 Wochen in der psychiatrischen Station verbracht hat und für wenige Tage zur Pflegefamilie zurückgeht bevor er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft aufgenommen wird, erhält den Kode 13 (stationäre Psychiatrie).

2.1.3 Schule, Beruf und bisherige Maßnahmen (Tabelle 3 bis Tabelle 5)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 3 und der Tabelle 4 umfassen verschiedene Bildungsmerkmale. Die Informationen sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan und Berichten, die vor der Aufnahme verfasst wurden, zu entnehmen.

Tabelle 3: Zuletzt besuchte Schule		<input checked="" type="radio"/>
1. Grundschule		<input type="radio"/> ₁
2. Hauptschule		<input type="radio"/> ₂
3. Realschule		<input type="radio"/> ₃
4. Gymnasium		<input type="radio"/> ₄
5. Gesamtschule		<input type="radio"/> ₅
6. Projektschulen		<input type="radio"/> ₆
7. Förder- und Sonderschulen (bei Lernbehinderung)		<input type="radio"/> ₇
8. andere Schulform (z.B. Oberstufenzentrum) _____		<input type="radio"/> ₈
9. höchster Schulabschluss: _____		<input type="radio"/> ₉

Kodiert wird die zuletzt besuchte Schule. Jugendliche, die zunächst ein Gymnasium besucht haben, dann aber auf eine Realschule wechseln, erhalten den Kode 3 (Realschule).

Jugendliche, die nach der 10. Klasse (Gymnasium) einen Realschulabschluss erhalten, bekommen den Kode 9 (Schulabschluss: Mittlere Reife).

Tabelle 4: Berufsbildungsmaßnahmen		<input checked="" type="radio"/>
1. Ausbildung auf dem freien Markt		<input type="radio"/> ₁
2. Ausbildung in beschützter Werkstätte / im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahmen / und Ähnliches		<input type="radio"/> ₂
3. Ausbildung in einem heiminternen Betrieb		<input type="radio"/> ₃
4. Förderlehrgang		<input type="radio"/> ₄
5. Maßnahme des Arbeitsamt		<input type="radio"/> ₅
6. keine Berufsbildungsmaßnahmen		<input type="radio"/> ₆
7. andere Maßnahmen		<input type="radio"/> ₇
8. entfällt, trifft altersbedingt nicht zu		<input type="radio"/> ₈
9. entfällt, Ausbildung bereits beendet		<input type="radio"/> ₉
10. unbekannt		<input type="radio"/> ₁₀

Kodiert wird nur die Berufsbildungsmaßnahme, die unmittelbar vor der Aufnahme durchgeführt wurde.

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 5 umfassen wichtige psychotherapeutische und sozialpädagogische Maßnahmen, die vor der Aufnahme in die therapeutische Wohngemeinschaft durchgeführt wurden.

Tabelle 5: Bisherige Maßnahmen	ja	nein
Jugendhilfe ...		
1. ambulant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. teilstationär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. stationär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Psychiatrie ...		
4. ambulant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. teilstationär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. stationär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. andere Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Ambulant ist eine Maßnahme, wenn der bzw. die Jugendliche die Nacht vor und die Nacht nach der Maßnahme nicht in der Institution (z.B. einem Krankenhaus) verbringt, in der die Maßnahme durchgeführt wird. Für einige Jugendhilfemaßnahmen ist typisch, dass die Maßnahmen im Haushalt bzw. im Lebensumfeld der Familie und der Jugendlichen stattfinden.

Typische Beispiele für ambulante Jugendhilfen und Krankenhausbehandlungen

- Einzel- und Familienhilfe
- Erziehungsberatung
- Schulhilfen
- Psychotherapeutische Angebote (auch von Krankenhäusern)

Die teilstationären Maßnahmen beinhalten eine umfassende und spezialisierte Maßnahme, die i.d.R. zeitaufwändiger als ambulante Maßnahmen sind. Das Angebot kann an einzelnen Tagen oder Halbtagen (oft mehrmals in der Woche) genutzt werden. Die Abende und Nächte verbringen die Jugendlichen in ihrem gewohnten Umfeld.

Typische Beispiele für teilstationäre Jugendhilfen bzw. Krankenhausbehandlungen

- Tagesgruppe
- (heil-) pädagogischen Tagesstätte
- Tageskliniken

Stationär ist eine Maßnahme, wenn der bzw. die Jugendliche über einen längeren Zeitraum (in jedem Fall über eine Nacht) in einer Einrichtung untergebracht ist.

Typische Beispiele für stationäre Jugendhilfen und Krankenhausbehandlungen

- Heime
- betreute Jugendwohngemeinschaften
- Übergangwohnheim
- Krankenhausaufenthalte (z.B. Psychiatrie)

Wenn keine Entscheidung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Maßnahme getroffen werden kann, soll die Kategorie *andere Maßnahmen* angekreuzt werden.

Hierzu gehören z.B. Kriseninterventionen, die nicht explizit als ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahme gekennzeichnet ist.

2.2 Vorgeschichte und Diagnosen

2.2.1 Initiative und Gründe der Aufnahme (Tabelle 6 und Tabelle 7)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 6 erfassen die aktive Beteiligung zur Aufnahme in eine therapeutische Wohngemeinschaft.

Tabelle 6: Initiative zur Aufnahme	ja	nein
1. Selbstmelder / Selbstmelderin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Jugendamt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Notdienst /Kriseneinrichtung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. andere Jugendhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. sonstige _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorien zur Initiative der Aufnahme schließen sich nicht gegenseitig aus. Die Kategorien sind mit ja zu beantworten, wenn

- Einrichtungen eine eindeutige Empfehlung zur Aufnahme aussprechen
- Beteiligte eindeutige Wünsche zur Aufnahme äußern und initiativ werden (z.B. Beratungsstellen aufsuchen)

Die Kategorien werden nicht bei einfacher Zustimmung oder Einverständniserklärung mit "ja" kodiert.

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 7 beziehen sich ausschließlich auf die Vorgeschichte und beinhalten verschiedene Gründe für die Aufnahme. Die empfohlenen Quellen zur Kodierung sind Krankenhausberichte (Epikrisen) und vor allem der erste Hilfeplan.

Tabelle 7: Gründe der Aufnahme	Ja	Nein
1. gestörte Interaktion zwischen den Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. familiäre Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. übertriebene Fürsorge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Vernachlässigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. inkonsequentes Erziehungsverhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. überzogene Anforderungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Inhaftierung eines Elternteils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. körperlicher Misshandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Migrations- und Fluchtproblematik der Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13. Schulschwänzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. Lern- und Leistungsprobleme (nicht motivationsbedingt)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
15. motivationsbedingte schulische Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. Gefährdung durch soziales Umfeld (nicht familiär)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. Suchtgefährdung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. internalisierende Störungen (soziale Unsicherheit)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19. Suizidalität	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21. Weglaufen (Trebe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22. Straffälligkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
23. Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
24. Opfer von Gewalttaten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25. Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
26. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorie 1 *gestörte Interaktionen* bezeichnet auffällige Störungen der familiären Kommunikation und Beziehungsstruktur. Hierzu gehören Verhaltensweisen wie z.B.

- wiederholtes Einschließen in einem Zimmer
- Verweigerung der Kommunikation über einem längeren Zeitraum
- Wutanfälle mit Übergriffen und Zerstörung (z.B. Haushaltsgegenstände)

Die Kategorie 3 *übertriebene Fürsorge* beschreibt elterliches Verhalten der Besorgtheit manchmal auch Ängstlichkeit um seelische und körperliche Befinden.

- Überbehütung (Overprotection)
- nicht loslassen können
- Verwöhnen und Beschützen

Die Kategorie 4 *Vernachlässigung* ist durch folgende Verhaltensweisen der Eltern (Pflegeeltern etc.) gekennzeichnet bzw. benannt:

- Beziehungslosigkeit, mangelnde Pflege und Fürsorge
- Gleichgültigkeit, Achtlosigkeit, Interesslosigkeit
- Liebesentzug, ständiger Gefühlskälte bis hin zu Feindseligkeit

Die Kategorie 5 *inkonsequentes Erziehungsverhalten* soll angekreuzt werden, wenn deutlich wird, dass die Eltern (Pflegeeltern etc.) keine Orientierung geben können und keine Grenzen setzen.

- Mangel an familiären Regeln
- Mangel an Einhaltung der Regeln
- Hü-Hott-Erziehungstil

Ausschluss ist eine familiäre Kommunikation, die durch Doppelbotschaften gekennzeichnet ist. Doppelbotschaften werden unter Kategorie 1 (*gestörte Interaktion*) kodiert.

Die Kategorie 6 *überzogene Anforderungen* umfasst vor allem Leistungsaspekte und wird kodiert, wenn die Eltern Erwartungen und Forderungen stellen, die der Jugendliche nicht erfüllen kann. Hierzu gehören vor allem Erwartungen an schulische Leistungen, die

- Lern- und
- Leistungsvoraussetzungen nicht berücksichtigen

Kategorie 18 *internalisierende Störungen* umfasst verschiedene Formen der sozialen Unsicherheit, die nur kodiert werden sollen, wenn folgende diagnostische Angaben explizit in der Akte genannt werden:

- übermäßige Schüchternheit, Ängstlichkeit, Unsicherheit
- Kontaktvermeidung
- Depressionen, körperliche Beschwerden

Ausschluss: Die Kategorie 18 wird nicht zugewiesen, wenn eine aggressive-dissoziale Störung (Kategorie 20) vorliegt.

Die Kategorie 24 *Opfer von Gewalttaten* umfasst nur außerfamiliäre Ereignisse. Familiäre Gewalt wird unter Misshandlung oder /und Missbrauch kodiert. Zu typischen außerfamiliären

- Überfälle, Raub, Bedrohung
- heftige Prügeleien unter Jugendlichen
- rechtsextremer Straf- und Gewalttaten

Ausschluss: familiäre bzw. häusliche Gewalt. Diese wird unter den Kategorien *körperliche Misshandlung* oder /und *sexueller Missbrauch* kodiert.

Die Kategorie 25 *Selbstgefährdung* umfasst alle Verhaltensweisen, die die körperliche oder seelische Gesundheit direkt gefährden (nicht mittelbar), damit umfasst diese Kategorie auch Selbstverletzungen bzw. Autoaggressives Verhalten. Hierzu gehören z.B.:

- S-Bahn-Surfen, Roofride,
- Schneiden, Ritzen, Aufkratzen der Haut, Verbrennungen
- exzessives Nägelkauen, Öffnen verheilender Wunden

Ausschluss: Drogenkonsum und Suizidalität, wenn nicht gleichzeitig Selbstverletzung und -beschädigung vorliegt. Drogenkonsum wird unter *Suchtgefährdung* bzw. in der Tabelle 8 unter *Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)* kodiert. *Suizidalität* kann ebenfalls in der Tabelle 8 kodiert werden.

Alle anderen Kategorien sind nur erfüllt, wenn die Problemlage wörtlich benannt wird.

2.2.2 Diagnosen: ICD-10 bzw. DSM-IV (Tabelle 8)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 7 umfassen die wichtigsten Störungsbilder des ICD-10 Kapitel V (F). Kodiert werden kann die Störung unter der Spalte ICD10, wenn die Störung als Diagnose vorliegt. Üblicherweise können Sie den Krankenhausberichten (Epikrisen) und psychologischen Untersuchungsberichten entnommen werden.

Liegt keine Diagnose vor, so kann auffälliges Verhalten und Erleben im Sinne einer Störung in der Spalte Symptomumfeld kodiert werden. Hierbei gelten die allgemeinen Richtlinien des ICD-10 bzw. DSM-IV.

Besondere Hinweise:

- (1) Die Diagnosen unter F9 ICD-10 werden nur kodiert, wenn das Problem bereits vor der Einschulung bzw. vor dem 6. Lebensjahr bestand.
- (2) Wenn aus der Aktenlage ersichtlich wird, dass eine Störung als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen vorliegt (ICD-10 F92), so sind die Kategorien Störungen des Sozialverhaltens (F91) und emotionale Störungen (F93) in der Spalte ICD-10 zu kodieren.
- (3) Suizidalität, überdurchschnittliche Intelligenz und Adipositas sind keine ICD-10 Kategorien, werden in dieser Tabelle jedoch als Problemlage mit aufgenommen und werden kodiert, wenn mindestens ein Suizidversuch unternommen wurde oder wiederholt Suizidphantasien thematisiert werden, eine Intelligenz (IQ) über 115 diagnostiziert wurde bzw. wenn der Hinweis auf Adipositas besteht (BMI ab 30).

Die aufgelisteten Störungen sind anzukreuzen, wenn sie in einem Bericht vor der Aufnahme oder im ersten Hilfeplan als Diagnose auftauchen. Wird keine der genannten Diagnosen vergeben, kann es dennoch Auffälligkeiten geben, die in das Symptomumfeld einer Diagnose fallen.

Tabelle 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)		ICD10	Symptomumfeld	nicht genannt	Anmerkungen
1.	Organische, einschließlich sym. psychischer Störungen (F0)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
2.	phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
3.	Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
4.	Dissoziative Störungen (F44)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
5.	Somatisierungsstörung (F45)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
6.	Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
7.	Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
8.	Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
9.	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
10.	Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
11.	Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
12.	Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
13.	Intelligenz (F7x)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
14.	umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
15.	tief greifende Entwicklungsstörung (F84)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
16.	emotionale Störungen (F93)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
17.	depressive Störungen (F32)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
18.	Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
19.	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
20.	Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	(<input type="checkbox"/> ₂)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
21.	psychotische Störungen (F2)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
22.	Suizidalität		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
23.	Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
24.	Adipositas		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	
25.	Sonstige: _____ (Text)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	

(2) phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)

Typische Symptome / Auffälligkeiten

Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickengefühl, Hyperventilation, Brustschmerz oder Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Entfremdungsgefühle (Derealisation oder Depersonalisation), Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Angst zu sterben, Hitzegefühle oder Kälteschauer, Empfindungsstörungen (Parästhesien).

(3) Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)

Besteht ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer außergewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptomatik, so gehören Symptome wie depressive Stimmungen, Ängste, Ärger, Verzweiflung, Überaktivitäten und auffälliger Rückzug in das Symptomumfeld der Belastungs- und Anpassungsstörungen.

Unter außergewöhnlichen Belastungen fallen z.B.:

Verlust durch Todesfälle, Unfälle, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung, Naturkatastrophen sowie bedrohliche Veränderungen der sozialen Stellung bzw. des sozialen Netzes der Betroffenen.

(4) Dissoziative Störungen (F44)

Das Gemeinsame der dissoziativen Störungen ist eine plötzlich und zeitlich begrenzte Veränderung von Bewusstsein, Identitätserleben und der Wahrnehmung sowie der motorischen Kontrolle.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Flucht bzw. plötzliches Verlassen der Umgebung (Fugue)
- Trancezustände, Besessenheitszustände
- Reaktions- und Bewegungseinschränkungen (Stupor)

(5) Somatisierungsstörung (F45)

Die Kategorie *Symptomumfeld der Somatisierungsstörungen* ist anzukreuzen, wenn mehrere unterschiedliche körperliche Symptome eindringlich thematisiert werden, die medizinisch untersucht wurden und kein Organkorrelat aufweisen. Es muss aus den Unterlagen hervorgehen, dass die Beschwerden seit langem bestehen. Typisch ist

Typische Symptome / Auffälligkeiten

- Schmerzen im Kopf-, Bauch oder / und Rücken
- Durchfälle, Hyperventilation
- eine Neigung zur Hypochondrie

Wobei die körperlichen Symptome wiederholt dargeboten und hartnäckig medizinische Untersuchungen gefordert werden.

(6) Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)

Die Bindungsstörungen gehören zu einer heterogenen Gruppe gestörter sozialer Funktionen. Sie beginnen in den ersten 5 Lebensjahren. Vermutlich spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivation eine entscheidende Rolle in der Entstehung der Problemlage.

Typische Symptome / Auffälligkeiten

- Abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch
- Eingeschränkte Interaktion / Beeinträchtigung des sozialen Umgangs
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

(7) Essstörungen (F50)

Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden zwei wichtige Syndrome beschrieben: Anorexie und Bulimie. Die Kategorie *Symptomumfeld der Essstörungen* ist anzukreuzen, wenn eine oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten in der Akte verzeichnet sind:

Typische Symptome / Auffälligkeiten

- Selbst verursachter bedeutsamer Gewichtsverlust oder
- Beibehaltung eines für das Alter zu niedrigen Körpergewichtes oder
- Überzeugungen, trotz Untergewichts zu dick zu sein (Körperbildstörung)
- Auffälliges Essverhalten (Essattacken, Erbrechen, Fasten etc.)

(8) Schlafstörungen (F51)

Die Schlafstörung kann unterschiedliche Formen annehmen. Sie umfasst Störungen von Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafes, die deutlichen Leidensdruck verursacht oder sich störend auf die soziale und schulisch-berufliche Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Kategorie *Symptomumfeld der Schlafstörungen* ist anzukreuzen, wenn ein oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten in der Akte verzeichnet sind.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Plötzliches Erwachen mit Panikschrei, vegetativer Erregung, intensiver Angst
- Desorientiertheit, erschwerte Erweckbarkeit
- Umhergehen während des Tiefschlafs (Schlafwandeln)
- Angstträume (häufige Wiederholungen gleicher oder ähnlicher Träume)

Weitere Bezeichnungen

Somnambulismus, Hypersomnie, Pavor nocturnus

(9) Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Die Störungen des Sozialverhaltens umfassen ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht.

Sie kommen oft gleichzeitig mit schwierigen psychosozialen Umständen (F91) vor und können mit deutlichen Symptomen einer emotionalen Störung, vorzugsweise Depression oder Angst, kombiniert sein (F92).

Wenn zwei oder mehr der folgenden Auffälligkeiten in der Akte berichtet werden, kann die Kategorie *Symptomumfælde zur Störung des Sozialverhaltens* kodiert werden.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln, Stehlen, Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause.

(10) Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)

Diese Gruppe umfasst verschiedene Störungen, deren Schweregrad von einer akuten, unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Störungen oder schweren Abhängigkeitssyndromen reicht. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Zur Kategorie des Symptomumfeldes von Substanzmissbrauch gehören folgende Auffälligkeiten, wenn diese Auffälligkeit nicht als einmaliger Versuch verstanden werden kann. Zur Kodierung bedarf es einer oder mehrere Auffälligkeiten:

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Ein Konsumverhalten, das auf Dauer zu einer Gesundheitsschädigung führt
- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit der Menge des Konsums
- Auftreten einer Entzugserscheinung
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlich, psychisch oder sozial schädlicher Folgen

(11) Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)

Einnässen (Enuresis) und Einkoten (Enkopresis) bezeichnet eine Blasenentleerung bzw. Stuhlgang am falschen Platz und zur falschen Zeit. Während diese Störungen im ICD-10 Alters- und Zeitkriterien erfüllen müssen, wird hier das Symptomumfeld der Störung kodiert beim einmaligen Auftreten.

(12) Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)

Hier werden aus verschiedenen Abschnitten des ICD-10 unterschiedliche Störungen zusammengefasst, die im Folgenden kurz beschrieben werden:

- Bei Tics handelt es sich um nicht rhythmische, weitgehend unwillkürliche Bewegungen (gewöhnlich in funktionell umschriebenen Muskelgruppen) oder Lautäußerungen, ohne dass ein offensichtlicher Zweck zu erkennen ist..
- Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch sich wiederholende unangenehme Gedanken, Impulse oder Handlungen.
- Als Bewegungsstörungen werden gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen bezeichnet. Diese betreffen dabei meist eine gesamte Körperregion im Sinne einer integrierten zweckfreien und offensichtlich willensgestörten Bewegung.

Kodierregel: Wenn wörtlich von Tics, Zwängen oder auffälligen, stereotypen oder gleichförmigen Bewegungsabläufen berichtet wird, soll das Symptomumfeld dieser Kategoriegruppe kodiert werden.

(13) unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ < 85)

Intelligenzminderung wird als eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden, wobei besondere Beeinträchtigungen von Fertigkeiten vorliegen, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Ferner liegt stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhaltens vor. Sie ist gemäß internationaler Terminologie als grenzwertige Intelligenz im Bereich von IQ 85-70 definiert.

Eine Kodierung im Symptomumfeld ist nicht vorgesehen.

(14) umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung

Auffälligkeiten schulischer Fähigkeiten (Teilleistungsstörungen)

- Auffällige Schwierigkeiten beim Lesen und / oder Schreiben
- Auffällige Schwierigkeiten beim Rechnen
- Weitere Lernschwächen, Kenntnismangel etc.

Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

(15) tief greifende Entwicklungsstörung (F84)

Eine Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind.

Diese Kategorie wird nur kodiert, wenn ersichtlich wird, dass die Störung bereits vor der Einschulung (5. Lebensjahr) bestanden hat und folgende Störungen noch zur Abklärung ausstehen bzw. als Verdacht genannt werden:

- Asperger-Syndrom
- frühkindlicher / atypischer Autismus
- Rett-Syndrom

(16) emotionale Störungen (F93)

Bei diesen Störungen stellen Manifestationen von unrealistischer bzw. übermäßig ausgeprägter Angst die Hauptsymptomatik dar. Im Gegensatz zur Kategorie *phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)* sollten hier eine oder mehrere der folgenden Aspekte im Mittelpunkt stehen:

- Trennungsängste
- Geschwisterrivalität / Eifersucht
- Geschlechtsidentitätsstörung

(17) depressive Störungen (F32)

Es handelt sich um eine Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein. Für die Kodierung der Auffälligkeiten im Symptomumfeld der depressiven Störung spielen Zeitkriterien und Ablauf keine Rolle, sondern nur das Stimmungsbild.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen
- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unbegründete Selbstvorwürfe
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- verminderter Antrieb
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden
- Störungen des Appetits
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen

(18) Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)

Zum Symptomumfeld dieser Kategorie gehören nicht nur Symptome und Störungen, die im ICD-10 aufgelistet werden (z.B. Transsexualismus, Transvestitismus, Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadismus, Masochismus) sondern auch unspezifische Auffälligkeiten wie z.B.

- Prostitution / Strichen
- auffälliges, sexualisiertes Verhalten
- Promiskuität

(19) Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)

Hyperkinetische Störungen (HKS) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit)
- Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe)
- Impulsivität

(20) Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)

"Persönlichkeitsstörungen" erfassen für das Individuum typische stabile und beherrschende Verhaltensweisen, die sich als rigide Reaktionsmuster in unterschiedlichsten Lebenssituationen manifestieren und mit persönlichen Funktionseinbußen und/oder sozialem Leid einhergehen.

Hinweis: Diese Definition beinhaltet, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz aufgrund der noch vorhandenen Entwicklungspotenziale zurückhaltend gestellt werden sollte. Andererseits lässt sich bei einigen Persönlichkeitsstörungen ein eindeutiges Kontinuum zwischen den Verhaltensmustern in Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters nachweisen, sodass auch aus klinisch-praktischen Erwägungen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der späten Adoleszenz sinnvoll sein kann.

Diese Kategorie sollte nur bei einem expliziten Verdacht, der in der Akte notiert ist, kodiert werden.

(21) psychotische Störungen (F2)

Die psychotische Störung (Schizophrenie) ist gekennzeichnet durch eine grundlegende Störung des Realitätsbezuges. Die Klarheit des Bewusstseins ist in der Regel nicht beeinträchtigt. Es treten jedoch verschiedene Wahrnehmungsstörungen auf, vor allem im akustischen und optischen Bereich. Die Störung verläuft häufig in Phasen oder Schüben. Das Symptummfeld kann bereits beim Vorliegen eines typischen Symptoms / einer Auffälligkeit kodiert werden.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des "Gemachten" (eigene Gedanken, Gliederbewegungen, Empfindungen, Stimmungen und Wahrnehmungen werden als durch fremde Mächte und Kräfte hervorgerufen - gemacht - erlebt)
- Kommentierende oder dialogische Stimmen
- Anhaltende Wahnideen
- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität ohne deutliche affektive Beteiligung
- Formale Denkstörungen wie Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt
- Katatone Symptome wie Erregung, wächserne Biagsamkeit, Mutismus oder Stupor

(22) Suizidalität

Suizidalität ist ein Symptom, keine Diagnose. Sie wird hier kodiert, wenn aus der Akte eindeutig hervorgeht, dass die betroffene Person Selbstmordphantasien hat oder einen Selbstmordversuch durchgeführt hat. Die Suizidalität muss eindeutig thematisiert werden.

(23) Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz

Eine überdurchschnittliche Intelligenz soll kodiert werden, wenn der IQ-Wert von mindesten 115 (bzw. Prozentrang 85) diagnostiziert wurde.

(24) Adipositas

Adipositas soll kodiert werden, wenn ein Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m² berichtet wird, wobei hier keine Schweregrade unterschieden werden. Adipositas kann auch kodiert werden, wenn das Problem namentlich benannt wird oder von sehr starkem Übergewichtproblem wiederholt berichtet wird, auch wenn es keine Angaben zum BMI gibt.

2.2.3 Krankheiten und Behinderungen (Tabelle 9)

Tabelle 9: Krankheiten / Behinderungen	ja	nein
1. Atmungsorgane (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Verdauungstrakt (Bauchschmerz, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Bewegungsapparat (Rheuma, Schmerzen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Haut (Neurodermitits, Allergien)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Infektion (Tuberkulose, Aids etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Stoffwechsel (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Sinnesbehinderungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. andere: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2.2.4 Ressourcen und Schutzfaktoren (Tabelle 10)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 10 umfassen Indikatoren zur Beschreibung personbezogener Ressourcen (Schutzfaktoren)

Tabelle 10: Ressourcen / Schutzfaktoren	ja	nein
1. soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. soziale Attraktivität	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. besondere Fähigkeiten und Leistungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Überzeugungen und Bewältigungsstrategien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Funktionen in der Familie (bzw. Gruppe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. stabiles, stützendes soziales Netz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Alltagspraktische Fähigkeiten (Körperhygiene, Ordnung)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. materielle Ressourcen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorie 1 *soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen* wird kodiert, wenn aus der Akte ersichtlich wird, dass mindestens eine oder mehrere der folgenden Fähigkeiten vorhanden sind:

- Überzeugungsvermögen
- Schlagfertigkeit
- Empathie bzw. Einfühlungsvermögen

Die Kategorie 2 *soziale Attraktivität* ist zu kodieren, wenn die Person sehr beliebt ist. Oft, aber nicht zwangsläufig, ist soziale Attraktivität mit der äußeren positiven Erscheinung und guter Körperpflege verbunden. Typische Beschreibungen in den Akten sind:

- ansprechend, sympathisch, anziehend
- eigenständig, selbständig,
- Funktion in der Gruppe (z.B. Gruppen- bzw. Klassensprecher)

Die Kategorie 3 *besondere Fähigkeiten und Leistungen* umfasst vor allem schulische Leistungen.

- Gute Noten in verschiedenen Fächern
- besonders guter Schulabschluss (Abitur, Mittlere Reife mit guten Noten)
- besondere sprachliche Fähigkeiten

Die Kategorie 4 *Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung* umfasst vor allem außerschulische Aktivitäten und Interessen. Hierzu gehören vor allem:

- Sportliche Aktivitäten (z.B. Sportverein)
- Musik (z.B. Spielen eines Instrumentes)
- Interesse an Literatur

2.2.5 Drogenkonsum und Delinquenz (Tabelle 11 und Tabelle 12)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 11 beschreiben den Drogenkonsum. Die Informationen können aus Krankenhausberichten (Epikrisen), psychologischen Untersuchungsberichten und dem ersten Hilfeplan entnommen werden.

Tabelle 11: Drogenkonsum	ja	nein
1. Alkohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Cannabis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Amphetamine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Medikamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Halluzinogene	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Schnüffeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. andere harte Drogen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Der Drogenkonsum soll nur mit "ja" kodiert werden, wenn der Konsum explizit als Problem, als Gefährdung oder Ursache für Folgeprobleme beschrieben wird. Hierzu gehören beispielsweise ausdrückliche

- Anmerkungen im Hilfeplan, psychologische Gutachten zur Suchtgefährdung
- Selbstberichte (z.B. starker Wunsch oder Zwang zum Konsum)
- Hinweise zur Vernachlässigung bedeutsamer Verpflichtungen (z.B. Schule)

Zur Bestätigung des Drogenkonsums muss keine IDC-10 (F10.x/F55.x) vorliegen.

Inhalte / Quellen: Tabelle 12 umfasst Kategorien typischer Straftaten. Die Angaben sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan und anderen Berichten, die vor der Aufnahme verfasst wurden, zu entnehmen.

Tabelle 12: Polizeilich ermittelte Straftaten	ja	nein
1. Gewalttaten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Körperverletzung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Hassverbrechen (z.B. Rechtsradikale Taten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Sexuelle Übergriffe/Missbrauch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Einbruch / Diebstahl	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Rauschgiftdelikte (BtMG)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Verstoß gegen Waffengesetz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Sachbeschädigungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Betrug	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Beleidigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
... vor der Aufnahme		
11. Verurteilung(en) nach Jugendstrafrecht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Laufende(s) Gerichtsverfahren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorien sind nur dann mit "ja" zu kodieren, wenn die Taten polizeilich gemeldet bzw. ermittelt wurden. D.h., Taten mit juristischer Relevanz, die nicht strafrechtlich verfolgt wurden, werden hier mit "nein" kodiert.

Zum Beispiel: Der Konsum illegaler Drogen (siehe Tabelle 11) ist ein Rauschgiftdelikt und damit ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Der Tatbestand wird nur mit "ja" kodiert, wenn der Polizei die Straftat bekannt ist und ermittelt wurde, anderenfalls wird der Tatbestand mit "nein" kodiert.

2.2.6 Interventionsbedürftige Probleme (Tabelle 13)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 13 dienen der Erfassung der interventionsbedürftigen Probleme, die zur Aufnahmezeit bestanden haben. Daher werden hier nur Angaben kodiert, die im 1. Hilfeplan stehen oder den Epikrisen entnommen werden können. Andere Berichte dürfen nur Berücksichtigung finden, wenn deutlich wird, dass die Probleme bereits vor der Aufnahme bestanden haben.

Tabelle 13: Interventionsbedürftige Probleme	ja	nein
1. Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Mangelnde Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Auffälligkeiten im Essverhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Körperliche Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Regelverletzungen (intern/extern)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13. Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
15. Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. Dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schuleschwänzen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. Unselbstständigkeit/mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19. Unzulänglicher Umgang mit lebenspraktischen Problemen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. Auffälligkeiten im Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21. Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22. Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
23. Suizidale Tendenzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
24. Angstproblematik	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25. Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
26. Relative Leistungsschwäche in der Schule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27. Teilleistungsschwäche (z. B. Lesen/Rechnen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28. Schulangst (z. B. massive Prüfungsängste)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
29. Unzulängliche schulische oder berufliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
30. Sonstige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorie 3 *ungünstiges Freizeitverhalten* beschreibt sowohl einen inneren Rückzug der Jugendlichen, als auch besondere Aktivitäten, die gefährlich oder schädlich sein können. Hierzu gehören:

- auffälliger Rückzug, Kontaktmangel (z.B. im eigenen Zimmer verkriechen)
- völlige Interesselosigkeit
- Drogenbeschaffung oder -handel
- S-Bahn-Surfen

Hinweis: Drogenkonsum wird unter Kategorie 6 *Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch* kodiert und geht nicht zwangsläufig mit ungünstigem Freizeitverhalten einher.

2.3 Durchführung der Maßnahmen

2.3.1 Interventionsformen (Tabelle 14)

Inhalte / Quellen: Die Tabelle 14 listet wichtige Kategorien sozial- und psychotherapeutischer Maßnahmen auf. Die Angaben sind vor allem den Entwicklungsberichten zu entnehmen.

Tabelle 14: Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen	ja	nein
1. Familientherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Kunsttherapeutische Angebote	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Erlebnispädagogische Angebote (Reisen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Antiaggressions- und Antigewalttraining	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Sozialtraining /Soziale Gruppen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. sonstiges _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Da in den therapeutischen Einrichtungen i.d.R. Gruppengespräche, Elterngespräche angeboten und durchgeführt werden, sollen hier nur besondere therapeutische Interventionen erfasst werden. Die Maßnahmen müssen nicht innerhalb der therapeutischen Wohngemeinschaften durchgeführt werden.

2.3.2 Compliance (Tabelle 15)

Tabelle 15: Kooperation / Compliance	ja	nein
1. Regeleinhaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Terminvereinbarungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Akzeptanz der Ziele	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Interessen an therapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. positive Beziehung zum Personal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Kooperatives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Einlassen, Offenheit, Bereitschaft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2.3.3 Andere Maßnahmen (Tabelle 16)

Tabelle 16: Andere Maßnahmen	ja	nein
1. Krisenkonferenz(en)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Klinikaufenthalt (Psychiatrie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Klinikaufenthalte (körperliche Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. andere Medikamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Beurlaubungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Schulbefreiungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Krankschreibungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Verwarnungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Sonstige Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2.4 Abschluss der Maßnahmen

2.4.1 Veränderungen der Probleme (Tabelle 17)

Inhalte / Quellen: Die Tabelle 17 beschreibt mögliche Veränderungen der Probleme, die mit der Tabelle 13 erfasst wurden. Die Informationen sollen aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 17: Veränderungen der Probleme	+	?	-
1. mangelnder Realitätsbezug (Dissoziation)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Unzulänglicher Umgang mit Behinderung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Mangelnde Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Auffälligkeiten im Essverhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Körperliche Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13. Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. Regelverletzungen (intern/extern)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
15. Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. Dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schuleschwänzen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19. Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. Unselbstständigkeit/mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21. Unzulänglicher Umgang mit lebenspraktischen Problemen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22. Mangelndes/undifferenziertes Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
23. Auffälligkeiten im Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
24. Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25. Selbstverletzung/-beschädigung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
26. Suizidale Tendenzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27. Ängste/Panikattacken (z. B. vor Tod, Kontrollverlust)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28. Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
29. Relative Leistungsschwäche in der Schule	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
30. Teilleistungsschwäche (z. B. Lesen/Rechnen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
31. Schulangst (z. B. massive Prüfungsängste)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
32. Unzulängliche schulische oder berufliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
33. Sonstige	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Kodierregeln:

- Wird aus dem letzten Bericht deutlich, dass das umschriebene Problem sich positiv verändert hat, wird der Bereich mit "+" kodiert.
- Wird aus dem letzten Bericht deutlich, dass das umschriebene Problem sich verschlimmert hat, wird der Bereich mit "-" kodiert.
- Wird der Problembereich im letzten Bericht nicht angesprochen oder wird keine Veränderung berichtet, dann wird der Bereich mit "?" kodiert.

Inhaltlich entsprechen diese Problemkategorien den Angaben, die in der Tabelle 13 erfasst wurden.

2.4.2 Art der Beendigung (Tabelle 18 und Tabelle 19)

Inhalte / Quellen: Beide Tabellen (Tabelle 18 und Tabelle 19) nehmen Bezug auf den Abschluss der Maßnahme. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 18: Art der Beendigung	ja	nein
1. abgestimmt, planmäßig beendet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. abgebrochen aufgrund ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
a. ... Initiative Kostenträger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b. ... Initiative Jugendlicher	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c. ... Initiative Sorgeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d. ... Initiative Einrichtung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e. ... Inhaftierung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Tabelle 19: Bei Abbruch bitte Gründe nennen.		
1. Verschlimmerung der Problematik	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. aktuelle Vorkommnisse (neue Partnerschaft)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. falsche, aus fachlicher Sicht nicht ausreichende Hilfe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. eine weniger intensive Hilfe ist ausreichend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. fehlende Mitarbeit des Jugendlichen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. fehlende Mitarbeit des Jugendamtes (z.B. Kosten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Die Kategorien schließen sich nicht aus, Mehrfachkodierungen sind möglich. Wenn die Maßnahme abgebrochen wird (Tabelle 18, 2), soll sowohl die Initiative zum Abbruch, als auch Gründe, die zum Abbruch geführt haben, kodiert werden.

Beispiele: Eine Jugendliche, die sich verliebt und zu ihrem Freund zieht, bricht die Maßnahme ab, wenn eindeutige Bedenken von Seiten des Therapeutenteams geäußert werden. Kodiert wird der Fall durch Bestätigung der Kategorie **abgebrochen** und als **Initiative des Jugendlichen** (Tabelle 18). Des Weiteren wird die Kategorie **aktuelle Vorkommnisse /neue Partnerschaft** bestätigt (Tabelle 19).

2.4.3 Geplante Maßnahmen nach Beendigung (Tabelle 20 und Tabelle 21)

Inhalte / Quellen: Beide Tabellen (Tabelle 20 und Tabelle 21) erfassen Anschlussmaßnahmen. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 20: Geplante berufliche / schulische Situation nach Beendigung der Maßnahme	ja	nein
1. Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Gelegenheitsjobs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Ausbildung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Berufsvorbereitende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

5. Schule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. arbeitslos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. entfällt (z.B. noch schulpflichtig)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. unbekannt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Tabelle 21: Geplante Anschlusshilfen	ja	nein
1. §19 KJHG Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. §30 KJHG Erziehungsbeistand, Betreuungshilfe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. §31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. §34 KJHG Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. §35 KJHG Intensive sozialpäd. Einzelfallbetreuung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. §35a KJHG Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. §53 /54 SGB XII Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. §67ff SGB XII besondere soziale Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. offene Beratung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. ambulante psych. Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. Psychiatrie, stationär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Nachbetreuung §_____, _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13. andere §_____, _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2.4.4 Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe (Tabelle 22)

Inhalte / Quellen: Die Tabelle erfasst die neue Wohnsituation der Jugendlichen nach der Maßnahme. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 22: Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe	⊗
1. eigene Wohnung (Zimmer in WG)	<input type="radio"/> ₁
2. eigene Wohnung mit Partner/ -in	<input type="radio"/> ₂
3. bei leibl. Eltern oder einem Elternteil	<input type="radio"/> ₃
4. bei leibl. Eltern mit Partner/ -in	<input type="radio"/> ₄
5. bei anderen Angehörigen (z.B. Großeltern)	<input type="radio"/> ₅
6. bei Freunden / Freundinnen /Partner bzw. Partnerin	<input type="radio"/> ₆
7. stationäre Jugendhilfeeinrichtung (z.B. Jug. WG)	<input type="radio"/> ₇
8. Betreutes Einzelwohnen (Jugendhilfe)	<input type="radio"/> ₈
9. Lebensmittelpunkt Straße (Trebeang)	<input type="radio"/> ₉
10. Psychiatrie, stationär	<input type="radio"/> ₁₀
11. Flüchtlingshilfe / Asyl	<input type="radio"/> ₁₁
12. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	<input type="radio"/> ₁₂
13. Sonstige	<input type="radio"/> ₁₃
14. unbekannt	<input type="radio"/> ₁₄

Kodierregeln: Ist die Wohnsituation nicht stabil bzw. wechselhaft, so kann diese Situation unter "sonstige Wohnsituation" vermerkt werden und durch eine Anmerkung beschrieben werden.

Die Kategorie "Lebensmittelpunkt Straße (Trebeang)" wird nur vergeben, wenn diese explizit benannt wird und die betroffene Person nicht in Einrichtungen der Wohnungshilfe (z.B. Treberhilfe) untergekommen ist.

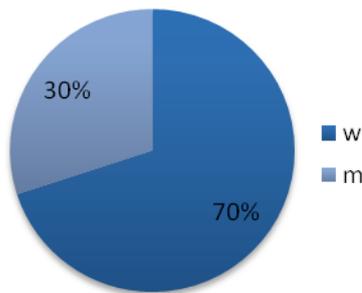
3 Literaturangaben

Dillinger, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.

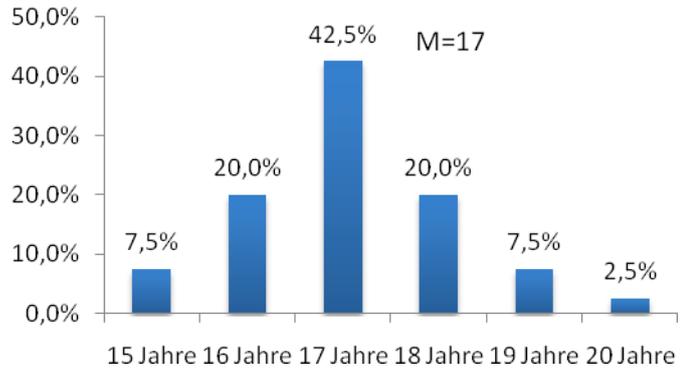
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Juli, 2008). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*. AWMF online. URL: <http://leitlinien.net/> [Zugriff: 15.07.2008]

Häufigkeitsdiagramme

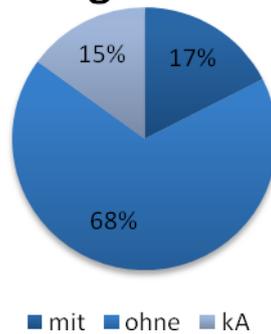
Geschlecht



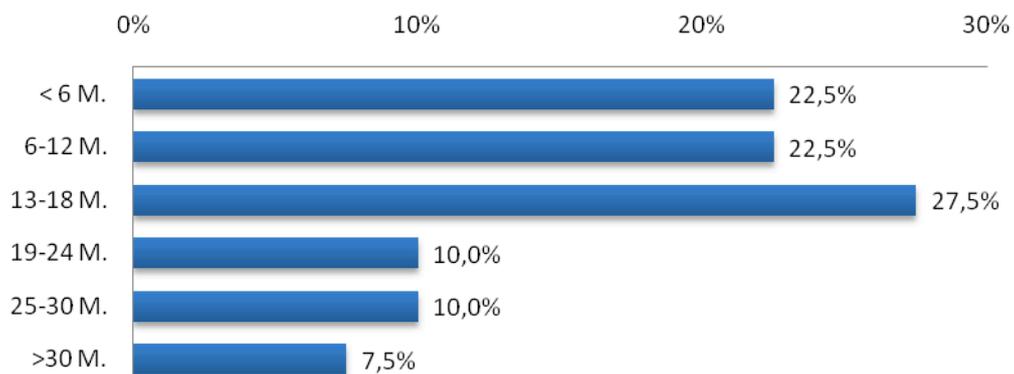
Altersverteilung bei Beginn



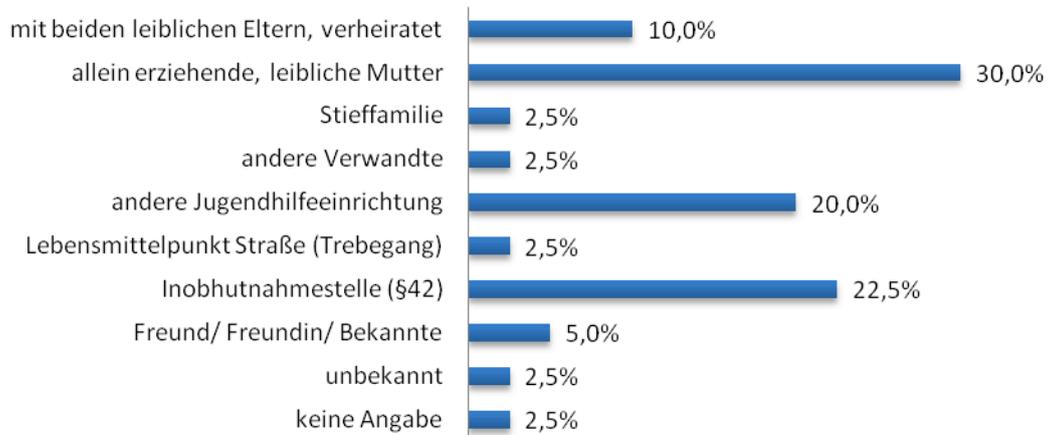
Migration



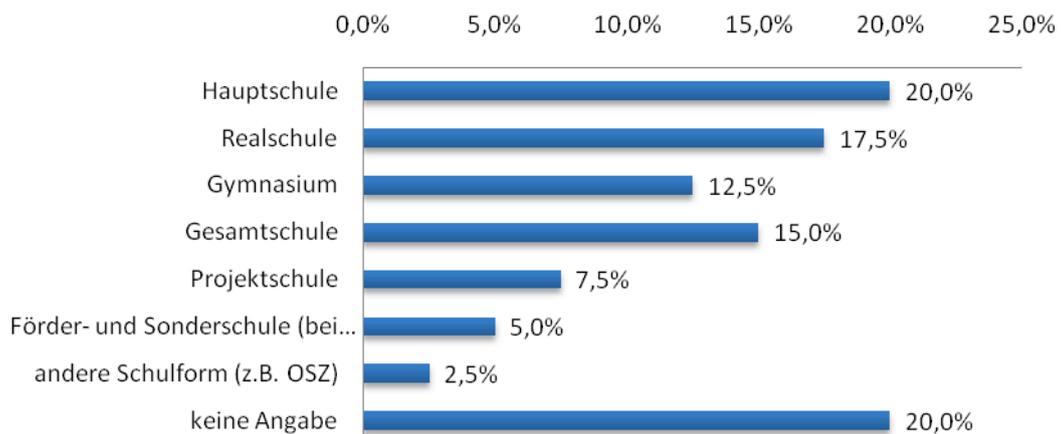
Dauer des Aufenthalts der Jugendlichen in Monaten



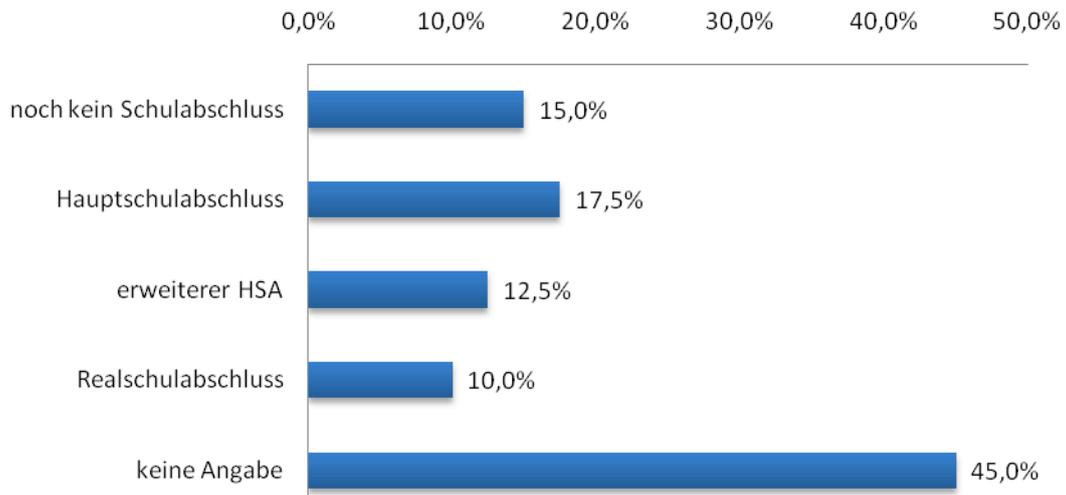
Zuletzt Wohnhaft (Aufenthalt)



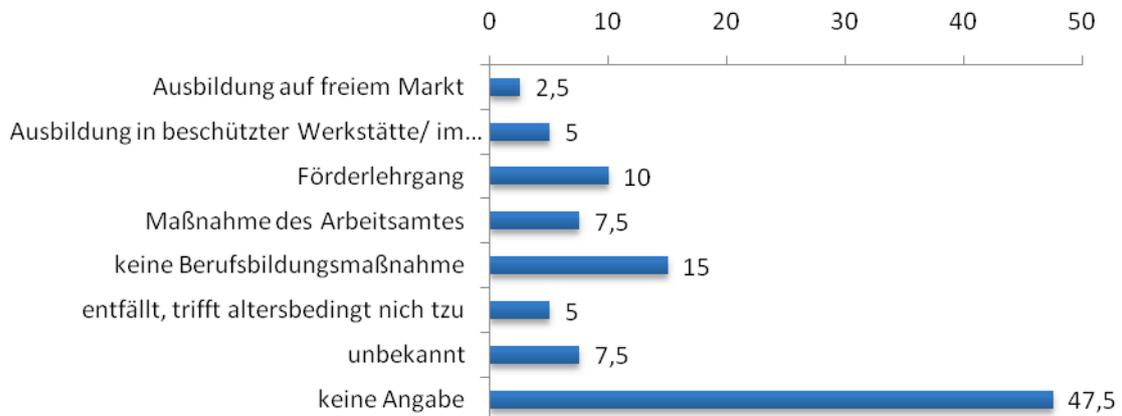
Zuletzt besuchte Schule



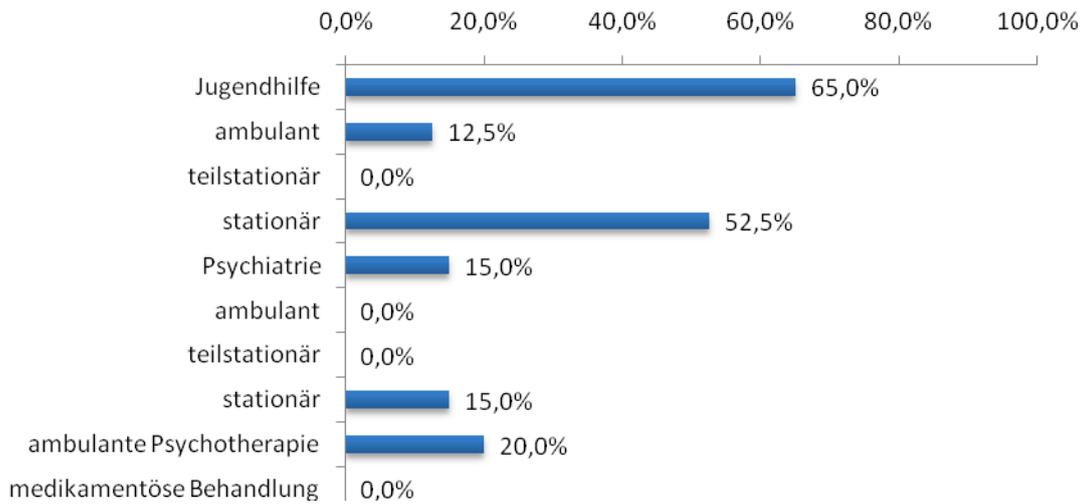
Höchster Schulabschluss



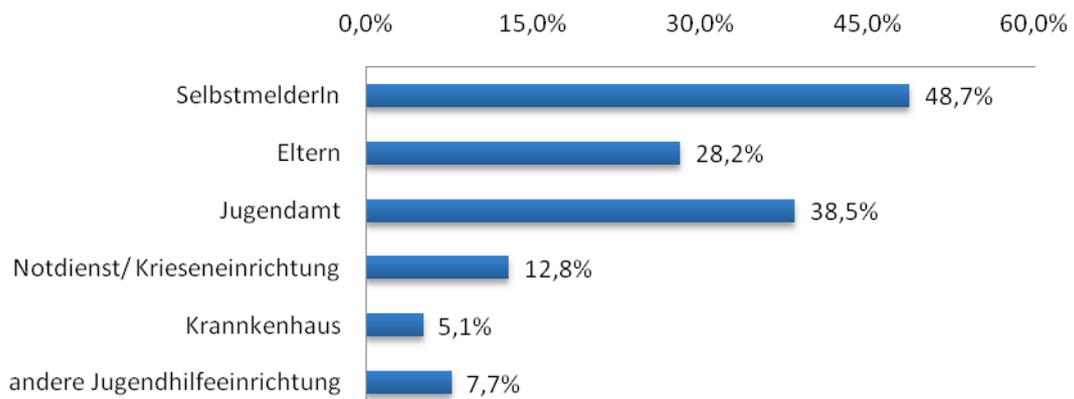
Berufsbildungsmaßnahme



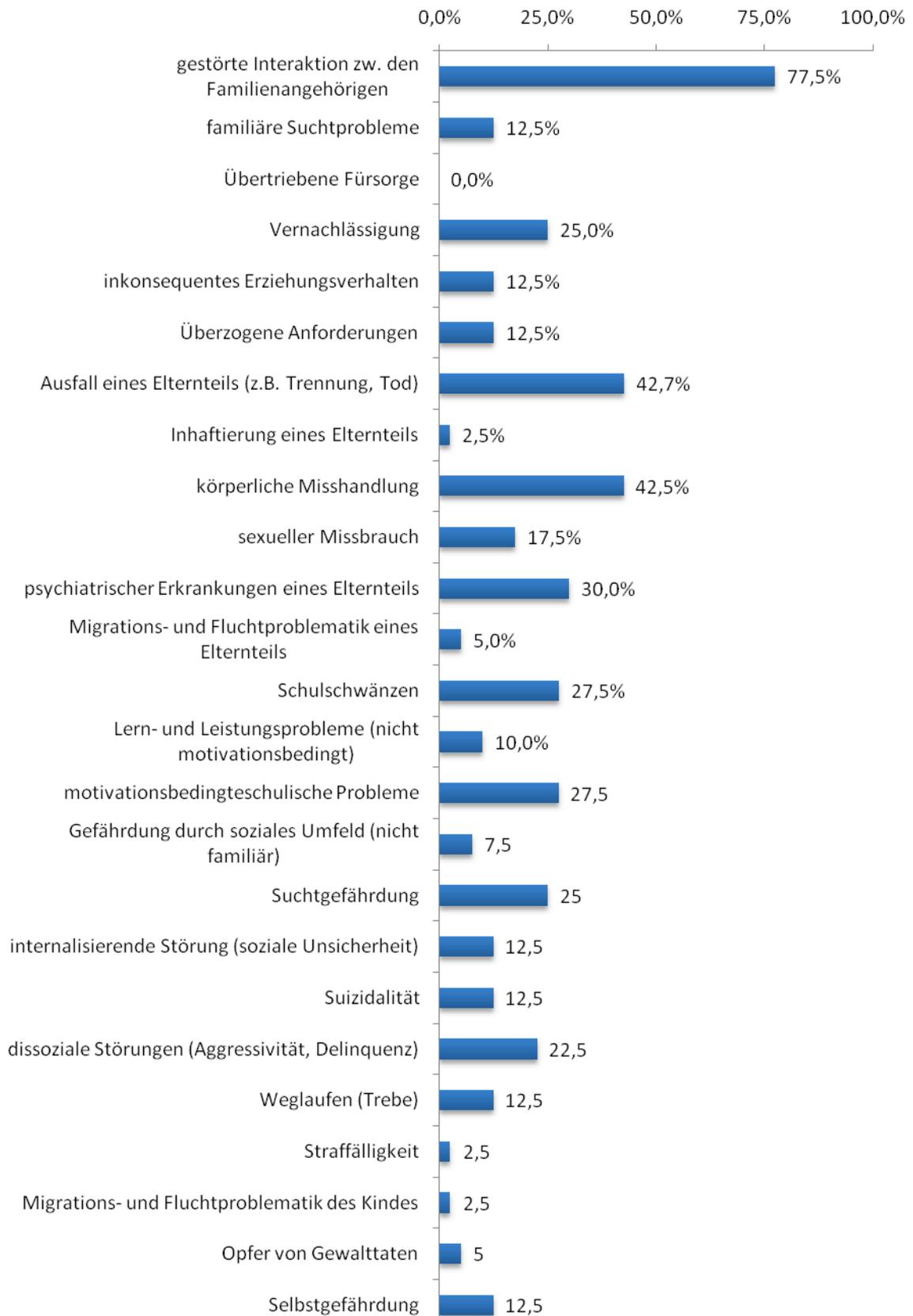
Bisherige Maßnahmen



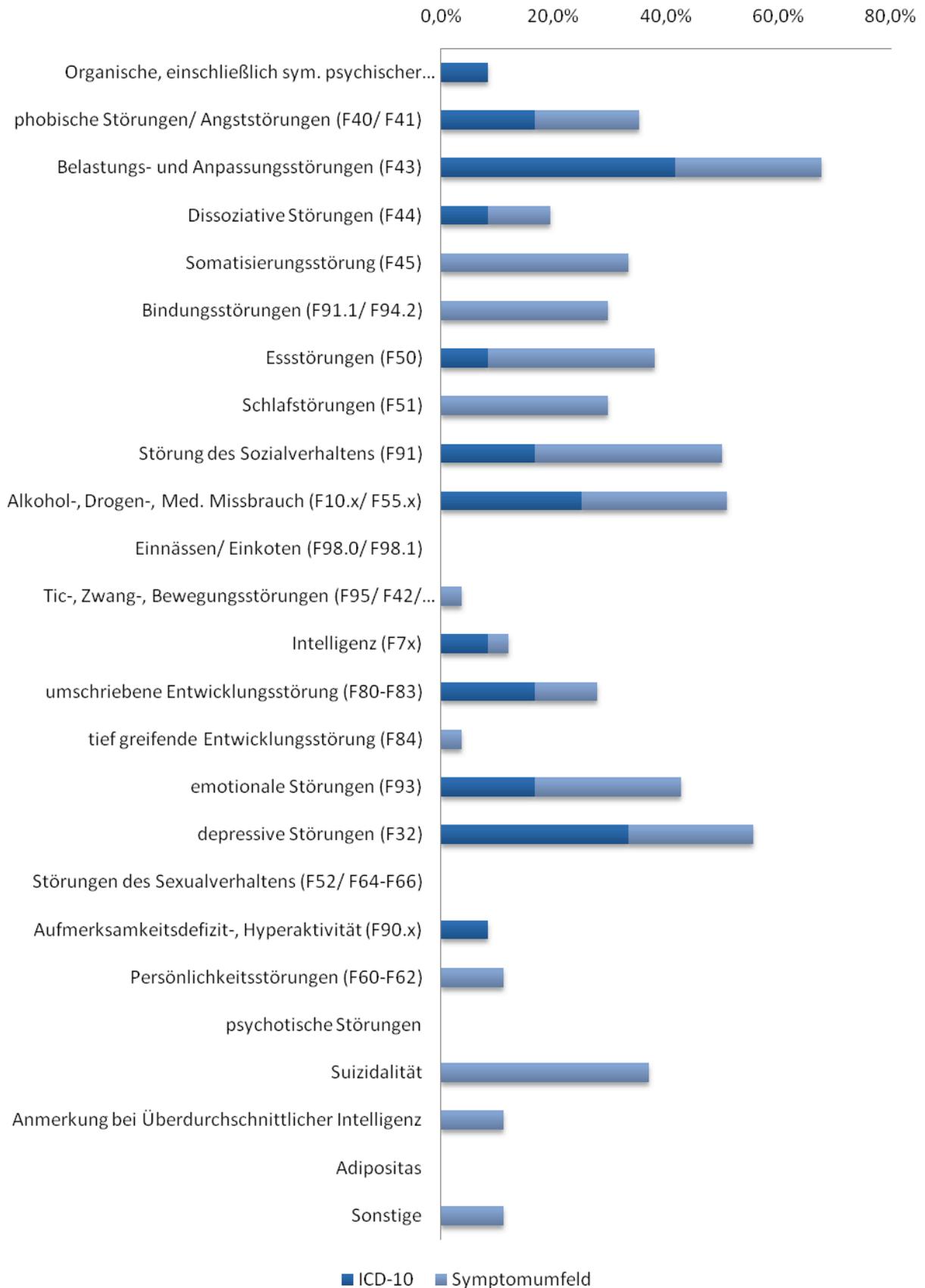
v6 Initiative zur Aufnahme



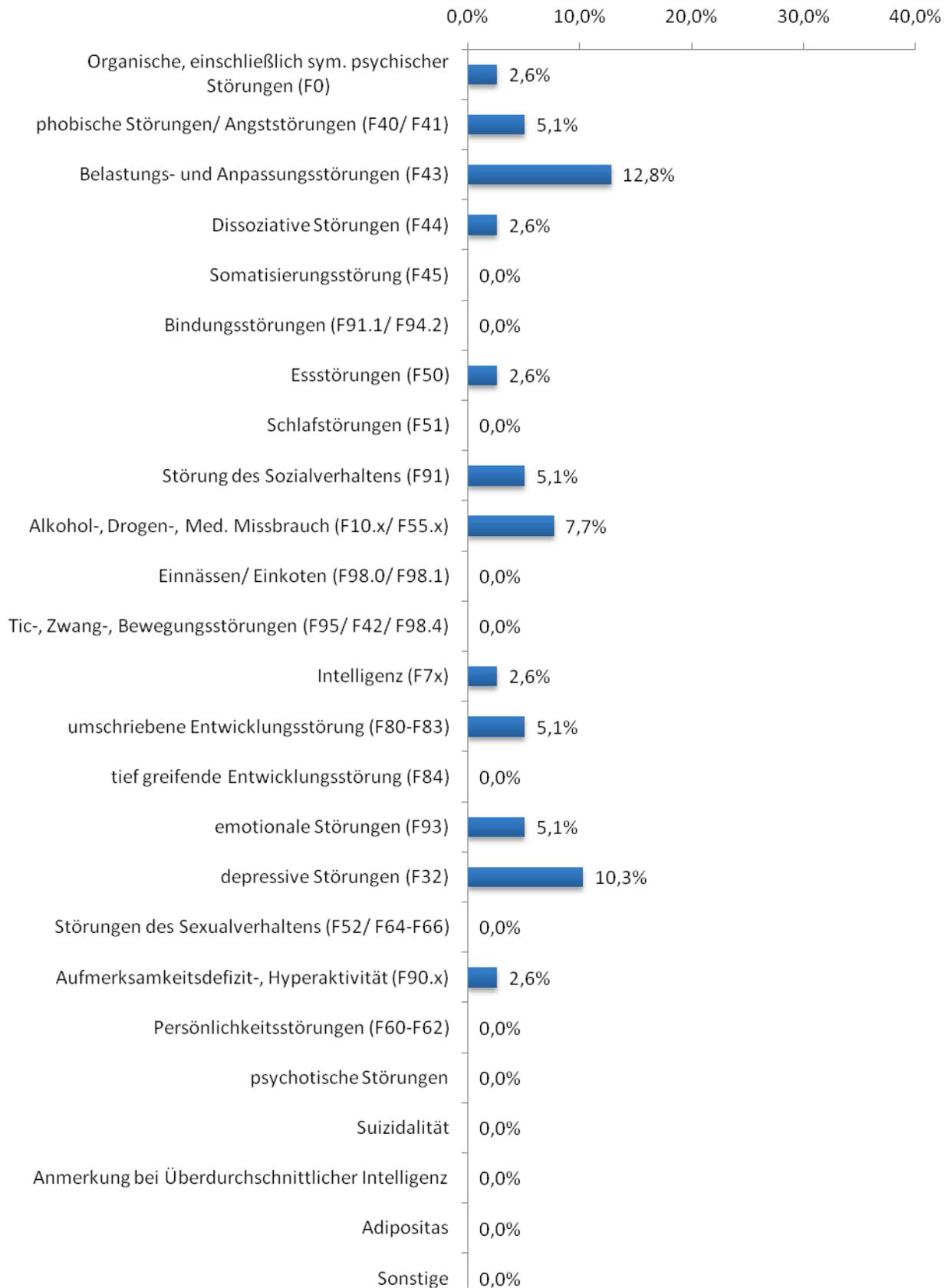
Gründe der Aufnahme



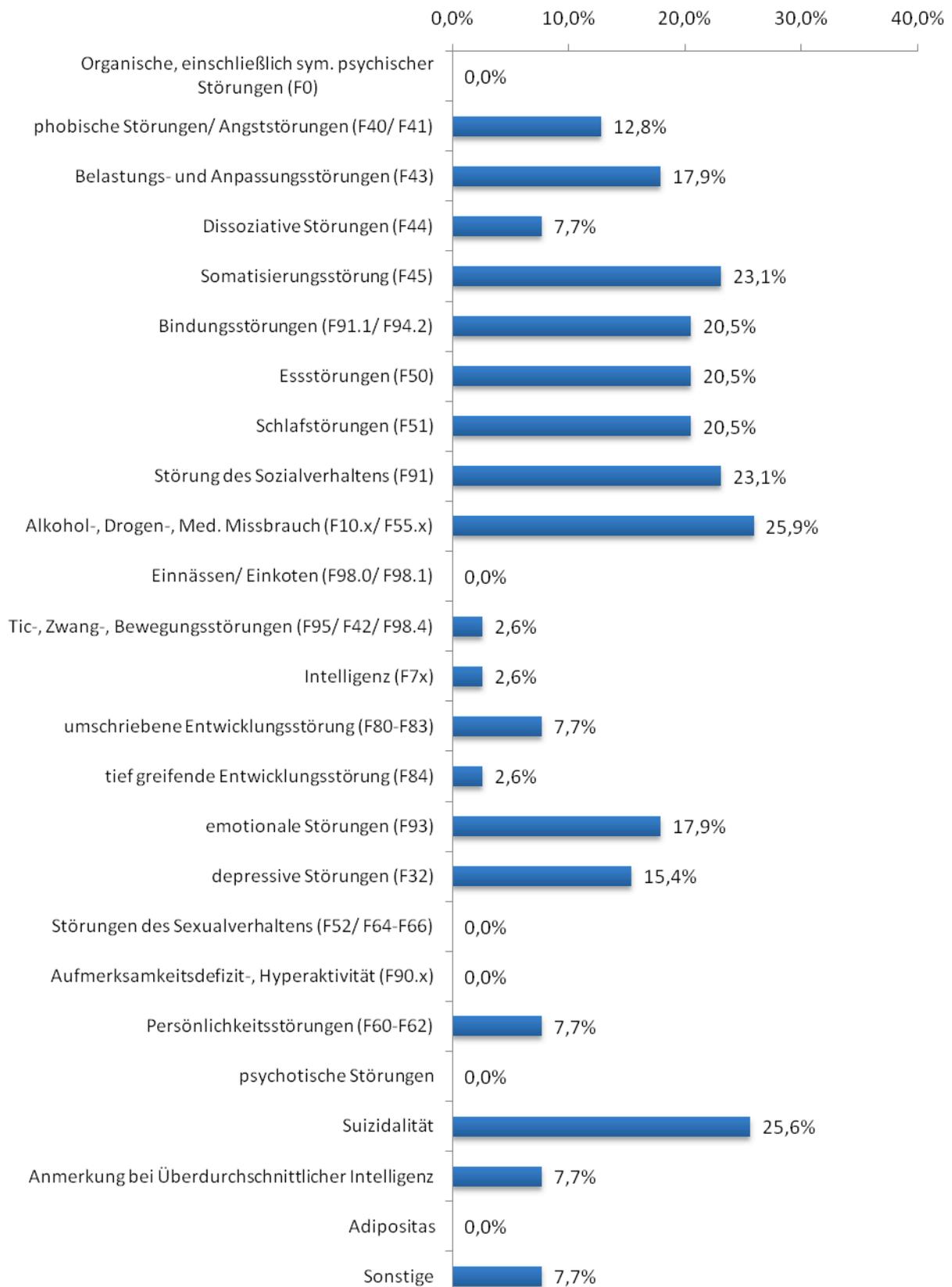
Diagnosen



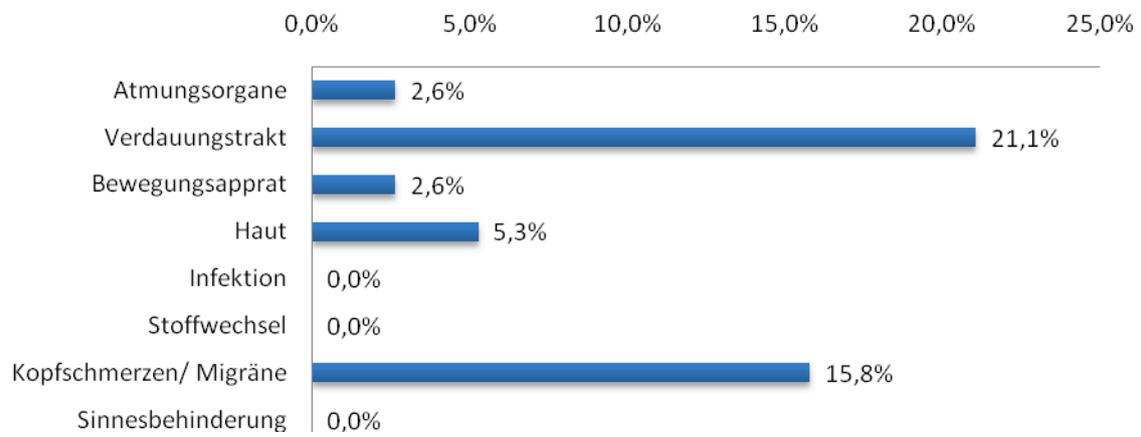
Diagnosen (ICD-10)



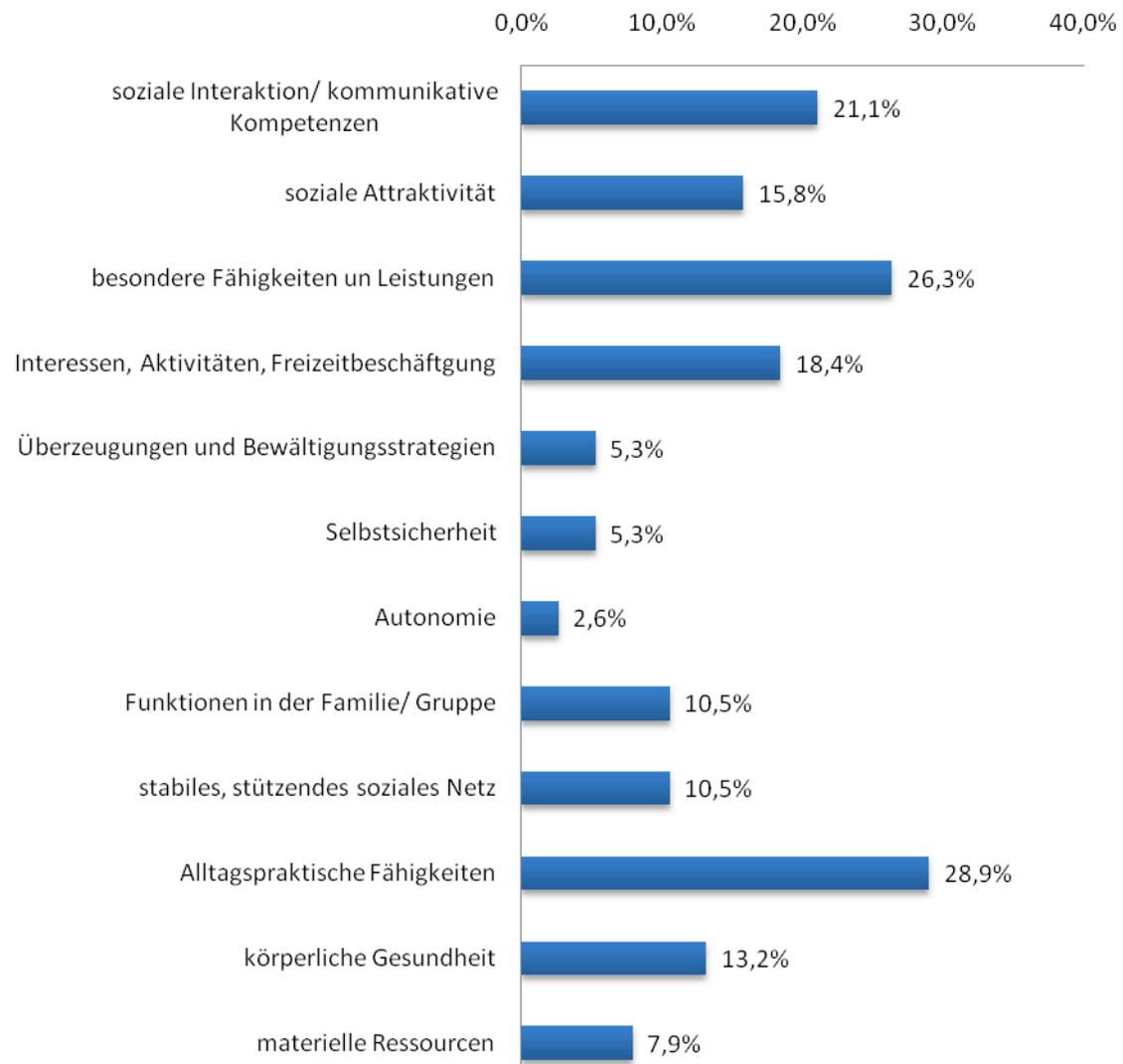
Diagnosen (Symptomumfeld)



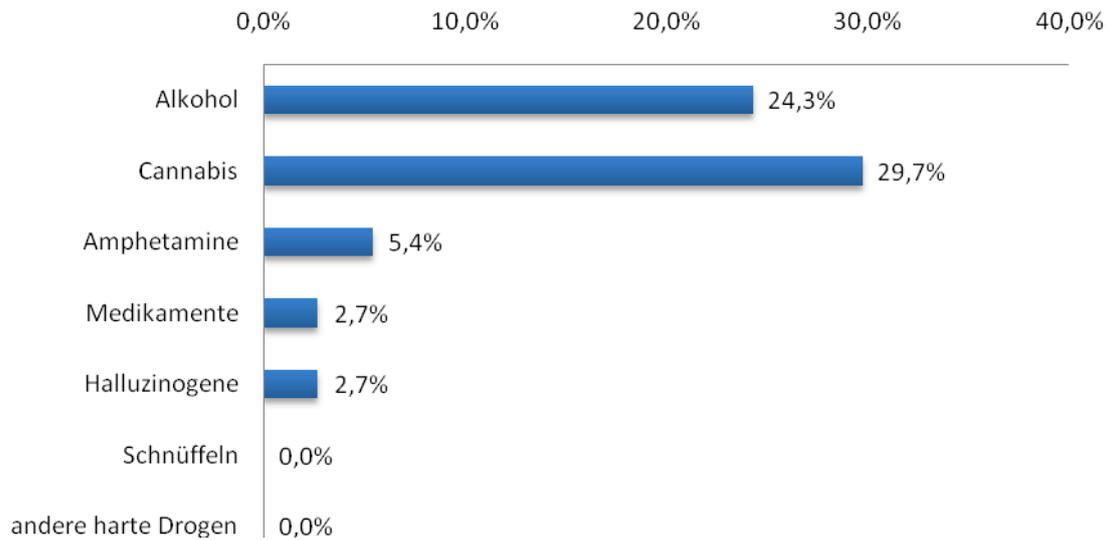
Krankheiten/Behinderungen



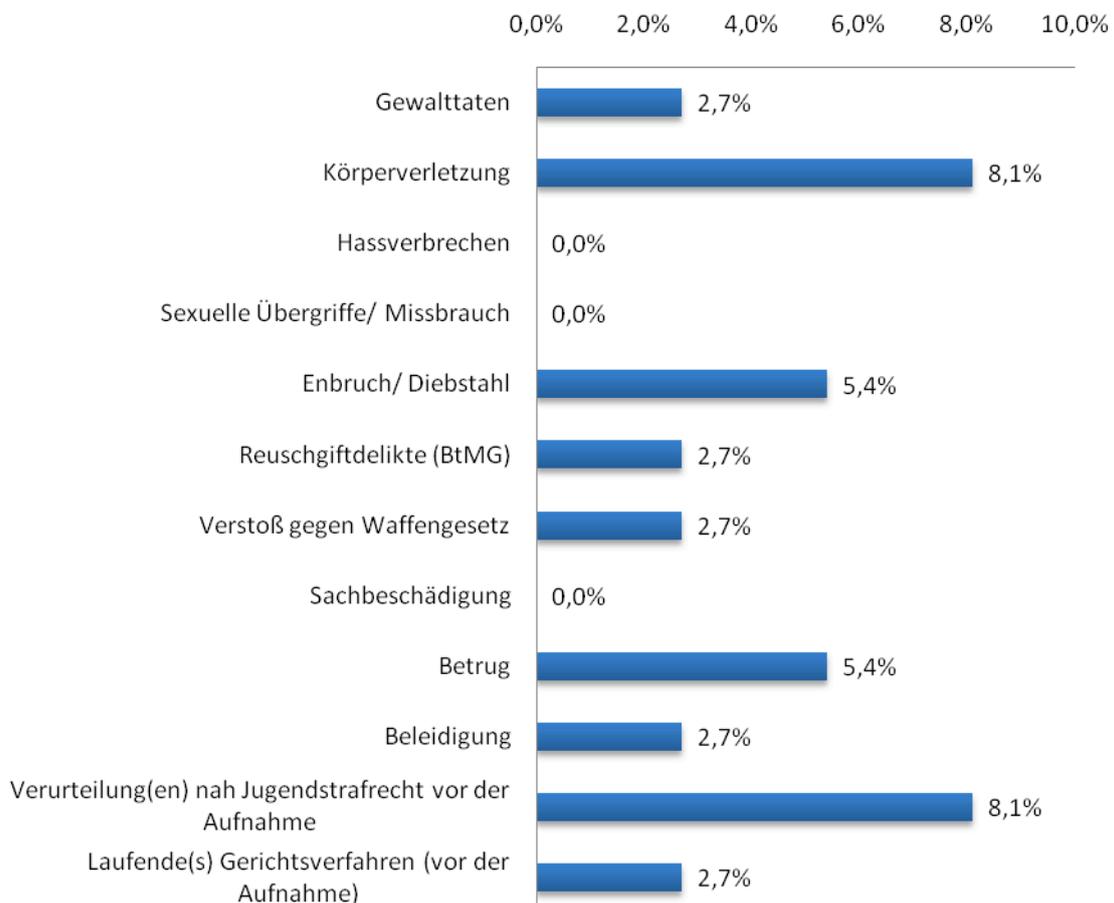
Ressourcen/ Schutzfaktoren



Drogenkonsum



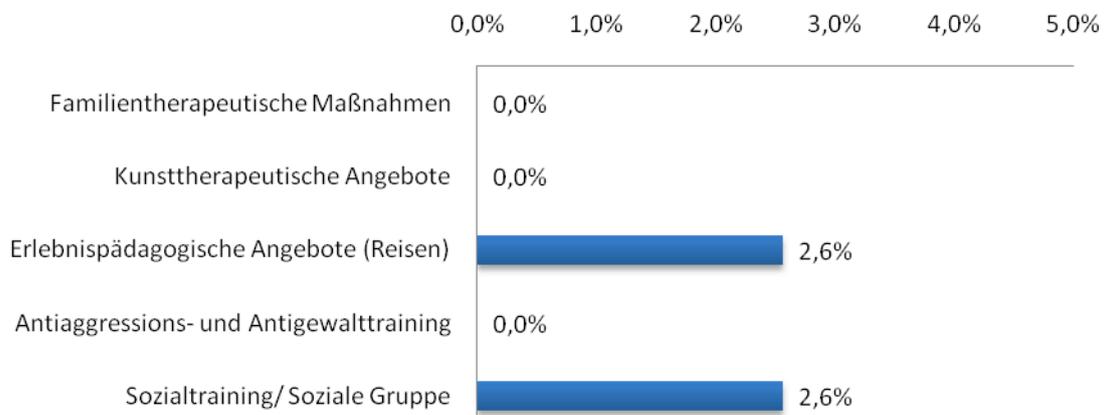
Polizeilich ermittelte Straftaten



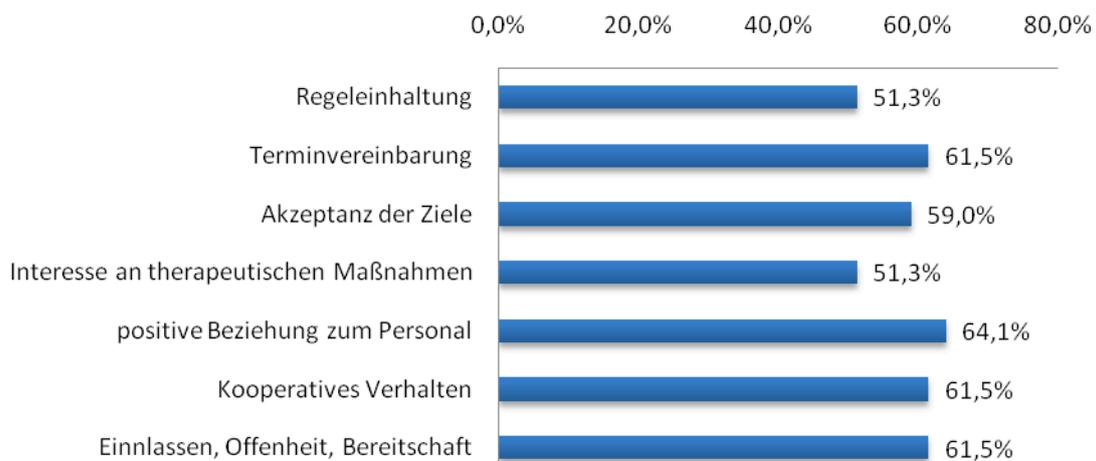
Interventionsbedürftige Probleme



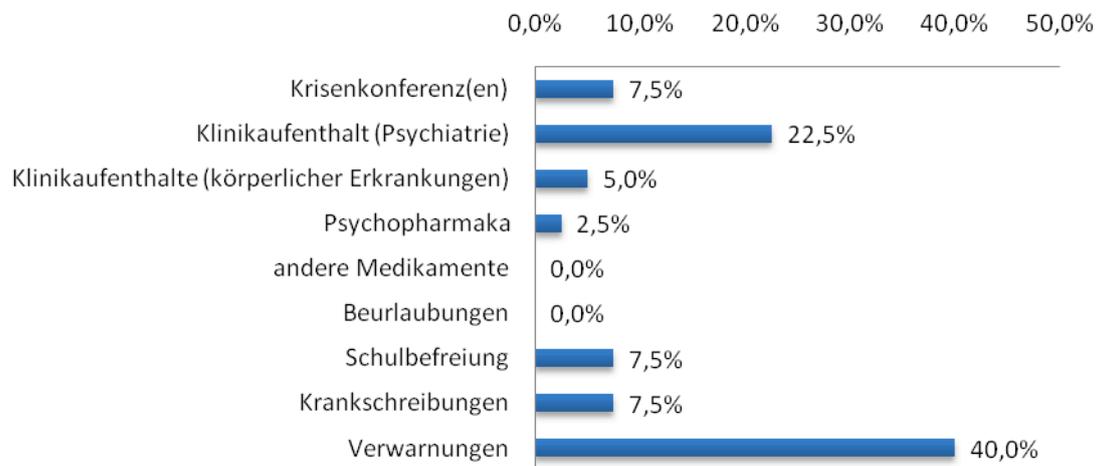
Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen



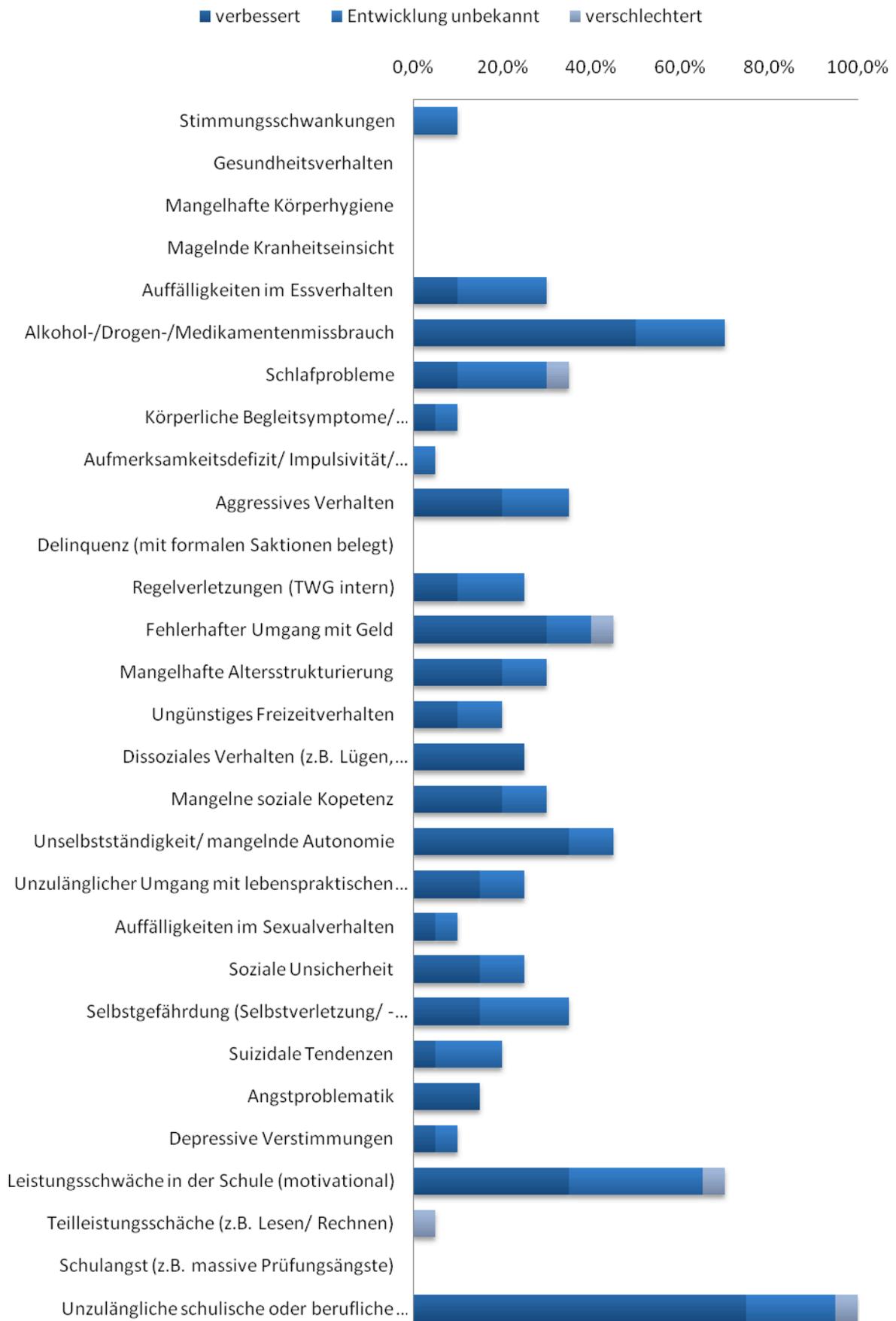
Kooperation/ Compliance



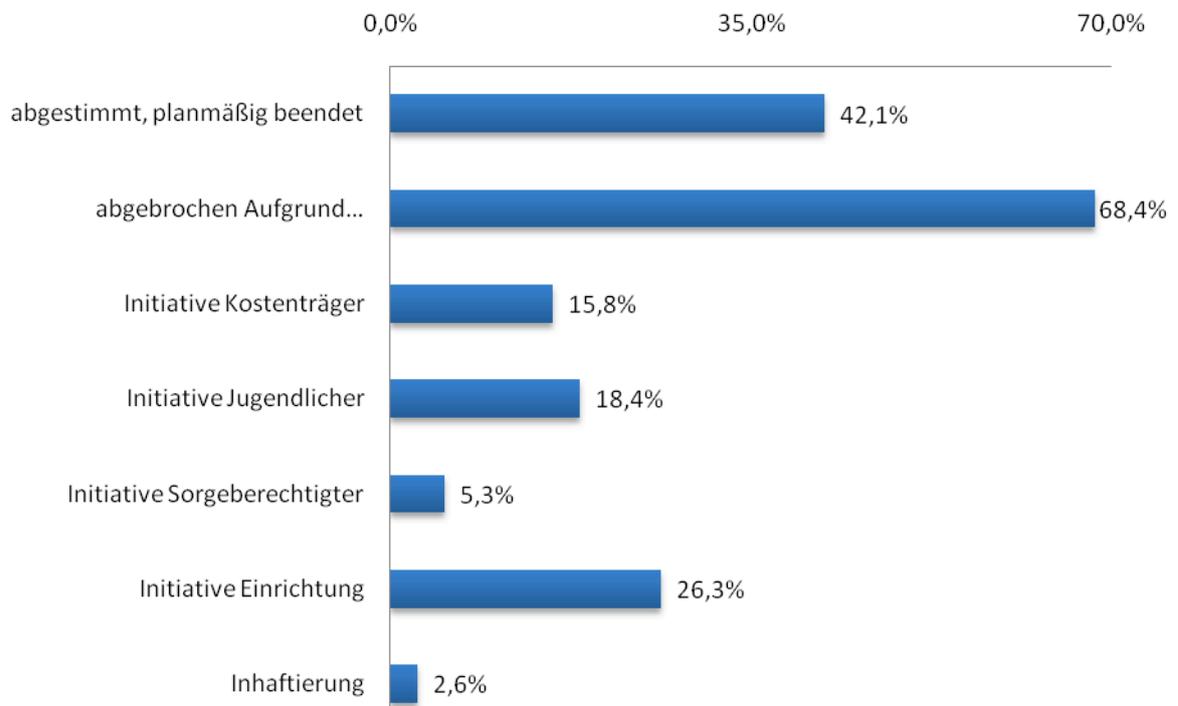
Andere Maßnahmen



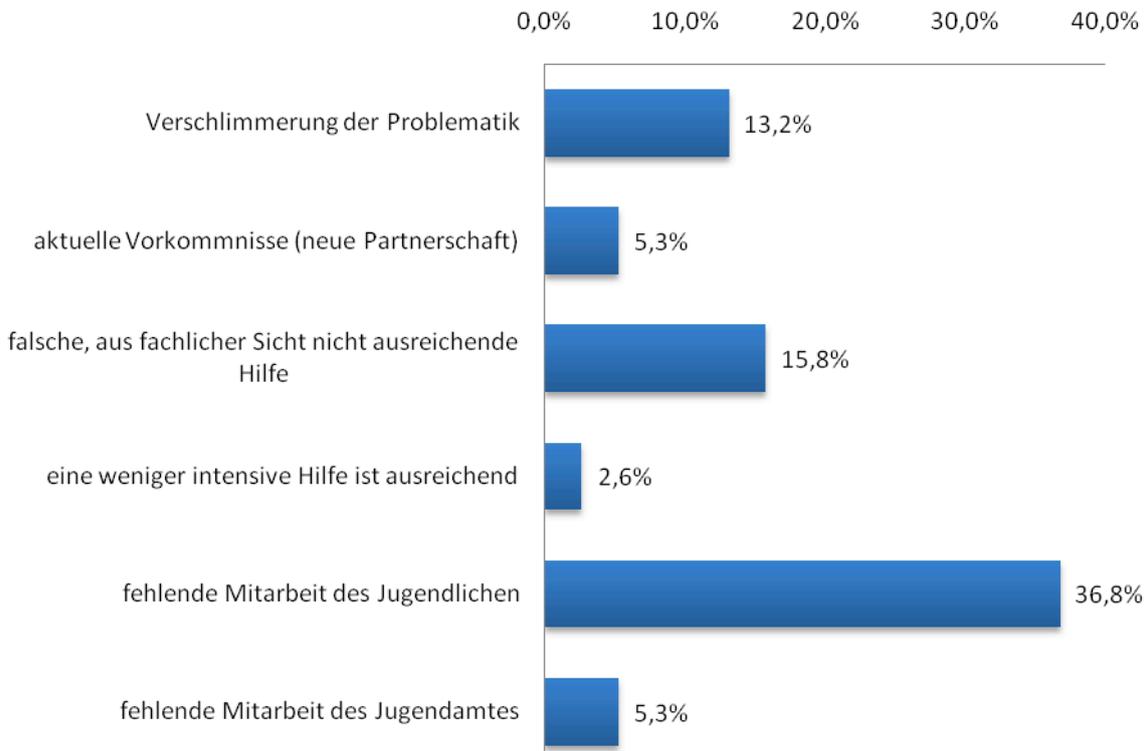
Veränderung der Probleme



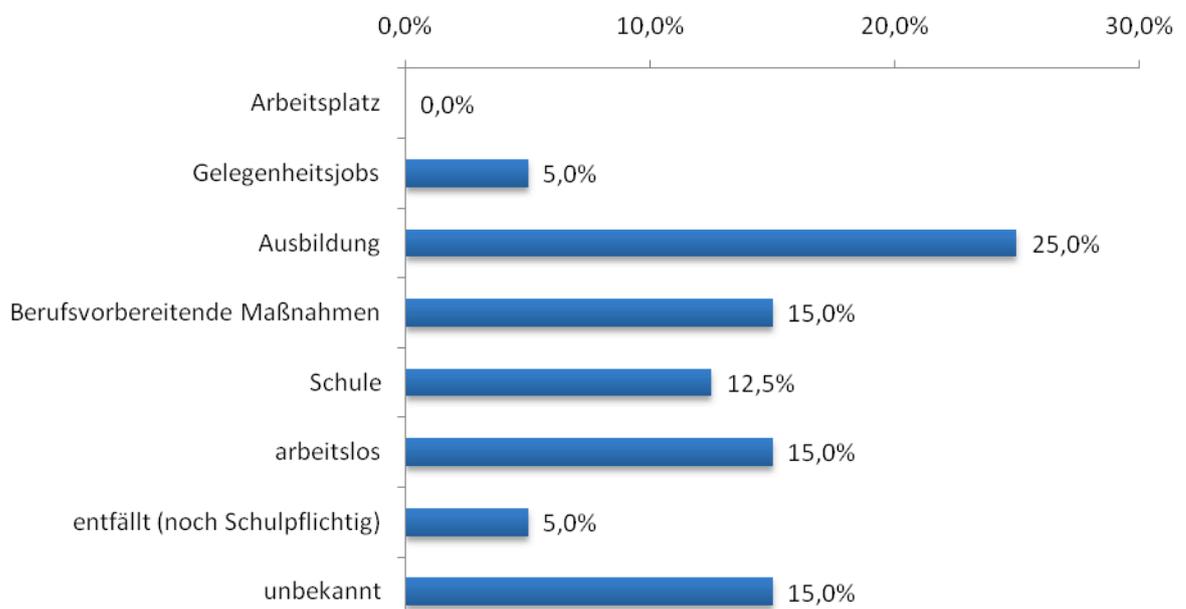
Art der Beendigung



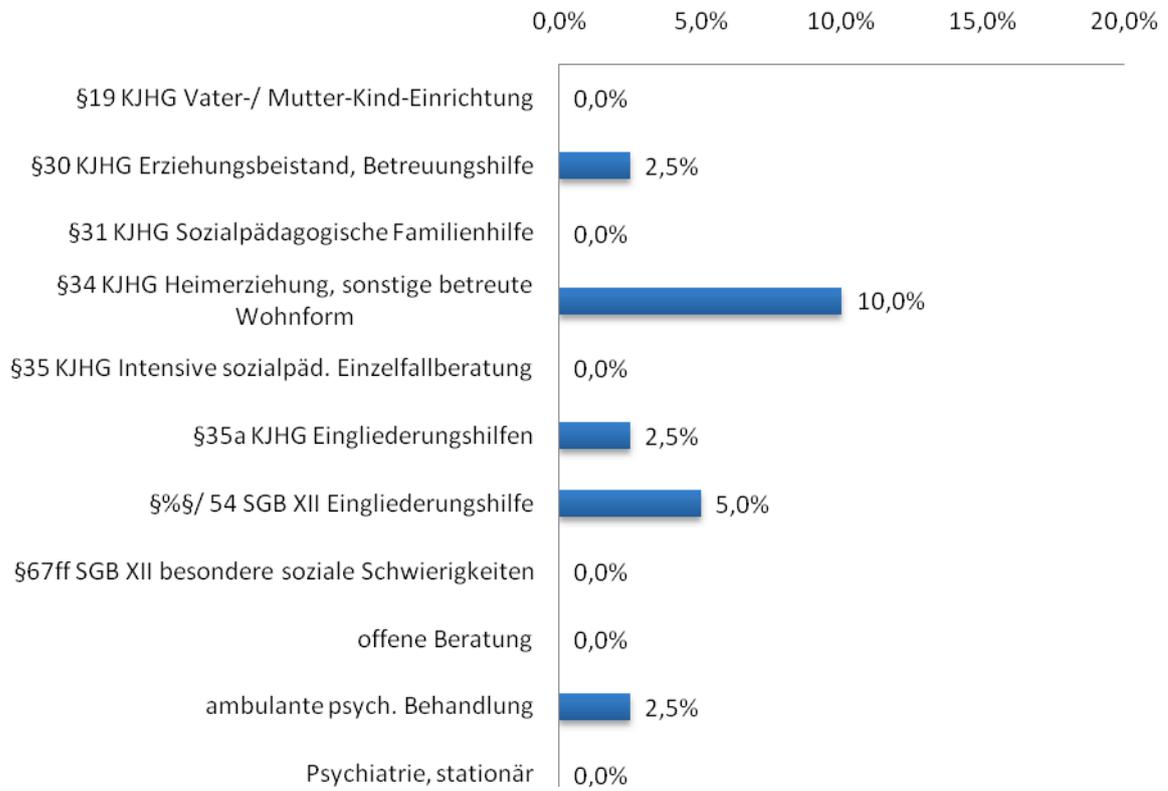
Gründe für Abbruch



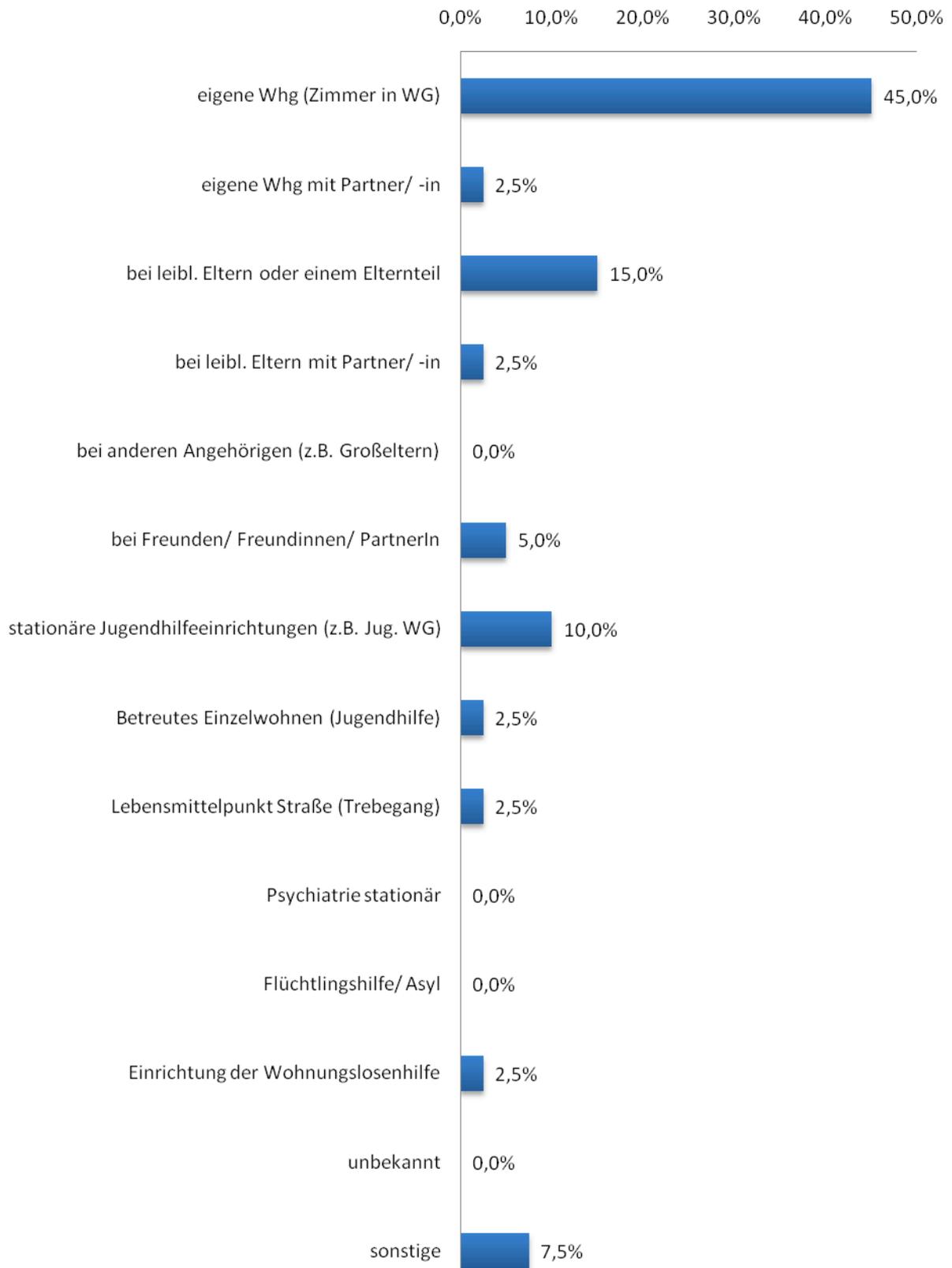
Geplante schulische/ berufliche Beendigung der Maßnahme



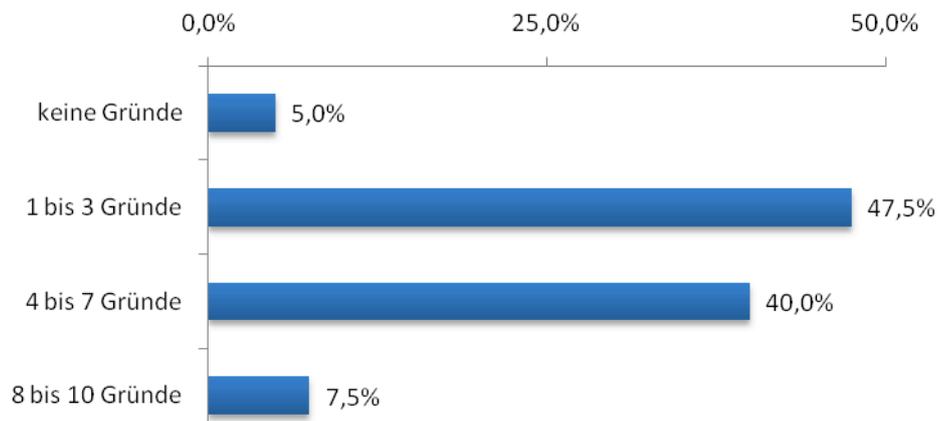
Geplante Anschlusshilfen



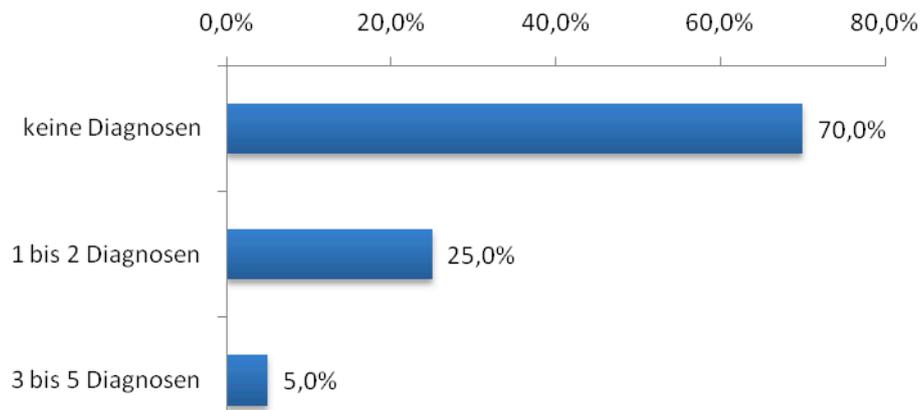
Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe



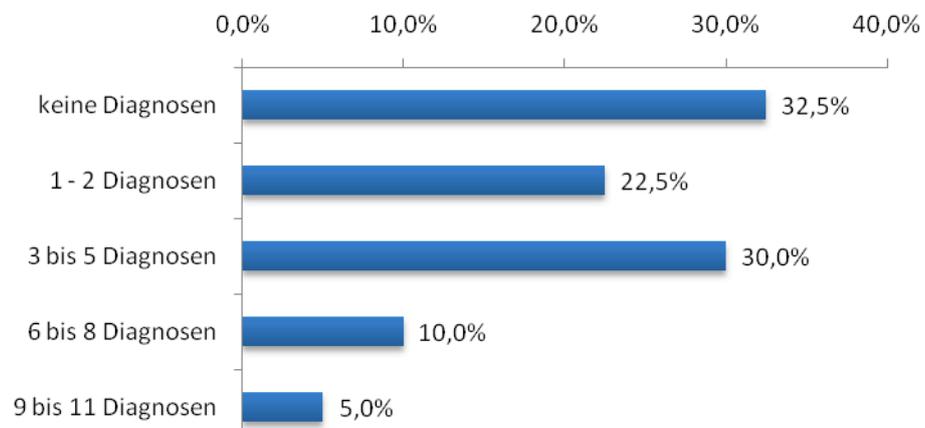
Anzahl Gründe der Aufnahme



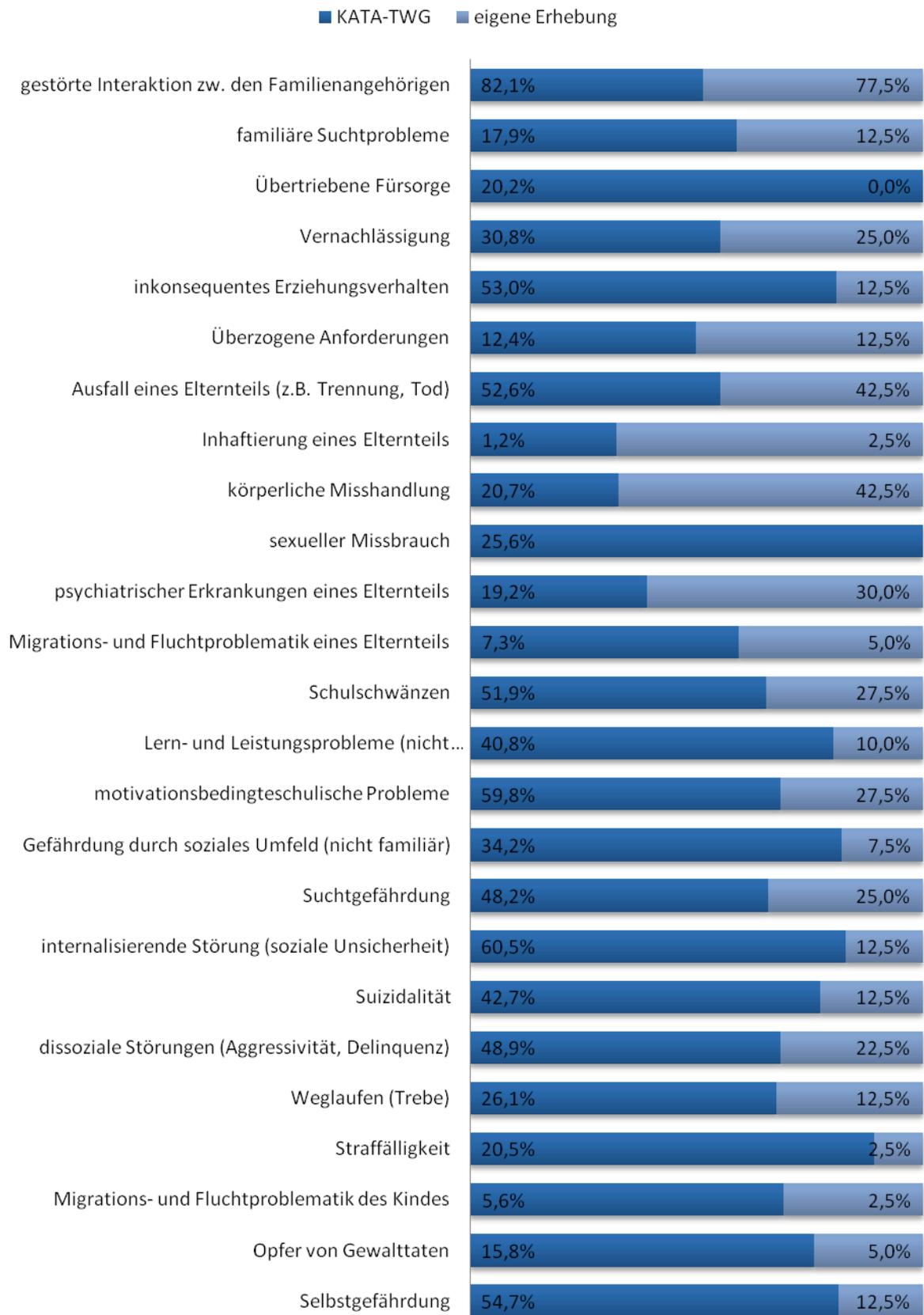
Anzahl Diagnosen ICD-10



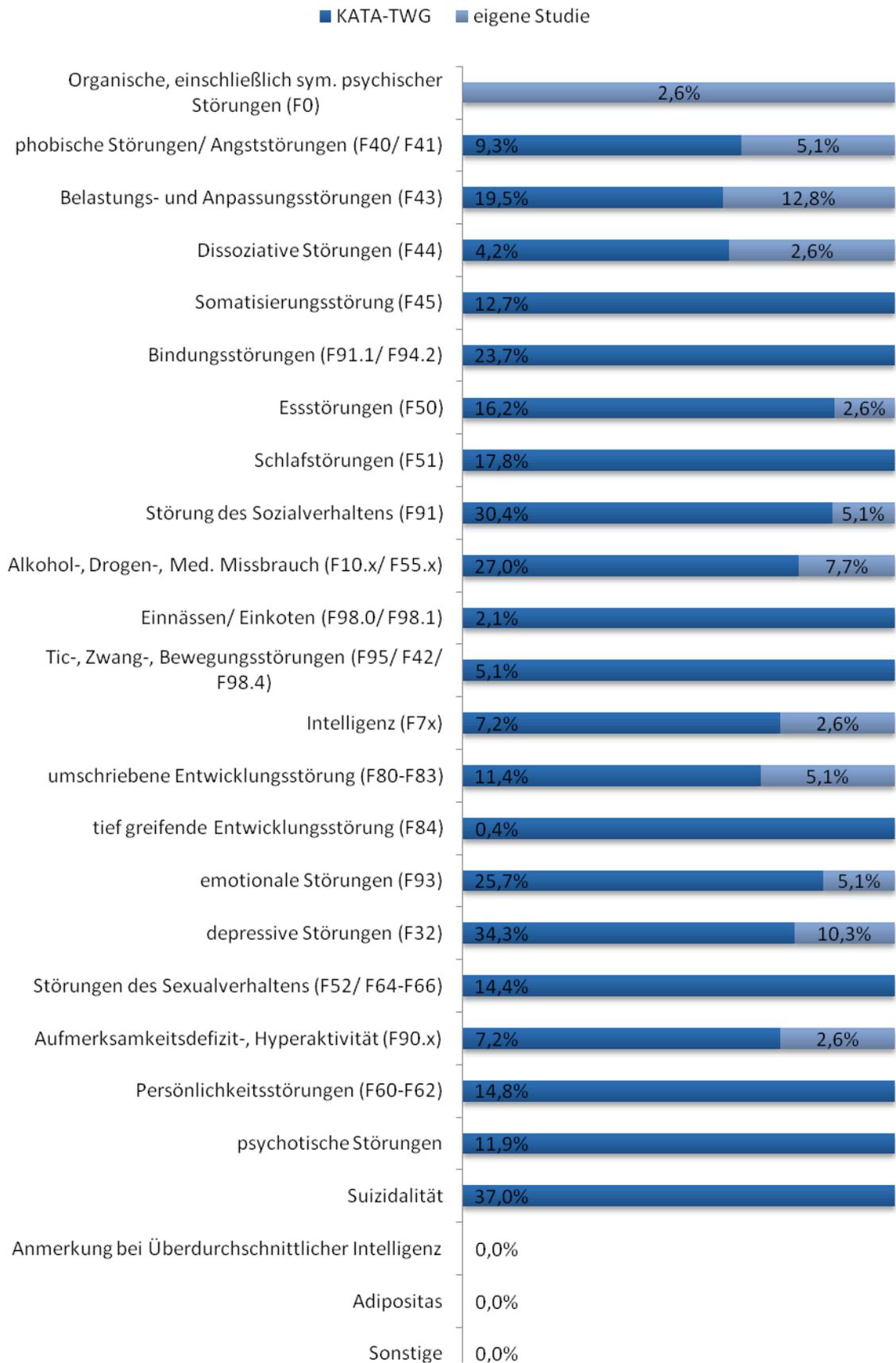
Anzahl Diagnosen Symptomumfeld



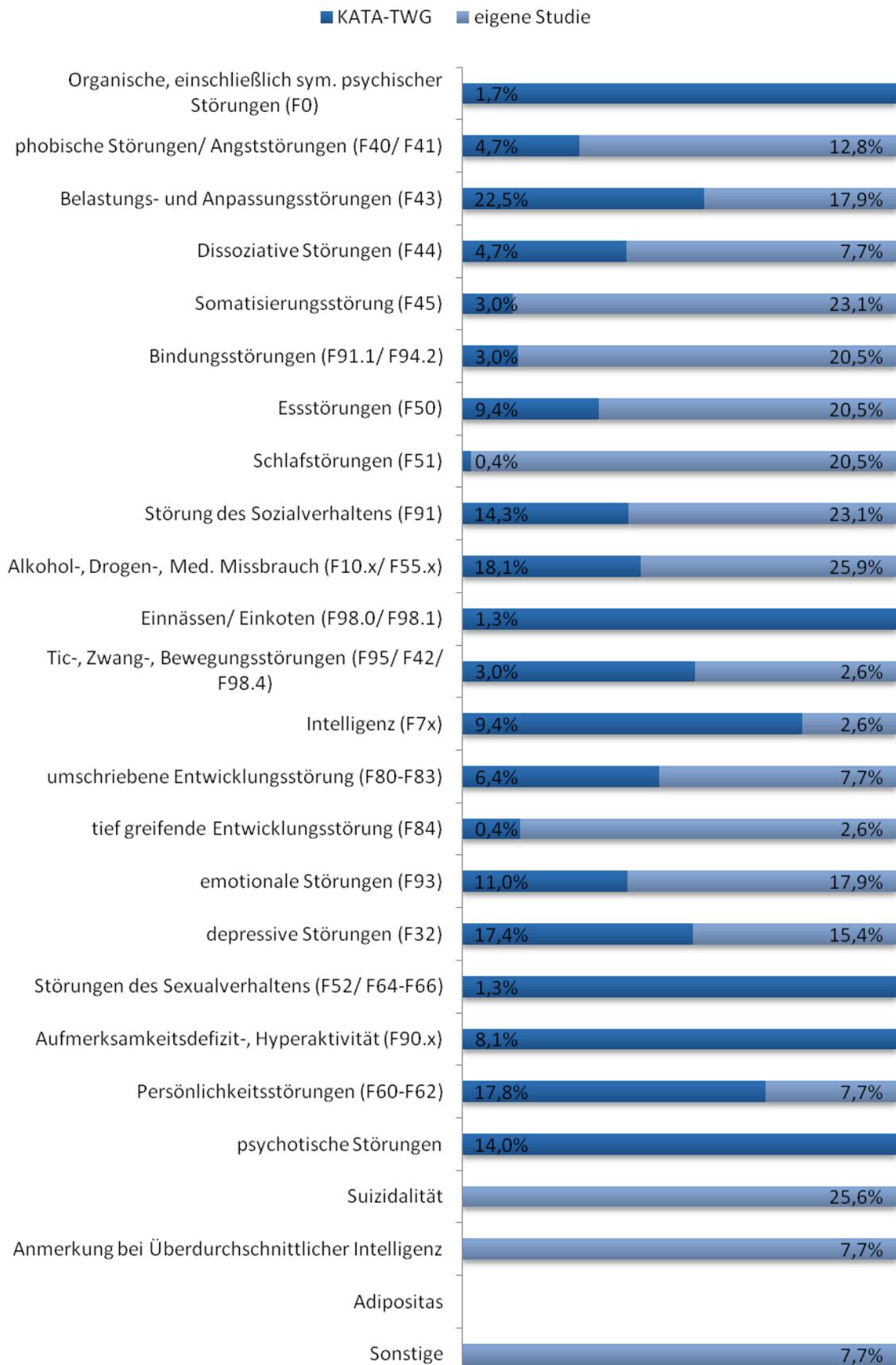
Vergleich: Gründe der Aufnahme



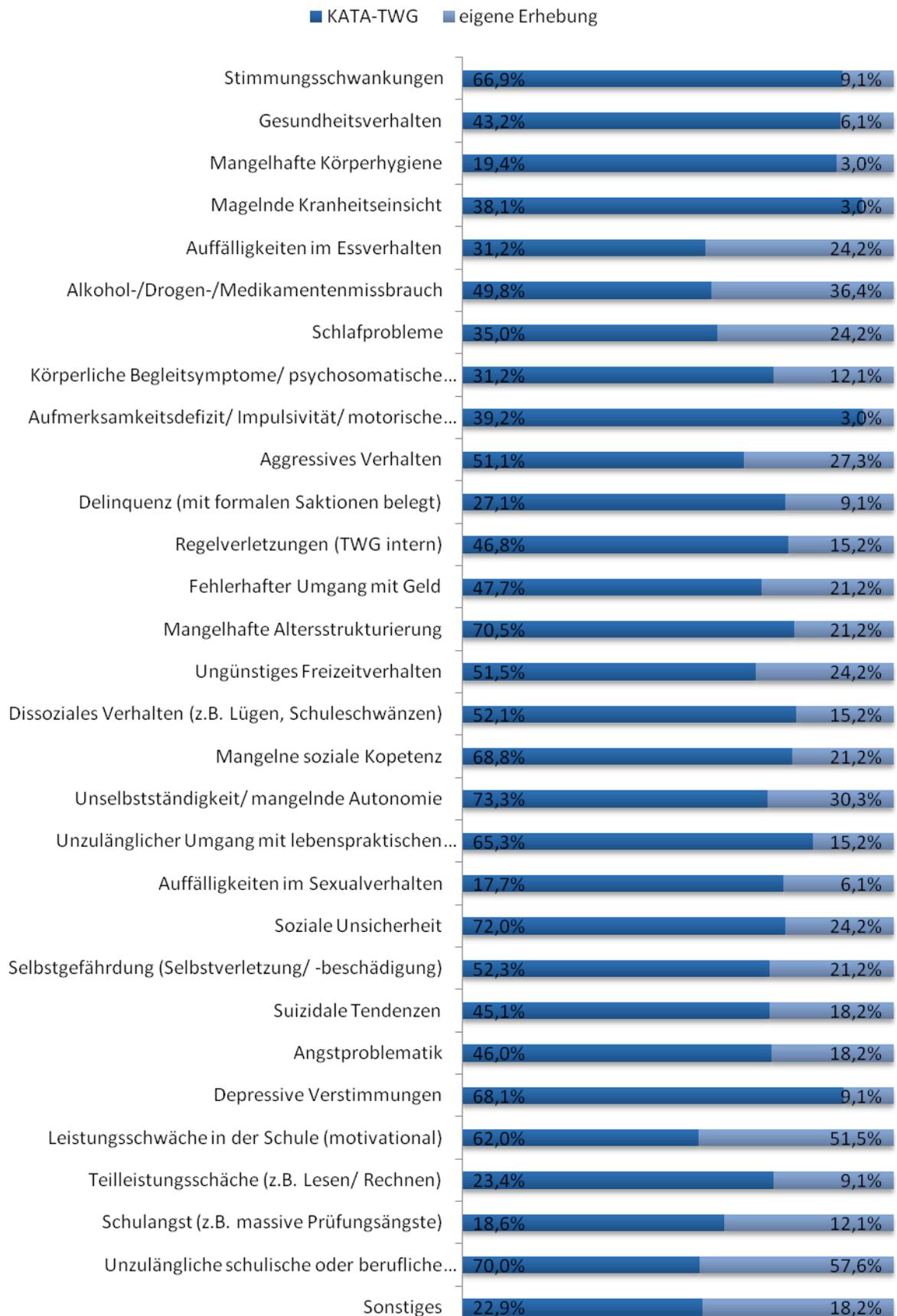
Vergleich: Diagnose ICD-10



Vergleich: Diagnosen Symptomumfeld



Vergleich: Interventionsbedürftige Probleme



Selbständigkeitserklärung

Ich, Jana Sabban, habe die vorliegende Masterthesis im Rahmen des Master-Studienganges Klinische Sozialarbeit, M.A. selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Berlin, 30.09.2009