

Dieses Referat wurde beim 7. Hinterbrühler Symposium „Ich-Wir-Wer?“- Die Helfenden im Blick gehalten
Referentin: Dr. Martina Grögl-Buchart

„Ene meine meck, und du bist weg“

Unbewusste Ausschlussmechanismen in der stationären sozialtherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus familien-, team-, und organisationsdynamischer Sicht.

Ich möchte sie einladen, den Blick auf ein spezielles Thema zu werfen, das uns im stationären Setting bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen immer wieder begegnet. Es gibt Kinder und vielmehr Jugendliche, die rausfallen aus den diversen sozialen Systemen: aus der Familie, aus der Schule, aus der peergroup und dann auch noch aus diversen Unterbringungen. Ich meine bei einem Teil der Betroffenen wiederkehrende Mechanismen zu erkennen, die dabei wirksam sind.

Dazu werde ich zuerst auf die **Risikofaktoren** eingehen, die zu Ausschlussprozessen führen können;

Danach möchte ich die psychodynamischen Mechanismen mit dem Fokus auf **Angst und Aggression** darstellen und wie sich das schließlich auf die unmittelbare Umgebung und die institutionelle Versorgung des Kindes auswirken kann.

Die theoretischen Überlegungen zu diesem Thema werden von einem typischen Fallbeispiel begleitet.

Die Beobachtung, dass es immer wieder K/J gibt, die quasi durch die Heim- und Versorgungslandschaft geistern und nirgends ankommen bewegt alle, die mit Unterbringungen zu tun haben. Von den operativ Tätigen, die direkt mit diesen Kindern und Jugendlichen arbeiten bis zu den Planungs- und Entscheidungsträgern, die für die Möglichkeiten die es gibt und deren Finanzierung zuständig sind. Das kann mitunter zu sehr divergenten Positionen führen bei der Frage **wer** denn diese Kinder und Jugendlichen aufnehmen und versorgen soll und wie das zu geschehen hat.

Zu den Risikofaktoren

Im Rahmen des Vernetzungsprojektes des NÖ Industrieviertels hat sich unter der Leitung von Frau Dr. Dina Ganim eine Arbeitsgruppe zusammengefunden, um sich *den* Kindern und Jugendlichen zu widmen, die keiner mehr haben will bzw. für die sich keine Institution zuständig fühlt. Dabei handelt es sich um K/J, die als besonders schwierig, häufig aggressiv gelten. Ein Ziel der Arbeitsgruppe mit dem Titel „Kinder zwischen den Sesseln der Institutionen“ war es, allgemein verständliche Kriterien festzulegen, anhand derer diese Klientel zu identifizieren ist. Als Ergebnis konnten Risiko- sowie Schutzfaktoren definiert werden. Diese betreffen das Kind, die Eltern und die Institution bzw. das Helfersystem. Ausgehend von den Risikofaktoren, ergibt sich eine Checkliste, anhand der man ein gefährdetes K/J erkennen kann. Als Konsequenz wird eine kooperative Hilfeplanung vorgeschlagen, was z.B. bedeutet, dass der zuständige Fachdienst bei Zutreffen mehrerer Risikofaktoren **frühzeitig** anderer Systempartner miteinbezieht. Dieses und auch andere verbindliche Vorgangsweisen werden hoffentlich im Rahmen der großen Vernetzungstreffen als Handlungsrichtlinien für und von alle Systempartnern beschlossen werden.

Wenn man sich die Risikofaktoren genauer anschaut, sind diese gut für alle Berufsgruppen zu erkennen und gehören zu den unterschiedlichsten Kategorien: so finden sich bei den Kindern bestimmte **Diagnosen**, wie eine Bindungsstörung und eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung, **psychologische Faktoren** wie eine kognitive Leistungsstörung und sensorische Integrationsstörung, genauso wie **traumatische Erfahrungen**, weiters **Beziehungsabbrüche** aber auch **soziodemographische Merkmale** wie zunehmendes Alter und männliches Geschlecht und dergleichen. mehr.

Dabei gibt es Überschneidungen und einander bedingende Faktoren: zum Beispiel. hat ein Kind mit einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung jedenfalls eine Beziehungsstörung die möglicherweise aus einer frühen Traumatisierung resultiert. Ähnlich verhält es sich mit den Risikofaktoren bei den Eltern. So sind zum Beispiel Migration, Armut und Erziehungsüberforderung sind nicht selten miteinander kombiniert und bedingen einander.

Logisch erscheint, dass die Risikofaktoren der Eltern die der Kinder erhöhen können und umgekehrt. Und desto mehr davon vorhanden sind, desto stärker ist die **Dynamik und desto höher ist der Druck** auf das Helfersystem, wo es dann oft gilt, schnell zu reagieren. Damit sind neue Risikofaktoren gegeben, die wieder auf das Kind zurückwirken können.

Ich meine, dass nicht *allein* die Anzahl der Risikofaktoren von Bedeutung ist, sondern auch die durch ausgelösten Wechselwirkungen zwischen Kind, Eltern und dem Helfersystem.

Das möchte ich anhand eines typischen Fallbeispiels verdeutlichen:

Anton 13a (Auszug aus den anamnestischen Daten)

Gründe die zu einer Aufnahme an der Krisenstation geführt haben:

- Abgängigkeiten von zu Hause
- Kontakt zu rechtsextremer Jugendlichengruppe
- Diebstähle und Sachbeschädigungen
- Aggressives Verhalten gegenüber MitschülerInnen und LehrerInnen
- Verhaltensauffälligkeiten seit dem Kindergarten
- Vor 3a erstmals ambulante Vorstellung an der KJPP → Dgn.: Störung des SV, V.a Traumatisierung (Miterleben von Gewalt)
- aus der psychologischen Diagnostik: „...sein Bild von Männlichkeit (stark sein, keine Angst und Traurigkeit zeigen) führt dazu, dass Anton nur über Unruhe und Impulsivität zeigen kann, dass es ihm nicht gut geht...“

Familiärer Hintergrund

- Traumatisierung der KM
- Trennung der Eltern
- Alle 4 Kinder wurden von Jugendamt betreut

Im Verlauf auf der Krisenstation (von Oktober 2011-Februar 2012, 4 Monate mit Unterbrechung)

- Schulsuspendierungen während der Krisenunterbringung wegen körperlichen Übergriffen auf die LehrerInnen
- Sadistische Tendenzen
- Zumindest 5 Kriseninterventionen durch die KJPP wegen Fremdgefährdung
- Attackiert kleinere und schwächere Gruppenmitglieder
- Keine Impulsdurchbrüche, sondern gezielte und geplante Angriffe

- Die Aggressionsabfuhr richtet sich oft gegen unbeteiligte Personen, quasi im Vorbeigehen → die Attacken sind unberechenbar
- Löst bei den anderen Angst und Schrecken aus → Ablehnung
- Hat auch Betreuerinnen attackiert und verletzt → haben auch Angst mit ihm zu arbeiten
- Sexuell gefärbte Äußerungen gegenüber den anderen Kindern und BetreuerInnen
- Ist im Einzelkontakt grundsätzlich beziehungsfähig
- sportlich

Konsequenzen für die Betreuung

- Einzelbetreuung durch Männer, dadurch kann die Sicherheit der anderen Gruppenmitglieder gewährleistet werden → auf diese Intensivbetreuung reagiert das Kind teilweise mit Flucht

In dieser kurzen Beschreibung wird deutlich, dass es sich bei Anton um ein Kind handelt, das in die Risikogruppe fällt und deshalb ein besonderes Augenmerk bei der weiteren Vorgangsweise verdient.

Verlässt man die Ebene der Risikofaktoren und wendet sich der emotionalen und psychodynamischen zu, springen die Begriffe **Angst und Aggression** ins Auge: und zwar nicht nur bei Anton, sondern auch bei den anderen Kindern und bei den BetreuerInnen. Dabei ist das Kind Träger der destruktiven Aggression und die Umwelt Träger der Angst. Es bedarf eines Mannes, um die anderen zu schützen und die aggressiven Übergriffe von Anton unter Kontrolle zu halten. Dem entzieht er sich durch Flucht.

Jetzt erscheint die Aggression, diesmal im begrenzenden, schützenden Sinn von der Institution verkörpert und die Angst beim flüchtenden Anton zu sein. Das Kind *zwingt* uns (das Team, die Institution)- *und das zu recht-* zur einer Rollenübernahme in der Darstellung seiner inneren Dynamik.

Ich möchte nun auf die möglichen Zusammenhänge zwischen Angst und Aggression (Wut) eingehen, da diese Affekte meiner Ansicht nach die Trigger für Ausstoßungsphänomene von solchen Kindern sind.

2. Angst und Aggression

Sowohl bei den Babyforschen als auch bei den psychoanalytischen Theoriebildnern herrscht relative Einigkeit darüber, dass Grundaffekte wie Angst und Wut von Beginn des Lebens an sowohl geäußert als auch erkannt werden können. Der Säugling kann zwar eine konkrete Gefahr nicht erkennen, sie auch nicht phantasieren, dennoch Angst empfinden (Vernichtungsangst). Der Schutz davor ist das **Gehaltenwerden** im Sinn von emotionaler Zuwendung und konkreter Versorgung. Und da beginnt der Unterschied: je nach seiner Umgebung ist diese dazu in einem ausreichenden Maß imstande oder aber eben nicht. Und dieses „aber eben nicht“ legt den Grundstein für eine Entwicklung wie ich sie im Falle von Anton beschreibe.

Laut Dieter Bürgin führen **nicht nur Realtraumata** wie körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch, also eine übermäßige Reizzufuhr, sondern auch schwere Vernachlässigung also Formen des „**Zuwenig**“ zu Traumatisierungen. Das Individuum kann dabei seine Erlebnisse nicht mehr organisieren und regulieren und es entsteht ein Zustand von Hilflosigkeit und Angst. Dadurch können sich schon früh

im Leben dieser Kinder primitive Abwehrmechanismen etablieren, im Versuch extreme Ängste und Impulse zu kontrollieren.

Birger Dulz, welcher sich ebenfalls mit dem Zusammenhang von Angst und Aggression auseinandergesetzt hat meint dazu, dass die Folge von solch negativen frühkindlichen Erfahrungen eine Schwächung der frühen Ich-Struktur nach sich zieht, wodurch wiederum eine besondere Vulnerabilität für Realtraumata besteht mit der darauf folgenden Entwicklung einer Borderline-Störung mit dem zentralen Symptom der frei flottierenden Angst:

Diese Angst ist ungerichtet und ein Ausdruck davon, dass der Betroffene jederzeit mit einer erneuten Traumatisierung (= Verlassenwerden, Vernachlässigung und Missachtung) rechnet. Dabei ist die Befürchtung nicht bewusst und auch nicht objektiv begründbar. Es handelt sich lediglich um die Fortsetzung einer archaischen Vernichtungsangst, die sehr bedrohlich ist und mit allen Mitteln abgewehrt werden muss → so kommt es zur Ausbildung von Symptomen, Affekten und Abwehrmechanismen. Und dazu gehört **auch** die Aggression, die im Sinn der eigenen Entängstigung und Entlastung eingesetzt wird. Angst ist somit ein zentrales Motiv für ein Werden vom Opfer zum Täter und laut Dulz die Basis von Wut, Hass, Aggression. Diese Angst ist später fast permanent vorhanden, wenn auch abgewehrt.

Die **Abwehr** unerträglicher Angst geschieht über spezielle Vorgänge:

- Affektlosigkeit
- Anhedonie= die Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden, Verlust von Lebensfreude
- Ersatz durch einen anderen Affekt (v.a. Zorn, Wut)

der **zentrale Abwehrvorgang** ist dabei die Affektverschiebung: **der schwer aushaltbare Affekt wird durch einen leichter erträglichen ersetzt, auch wenn dieser dann zu anderen Problemen führt.** Dieser Vorgang wirkt nach aussen wie das plötzliche und launenhafte Umschlagen einer Stimmung, wie eine unberechenbar ausbrechende Wut, wie ein Blitz aus heiterem Himmel.

Dieser letzte Absatz der theoretischen Ausführungen über den Zusammenhang von Angst und destruktiver Aggression findet sich bei dem geschilderten Fallbeispiel von Anton wieder.

Zitat aus dem Befundbericht " die Aggressionsabfuhr richtet sich oft gegen unbeteiligte Personen, quasi im Vorbeigehen aus dem Nichts; die Attacken sind unberechenbar." Die genannten anderen Probleme, die sich Anton dafür einhandelt sind, dass er aus der Gruppe der anderen Kinder rausgenommen und einzelbetreut werden muss. Die zugrundeliegende Angst des Kindes wird von der Gruppe übernommen und Anton wird zum Aussenseiter.

Wenn man nun die Geschichte des Kindes ein Stück weiter zurückverfolgt, so zieht sich ebendiese Thematik wie ein roter Faden durch sein Leben: In der ersten Klasse VKS wird Anton bei durchschnittlicher Begabung, also wegen seinem Verhalten in eine ASO umgeschult. Zitat aus dem Befund: „es gab gröbere pädagogische Probleme. Der **Elternrat wurde aktiv** und Anton wurde in die ASO umgeschult.“ Als es dann auch dort zu disziplinen Problemen und **Schulsuspendierungen** kommt, wird der Mutter von JA und der Schule nahegelegt, mit ihrem Sohn an der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig zu werden. Die KM gibt an, dass die

Probleme nur in der Schule bestünden und dass sie wegen der dauernden Anrufe der Lehrer mittlerweile **ihren Arbeitsplatz verloren** hätte.

Die ambulanten Hilfsmaßnahmen werden verstärkt, was zu einer vorübergehenden Stabilisierung, letztlich aber zu keiner dauerhaften Verhaltensänderung bei Anton führt. Antons Mutter versucht nun ihrerseits einen Schulwechsel beim Bezirkschulinspektor zu erwirken. Das wiederum wird von der Schule als ein Angriff auf deren Kooperationsbereitschaft gewertet.

Meiner Hypothese zufolge hat trotz aller Bemühungen der Beteiligten (der Mutter, der Schule, des JA) die Psychodynamik von Anton in seinem Herkunftssystem die Regie übernommen. Keine der Maßnahmen kann das aggressive Ausagieren des Kindes begrenzen. Die daraus resultierende Ohnmacht von Mutter und Schule führen zu gegenseitigen Schuldzuweisungen. Schließlich kann das Umfeld des Kindes Anton nicht mehr aushalten und es kommt zur Aufnahme auf der Krisenstation.

Damit ist Anton aus seinem Herkunftssystem rausgeflogen- ich wähle diesen Ausdruck um das **Erleben** des Kindes darzustellen und nicht um den Schritt der Krisenunterbringung in Frage zu stellen. Und auch deshalb, weil das Erleben des Kindes seine Symptomatik mitbestimmt. Damit meine ich, dass man damit rechnen muss, dass jeder erlebte Ausschluss **angst-und aggressionsverstärkend** wirkt, was durch die Beschreibung im Verlauf auf der Krisenstation auch bestätigt wird.

Bei einer Beurlaubung von der Krisenstation nach Hause und beim Schulbesuch in der Stammschule ist Folgendes aus dem Schulbericht zu entnehmen: „ Wir Lehrer sind erschüttert über das äußerst negative Verhalten Antons nach dem Aufenthalt im Kriseninterventionszentrum. Sein Verhalten ist noch schlimmer als vorher.....nach regelmäßigem Kontakt mit der Lehrerin von der Krisenklasse sind wir **ebenfalls** der Meinung, dass Anton ein **sehr gefährlicher Psychopath** ist, dem man durchaus einen Anschlag auf Schüler und Lehrer zutrauen kann.....“ und weiter „... und wir können auch nicht verstehen, warum durch ein einziges Kind Mitschüler und Lehrer leiden müssen.“ Und wieder möchte ich diese Äußerungen, welche ein Ausdruck von Angst **vor** der destruktiver Aggression sind, **auch** als einen Spiegel für das Innenleben des Kindes verstehen.

Sogenannte **Spiegelungsphänomene** wurden in der Balint-Gruppenarbeit entdeckt und beschrieben: darunter wird das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen verstanden, welches als intrapsychisches Phänomen regelmäßig in der Arbeit von Patient und Therapeut auftaucht. Ihm wird aber auch beim Fallverstehen in der Gruppensupervision eine wichtige Rolle als Werkzeug zugeordnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Gefühle und Phantasien in der Gruppe das Innenleben des Klienten widerspiegeln. Die Arbeit mit Spiegelungen in der Gruppe ist ein inzwischen von den meisten Supervisionsmethoden übernommenes Instrument. Spiegelungen finden aber **nicht nur** in Balint- oder andern Gruppensupervisionen statt, sondern beständig und **überall** zwischen **sozialen, psychischen und biophysischen** Systemen.

Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich die Geschichte von Anton weiterverfolgen, der im Anschluß an den Krisenaufenthalt zu einem therapeutischen stationären Aufenthalt kommen soll, womit sich der Blick nun auch auf das **institutionelle Helfersystem** richtet.

In Erinnerung an die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Kinder zwischen den Sesseln der Institutionen“ gilt Anton sicher als ein Risikokind, das Gefahr läuft zwischen diesen Sesseln der Institutionen zu landen. Die **auch** in der Arbeitsgruppe

ausgearbeitete Konsequenz daraus, nämlich **frühzeitig** alle Systempartner miteinzubeziehen wurde in diesem Fall umgesetzt, noch **bevor** eine Aufnahme des Kindes im stationären therapeutischen Setting erfolgt.

Der Aufwand ist hoch: es kommen die Vertreter von zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien, die zuständige Sozialarbeiterin, der Leiter, die Psychologin und ein Betreuer der Krisenstation, die Lehrerin der Stammschule und die der Krisenklasse, die Mutter und die Vertreter der vorgesehenen stationären Abteilung, die Anton schließlich aufnehmen sollte.

Diesen hohen Aufwand rechtfertigt das Ergebnis dieser großen Helferkonferenz: statt der sonst üblichen **sofortigen** Übernahme des Kindes auf die Therapiestation, wird ein kinderpsychiatrischer Voraufenthalt geplant, um die noch fehlenden diagnostischen Schritte und die Überprüfung der Medikation durchzuführen. Dadurch gewinnt die Nachfolgeabteilung auch Zeit, um die notwendige Einzelbetreuung auf die Beine zu stellen. Die Krisenstation wiederum behält Anton bis zur Aufnahme an der Psychiatrie. Neben diesen organisatorischen Vereinbarungen, gelingt in dieser Phase dem Helfersystem ein „**Wir**“ zu etablieren und die notwendige Behandlung von Anton gemeinsam anzugehen und damit eine Zuschreibung über die alleinige Zuständigkeit für den Fall zu durchbrechen.

Das erscheint mir auch deshalb wichtig, da es gerade bei solchen Kindern und Jugendlichen wie Anton, sehr schnell und mit viel Druck zu einem Weiterreichen der „heißen Kartoffel“ kommt. (Was unter den Gesichtspunkt von Angst und Aggression einem institutionellem Agieren dieser Affekte gleichkommt.)

3. institutionelle Ebene und Gruppenprozesse

Mit der Vorbereitung des von allen Systempartnern notwendig erachteten speziellen Settings, also einer zusätzlichen und durchgängigen sozialpädagogischen Einzelbetreuung für Anton an der sozialtherapeutischen Abteilung erreicht die Dynamik des und um das Kind das Behandlungsteam. Im Team löst die Ankündigung eines zusätzlichen Kollegen für die Betreuung eines einzelnen Kindes nicht die erwartete Freude über eine Verstärkung im Team, sondern vielmehr die Frage aus: „Was ist denn das für ein Kind, das sowas braucht?“ und „Müssen wir den nehmen?“ Zumal es während des Krisenaufenthaltes ja schon Begegnungen mit Anton gab und „so ein Kind“ mittlerweile jeder kennt.

Ähnlich den zitierten Äußerungen der Klassenlehrer von Anton werte ich auch diese Äußerungen als einen Ausdruck **der Angst** und einer phantasierten Ohnmacht ausgelöst durch Antons Dynamik.

Auf die theoretischen Aspekte der Funktionen und Aufgaben eines stationären therapeutischen Behandlungsteams möchte ich an dieser Stelle nur kurz eingehen: Als eine Grundlage eignet sich dafür das Bion'sche Modell des Containements: das Team fühlt sich in den Patienten ein, lässt sich auch infizieren, **ohne** aber die ihm zugeschriebenen Affekte und Rollen vollständig zu übernehmen. Die Möglichkeit des Verarbeitens und Nachempfingens und Reflektierens im Team kann dem Patienten schließlich wieder in „verdauter“ Form zur Verfügung gestellt werden.

Das bedeutet auf Anton angewandt, dass neben der Grenzsetzung bei seinen körperlichen Übergriffen, die Angst dahinter zu erspüren, auszuhalten und in Worte zu fassen und ihm in geeigneter Form zu übermitteln ist. Dabei entsteht eine **haltende** Beziehung, innerhalb der das Kind neue und entwicklungsfördernde Erfahrungen machen kann.

Das klingt gut und ist in der einschlägigen Literatur auch ausführlich beschrieben.

Wie sieht das nun in der Realität bei uns aus?

Kindergruppe

Bei der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen in unserem setting ist nicht nur die Psychodynamik des Einzelnen, sondern auch die herrschende Gruppendynamik zu beachten. In der Gruppe der Kinder/Jugendlichen ist die Frage: „Wer ist bei uns der Aussenseiter?“ grundsätzlich ein Thema, zumal ja alle Kinder/Jugendlichen durch ihr **Hier** und nicht in ihrem Herkunftssystem Sein, Betroffene sind.

Anton, der durch die ihm zugedachte Einzelbetreuung von vorne herein eine Sonderstellung hat, übernimmt die Rolle des Aussenseiters auch innerhalb der Wohngruppe schnell, weil er weiterhin alle stößt, rempelt, beschimpft und haut. Diese Rollenübernahme von Anton schafft gleichzeitig eine Entlastung für alle anderen in der Kindergruppe, nämlich selber nicht der Aussenseiter zu sein, den niemand mag.

In der Projektion der eigenen nicht integrierten Aggression auf den Sündenbock taucht dann die Gruppenphantasie „Wenn der nicht da wäre, wäre alles viel besser“ auf und wird von den Kindern auch ausgedrückt.

Helfergruppe in der Institution

Mit dem Wissen um diese Dynamik ist nun das Behandlungsteam konfrontiert und soll damit pädagogisch und therapeutisch umgehen. Integrieren heißt die Devise und nicht ausschließen!

Wie kann das funktionieren, wenn das Team innerhalb einer Institution nicht nur mit einem Anton, sondern mit einer ganzen Gruppe von mehr oder weniger ausagierenden Kindern oder Jugendlichen konfrontiert ist? Wenn das Schimpfen, Verweigern, Kratzen, Spucken, Beissen und dgl. mehr an der Tagesordnung ist?

Als Erklärungsmodell für dieses Funktionieren bzw. nicht mehr Funktionieren möchte ich kurz auf die Systemtheorie von Miller und Rice eingehen, die von Mathias Lohmer auch auf therapeutische Institutionen angewendet wird.

Dabei wird die Organisation als ein komplexes System mit unterschiedlichen Aufgaben, Rollen und Subsystemen beschrieben. Subsysteme sind z.B. die einzelnen Berufsgruppen, die Therapiegruppen, die Wohngruppen, die Arbeitsgruppen und dgl. Der die Gruppe anleitende Therapeut, Sozialpädagoge oder Werkstättenleiter übernimmt dabei die Verantwortung der ihm zugeschriebenen Rolle und übt Steuerung und Führung bei seiner Gruppe aus.

Das jeweils umfassendere und daher mit weiterreichenden Leitungs- und Steuerungsfunktionen ausgestattete Subsystem nimmt dabei eine Schutz,- und Containmentfunktion für das patientennähere Subsystem ein. Mathias Lohmer liefert als Vergleich dafür das Bild der russischen Puppen oder der ineinander gestapelten Schachteln.

So bietet beispielweise die Teambesprechung als übergeordnetes System dem Subsystem Kind-Einzelbetreuer dem Einzelbetreuer die Möglichkeit Erlebtes und eigene heftige Gefühle zu verarbeiten.

In der Arbeit mit schwer gestörten und ausagierenden Kindern und Jugendlichen muß dieses gegenseitige Containieren viel und oft stattfinden, damit die Kinder/Jugendlichen „gehalten“ werden können und eine Weiterentwicklung stattfinden kann. Das erklärt auch den Sinn der häufigen Besprechungen und die Notwendigkeit der relativ hohen Dichte an gut ausgebildeten MitarbeiterInnen.

Das gemeinsame Nachdenken, Reflektieren und Verarbeiten im Team verhilft auch dem Patienten vom Agieren ins Übersichnachdenken zu gelangen. Im Fall von Anton ist das im **späteren** Verlauf auch passiert. In der Auseinandersetzung mit seinen destruktiven Akten gegenüber anderen stellte er sich und seinem Einzeltherapeuten die Frage: „I bin doch net bled, warum bin i so deppat?“ Ein Zeichen dafür, dass ein therapeutischer Prozess in Gang gekommen war.

Auch wenn alle Vorraussetzungen innerhalb einer Institution gegeben sind, kann es zu Krisen kommen, welche die weitere Behandlung des Kindes in Frage stellen bzw. gefährden, wie das bei Anton mehrmals der Fall war:

Bei einer Begegnung von Anton mit einem älteren Jugendlichen, kommt es trotz des sofortigen Einschreitens der Betreuer zu einem Schlagabtausch zwischen den beiden, bei dem Anton eindeutig unterliegt. Zurück auf seiner Wohngruppe wird der weinende Anton von seinen Sozialpädagogen versorgt und von den anderen Kindern getröstet. In dieser Situation identifizieren sich die anderen Kinder sichtlich mit Anton und gleichzeitig entsteht die Gruppenphantasie „Jetzt weiß er wie das ist, wenn man geschlagen wird und wird das deshalb selber nicht mehr tun!“

Diese logische Schlussfolgerung hat zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht mit der vorherrschenden Psychodynamik von Anton übereingestimmt. Er reagiert in den darauffolgenden Tagen auf diese erlebte Unterlegenheit mit einem noch intensiveren aggressiven Ausagieren, was schließlich zu einer vorübergehenden Aufnahme an der KJPP führt. An dieser Stelle möchte ich den **interinstitutionellen Aspekt**

hervorheben. Krisen im Rahmen einer Heimunterbringung eines Kindes/Jugendlichen können auch Krisen innerhalb der Institution auslösen, wobei dann die Austossung des Kindes **eine** Folge sein kann.

So kann das Ausmaß an Störung und seelischen Schmerz eine starke **kollektive** Abwehrdynamik im Team mobilisieren. Das Nichtmehraushaltenkönnen der heftigen Gefühle die das Kind bei uns auslöst wird zu einem Nichtmehraushaltenkönnen des Kindes und der Ausschluss aus der Institution wird vollzogen und rational begründet. Das Kind /der Jugendliche sprengt den Rahmen, passt nicht her, braucht was anderes. Somit wiederholt sich der Prozess, den das Kind ohnehin schon kennt und erlebt hat, was sein Leid und die Symptomatik verstärkt.

Eine interinstitutionelle Zusammenarbeit erscheint mir da zielführend, sollte aber nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiatrien als Partner heranziehen, zumal ja nicht alle Krisen psychiatrische sind.

In Antons Fall wirkten neben den vielen anderen Bausteinen **auch** die kurzfristigen Unterbrechungen seines Aufenthaltes bei uns wie die genannte Krisenintervention an der KJPP entwicklungsfördernd, da er durch das **Wiederzurückkommen** an die Abteilung eine neue Erfahrung machen konnte.

Neben den grenzsetzenden Maßnahmen, die ein Kind/Jugendlicher wie Anton braucht, sind gleichermaßen die positiven Erfahrungen, die seinen Selbstwert stärken notwendig. Das passierte u.a. auch durch einen betreuten Aufenthalt am Bauernhof sowie der Teilnahme von ihm an unserem, für die Betreuer sehr anstrengendem erlebnispädagogischen Sommerprojekt von dem er letztlich **gruppenfähig** zurückkehrte.

Auch wenn die institutionelle, interinstitutionelle und die Zusammenarbeit mit den übergeordneten Instanzen funktioniert, bleibt so eine Behandlung eine Gradwanderung, da meiner Erfahrung nach die Belastung eines Systems mit ihrer Belastbarkeit zunimmt.

Zusammenfassung

In meinem Referat wollte ich darstellen, dass die gleichen Mechanismen die in der Psychodynamik des Kindes/Jugendlichen wirksam sind, auf das unmittelbare Umfeld aber eben auch auf das Helfersystem übergreifen können.

Besonders dann, wenn heftige Affekte wie Angst und destruktive Aggression im Spiel sind, besteht die Gefahr dass eine Spirale in Gang kommt, bei der ein Kind/Jugendlicher immer mehr zum Aussenseiter wird.

Neben dem Wissen um die geschilderte Dynamik bietet auch die Entschleunigung bei Unterbringungsprozessen und das Aufteilen der Verantwortung einen Schutz davor.

Den hohen Aufwand für alle Systempartner , den ich bei meinem Fallbeispiel geschildert habe, rechtfertigt nicht nur der positive Entwicklungsverlauf eines einzelnen Kindes sondern auch, dass der Aufwand, wenn ein Kind aus einer Institution ausgestossen wird, danach ein noch viel höherer ist.