

Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Trauma- und Beziehungsarbeit
in stationären Einrichtungen

Silke Gahleitner

AUSZUG des Kapitels Diagnostik

mit freundlicher
Genehmigung
des Verlags



Silke Birgitta Gahleitner

Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Trauma- und Beziehungsarbeit
in stationären Einrichtungen

Psychiatrie
Verlag 

Bestelldaten:

Silke Birgitta Gahleitner

Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen

© Psychiatrie Verlag, Bonn 2011

ISBN-Print: 978-3-88414-523-4

ISBN-PDF: 978-3-88414-756-6

Einleitung	7
Erik – eine »Jugendhilfekarriere« mit vielen Abbrüchen	12
Das »Therapeutische Milieu«	21
Bindungs- und Beziehungskompetenz im Betreuungsalltag	32
Traumasesensibilität als zentrale Problem- und Fachkompetenz	44
Die Vielfalt psychosozialer Vernetzungskompetenz	56
Die Praxis vor Ort: Trauma- und beziehungssensible Diagnostik in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit	74
Die Praxis vor Ort: Trauma- und beziehungssensible Intervention in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit	93
Abschließende Überlegungen: Anerkennung, Würde und Respekt als grundlegende Paradigmen der stationären Kinder- und Jugendarbeit	115
Danksagung	121
Anmerkungen	122
Literatur	123

Die Praxis vor Ort: Trauma- und beziehungsensible Diagnostik in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit

Zum Beispiel Nathalie

BEISPIEL
Nathalie (1)

Nathalie⁴ stammt aus einer Familie mit schwerer Alkohol- und Gewaltproblematik. Mehrere Kinder des Vaters aus vorherigen Beziehungen wurden durch das Jugendamt fremd untergebracht. Nathalie wuchs mit zwei jüngeren Schwestern und einem jüngeren Bruder bis zum 16. Lebensjahr bei den Eltern auf. Nathalie und ihre drei Geschwister leiden aufgrund des Alkoholmissbrauchs der Mutter während der Schwangerschaft unter einer angeborenen Alkohol-embryopathie und einer dadurch bedingten Intelligenzminderung. Nathalies Bruder weist eine Schädelfissur auf, vermutlich von einer frühen Misshandlung; die Mutter wurde wegen mehrerer ungeklärter Knochenbrüche im Krankenhaus behandelt. Die drei fremd untergebrachten Mädchen erzählen von zahlreichen aggressiven Ausbrüchen des Vaters, in denen er zunächst die Mutter, in der Folge jedoch auch die Kinder unkontrolliert schlug und mit Gegenständen z. T. gefährlich verletzte. Die Mutter sah sich außerstande, sich und die Kinder zu schützen, und gab die Verantwortung dafür bereits zu einem frühen Zeitpunkt an Nathalie ab. Nathalie hatte sich kurz nach der Entscheidung der nächstjüngeren Schwester, nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in die Familie zurückzukehren, gemeinsam mit ihrer anderen Schwester der Familientherapeutin anvertraut und kam mit 16 Jahren in die stationäre Jugendhilfeeinrichtung »Myrrha«.

Die sozialtherapeutische Mädchenwohngruppe »Myrrha« richtet ihr Angebot an Mädchen und junge Frauen, deren Entwicklung beim Verbleib in der Herkunftsfamilie nicht sichergestellt werden kann. Die Einrichtung war ehemals spezialisiert auf (sexuelle) Gewalterfahrung und wird zumeist in diesem Kontext belegt, in den vergangenen Jahren jedoch zunehmend auch mit Mädchen mit Bor-

derline-Problematiken und frühen Bindungsstörungen. In der Einrichtung wird ein Milieu geschaffen, das den Mädchen und jungen Frauen ermöglicht, sich psychisch zu stabilisieren, (Selbst-)Vertrauen zu gewinnen, realistische Lebensperspektiven für sich zu entwerfen und umzusetzen, ein konstruktives Krisenmanagement zu erlernen sowie ein Netz förderlicher sozialer Kontakte aufzubauen. Das Team besteht aus Sozialarbeiterinnen, Psychologen, Erzieherinnen, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und einer Kunst- und Kreativtherapeutin. Fast alle Mitarbeiter verfügen über fachspezifische Zusatzqualifikationen. Dies ermöglicht eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Jede Jugendliche hat »ihre« Bezugsbetreuung, d. h. jemand aus dem Betreuungsteam ist jeweils speziell für eine Jugendliche zuständig und pflegt mit ihr in regelmäßigen Gesprächen eine besondere Beziehung. Hier wird der Alltag umfassend pädagogisch begleitet und die gemeinsame Planung konkreter anstehender Schritte besprochen. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und eine Kreativtherapeutin unterstützen den Prozess. Geraten die Bewohnerinnen in Krisen, werden sie sowohl von der Bezugsbetreuung als auch vom Team unterstützt – sei dies nun im Rahmen der stationären Einrichtung selbst oder durch eine kurzzeitige Unterbringung in einer Kriseneinrichtung oder Klinik. Im Weiteren geht es darum, die Krise im geschützten psychotherapeutischen Setting zu reflektieren, mit der eigenen Biografie zu verbinden und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwerfen. Im Übergangsraum der Kreativtherapie werden Alltagssituationen mit therapeutischer Qualität aufgesucht und den Mädchen angeboten – durch Gruppenarbeitsangebote, jedoch auch situativ. Von der gesamten Einrichtung wird die Jugendliche gefördert und unterstützt, Strategien zu entwickeln und umzusetzen, um möglichen weiteren Krisen vorzubeugen bzw. sie zu meistern.

Wo dies möglich ist, wird mit den Familien der Bewohnerinnen zusammengearbeitet. Außerdem pflegt das Team in regelmäßigen Fallbesprechungen und kontinuierlicher Supervision interdisziplinären Austausch. Auch mit anderen Einrichtungen und Stellen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationären psychiatrischen Einrichtungen und Beratungsstellen arbeitet das Team zusammen. In den Hilfeforen, in denen die Erfahrungen, die alle Beteiligten mit den Jugendlichen gemacht haben, sowie die Einschätzungen bezüglich des Entwicklungsverlaufs zusammenfließen, wird die weitere Hilfeplanung gemeinsam festgelegt. Die Jugendlichen erleben und gestalten auf diese Weise unterschiedliche Beziehungsqualitäten: mit

den Peers, mit den Betreuerinnen und Betreuern, mit den Therapeutinnen und Therapeuten und mit der Leitungskraft. ✕

Im Folgenden wird am Beispiel von Nathalie das Vorgehen trauma- und beziehungsensibler Diagnostik und Intervention in der konkreten Handlungspraxis anhand mehrerer systematischer Schritte veranschaulicht.

Psychosoziale Diagnostik

Diagnose, ursprünglich aus dem Griechischen, bedeutet »Auseinanderkennen« der Merkmale eines Gegenstands, einer Person oder eines Systems. Ob wir das bewusst vorhaben oder nicht, im professionellen Alltag nehmen wir ständig Einschätzungen über »Gegenstandsbereiche von Personen« vor. Ob Kinder oder Jugendliche »so und so sind«, bei uns »das und das auslösen« – ständig formulieren wir dabei diagnostische Einschätzungen. Diagnostik in stationären Kontexten der Kinder- und Jugendarbeit ist dabei – entlang der oben erarbeiteten Kompetenzbereiche – in besonderer Weise verpflichtet, die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltagssituativen Dimensionen auszuleuchten. Zu einem selbstverständlichen Umgang mit Multiproblemlagen gehört daher ein interdisziplinäres und mehrdimensionales Vorgehen – auch in der Diagnostik.



Psychosoziale Diagnostik muss interdisziplinär und mehrdimensional erfolgen

Nur ein mehrdimensionales, interdisziplinäres Vorgehen wird ein bindungs- und traumasensibles Verständnis einer Situation, wie sie Nathalie erfährt, ermöglichen. Nur auf dieser Basis ist eine ebenso bindungs- und traumasensible Interventionsgestaltung zu planen. Bedauerlicherweise klafft im Diagnostikbereich ein besonders tiefer, als historisch zu begreifender Graben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Eine praxisnahe, interdisziplinäre Diagnostik sollte auf jeden Fall medizinische, psychologische und sozialpädagogische Wissensbestände nutzen. Wie jedoch kann eine für die Praxis brauchbare trauma- und beziehungsensible diagnostische Abklärung erfolgen? Wie kann sie lebens-, subjekt- und situationsnah bleiben? HEINER (im Druck) hat für diese mehrdimensionale Anforderung an psychosoziale Diagnostikprozesse die Begrifflichkeit »Diagnostisches Fallverstehen« geprägt. Im Folgenden soll am Beispiel von Nathalie ein Modell vorgestellt werden, das sich entlang dieser Logik gut eignet, die diagnostischen Kompetenzen aller

in stationären Kontexten arbeitenden Perspektiven einzubeziehen. Das Modell erlaubt, die verschiedenen Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt der Kinder- und Jugendlichen – gemeinsam und sinnverstehend zusammenzutragen (Abbildung 3).

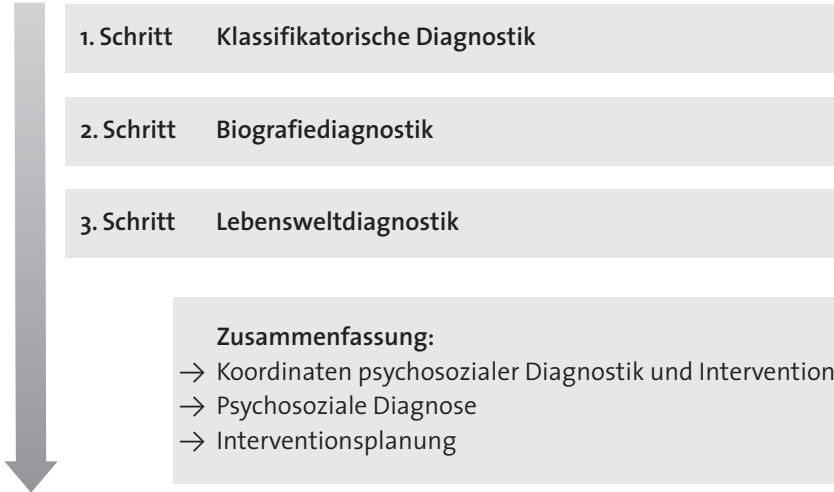


ABBILDUNG 3

Psychosoziale Diagnostik:
Ein Modell

Erster Schritt: Klassifikatorische Diagnostik

Voraussetzung für die Zuweisung zu den meisten stationären Hilfen für Kinder und Jugendliche ist in vielen Fällen die klassische psychopathologisch-psychiatrische Diagnostik. Auch wenn das Erstellen diagnostischer Einschätzungen oder Gutachten in der Regel an psychologische oder psychiatrische Kolleginnen und Kollegen delegiert wird, ist es unabdingbar für jede interdisziplinäre Zusammenarbeit und jedwede Berufsgruppe innerhalb der Jugendhilfe, sich in den Systemen zurechtzufinden sowie diese Diagnostik nachvollziehen, anwenden und auch kritisch hinterfragen zu können. Nur so kann kategoriale Diagnostik sinnvoll in den weiteren Hilfeprozess eingebettet werden.

Klassifikatorische Diagnostik gibt Einteilungen vor, um Symptome jeweils einer oder mehreren Diagnosen zuordnen zu können und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Standardisierte Klassifikationssysteme zur medizinischen und psychiatrischen Diagnostik wie das International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO (2008), das in Deutschland genutzt wird, werden in internationalen Konsensgemeinschaften erarbeitet und erhalten dadurch überregionale Verbindlichkeit. In der Entstehung der Kategorien



Klassifikatorische Diagnostik

spielen Normalitätskonstruktionen eine große Rolle – ein Umstand, der berechtigterweise Kritik hervorruft (vgl. z. B. SCHULZE 2008). Inzwischen wurden jedoch auch Klassifikationssysteme für die stärkere Einbeziehung sozialkritischer Dimensionen entwickelt (für die Jugendhilfe s. u.; für Behinderung vgl. u. a. ICF, SCHUNTERMANN 2007; für Lebenslagen vgl. u. a. PIE, KARLS & WANDREI 1994).



Einbeziehung
biografisch-sozialer
Aspekte mithilfe
von MAS

Im Kinder- und Jugendbereich verfügt jedoch auch das ICD-10 in der Version des sogenannten »Multiaxialen Diagnosesystems«, kurz MAS, über verschiedene Unterachsen (REMSCHMIDT 2006), die eine Berücksichtigung biografisch-sozialer Aspekte ermöglichen. Auf den Unterachsen sind Aspekte wie Teilleistungsstörungen, Intelligenzniveau und körperlich-medizinische Aspekte verzeichnet, vor allem aber auch für den sozialen und pädagogischen Bereich bedeutsame Aspekte wie »psychosoziale Umstände« während des Aufwachsens, wie z. B. Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung, und eine letzte Achse für das psychosoziale Funktionsniveau. Das MAS bietet gute Ansatzpunkte für eine interdisziplinäre Verständigung. Bei gegenseitigem Respekt liefert die von psychosozialen Berufsgruppen beigesteuerte Biografie- und Lebensweltdiagnostik wertvolle Hinweise für die Ausgestaltung dieser Achsen für Medizin und Psychologie. Mediziner und Psychologinnen wiederum bereichern den Kinder- und Jugendbereich durch störungsspezifische Skalen und Instrumente aus dem psychodiagnostischen Bereich (vgl. für einen Überblick GOLDBECK & STIEGLITZ 2009).

BEISPIEL

Nathalie (2)

Nathalie litt zum Aufnahmezeitpunkt unter starker Unruhe, unter Erregungszuständen und Ängsten, die sich in der Umkehrung auch manchmal in aggressiven Durchbrüchen äußerten. Sie hatte ein sehr schlechtes Selbstbewusstsein, isolierte sich häufig von den anderen Mädchen der Gruppe und hatte wenig Zugang zu ihren Gefühlen und zu sich selbst als Person. Nathalie konnte trotz großer Anstrengungen und Nachhilfestunden auch die Sonderschule nicht abschließen. Nachts litt sie unter Alpträumen und zeigte auch tagsüber pseudopsychotische Erscheinungen wie Stimmen, Wesen oder Schatten, die sie bedrohten.

Auf der 1. ICD-Achse für Kinder und Jugendliche zeigte Nathalie in einem störungsspezifischen Testverfahren für die Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1 nach ICD-10) erwartungsgemäß durchgängig Spitzenwerte. Ihre Symptomatik wäre mithilfe der Beschreibung der Traumaentwicklungsstörung (vgl. das Kapitel »Traumafolgen«) noch wesentlich besser erfassbar, diese ist jedoch

im ICD-System nicht verschlüsselbar. Auf der 2. Achse der Teilleistungsstörungen ergab sich keine Klassifikation, da Nathalie auf der 3. Achse des Intelligenzniveaus erwartungsgemäß durch die Alkohol-embryopathie eine starke Intelligenzminderung an der Grenze zur geistigen Behinderung aufwies. Auf der 4. Achse der körperlichen Krankheiten zeigte sich nichts manifest, jedoch klagte Nathalie über einige unspezifische Schmerzen in Kopf, Unterleib und am Knie, auf die zu späterer Zeit nochmals eingegangen wird. Die 5. Achse der psychosozialen Umstände kann nach ICD mit abnormen intrafamiliären Beziehungen (1.3 Kindesmisshandlung) und einigen weiteren Punkten, die 6. Achse des psychosozialen Funktionsniveaus mit der Klassifikation 5 für beträchtlich gemindert beschrieben werden. Die beiden letzten Achsen sind jedoch nach ICD sehr grob verschlüsselt, daher nur bedingt aussagekräftig und sinnvollerweise durch weitere diagnostische Bemühungen aus dem psychosozialen Bereich zu ergänzen. ✕

In der Kinder- und Jugendhilfe hat sich in den letzten Jahren im Diagnostikbereich viel entwickelt. Es gibt eine Reihe geeigneter Instrumente für spezifische Hilfesegmente wie z.B. die Sozialpädagogische Diagnose des Bayerischen Landesjugendamtes (2009), die den erzieherischen Bedarf nach Risiken und Ressourcen in einer Kurzfassung von 20 Merkmalen zusammenfasst, oder das multi-axiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J; JACOB & WAHLEN 2006), das sich insbesondere dem Aspekt des Erziehungsauftrags der Eltern widmet, um nur einige Beispiele zu nennen. Die PRO-ZIEL-Basisdiagnostik (HEINER 2004, im Druck) versucht bereits, kategoriale sowie biografische und lebensweltorientierte Aspekte zusammenzuführen und leitet damit über zum Abschnitt der Biografie-diagnostik. Hervorzuheben ist auch, dass bei diesem Instrument der Rubrik »Beziehung Kind bzw. Jugendliche und Fachkraft« dem Erleben der dialogischen Arbeitsbeziehung einiges Gewicht eingeräumt wird. Der Name verweist darauf, dass in diesem Verfahren die Zielfindung und die Evaluation des Interventionsprozesses zugleich mit dem Diagnoseprozess verklammert werden, sodass auch Möglichkeiten der Qualitätssicherung damit verbunden sind. Viele dieser neu entwickelten Instrumente lassen sich hervorragend ergänzend und qualitätssteigernd zum ICD nutzen.



Diagnostikinstrumente
der Kinder- und
Jugendhilfe

Zweiter Schritt: Biografiediagnostik

Ein Trauma entfaltet seine Wirkung im Spannungsfeld von subjektiven und Umfeldfaktoren. Auf einem subjektiven Hintergrund, der durch entwicklungsbedingte Verletzlichkeiten sowie individuelle Vorerfahrungen geprägt ist, erlebt das Kind die auftretenden objektiven Umfeldfaktoren. Das traumatische Erlebnis wiederum wird durch entwicklungsbedingte Prozesse ständig aktualisiert und modifiziert. Jede Entwicklungsstufe stellt das traumatisierte Kind vor neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma »aktiv wirkender Biografie« (RÖPER & NOAM 1999, S. 241) – geprägt sind. Die Biografie und Entwicklung eines Menschen bietet daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik traumatischer Erfahrungen.



Entwicklung unter
traumatischen
Bedingungen

Die sozialen Beziehungen sind häufig bereits in der Kindheit durch früh erworbene Bindungsbeeinträchtigungen lückenhaft, regressive Erscheinungen lassen das Kind selbst an kleineren Entwicklungsanforderungen scheitern. Im Jugendalter kulminieren Chancen und Anforderungen durch Autonomie- und Integrationsprozesse. Für traumatisierte Jugendliche bedeutet dies häufig die krisenhafte Aufdeckung der zahlreichen erlittenen Traumata. Die Wahrnehmung natürlicher Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz wird dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Der Wunsch, alles ungeschehen zu machen und es anderen gleichzutun, wie auch die Unfähigkeit, diesen Wunsch zu realisieren, stürzen sie zusätzlich in destruktives Ausagieren und führen zu Chronifizierungen, die sich bis ins Erwachsenenalter erstrecken (BÜRGIN 1999).



Der biografie- und
subjektorientierte Zugang

Um diese – für die stationäre Kinder- und Jugendarbeit – unausweichliche Bedeutung entwicklungs- und biografieorientierter Prozesse einzufangen, benötigt man einen biografisch kontextualisierten und subjektorientierten Zugang. Hier bieten sich fallverstehende Modelle aus der Biografieforschung und angrenzenden Bereichen der Sozialen Arbeit an. Die hierzu entwickelten Erhebungsverfahren sind vielfältig. In der Integrativen Therapie und Beratung wird eher abbildungsorientiert mit dem »Lebenspanorama« gearbeitet (vgl. u. a. PETZOLD u. a. 2000). Methoden der Biografiearbeit nutzen offene Anamnese- und Gesprächssituationen zwischen den Kindern und den Betreuerinnen (vgl. u. a. FISCHER & GOBLIERSCH 2004; GAHLEITNER u. a. 2009).

BEISPIEL

Nathalie (3)

Im Lebenspanorama zeigte sich die fortlaufende Absorbiertheit Nathalies durch die häusliche Gewaltsituation. Erinnerungen an

die Kindheit bestanden vor allem in zwei Extremen: in Gewaltsequenzen, in denen Nathalie stets den Auftrag hatte, die anderen Kinder im Kinderzimmer zusammenzuholen und zu schützen; im Gegenteil dazu in Zeiten ohne Alkohol in harmonischen, für sie sehr positiv besetzten Familienszenen wie Weihnachten oder gemeinsamen Unternehmungen. Diese Sequenzen wurden im weiteren Verlauf von Nathalie nochmals aus dem Lebenspanorama heraus vergrößert (siehe Abbildung 4).

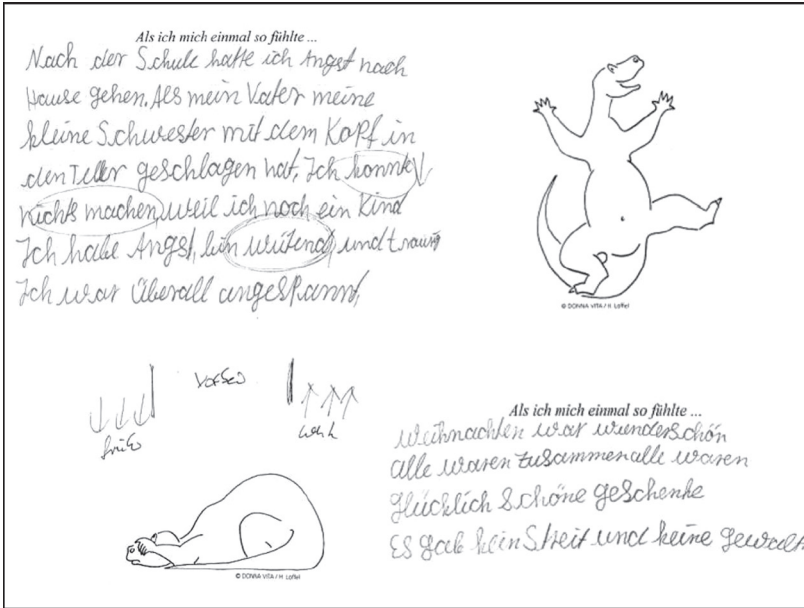
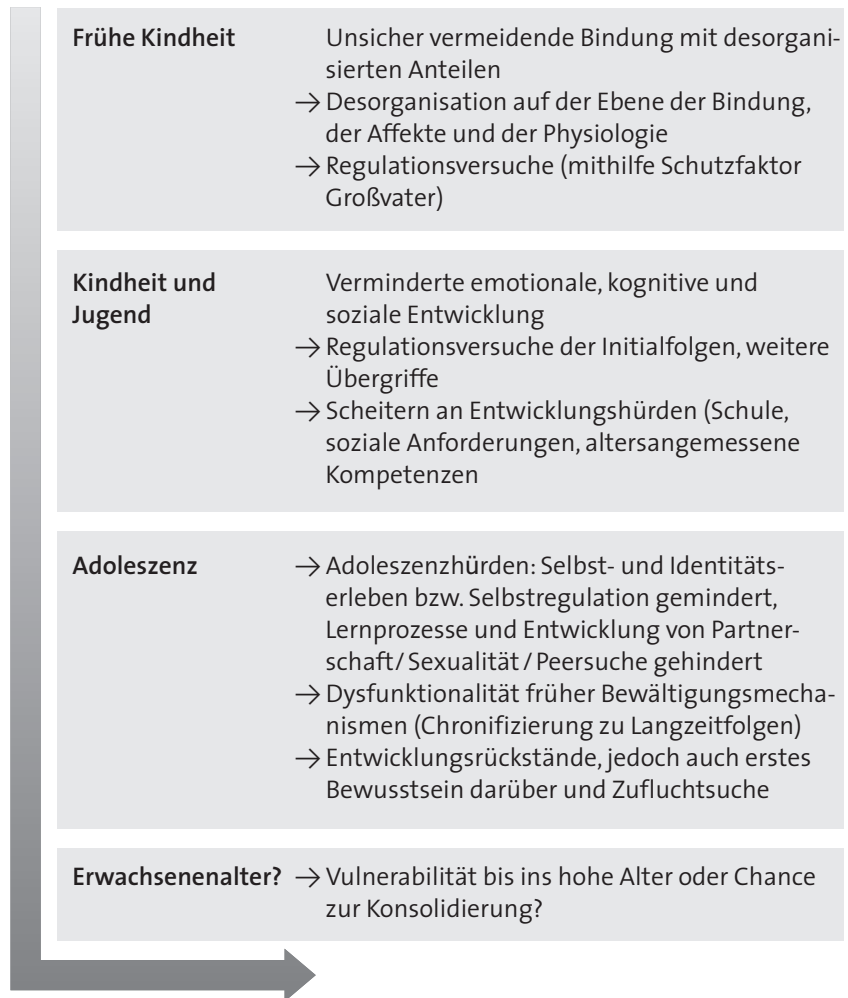


ABBILDUNG 4

Teile aus dem Lebenspanorama

Viele Abschnitte der Kindheit lagen jedoch im Dunkeln. In der Gesamtanamnese der Auswertung des Lebenspanoramas und des Verhaltens im Lebensalltag zeigte sich eine stark vermeidende Bindungsorganisation mit einem beachtlichen Anteil desorganisierten Bindungsverhaltens. Dennoch war es möglich, an Bindungsressourcen anzuknüpfen, die vermutlich aus einem frühen Kontakt mit dem Großvater stammten: Er hatte die Kinder in deren ersten Lebensjahren betreut und spielte für Nathalie eine große Rolle. Allerdings hatten die Alkoholembryopathie und die frühen und fortgesetzten schweren Traumatisierungen bei Nathalie zu schweren Entwicklungsdefiziten geführt, insbesondere auf der emotionalen und kognitiven Ebene. Nathalie scheiterte daher an altersangemessenen Kompetenzanforderungen in Kita, Schule und anderen Sozialisationsinstitutionen.

ABBILDUNG 5
Biografieanalyse



Analysiert man Nathalies Biografie anhand der in Abbildung 5 dargestellten Dimensionen wie Bindungsorganisation, Schutz- und Risikofaktoren, Lebenschancen und Lebenskrisen und der emotionalen, kognitiven wie sozialen Entwicklungslinien, kommen auch Ressourcen in den Blick. Es zeigt sich, dass Nathalie trotz zahlreicher negativer Einflussfaktoren die Adoleszenzphase nutzen konnte, um sich Hilfe suchend an die Familientherapeutin zu wenden und in einer Einrichtung Zuflucht zu suchen. Dies ist umso beachtlicher, da die Familie während Nathalies Kindheit nach außen hin hermetisch abgeriegelt war. Dies führte zu einer sozialen Abschottung und einem Entwicklungsdefizit im sozialen Bereich, das sich bis heute in sozialen Rückzugstendenzen und verminderter Bezogenheit zeigt. In der alltäglichen Dynamik zeigte sich auch in der Einrichtung immer

deutlicher, dass Nathalie dem ansonsten guten Kontakt in Konfliktfällen auswich und in starke Ängste geriet. ✕

Wie Nathalie wissen Mädchen und Jungen, die in Gewaltsituationen aufwachsen oder aber aus diesem Grund früh oder immer wieder fremd untergebracht werden, häufig nur sehr wenig über ihren bisherigen Lebensweg. Ein schönes Beispiel für eine behutsame Erhebung biografischer Aspekte bieten traumapädagogische Ansätze der Biografiearbeit mit Kindern in stationären Einrichtungen entlang von Lebensbüchern (KRAUTKRÄMER-OBERHOFF 2009). Sie eröffnen eine Chance, sich »Teile der verlorenen Lebensgeschichte zurückzuerobern« (S. 115). Das Erzählen hilft nicht nur dem Wiedererinnern, feststehende vage alte Erfahrungen können sich auch wieder »verflüssigen ... zu fühlbaren und emotionalen Ereignissen. Das Lebensbuch bietet in kindgerechter Weise Anreize über die eigene Person, die Herkunft und das bisherige Gewordensein nachzudenken und dabei Erlebnisse und Erfahrungen zu erinnern, zuzuordnen und in einen Zusammenhang zu bringen« (ebd.). So können Kinder bzw. Jugendliche verstehen lernen, »dass es nicht ... [ihre] Schuld war, dass das familiäre Zusammenleben gescheitert ist« (S. 120) oder Gewalt vorherrschte. Im Interventionsteil des nächsten Kapitels wird dieser Gedanke erneut aufgegriffen.

Gerade die subjektiv-biografischen Selbstdeutungen der Kinder- und Jugendlichen bleiben im medizinischen System oftmals unberücksichtigt. Sie können und sollten deshalb von der Sozialen Arbeit in interdisziplinäre Diagnostikprozesse eingebracht werden. Diagnostik ist dabei auch immer schon Intervention. Biografiearbeit bietet dem Kind die Chance, die eigenen Erinnerungen zu vervollständigen, die damit verbundenen Gefühle besser kennenzulernen, um sie allmählich als Teil eigener Geschichte zu akzeptieren und im günstigsten Falle zu integrieren. Die subjektiven Bedeutungskonstruktionen und Erfahrungsaufschichtungen werden für die Kinder verfügbar und unterstützen somit die oben angesprochenen Mentalisierungsprozesse. In diesem Vorgehen lässt sich außerdem ein bindungssensibles Instrument, das sogenannte Adult-Attachment-Interview integrieren (abgekürzt: AAI; MAIN & GOLDWYN 1996; vgl. aktuell BUCHHEIM & STRAUSS 2002, S. 29–35). Es soll jedoch aufgrund der Überschneidung mit der lebensweltorientierten Diagnostik erst im nächsten Abschnitt geschildert werden.



Biografiearbeit mit Lebensbüchern



Diagnostik ist immer auch Intervention

Dritter Schritt: Lebensweltdiagnostik

Aufgrund ihrer prägenden Wirkung für die Persönlichkeit verzerren frühe traumatische Erfahrungen die Erwartungen von Kindern und Jugendlichen an die Welt, an zwischenmenschliche Beziehungen und auch an sich selbst. Lebensweltorientierte Diagnostik erfasst diese nicht gelingende, jedoch teilweise trotz allem gelingende »Passung« zwischen Subjekt und Außenwelt. Dafür sind sozial- und lebensweltorientierte diagnostische Instrumente ein zentrales Element. Auf der Grundlage einer bewusst methodisch offen gestalteten professionellen Anamnese- und Diagnosehaltung können in der Lebensweltdiagnostik soziale, psychische und körperliche Phänomene unter Einbeziehung soziologischer Parameter zusammengedacht werden. Neben standardisierten Persönlichkeitstestverfahren lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung auf der Ebene der »Person-in-der-Situation« z. B. sehr umfassend mit den »fünf Säulen der Identität« aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (vgl. u. a. PETZOLD u. a. 2000).



Die fünf Säulen der Identität

Die fünf Säulen der Identität – Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, »materielles und kulturelles Kapital« (BOURDIEU 1992) und Wertvorstellungen – werden entlang der subjektiven situativen Wahrnehmung der Kinder und Jugendlichen bildlich oder sprachlich dargestellt. Jede der Säulen lässt sich auf Bedarf vertiefen, entweder im weiteren Austausch darüber oder aber durch zusätzliche diagnostische Verfahren. Die Säule der Leiblichkeit kann durch Körperbilder (sogenannte »Bodycharts«; vgl. PETZOLD u. a. 2000) ergänzt werden. Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen können neben dem hinreichend bekannten Genogramm mithilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (MÄRTENS 1997) diagnostisch erfasst werden. Damit verbildlicht man den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalen Austausch steht oder stand. Alle bedeutsamen Personen werden dafür symbolisch auf einem Blatt platziert und in entsprechenden Abständen um die Klientin bzw. den Klienten gruppiert. Zudem kann jede Person, um die Art der Beziehung deutlich zu machen, mit einer Farbe versehen werden und zusätzlich mit einem Satz, den sie oder er typischerweise im Verlauf des Lebens an das Opfer gerichtet hat. Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zu einer Ecomap (COURNOYER 1991; vgl. ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei PAULS 2004; vgl. weitere Verfahren der Lebensweltdiagnostik in den Herausgeberbänden

PANTUČEK & RÖH 2009 sowie HEINER 2004) ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert und damit die umgebende soziale Welt repräsentiert.

Nathalie skizzierte die »fünf Säulen der Identität« zunächst etwas schematisch, mithilfe von außen und fast »pflichtbewusst« (siehe Abbildung 6). Dabei wurde deutlich, wie schwierig es für sie war, überhaupt ein prägnantes Bild von sich selbst und ihrer momentanen Situation zu entwerfen. Selbstwert, Selbstgefühl, Selbstbewusstsein, Selbstwahrnehmung, alle Bezüge zu sich selbst und zu anderen mussten bei ihr wie bei vielen traumatisierten Kindern erst entwickelt bzw. vage Empfindungen dazu erst »mentalisiert« werden: Aspekte wie Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Freizeit, Schule oder gar ihr subjektives Wertegefüge mussten erst Stück für Stück entwicklungsgerecht erschlossen werden. Über weitere Methoden gelang ihr eine Präzisierung ihrer eigenen Situation und ihres Bezugs zu sich selbst und zu anderen.

BEISPIEL

Nathalie (4)

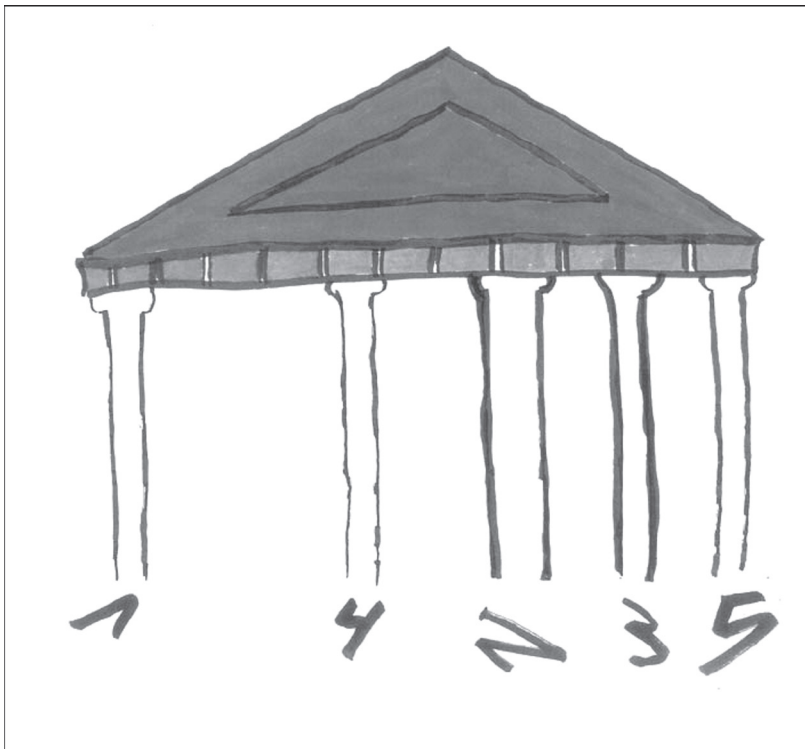


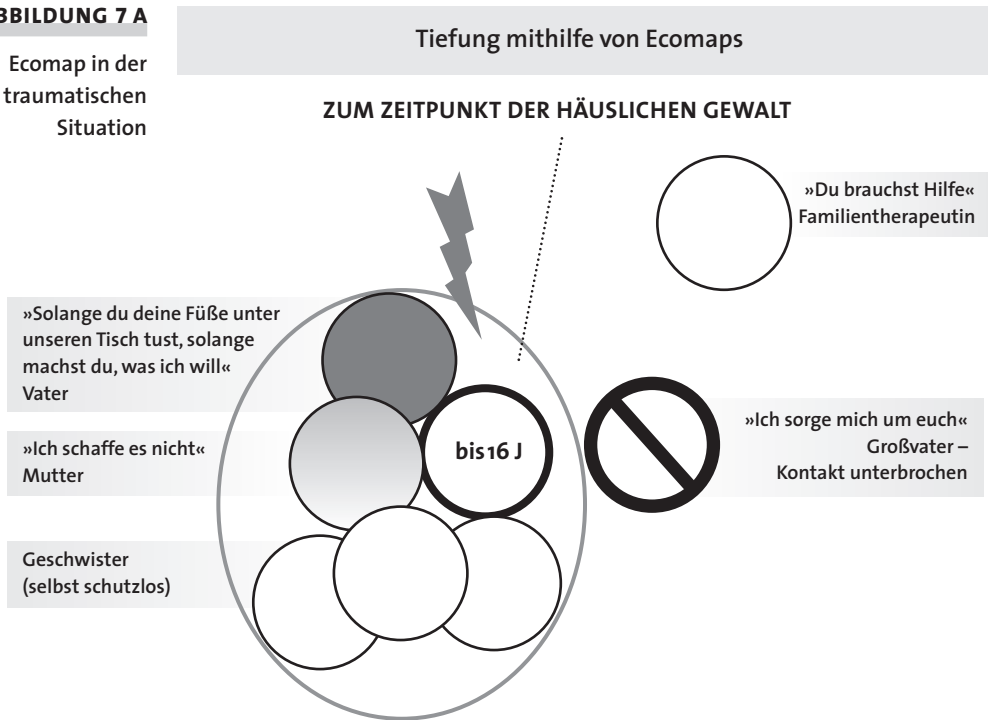
ABBILDUNG 6

Fünf Säulen
der Identität

Aus dem Körperbild z. B. ließen sich an Auffälligkeiten ableiten: andauernder Knieschmerz, Unwohlsein im Unterleib und häufig wiederkehrende Kopfschmerzen. Eine medizinische Abklärung durch die Hausärztin ergab neben der Alkoholembryopathie einen vermuteten Spannungskopfschmerz, psychosomatische Unterleibsschmerzen und einen interessanten Befund für das Knie. Nathalie hatte vor vielen Jahren einen Unfall mit dem Fahrrad erlitten, dessen Folgen eigentlich als körperlich ausgeheilt betrachtet werden konnten. Bei der Befunderhebung erinnerte sie jedoch, dass sie damals nach dem Unfall vom Vater verprügelt wurde, weil sie »nicht richtig aufgepasst hatte«. Der Schmerz hatte sich offensichtlich dort niedergelegt und erklärte zugleich, weshalb Nathalie zwar Rad fahren konnte, aber im Straßenverkehr eine echte Gefahr für sich selbst und andere Verkehrsteilnehmer darstellte.

ABBILDUNG 7 A

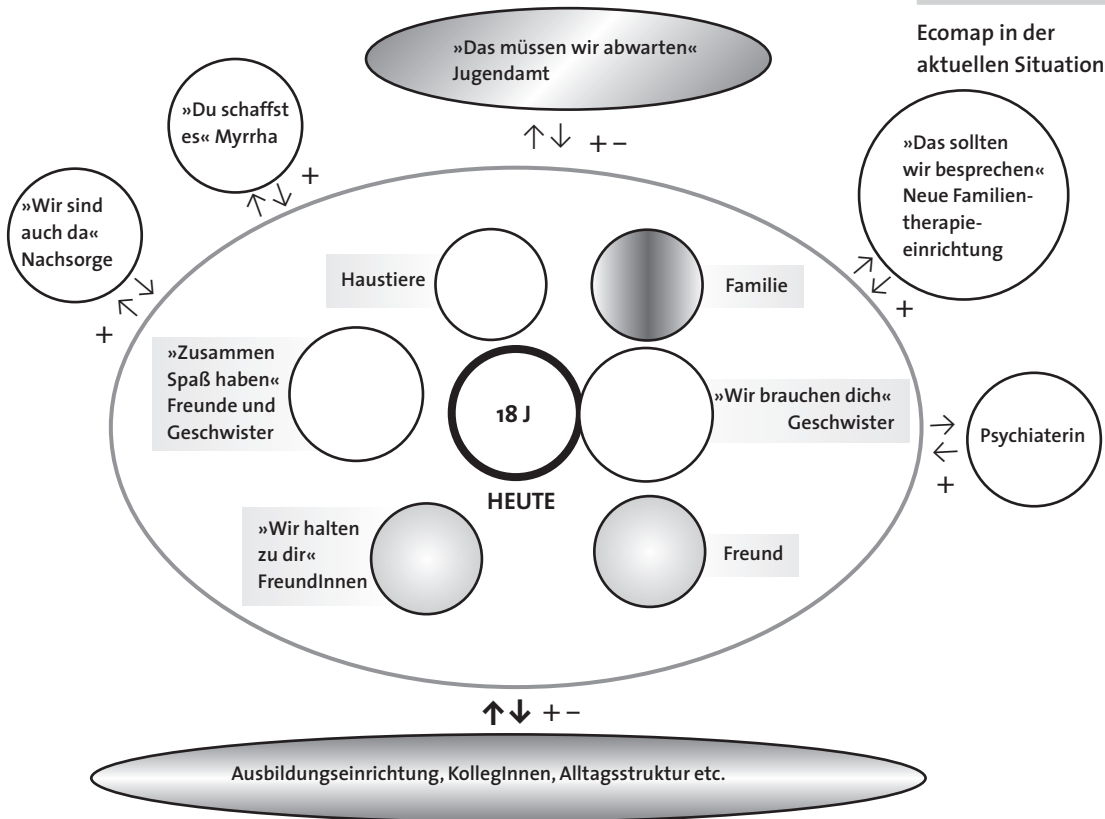
Ecomap in der
traumatischen
Situation



Als besonders hilfreich erweisen sich viele der explorativen kreativen Diagnostikmethoden im Traumabereich, wenn man als Ausgangspunkt wie in Abbildung 7 die traumatische Situation wählt und diese mit der heutigen aktuellen Lage der Kinder und Jugendlichen vergleicht. Zumeist erschließt sich dadurch eine ressourcenorientierte Perspektive, die den Behandlungsverlauf sehr positiv zu

ABBILDUNG 7 B

Ecomap in der aktuellen Situation



beeinflussen vermag. Insofern können alle diese Instrumente prozessual im Verlauf wieder und wieder genutzt werden.

In der Exploration des sozialen Umfelds z. B. wurde der Unterschied zwischen der Situation als Kind und einer späteren Situation in der Einrichtung für Nathalie sehr plastisch. Der positiv stützende Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen der Einrichtung sowie zu ihren Geschwistern wird genauso sichtbar wie die größere und befreiende Distanz zu den Eltern.

Die drei Säulen der Leistung, Lebensgestaltung und Werthaltung ergaben sich bereits kurz nach der Aufnahme aus Gesprächen mit Nathalie. Sie zeigte sich angesichts der schulischen Anforderungen sehr verzweifelt und deutlich überfordert. Daraus entstand in der Einrichtung der Schwerpunkt, die schulische und berufliche Perspektive von Nathalie gut in den Blick zu nehmen und zügig voranzutreiben. Dies erschien insbesondere deshalb sinnvoll, weil Nathalie auf der Säule der Wertedimension sowohl die Notwendigkeit einer materi-

ellen Grundversorgung als auch ein Engagement für Kinder, Schwächere der Gesellschaft und Tiere für sich deutlich machen konnte. Bei beiden Aspekten wird so die Quelle der materiellen Unterversorgung und der frühen Verantwortungsüberforderung in der Gewaltfamilie sichtbar, die aber auch konstruktiv für die weitere Entwicklung Nathalies als Ressource nutzbar war. ✕



Das Erwachsenenbindungsinterview:
Hinweise auf Bindungsorganisationen verstehen

Die beziehungs- und netzwerkrelevanten Erhebungsinstrumente erfassen den aktuellen Stand der Verarbeitung der ehemals erlebten Bindungserfahrungen. An dieser Stelle berührt das sozio-kontextuelle Atom das Erwachsenenbindungsinterview (AAI; s. o.; GLOGER-TIPPELT 2001). Das Interview wird im Volldurchlauf durch 18 Fragen strukturiert, lässt sich jedoch leicht in narrative Erzählsequenzen rund um die Erhebung des sozio-kontextuellen Atoms integrieren, die wertvolle Informationen über die Ursprungsfamilie und weitere wichtige Umfeldpersonen abbilden. Bei der Auswertung der Erzählsequenzen zu wichtigen Bindungspersonen steht jedoch nicht so sehr der Inhalt im Vordergrund, sondern vielmehr die Art und Weise, wie über die Erfahrungen erzählt wird.

Sichere Bindungsorganisationen zeichnen sich dabei durch offene, kohärente und konsistente Erzählweise aus, die in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild einmünden. Jedoch können selbstreflexiv auch negative Erfahrungen reflektiert werden. Bindungsdistanz zeigt sich in eher unvollständigen Angaben über die Kindheit bis hin zu Erinnerungslücken. Die Bedeutung von Bindung wird eher heruntergespielt, um schmerzliche Erinnerungen abzuwehren, die eigene Geschichte als »normal« und unauffällig beschrieben. Die Darstellung von Bindungspersonen erfolgt oft ohne Erinnerungen an konkrete Beispiele. Das ambivalent und bindungsverstrickte Kind wird dagegen eher zu ausufernden Erzählungen über Konflikte mit Bezugspersonen neigen und so involviert wirken, als stammten die Erfahrungen von gestern. Polarisierende Aussagen sind häufig, die Möglichkeit zur Selbstdistanz und Selbstreflexion ist eingeschränkt. Oftmals wirkt die Erzählung verwirrend, unklar und vage. Desorganisierte Bindungsanteile zeigen sich in der Andeutung nicht verarbeiteter, traumatischer Lebenssequenzen. Manchmal, bei bereits fortgeschrittenem Dissoziationsgrad, treten auch kontrastierende Persönlichkeitsanteile im selben Interview auf.

Die Nutzung psychosozialer Diagnostik zur Interventionsplanung

Psychosoziale Diagnostik bietet die Möglichkeit, eine Fülle an komplexen Zusammenhängen über eine Person und ihr Umfeld zu erfahren. In ihrer Summe muss jede Diagnostik bei all ihrer Komplexität auf eine Strukturierung der gesammelten Informationen hinauslaufen, die die Dimensionen »Individuum – soziale Umwelt« sowie die Dimensionen »Defizite – Ressourcen« möglichst umfassend, aber auch prägnant ausweist. Dabei ist bewusst nochmals die Frage nach Ressourcen zu stellen, die bei jedweder Diagnostik leicht in den Hintergrund gerät. Unter Ressourcen fasst man alle innerseelischen und interaktionellen Handlungen bzw. Mittel der Hilfe und Unterstützung zusammen, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können. Dazu gehören vor allem ein prägnantes Selbst- und Identitätserleben, ein Kohärenzgefühl, Einsicht und produktive Lernprozesse, emotionaler Ausdruck, Kreativität, psychophysische Selbstregulation, Entspannungsfähigkeit, kommunikative Kompetenzen, Beziehungsfähigkeit, praktische Lebensbewältigung, Zukunftsperspektiven, konstruktive Interessen und ein positiver Wertebezug. Ressourcen moderieren als Schutzfaktoren den Prozess der Symptomentwicklung und Bewältigung von erlittenen Traumata (CICCHETTI 1999).

In der Diagnostik komplexer Traumatisierungen sollten daher gezielt die verfügbaren Ressourcen gemeinsam erhoben werden. Hilfreich sind Fragen wie: Was ist gesund und kann erhalten werden oder hat geholfen, die Belastung bisher auszuhalten? Was ist defizient, weil es nicht vorhanden ist, und muss deshalb bereitgestellt werden? Was wäre möglich, ist bisher noch nicht genutzt worden und müsste erschlossen und entwickelt werden? Eine besonders klärende Form der Darstellung vorhandener Ressourcen sowie Defizite sind die von PAULS (2004) vorgeschlagenen »Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention« (Abbildung 8).

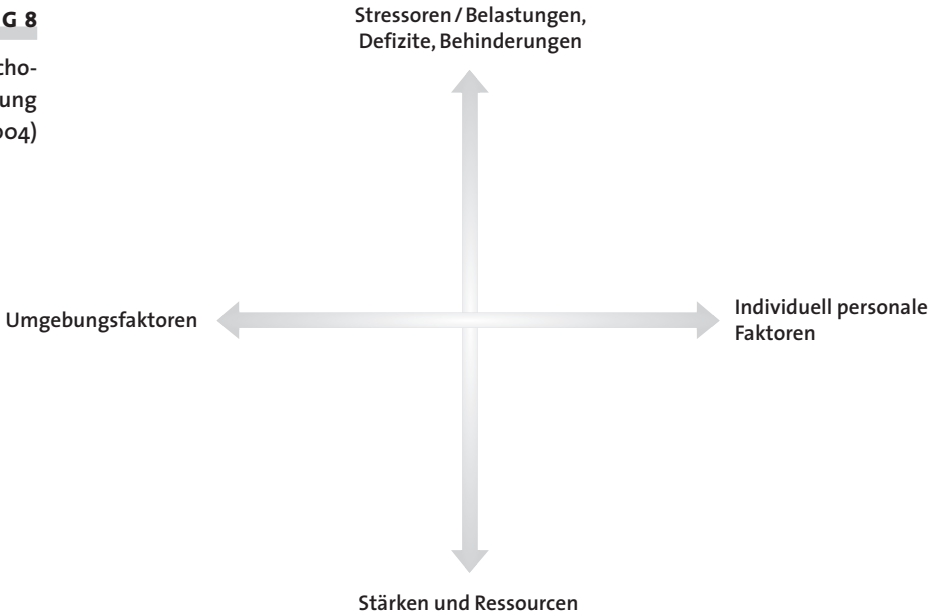
Das Verfahren forciert eine systematische Problem- und Ressourcenanalyse, die auf unterschiedliche, in den vorherigen Abschnitten dargestellte diagnostische Informationen aus allen drei erfolgten Schritten zurückgreift. Dadurch wird sie zu mehr als einem weiteren Instrument, nämlich zum strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell für die anstehende Hilfeplanung, indem es sozusagen ein »diagnostisches Substrat« aus den bisher gewonnenen Informationen bereitstellt.



Die Koordinaten psychosozialer, ressourcenorientierter Diagnostik zu einem Gesamtbild zusammenführen

ABBILDUNG 8

Koordinaten psychosozialer Behandlung
(PAULS 2004)



Fasst man die Ergebnisse der Diagnostik von Nathalie in ein übersichtliches Gesamtsystem, so ergibt sich folgendes Gesamtbild (Abbildung 9):

Aus diesem Diagramm ließ sich mühelos die Interventionsplanung für Nathalie ableiten. Aus den einzelnen Punkten konnte eine Reihe von Interventionsimpulsen erarbeitet werden, die jeweils Ressourcen stärken und Defizite abbauen helfen. Aus diesen – zunächst ungeordneten – Interventionsimpulsen wurden dann in einer Fallbesprechung unter Einbeziehung von Nathalie die vielen Impulse nach Prioritäten sortiert und in ein Dreischritteprogramm zusammengefügt, das sich strukturell gut mit dem im Kapitel »Intervention« vorgestellten Modell vereinbaren ließ. Insgesamt ermöglicht das geschilderte Vorgehen in der betreuenden Einrichtung die dialogisch angelegte Klärung der Frage, welche Hilfebereiche mit Nathalie bearbeitet werden sollten: mit welchen Ressourcen der beiden Dimensionen Person und Umfeld gearbeitet werden konnte und welche Defizite auf die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung bei Nathalie und ihrer Umwelt verwiesen.

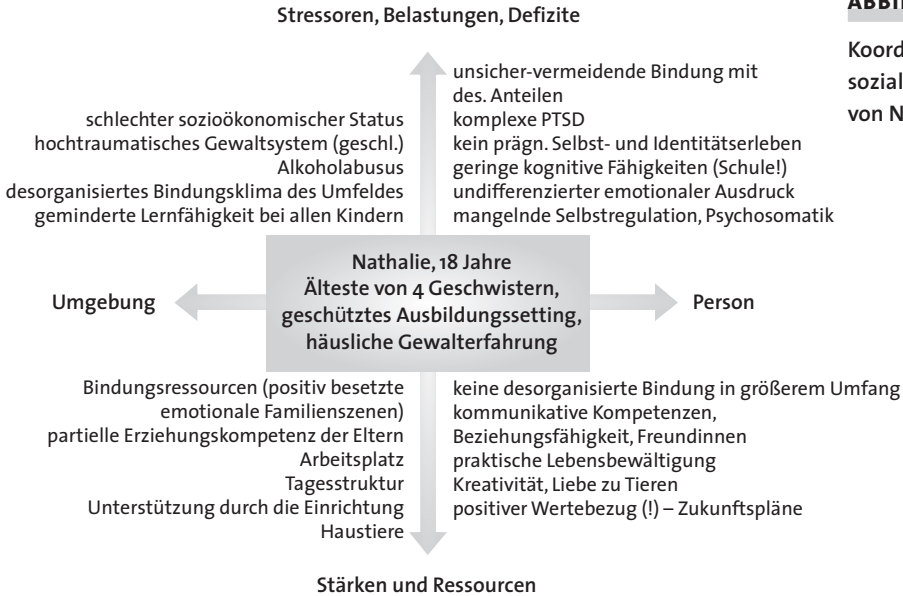


ABBILDUNG 9

Koordinaten psychosozialer Behandlung von Nathalie

Psychosoziale Diagnostik und Hilfeplanung

Das Vorgehen erweist sich als optimale Unterstützung für die Hilfeplanung und erlaubt einen flexiblen Umgang mit verschiedensten diagnostischen Instrumenten. Betrachtet man die Anforderungen im Überblick, erscheint das Verfahren zunächst recht aufwendig. Der Gesamtdurchlauf lässt sich jedoch sehr kreativ abwandeln und den jeweiligen Umständen entsprechend gestalten. Auf der anderen Seite können weitere traumaspezifische Messinstrumente zu den verschiedensten Fragestellungen wie Dissoziationsneigung, Suizid- und Krisengefährdung, organisierte Gewalt etc. ergänzt werden. Sie lassen sich mühelos in den ersten Schritt integrieren. Viel bedeutsamer jedoch ist die Tatsache, dass zahlreiche Einrichtungen längst mit vielen dieser Methoden ihren Betreuungsalltag gestalten, jedoch seltener diese Investition in der Hilfeplanung gezielt und strukturiert »verwerten«.

Insofern ist das Verfahren ein Plädoyer für ein »Zuschneiden« des allgemein gehaltenen Systems auf die jeweiligen Einrichtungsbedarfe und damit auch ein Plädoyer für die eigenständige, aber dennoch theoriegeleitete Entwicklung eines den Kostenträgern gegenüber gut zu argumentierenden Instruments. Vor dem Hintergrund des vor-



Die Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention als optimale Unterstützung der Hilfeplanung

handenen Rahmens lassen sich an jeder Stelle Abkürzungen oder kurze Nachvollzüge in Gedanken für die jeweils konkrete, im Moment erforderliche diagnostische Situation einbauen und anfügen. Statt einer häufig in der Praxis rein »intuitiven« oder routiniert formale Kategorien abfragenden Diagnosestellung kann im optimalen Fall auf diese Weise eine systematische subjekt- und kontextberücksichtigende »psychosoziale Diagnose« und Interventionsplanung gewonnen werden.