

# Einleitung

## Unser Anliegen

Ihren Ursprung nimmt diese Arbeit in den langjährigen Erfahrungen, die MitarbeiterInnen und Leiter im Haus Fichtenhalde mit Kindern und Jugendlichen mit besonders komplexen Problemkonstellationen gemacht haben. Immer wieder haben uns eine Reihe von Kindern und Jugendlichen bei unserem Auftrag, sie in ihrer Entwicklung bestmöglichst zu unterstützen und zu fördern, Rätsel aufgegeben. Denn ihre Problemkonstellationen erweisen sich für alle Beteiligten oft als nur schwer verständlich und meist nicht ganz fassbar. Zwangsläufig geraten wir so auch beim Planen und Umsetzen passender Hilfskonzepte immer wieder an unsere Grenzen. Das Problemverhalten dieser jungen Menschen erscheint in vielfältigen, teils widersprüchlich erscheinenden Symptomen, steigert sich phasenweise bis zur kritischen Zuspitzung und Grenze der Erträglichkeit und zeigt sich dann wieder so gemäßigt, dass man sich schon dem Ziel des Hilfeprozesses nahe sieht. Auch der Hilfebedarf ist anfangs schwer zu bestimmen. Er scheint über verschiedene Lebensbereiche hinweg unermesslich groß und fast nicht leistbar. Im Gegensatz dazu vermögen diese jungen Menschen oft nur eine geringe Problemeinsicht aufzubringen und lassen dann über lange Strecken nur wenig Bereitschaft erkennen, angebotene Hilfen anzunehmen. Die Herstellung von Kooperationsbereitschaft muss so zwangsläufig immer wieder zum Schwerpunkt der Arbeit gemacht werden. Dort, wo die Kooperationsbereitschaft im Verhältnis zur Problemlage nicht ausreichend zu entwickeln ist, bleiben auch die Erfolge unbefriedigend. Entsprechend zerbrechen sich dann Erzieher, Therapeuten, Lehrer und die Leitung schon zwischendurch oder am Ende des Aufenthalts den Kopf, ob ihr Engagement nicht groß genug war oder ob das Fallverstehen der Komplexität der Problematik nicht Rechnung zu tragen vermochte. Haben wir trotz des Versuchs, unsere fachlichen Kompetenzen gebündelt einzusetzen, versagt?

Natürlich haben wir uns mit vorhandenen Erklärungsmodellen, therapeutischen Ansätzen und Sichtweisen auseinander gesetzt. Bei so komplexen Problemkonstellationen beschreiben sie aber meistens nur jeweils eine Perspektive, die manchmal wichtig und nötig ist, aber doch auch unvollständig bleibt. Hier reichen auch einzelne Hilfeansätze nicht aus, sie müssen vielmehr zu einem umfassenden Hilfskonzept zusammengefügt werden. Nach einer langen Phase praktischer Arbeit mit diesen besonders problembelasteten Kindern und Jugendlichen – darunter sind wohl auch die »besonders Schwierigen« in der Jugendhilfe (Schrapper, 2001) – verstärkte sich das Bedürfnis, auf die Suche nach einem Erklärungsansatz zu gehen, der den Problemlagen dieser jungen Menschen besser gerecht werden könnte, als die uns bis zu diesem Zeitpunkt bekannten Modelle. Außerdem sollten sich daraus

natürlich auch neue therapeutische und pädagogische Ansatzpunkte ergeben und begründen lassen. Unser Anspruch war dementsprechend nicht, gesammelte Praxiserfahrungen nur additiv zusammenzutragen, sie sollten auch mit den in den letzten Jahren entstandenen oder erweiterten Theoriemodellen verglichen werden und dann gemeinsam mit diesen ihre Tauglichkeit oder Leistungsfähigkeit für das Verständnis besonders problembelasteter junger Menschen, über die wir hier im Weiteren sprechen wollen, beweisen. Es geht dabei nicht nur um die Aufklärung von Verstehensdefiziten oder die Gründe für nicht befriedigte Erfolgserwartungen. Damit verbindet sich auch das Anliegen, die MitarbeiterInnen, die jahrelang ihre Motivation und ihre Kräfte in diese anstrengende Arbeit miteingebracht haben, an dieser Aufklärung – sofern sie gelingt – teilhaben zu lassen. Denn die »besonders Schwierigen« machen alle, die mit ihnen – in welcher Rolle auch immer – befasst sind, immer wieder ratlos, lassen die eigenen Grenzen spüren und lösen die meisten Selbstzweifel aus.

Auf der Suche nach Erklärungen und Handlungsmodellen traf es sich gut, dass vor einigen Jahren eine Kollegin unser Team ergänzte, die schon über Jahre durch vielerlei Kontakte mit der Praxis unserer Einrichtung verbunden war und die, durch ihr fachliches Interesse und ihren lebendigen und unverbauten Bezug zur Wissenschaft, in vielfältiger Weise Ideen und Unterstützung für dieses Projekt einbrachte.

### Arbeitsfeld, Erfahrungsbasis

Haus Fichtenhalde ist eine pädagogisch-therapeutische Jugendhilfeeinrichtung mit angegliederter Schule für Erziehungshilfe in privater Trägerschaft. Sie betreut Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten mit zumeist gravierenden psychosozialen Problembelastungen sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant. Eine solche therapeutisch orientierte Einrichtung, deren personelle Ausstattung mit pädagogischen, sozial- und heilpädagogischen sowie psychotherapeutischen Fachkräften den Jugendhilfeträgern bekannt ist, wird heute ganz überwiegend für junge Menschen angefragt, bei denen eine sehr verfahrenere und mit gewöhnlichen pädagogischen und therapeutischen Mitteln kaum mehr »handhabbare« Situation vorliegt und ambulante Angebote in der Regel schon lange nicht mehr greifen. Wir sind auch bekannt für die differenzierte Kooperation mit Eltern, die zur fachlichen Betreuung ihres Kindes in einer Einrichtung viele kritische Fragen haben und die Gestaltung des Hilfeprozesses sehr aufmerksam verfolgen.

Eine pädagogisch-therapeutische Einrichtung dieser Art gibt die Möglichkeit, Kinder und Jugendliche mit komplexen Problembelastungen über längere Zeiträume umfassend kennen zu lernen und in vielen Situationen beobachten zu können. D. h. es gibt viele Gelegenheiten, diese jungen Menschen in verschiedenen Lebensfeldern bzw. in der Auseinandersetzung mit deren Anforderungen zu erleben. Auch die Akzeptanz und Wirksamkeit kombinierter und unterschiedlich intensiver pädagogisch-therapeutischer Ansätze und Konzepte lassen sich wahrscheinlich besser als anderswo beobachten. Und insbesondere im Alltag ist viel über die Bewältigung oder Abwehr von Alltagsanforderungen und die Fähigkeit, mit zwischenmenschlichen Konflikten umzugehen, zu erfahren.

Unsere zur Thematik *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung* gewonnenen Erkenntnisse resultieren deshalb zu einem großen Teil aus den jahrelangen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen in dieser Einrichtung. Die eigene Erfahrungsbasis wird ergänzt durch die differenzierte Auswertung einschlägiger, z.T. auch ganz

aktueller Fachliteratur und durch die Fachdiskussion mit anderen Praktikern und in der Forschung engagierten Wissenschaftlern. Wir haben gleichzeitig auch immer wieder die Gelegenheit genutzt, neue Erkenntnisse und daraus entstandene Handlungsansätze in der Praxis zu überprüfen und bei positivem Ergebnis immer mehr in unsere pädagogisch-therapeutische Konzeption zu integrieren.

### **Mehrperspektivische Betrachtungsweise erweitert Verständnisrahmen**

Seit längerem bemühen wir uns, gerade für chronifizierte und komplexe Störungsbilder einen eigenen bzw. erweiterten Verständnisrahmen zu finden und so für die betroffenen jungen Menschen wie auch deren Familien noch angemessenere und nach Möglichkeit aussichtsreichere, d.h. insbesondere rascher und zuverlässiger wirksame Hilfskonzepte zu finden. Aus den eigenen Praxiserfahrungen heraus und gestützt auf Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung haben wir nicht nur die Notwendigkeit einer mehrperspektivischen Betrachtungsweise der Entstehung psychischer Störungen bzw. psychosozialer Belastungen erkannt, sondern sind auch zu einer teilweisen Neugewichtung ursächlicher Faktoren gelangt. Auch die Erforschung und Bewertung von Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung hat uns besonders interessiert. Wir gewannen Erkenntnisse und stießen auf Zusammenhänge, von denen wir glauben, dass sie vor allem für unsere weitere Arbeit auf diesem Tätigkeitsfeld hilfreich sein werden. Sie dürften allen Beteiligten, den jungen Menschen, ihren Eltern wie auch den MitarbeiterInnen der Einrichtung und den Jugendhelfeträgern, mit denen wir kooperieren, nützlich sein.

### **Was hat sich verändert und zwingt zu neuen fachlichen Sichtweisen?**

Wenn wir allein auf die letzten Jahre zurückblicken, ist eine erhebliche Erweiterung unseres fachlichen Wissens zu den vielfältigen Erscheinungsbildern und Verflechtungen psychischer Störungen und den sich unter bestimmten lebensweltlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickelnden psychosozialen Problemstellungen zu erkennen. Eine erweiterte Sicht der Entstehungsbedingungen und der Entwicklungsverläufe zahlreicher Störungsbilder hat sich gebildet. Zur früheren Ursachenforschung und den dazugehörigen Erklärungsmodellen aus zahlreichen unterschiedlichen therapeutischen und pädagogischen Perspektiven ist in den letzten Jahren verstärkt die neurowissenschaftliche Forschung hinzugekommen. Insbesondere die Hirnforschung hat mit neuen technischen Mitteln zu wichtigen neuen Erkenntnissen auch für unsere Arbeit geführt und wird dies sicher auch noch weiterhin tun. Da zeigt sich manches Phänomen noch einmal in einem anderen Licht, es werden neue Zusammenhänge sichtbar und manche frühere Vermutung, die sich lange nicht beweisen ließ, wurde bestätigt oder aber widerlegt. Ebenfalls scheint man wieder zu einer unbefangeneren Sicht der Bedeutung genetischer Faktoren zu kommen, die man nach Jahren der Verdrängung wieder neu wahrzunehmen wagt.

Über die so genannte **Resilienzforschung** (Opp & Fingerle, 2007) ließ sich mehr Klarheit darüber gewinnen, was z.B. jungen Menschen hilft, trotz widriger Lebensumstände vor Schaden bewahrt zu werden und eine gute Entwicklung zu nehmen. Hieraus lassen sich auch Schlussfolgerungen darüber ableiten, welche psychischen Voraussetzungen oder Fähigkeiten vorhanden sein müssen und welche erzieheri-

schen Gegebenheiten ausschlaggebend sind, damit die Lebensbewährung gelingen kann. Die weiteren Entwicklungsverläufe von ehemals in unserer Einrichtung Betreuten vermögen wir unter diesen Aspekten teilweise neu zu bewerten.

Der aktuelle Wissensstand zwingt auch die Jugendhilfe dazu, im Interesse der von ihr betreuten Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und auch ihrer eigenen MitarbeiterInnen, Problemstellungen unter anderen Blickwinkeln als unter den lange Zeit üblichen zu betrachten. Zumal wenn sie immer öfter im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie tätig werden muss und dabei auch an ihre Grenzen stößt. Wir wissen heute nicht nur mehr darüber, unter welchen Umständen psychische Störungen entstehen, wir wissen auch mehr darüber, unter welchen Voraussetzungen Therapie und Erziehung gelingen können. Und wir können mehr Gesichertes zu dem sagen, was ihr Gelingen stört oder verhindert. Solches Wissen ist zu nutzen und entsprechend sind vorhandene Konzepte weiterzuentwickeln.

### Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen verschiedenster therapeutischer Schulrichtungen haben sich auch in den international eingeführten Klassifizierungsschemata für psychische Störungen ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996)<sup>1</sup> niedergeschlagen. Darin und in vielen Publikationen, die sich seither mit den sozusagen international zur Diskussion gestellten fachlichen Sichtweisen und Merkmalskriterien befassen, taucht eine Gruppe von psychischen Störungsbildern auf, für die typisch ist, dass sie als lang anhaltend, tief greifend und ausgesprochen dysfunktional sowie auch – wie es heißt – nicht nur auf eine bestimmte Entwicklungsphase oder nur auf bestimmte Situationen begrenzt sind. Charakteristisch ist für diese Störungsbilder auch, dass sie von ihrem Verlauf und ihrer speziellen Ausprägung her viel Leid erzeugen können. Sozialpädagogische Fachkräfte, Lehrkräfte und Psychologen bzw. Psychotherapeuten, die in unserem Arbeitsfeld tätig sind, haben oft mit jungen Menschen zu tun, auf die diese Beschreibung zutrifft.

### Risikokonstellationen früh erkennen

Mit lang anhaltenden, tief greifenden, dysfunktionalen und oft auch schwer zugänglichen und nicht zuletzt deshalb Leid verursachenden Problemlagen sind wir täglich konfrontiert. Wir wollen deshalb schon an dieser Stelle die wichtigste Arbeitshypothese, um die es in dieser Publikation geht, vorstellen. Wir gehen davon aus, dass die vorgenannten Adjektive Störungsbilder charakterisieren, die man bei Erwachsenen entsprechend den Kategorisierungen von ICD-10 und DSM-IV wie auch des MAS (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001)<sup>2</sup> als *Persönlichkeitsstörungen* bezeichnet. Von diesen sagt man zwar, dass sie meistens in der Kindheit entstehen, aber – von Ausnahmen abgesehen (!) – erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden sollten. Die späte Diagnostizierung soll verhindern,

---

1 Der Einfachheit halber und auf Grund des großen Bekanntheitsgrades wollen wir im Folgenden bei ICD-10 und DSM-IV auf einen Literaturverweis verzichten.

2 Auch beim MAS wollen wir im folgenden der Einfachheit halber und auf Grund des großen Bekanntheitsgrades auf einen Literaturverweis verzichten.

dass Kinder oder Jugendliche zu früh mit einem Etikett versehen werden, das früher einem Stempel »Prognose schlecht« entsprach. Mittlerweile hat sich die Forschung weiterentwickelt und – verkürzt gesagt – zu der Erkenntnis geführt, dass dieser Stempel eigentlich heißen müsste: »*Prognose schlecht, wenn nicht früh und problemspezifisch therapeutisch und pädagogisch gehandelt wird.*«

Wir gehen also davon aus, dass die Entwicklung oder Entstehung einer Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters nicht etwa 18 Jahre völlig verborgen bleibt, wie dies durch die Empfehlung, sie erst im Erwachsenenalter zu diagnostizieren, vermutet werden könnte. Ein solches Störungsbild kommt nicht plötzlich und ohne Vorankündigung im Erwachsenenalter zum Vorschein. Es tritt vielmehr in seinen typischen Konturen, Problemverhaltensmustern und Auswirkungen schon bei Kindern und Jugendlichen deutlich in Erscheinung. Dass sich beim einen oder anderen jungen Menschen eine frühe Vermutung dieser Art als Fehlalarm herausstellen könnte, weil sich sein Problemverhalten glücklicherweise nicht bis ins Erwachsenenalter als durchgängig erweist und verfestigt, widerlegt unsere Auffassung nicht. Denn der Anteil der jungen Menschen, deren Entwicklungsstörung sich zur Persönlichkeitsstörung hin verfestigt (Für eine Übersicht siehe Schmid, Schmeck & Petermann, 2008 und Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, 2008), ist jedenfalls nicht unerheblich und sollte deshalb rechtzeitig und d.h. frühzeitig zur Kenntnis genommen werden. Denn hier handelt es sich nicht etwa um marginale zu vernachlässigende Probleme, die man mal einige Jahre in der Hoffnung, dass »sich das mit dem Älterwerden schon wieder gibt«, ignorieren kann. Es geht vielmehr um schwerwiegende und folgenschwere Risikokonstellationen und um deren leidvolle Auswirkungen, die sich mit ihrer Ausdehnung in mehrere Lebensbereiche hinein und mit ihrer Verfestigung nicht vereinfachen, sondern zu zahlreichen Funktionsbeeinträchtigungen führen und schließlich die *soziale Integration* erheblich gefährden. Solchen Problemen gilt es so früh und so umfassend und intensiv wie möglich mit wirksamen pädagogisch-therapeutischen Konzepten entgegenzuwirken. Denn je länger die Problemkonstellationen dauern und sich verfestigen können, je komplexer und schwerer angehebbar werden sie in der Regel.


### **Rechtzeitige bedarfsspezifische Hilfen erhalten und verbessern die Entwicklungschancen**

Es besteht die Gefahr, dass es aus Scheu vor einer relativ frühen psychopathologischen Zuordnung auch zu keiner rechtzeitigen und bedarfsspezifischen Hilfe kommt. Das ist für uns der entscheidende Aspekt, der uns veranlasst hat, uns als Praktiker zu Wort zu melden und für Schlussfolgerungen aus der in Umrissen skizzierten Sichtweise zu plädieren. Wir sagen keineswegs, dass zur Beurteilung eines komplexen Störungsbildes unser Blickwinkel der einzig richtige ist. Man sollte lediglich den Blickwinkel, den wir hier beschreiben wollen, nicht von vorneherein ausklammern bzw. aus Etikettierungsängsten darüber hinwegsehen. Denn wenn man durch bestimmte Merkmalskonstellationen und Entwicklungsverläufe, durch die lange Dauer und eine erschwerte Zugänglichkeit der Störungen, in vielen Fällen auch noch durch Anhaltspunkte in der Familienanamnese begründeten Verdacht in Richtung einer Risikokonstellation schöpft, ist rasches und bedarfsspezifisches Handeln notwendig.

## Unsere Darstellungsweise

Wir wollen uns mit unserer Darstellungsweise und Sprache (es wird zum Teil auch die Sprache der erzieherischen Praxis sein) bewusst offen halten für eine breitere Leserschaft und uns deshalb in unseren Ausführungen nicht überall auf dem Abstraktionsniveau wissenschaftlicher Veröffentlichungen bewegen. Es geht uns dabei auch besonders um die Praktiker wie die sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Fachkräfte, aber auch die Lehrer und Therapeuten, die mit uns zu den Beteiligten gehören und uns deshalb besonders am Herzen liegen. Die Thematik erscheint uns für diesen Personenkreis, der insbesondere auch den Alltag der Betroffenen kennt und mit ihnen teilt, bei einer eher wissenschaftlichen Diktion zu nüchtern und emotionslos. Dabei zeichnet sich diese Thematik ja gerade dadurch aus, dass sie für die Beteiligten, d.h. die Fachkräfte in der Praxis und die Eltern, eine enorme emotionale Dimension und Dynamik besitzt.

Auch soll hier, wenn von dem Erzieher, dem Therapeuten, dem Lehrer o.ä. die Rede ist, immer auch die weibliche Perspektive (also die Erzieherin, die Therapeutin und die Lehrerin o.ä.) miteingeschlossen sein. Leider macht die deutsche Sprache es nicht immer einfach, beides gleichzeitig zu berücksichtigen. Wir haben uns deswegen auf diese, wenn auch nicht ganz befriedigende Lösung geeinigt.

Im Anhang befinden sich außerdem eine Reihe von Fallbeispielen. In den Kapiteln wird auf die entsprechenden Praxisfälle daher mit  (Symbol für Fallbeispiele) verwiesen.

## Teil 1 Einführung

### 1 Von welchen Kindern und Jugendlichen und von welchen Problemkonstellationen sprechen wir?

Die meisten Kinder und Jugendlichen, die wir im Alter zwischen ca. 8 und 15 Jahren in unsere pädagogisch-therapeutische Einrichtung aufnehmen, bringen eine sehr komplexe und chronifizierte Problemkonstellation mit. Ihre Auffälligkeiten und Problembelastungen stammen nicht erst aus den letzten ein bis zwei Jahren der Eskalation. In dieser der Aufnahme in eine stationäre oder teilstationäre Betreuung oft vorausgehenden Phase haben sie sich lediglich so zugespitzt und verfestigt, dass die Erziehungssituation in der Familie und meist auch in der Schule als kaum mehr erträglich und letztlich pädagogisch auch nicht mehr handhabbar erlebt wurde. Die Angehörigen sind dann nicht selten ratlos und zermürbt und auch die professionellen Helfer, die die Eltern und den jungen Menschen ambulant zu unterstützen versucht haben, sind ebenfalls häufig an ihren Grenzen angelangt. Aus dieser Situation heraus kann es dann zu der Entscheidung kommen, das Kind oder den Jugendlichen zumindest im Rahmen einer Krisenintervention einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder über einen längeren, aber doch auch begrenzten Zeitraum einer therapeutisch orientierten Jugendhilfeeinrichtung anzuvertrauen. Nicht selten gelangen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik untersuchte und behandelte Kinder und Jugendliche ein Viertel- oder halbes Jahr später in unsere Jugendhilfeeinrichtung, weil es eine Reihe von Gründen gibt, den jungen Menschen und seine Angehörigen über den relativ kurzen Klinikaufenthalt hinaus fachlich und umfassend weiter zu betreuen.

Verfolgt man die Probleme dieser Kinder und Jugendlichen zurück, wird zumeist erkennbar, dass sich schon im frühen Kindesalter Auffälligkeiten zeigten. Häufig gehörte das Kind zu den sog. Schreikindern und/oder zeigte auch schon früh andere problematische Verhaltensweisen, indem es als reizüberempfindlich, leicht irritierbar oder unruhig erlebt wurde und sich schwer neuen Situationen anpassen konnte. Meistens ließen sich auch schon im Kindergarten- und im Grundschulalter sehr ausgeprägte Störungen der psychosozialen Entwicklung erkennen. Diese weiteten sich dann über die Jahre hin aus, verschärften sich im Verlaufe der schulischen Entwicklung immer mehr und verfestigten sich trotz verschiedenster ambulanter Interventionsversuche.

Kommen diese Kinder dann mit 9, 11, 13 oder 14 Jahren aus einer verfahrenen und verzweifelten Lage in eine Jugendhilfeeinrichtung, so kommt es meist schnell zu einer Entschärfung der Gesamtsituation. Kinder wie Eltern schöpfen neue

Hoffnung. Es stellt sich dann aber auch nicht selten heraus, dass die weitere therapeutische und pädagogische Arbeit mit diesen jungen Menschen unter z.T. sehr erschwerten Bedingungen verläuft und der Hilfeprozess auf ganz charakteristische Schwierigkeiten stößt. Wie langjährige Verlaufserfahrungen zeigen, ist neben oft nur zögerlichen Entwicklungsfortschritten häufig auch zu befürchten, dass trotz allem persönlichen Einsatz und vielfältigen methodischen Anstrengungen in der verfügbaren Zeit nicht der gewünschte dauerhafte Erfolg erreicht wird.

Oft zeigen sich schon in der ersten Phase der pädagogisch-therapeutischen Betreuung bei diesen jungen Menschen Problemkonstellationen, die in Anlehnung an die internationalen Klassifikationssysteme für psychische Störungen ICD-10 und DSM-IV als

- lang anhaltend
- tief greifend
- unflexibel
- lebensbereichs- und situationsübergreifend
- unangepasst bis extrem dysfunktional
- funktionelle Einschränkungen und Leid bewirkend

bezeichnet werden können. Wie oft schon aus der Vorgeschichte klar wird, sind die dazugehörigen Probleme nicht auf eine bestimmte Entwicklungsphase begrenzt. Außerdem lassen sie sich hinsichtlich Entstehung, Verlauf und therapeutischem Ergebnis ohne eine Erweiterung der bekannten Erklärungsmodelle für psychische Störungen meist nicht ausreichend verstehen.

Gleichwohl stellen diese Problemkonstellationen aber in der Regel große Anforderungen an therapeutische und pädagogische Mitarbeiter wie auch an die betroffenen Familien bzw. an andere Beteiligte. Es sind hier sehr viel Flexibilität und Kreativität zur Schaffung von immer wieder neuen pädagogisch-therapeutischen Handlungsspielräumen gefragt. Oft muss dabei von verbreiteten und in diesen Fällen zu lange aufrechterhaltenen Standardbetrachtungs- und Vorgehensweisen abgewichen werden. Und für die praktische Umsetzung ihrer jeweiligen Aufgaben benötigen Mitarbeiter jeder Profession eine enorme Überzeugungskraft, pädagogische Standfestigkeit, wie auch große Belastbarkeit und Ausdauer.

## **1.1 Komplexe, diagnostisch schwer fassbare Problemkonstellationen – Komorbide<sup>1</sup> Störungen sind häufig**

Die Problemkonstellationen, die sich bei diesen Kindern und Jugendlichen finden lassen, erscheinen deshalb so komplex, weil eine große Vielfalt an Symptomen und Symptomverflechtungen in mehreren Lebensbereichen vorhanden ist, die zu gravierenden Funktionseinschränkungen geführt hat. Dies führt dazu, dass im Vorfeld fast nie eine einzige alles-umschreibende Diagnose gestellt werden konnte, sondern

---

<sup>1</sup> Gleichzeitig auftretend



meist mehrere Symptom- oder Störungsbilder benannt werden. Es kann vorkommen, dass bei einem Kind oder Jugendlichen beispielsweise fünf komorbide Störungen gleichzeitig diagnostiziert oder bei Nachuntersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt andere Diagnosen gestellt werden. Darunter findet man typischerweise Diagnosen wie Störungen des Sozialverhaltens (ICD-Klassifikation F 91), Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92), Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1), Impulskontrollstörung (F 63.8) oder Reaktive Bindungsstörung (F 94.1), allesamt Diagnosen mit nicht sehr günstiger Langzeitprognose und relativ geringer Aussagekraft für therapeutische Implikationen. Häufig finden sich bei diesen Kindern und Jugendlichen zusätzlich *Teilleistungsstörungen* oder ein *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S)*. Diese moderieren die Problemverhaltensweisen entscheidend mit, können jedoch die beim betroffenen jungen Menschen feststellbaren Problemkonstellationen allein nicht ausreichend erklären (siehe hierzu Kapitel 5.5).

## 1.2 Unangepasstes bzw. dysfunktionales und manchmal nur schwer nachvollziehbares Problemverhalten

Charakteristisch für diese Problemkonstellationen sind u.a. Problemverhaltensweisen, die nicht der in der Gesellschaft allgemein üblichen Verhaltensnorm entsprechen und häufig sogar so unüblich, unlogisch und den eigenen Interessen so abträglich erscheinen, dass sie für die Mitmenschen, selbst wenn man die manchmal besonderen Lebensumstände dieser Kinder/Jugendlichen berücksichtigt, häufig nur schwer verständlich und auch kaum nachvollziehbar sind. Wutausbrüche aus relativ nichtigem Anlass, aber auch das Zerstören von eigenem oder fremdem Eigentum oder wüstes, nicht zu bremsendes Beschimpfen von Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen in einer von anderen bzw. Außenstehenden eher harmlos erlebten Situation, sowie auch immer wieder Selbstverletzungen oder andere ungewöhnliche Formen der Erregungsabfuhr (z.B. Kleidungzerbeißen) sind dafür nur einige Beispiele. Diese zeigen sich nicht immer, aber insbesondere in zugespitzten Krisensituationen, in denen sie sehr häufig beobachtet werden können. Solche Problemverhalten treten nie allein auf, sondern immer gleichzeitig mit anderen ungewöhnlichen oder unüblichen Verhaltensweisen und auch leidvollen Auswirkungen. Daneben sind aber auch relativ problem- oder konfliktarme Phasen und Situationen festzustellen.

Die folgenden Fallbeispiele veranschaulichen solches unübliches und schwer nachvollziehbares Problemverhalten. Alle hier beschriebenen Jugendlichen sind durchschnittlich intelligent, wobei bei einigen Teilleistungsstörungen festgestellt wurden.

**Dennis**, 14 Jahre alt, hatte sich am Schulvormittag zu einem starken Fehlverhalten hinreißen lassen und sollte eine Wiedergutmachung leisten. Es handelte sich um einen Freitag, an dem er sonst bereits um ca. 13 Uhr mit dem Zug nach Hause fahren konnte. Dass er nun durch die geforderte Wiedergutmachungsleistung erst eine Stunde später

fahren konnte, entwickelte sich für ihn zu einem riesigen Problem. Die von ihm erwartete Verschiebung der Heimfahrt um eine Stunde versetzte ihn in eine solch heftige und »blind« anmutende Erregung, dass mit Tötlichkeiten gerechnet werden musste. Dennis konnte keinen Grund dafür anführen, warum er nicht später fahren konnte. Aber der Gedanke, nicht zur für ihn üblichen Zeit fahren zu können, schränkte seine kognitiven Fähigkeiten soweit ein und brachten ihn emotional in solchen Aufruhr, dass er mit keinem Argument zu einem Umdenken veranlasst werden konnte. Er sagte nur stereotyp und mit Drohgebärden: »Ich will aber jetzt (also um 13 Uhr) fahren.«

**Achim**, 16 Jahre alt, fuhr mit dem Fahrrad in der Fußgängerzone gegen einen Laternenmast. Er wurde mit dem Rettungswagen in die Klinik gebracht, dort geröntgt und wegen eines diagnostizierten Schulteranbruchs mit einem Spezialverband versorgt. Am späten Abend wurde er wieder in die Einrichtung gebracht und sollte am nächsten Tag zur Kontrolle zum Hausarzt gebracht werden. Am Nachmittag des nächsten Tages riss er sich aber den Verband ab und schimpfte auf die Klinik: »Ich habe jetzt die Nase voll. Der Arzt hat mich angelogen. Mir tut nichts weh, also kann auch nichts gebrochen sein.« Was folgte, war seine Forderung, dass er sofort die Röntgenbilder sehen wollte und ohne diese auf keinen Fall mehr den Verband anlegen würde. Achim wollte sofort mit einem Fahrrad ins Krankenhaus fahren und sich beim Arzt beschweren.

**Tobias**, ein 13-jähriger intelligenter, gefühlsmäßig aber spröder, kontaktarmer und zu etwas abstrusen Fantasien neigender Junge, fand im nahe gelegenen Wald einen halbverwesten Rehkopf und nahm ihn mit auf sein Zimmer, das er mit noch zwei anderen Jungen teilte. Es waren mehrere Diskussionen nötig, um Tobias dazu zu bringen, den übel riechenden Rehkopf wieder aus dem Zimmer zu entfernen und zu entsorgen.

### 1.3 Auffälligkeiten treten meistens »bündelweise« auf

Manche Problemverhaltensweisen dieser Kinder/Jugendlichen würden für sich allein betrachtet und nur gelegentlich vorkommend natürlich keine so hohe fachliche Aufmerksamkeit erfordern. Aber typischerweise geht es bei den jungen Menschen, von denen hier berichtet wird, meistens um ein ganzes Bündel von weiteren Auffälligkeiten, mit denen oder mit deren Auswirkungen man im Alltag zu rechnen und umzugehen hat und die dann als sehr aufreibend erlebt werden können.

Hierzu können z.B. neben einer chronischen Langeweile eine geringe Spiel- und Beschäftigungsfähigkeit, andauernder Interessenmangel oder eine sonderbare Interesseneinschränkung gehören. Oft werden regelmäßige Pflichten oder Alltagsanforderungen verweigert oder immer und immer wieder hinterfragt. Aufgaben erledigung wird versprochen, aber nicht eingehalten. Die Gültigkeit gemeinsam ausreichend diskutierter Regeln wird angezweifelt bzw. jeden Tag neu in Frage gestellt. Vereinbarungen werden getroffen und dann anders ausgelegt, unzulässig eingeschränkt oder gebrochen.

Diese Kinder/Jugendlichen klagen oft darüber, dass sie von vielem »genervt« würden. Die Schwelle, ab der Genervtsein erfolgt, liegt sehr niedrig. Oft muss das Genervtsein auch als Grund für eine Tötlichkeit gegenüber einem anderen Kind/Jugendlichen herhalten. Auch die Bitte um Mithilfe oder Unterstützung bei einer