

Diagnostische und therapeutische Aspekte der Jugendkriminalitaet

Autor(en): **Furger, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **10 (1984)**

Heft 1

PDF erstellt am: **05.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046936>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrücke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE ASPEKTE DER JUGEND-
KRIMINALITÄT *

von Dr. med. R. Furger, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik am Spital Winterthur

An der heutigen Tagung geht es um eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Jugendkriminalität auf der Ebene des eigenen beruflichen Auftrages als Jugendhelfer und der eigenen und gemeinsamen gesellschaftlichen Verantwortung.

In meinen Ausführungen befasste ich mich nicht mit der ganzen Spannweite des Phänomens Jugendkriminalität, sondern beschränke mich auf jene umschriebene und recht klar abgrenzbare Gruppe von Jugendlichen, die nicht nur gelegentlich und nach Umständen delinquent, sondern die eine hartnäckig anhaltende kriminelle Tendenz zeigt und die zudem gleichzeitig in der Bewältigung vieler altersgemässer Lebensaufgaben versagt, so in der schulischen und beruflichen Ausbildung, in der Arbeitshaltung, in der Freizeitgestaltung, in der Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie und in der Formation ihres Umgangs. Ins Auge gefasst sind demnach generell und anhaltend schwierige Jugendliche, die sich aus psychiatrischer Sicht in ihrer Persönlichkeitsstruktur als erheblich gestört erweisen.

Meine Ausführungen über diagnostische, therapeutische und prognostische Aspekte im Umgang mit so definierten schwierigen Jugendlichen unterstelle ich einer weiteren Einschränkung. Es geht mir nicht darum, in diesem Zusammenhang allgemeingültige diagnostische und therapeutische Erfahrungen und Erkenntnisse darzulegen, sondern vielmehr darum, mich mit einer umschriebenen konkreten Fragestellung zu befassen:

Welche Bedeutung haben Diagnose, Therapie und Prognose in der unmittelbaren Alltagspraxis des Erziehers und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Zusammenarbeit mit diagnostisch-therapeutischen Spezialisten. So ist denn die Frage der Zusammenarbeit Erzieher/diagnostisch-therapeutischer Spezialisten bzw. Erzieher/Psychiater für heute mein Hauptanliegen.

* Referat gehalten im Rahmen eines Fortbildungskurses für Erzieher und Sozialarbeiter, "St. Gallerkurs", am 7./8. März 1984

Dass ich mit diesem speziellen Thema meines Referates nicht völlig neben dem allgemeinen heutigen Tagesthema liege - darauf weist die Tatsache hin, dass die ins Auge gefasste interdisziplinäre Zusammenarbeit weitherum keineswegs reibungslos verläuft, sondern in der Praxis oft in den Notstand gesellschaftlicher berufs- und schichtspezifischer Spannungsfelder gerät.

Im Interesse konkreter Anschaulichkeit wähle ich zur Darstellung des Problems der interdisziplinären Zusammenarbeit den Schauplatz des Erziehungsheimes für schwierige Jugendliche im Alter von 15-25 Jahren. Ich hoffe sehr, dass Sie an diesem Modellbeispiel nicht hängen bleiben, sondern bereit sind, die Konsequenzen meiner Ausführungen auf Ihr Wirkungsfeld zu übertragen. Meine am Modellfall Erziehungsheim entwickelten Ueberlegungen lassen sich mühelos auf viele andere Formen und Stätten interdisziplinärer Zusammenarbeit anwenden - etwa auf die ambulante Jugendhilfe im Rahmen von Jugendanwaltschaften und Jugendämtern oder auf andere Formen von Lebensgemeinschaften, die schwierige Jugendliche aufnehmen.

Bevor ich mich gezielt auf mein Thema einlasse, halte ich es aus Gründen der Verständigung für sinnvoll, meine Auffassungen von Jugendkriminalität darzulegen und die Beweggründe meines besonderen Interesses zu nennen:

Das Schicksal dissozialer, delinquenter Jugendlicher bewegt mich, die Probleme derer, die sich um diese Jugendlichen als Erzieher kümmern, bewegen mich und der mir von der Kursleitung erteilte Auftrag bewegt mich besonders, nämlich die Frage, was der Psychiater auf diesem Gebiet allenfalls beitragen könnte.

Ein erster Beweggrund sind für mich die schwierigen verwahrlosten Jugendlichen selber, ihre Lebensgeschichte und ihre jeweils aktuelle Persönlichkeitsverfassung.

Neben allen Unterschieden verlaufen solche Lebensgeschichten in ihren Grundzügen und ihrer schicksalshaften Dramatik verblüffend ähnlich. Im Rahmen meiner über 25jährigen psychiatrischen Berufstätigkeit habe ich

keine andere Gruppe von psychisch Kranken kennengelernt, die mit so grosser Regelmässigkeit derart gleichartige Lebensgeschichten mit derart gleichartigen seelischen Entbehungen zeigen.

Zwei Grundthemen bestimmen diese Lebensgeschichten in vielgestaltigen Varianten: Verlassensein und nicht wahrgenommene Bedürftigkeit. Beide diese Grundthemen springen an allen Ecken und Wenden der jeweiligen Lebenswege in die Augen und brauchen nicht mit psychologischen Künsten aufgespürt zu werden. Beide diese Grundthemen sprechen die harte Sprache harten Lebens. Ich will hier nicht abschweifen in eine nähere Erläuterung dieser beiden, Ihnen allen wohlvertrauten Grundthemen, sondern bloss zwei Präzisierungen andeuten:

- Beim Thema Verlassensein beeindruckt mich in solchen Geschichten nicht in erster Linie umschriebene Trennungs- und Verlusterlebnisse in bestimmten Lebensphasen, sondern das qualitative und quantitative Beziehungsdefizit insgesamt.
- Ueber weite Wegstrecken nicht wahrgenommene Bedürftigkeit verstehe ich im ganzen pädagogischen Spektrum - nicht nur bezogen auf Liebe und Geborgenheit, sondern ebenso sehr auf Ermutigung, Führung, Vorbildhaftigkeit, Konsequenz und auch nötige Strenge.

So werden Sie nun wohl spüren und verstehen, weshalb und in welchem Sinn mir der Begriff "Verwahrlosung" für diese Jugendschicksale näher liegt als intellektuellere Bezeichnungen aus neueren Theoriebildungen wie "Verhaltensstörung", "narzisstische Störung", "Borderline". Die Bezeichnung "Verwahrlosung" erfasst die eigentliche Wahrheit dieser Schicksale: Die Missachtung des Wahrnehmens, Bewahrens und Wahrens von sich entfaltendem Leben in einer besonders bewahrungsbedürftigen Zeit. Der Verwahrlosungsbegriff blickt zumindest im deutschsprachigen Raum auf eine traditionsreiche Geschichte zurück, ist tiefenpsychologisch differenziert ausgelotet und auch in der deutschsprachigen Heil- und Sonderpädagogik tief verwurzelt.

An dieser Stelle ist die Bemerkung angebracht, dass ich einen solchen Verwahrlosungsbegriff keineswegs simplifiziert verstanden wissen möchte. Neurotische Konflikte und familienneurotische Verstrickungen sind oft

wesentlich mit im Spiel und psychodynamische Vorgänge fallen ins Gewicht, die zwar seit langem wohlbekannt sind, doch in der modernen Narzissmuslehre besonders markant beschrieben werden.

Es ist nicht nur die Lebensgeschichte des Verwahrlosten, die bewegt, sondern die daraus sich ergebenden Persönlichkeitsmängel, sein Schwierigsein, seine persönliche Not. Für jene, die sich um ihn zu kümmern haben, bedeutet das neben Mitgefühl viel Aerger und Enttäuschungen - trotzdem fällt es schwer, selbst einen sehr schwierigen Jugendlichen einfach fallenzulassen. Es erstaunt und ergreift immer wieder, wieviel ungestümer Lebenswille, wieviel Lebenskraft und wieviel - wenn oft auch verzweifelte - Lebenshoffnung gerade auch im noch so destruktiven Schwierigsein zum Ausdruck kommt: Im chaotischen Schrei nach Hilfe und Zuwendung, im gierigen Erraffen von Entbehrtem, im wilden Austoben von Wut, Ressentiment, Verzweiflung und Rachebedürfnis, in der überbordenden Kompensation des darniederliegenden Selbstgefühls. So viel Dynamik und Lebenswille auch in unliebsamen lästigen Formen und mit oft verhängnisvollen destruktiven Folgen kann nicht nur ärgern und empören, sondern bedeutet immer auch Auftrag.

Ein zweiter Beweggrund sind für mich die Probleme des Berufsfelds jener, die sich um verwahrloste Jugendliche kümmern und ihnen helfen wollen, sei es im Heim, in andern Lebensgemeinschaften oder in der Ambulanz.

Klar und eindeutig nenne ich diese Berufsleute Erzieher. Die Definition Erzieher ist für mich primär nicht durch die Art der Ausbildung, sondern durch die Art des täglichen Einsatzes bestimmt. Erzieher sind Berufs-

leute, die im Unterschied zu Spezialisten mit dem ihnen anvertrauten Jugendlichen über weite Strecken der Tage und Wochen zusammenleben, die für das im Alltag Wichtige sorgen, sich um ihn kümmern, seine Mängel und Schwächen wahrnehmen, ihn im Zusammenleben mit ihm fördern und mit die Verantwortung für Weichenstellungen übernehmen, damit er zumindest einfachen und konkreten Aufgaben des späteren Lebens gewachsen sein wird und darin auch Befriedigung und Erfüllung finden kann.

Was mich in diesem Zusammenhang beschäftigt, ist die gelinde gesagt geringe Konsolidierung dieses Berufsfeldes, und zwar, abgesehen von manchen offenen Fragen standespolitischer Art, auch in fachlicher Hinsicht:

- Ideologien prallen in einer eher sterilen Polarisierung eines entweder/oder aufeinander statt in einem ausgewogenen sowohl als auch in Einklang zu kommen, so z.B.: Heim oder alternative Lebensgemeinschaften, Freiwilligkeit und Motivation, oder auch Möglichkeiten zwangsweise geschlossener Ansätze, pädagogische Konsequenz oder experimentierfreudiges Gewährenlassen bis hin zur Resignation.
- Aehnliche Polarisierungen beziehen sich auf methodische Fragen der erzieherischen Arbeitsweise: Zentrierung auf Teambildung, Teamgespräche, Supervision und Gruppendynamik oder massgeschneiderte Zentrierung auf die Person des Jugendlichen in seiner spezifischen ^{Be-}ürftigkeit und Förderbarkeit.
- Beunruhigend ist auch die Untergrabung des pädagogischen Selbstbewusstseins durch die boomartige Expansion verschiedenartigster soziologisch-psychologischer Theoriebildungen und Therapieangebote.

Der Pädagoge fragt sich dann: Bin ich eigentlich hinter dem Mond, soll ich hinter dem Mond bleiben und mich darauf beschränken, die mir anvertrauten jugendlichen "Flöhe" zu hüten - oder ist es meine Aufgabe, mich intensiv weiterzubilden und mir die Vielfalt all der sogenannten neuen Erkenntnisse und Methoden anzueignen - oder soll ich meiner Unsicherheit dadurch begegnen, indem ich möglichst viele Spezialisten, Supervisoren, Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater beiziehe?

Der Psychiater, der im Heim zum Einsatz kommt, steht bezüglich seiner eigenen Rolle vor folgenden Fragen:

- Ist es auf Grund meiner Ausbildung und Erfahrung als Psychiater meine Aufgabe, wenn immer möglich das Steuer zu ergreifen, die Verantwortung für die Behandlung verwahrloster Jugendlicher zu übernehmen und massgeblich auf deren pädagogisch-therapeutische Förderung Einfluss zu nehmen?
- Oder aber:
- Ist es für mich ein Gebot, den Erzieher mit seinen fachlichen und zeitlichen Einsatzmöglichkeiten als den eigentlichen, letztlich zur Hauptsache zuständigen Fachmann anzuerkennen?
- Wenn es sich so verhält - und so verhält es sich meiner Ueberzeugung nach - so stellen sich zwei Anschlussfragen:
 - Welches können und sollen in der Zusammenarbeit mit Erziehern psychiatrische Spezialfunktionen sein?
 - Wie sind die gegenseitigen Kompetenzen abzugrenzen und welche Regeln sollen für die Zusammenarbeit gelten?

Auf Grund meiner über 15jährigen Erfahrung als Psychiater im Heimeinsatz sind für mich dabei folgende Grundregeln wegweisend:

- Die Entscheidung trifft der Erzieher, der Psychiater hilft bei der Entscheidungsbildung mit, bestimmt sie aber nicht.
- Der Psychiater stellt sich als Mitarbeiter mit Ergänzungsfunktionen in den Dienst des Erziehers, so etwa bei Entscheidungen im Zusammenhang mit Aufnahme von Jugendlichen, deren Entlassung und der Gestaltung der Erziehungsaufgabe während des Heimaufenthaltes.
- Der Psychiater übt seine Ergänzungsfunktionen zur Hauptsache in der Form aus, dass er aus seiner fachlichen Sicht Meinungen, Anregungen und Überlegungen einbringt, um dem Erzieher bei der Entscheidungsbildung behilflich zu sein, nicht aber um sie zu bestimmen und zu lenken.
- Um seine Ergänzungsfunktionen wirksam wahrnehmen zu können, sollte der Psychiater alle Jugendlichen und Erzieher der Institution kennen und zumindest an den sog. Fall- und Teambesprechungen dabei sein.

Eines der Hauptprobleme einer so verstandenen Kooperation Erzieher/Psychiater ist die Statusfrage.

Der Status Arzt als Heilsfigur mit Wissen, Macht und Ansehen ist für diese Art der Zusammenarbeit ein Hindernis. Nicht nur ist der Arzt von Berufs wegen gewohnt, ständig entscheiden zu müssen, sondern die Umwelt, so etwa auch Erzieher und Versorger, schieben ihm oft voller magischer Erwartungen Entscheidungen zu.

Dieses brisante Statusproblem lässt sich mit einigen handfesten Regeln zumindest entschärfen:

- Im gegenseitigen Umgang werden im Heim keine Titel geführt.
- Für Aussenkontakte, z.B. mit Versorgern und Eltern, ist der Erzieher und nicht der Psychiater zuständig. Dies gilt es konsequent durchzuziehen, denn auf Grund des beschriebenen Statusdenkens ist von aussen die Meinung des "Herrn Doktor" oft sehr gefragt.
- Im Heim lässt sich der Psychiater grundsätzlich von den Erziehern keine Entscheide zuschieben, drückt sich aber nicht um eigene Meinungsäusserungen. Konsequenter stellt er sich magischen Erwartungen in die Kunst der ärztlichen Diagnostik, der Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung entgegen.
- Der Jugendliche kann mit dem Psychiater über Entscheide und Abmachungen sprechen, auszuhandeln hat er sie mit dem Erzieher. Es muss für den Jugendlichen von vornherein klar sein, dass es die Möglichkeit des Ausspielens Arzt/Erzieher nicht gibt.
- Ohne ausdrückliche Absprache in besonders gelagerten Situationen steht der Kontakt zwischen Jugendlichen und Psychiater nicht unter Arztgeheimnis. Der Jugendliche weiss, dass Psychiater und Erzieher ähnlich wie Vater und Mutter das meiste miteinander besprechen und keine Geheimnisse voreinander haben. Ich werde auf diese Frage im Zusammenhang mit speziellen psychotherapeutischen Aufgaben des Psychiaters im Heim noch zurückkommen und auf die rechtlichen Aspekte dieser Frage gewünschtenfalls in der Diskussion eingehen.

Zu den konkreten Einsatzmöglichkeiten des Psychiaters in der stationären und ambulanten Jugendhilfe

Es sind vor allem zwei Bereiche, in denen der Psychiater in dieser Zusammenarbeit Ergänzungsfunktionen übernehmen kann:

- Zum einen der Bereich der Jugendlichen - besonders dann, wenn sich diagnostische, therapeutische und prognostische Fragen stellen.
- Zum anderen der Bereich der Erzieher und Sozialarbeiter als Einzelne und als Team - besonders dann, wenn sie in Verunsicherung geraten, wenn sie sich in ihrem Handeln und Entscheiden allein fühlen oder wenn die Last der Enttäuschungen und Schwierigkeiten sie zu lähmen beginnt.

1. Psychiatrische Ergänzungsfunktionen bei diagnostischen Fragen

Was der Begriff Diagnose überhaupt meint:

Dazu ein Zitat des Kinderpsychiaters Renschmidt:

"Jeder Pädagoge, Psychologe und Arzt, der sich mit psychischen Störungen und Erkrankungen befasst, muss versuchen, die Störungen seiner Patienten voneinander abzugrenzen, um ausgehend von der Diagnose Indikationen für die Behandlung festlegen zu können."

Das wohl wesentlichste ist damit allerdings noch nicht gesagt. Die Diagnose soll dem weiteren Handeln oder Behandeln den Weg weisen - doch wem soll sie welchen Weg weisen? Für den Wissenschaftler und Forscher hat die Diagnose einen andern Stellenwert als für den klinischen Psychiater und wieder einen andern Stellenwert etwa für den Psychotherapeuten oder den Erzieher. Eine diagnostische Bezeichnung hat nie absolute, sondern immer nur relative Aussagekraft. Sie zielt nicht auf die Illusion umfassender Objektivität und letzter Wahrheit, sondern bezieht sich auf jeweils sehr unterschiedliche Denkweisen und Zielsetzungen.

So will der Sonderpädagoge im diagnostischen Ansatz vor allem erkennen, welche besonderen Schwächen und Gefährdungen, aber auch welche besonderen Stärken und progressiven Möglichkeiten beim Jugendlichen vorliegen, wie es um seine familiären und sozialen Umweltsbezüge steht und welche pädagogische Strategie möglicherweise die besten Chancen hat. Der Erzieher will zudem in seinem diagnostischen Ansatz die Not des Jugendlichen nicht nur erkennen, sondern ihn darin auch verstehen, und zwar so, dass der Jugendliche dieses Verständnis irgendwie spüren kann. Diagnostische Klassifikationsprobleme innerhalb theoretischer Denkmodelle interessieren den Erzieher demgegenüber wenig.

Der Psychiater kann im Heim diagnostisch nur dann behilflich sein, wenn er auf die spezifischen pädagogisch-diagnostischen Bedürfnisse des Erziehers einspurt und darauf verzichtet, diagnostische Terminologien aus eigener psychodynamischer Theoriesicht einzubringen. Was soll der Erzieher beispielsweise mit Ausdrücken wie "Borderline" oder "narzisstische Störung" anfangen? Soll ihm gar zugemutet werden, sich in die ohnehin unausgegorenen Konzepte solcher Modebegriffe einzuarbeiten? Es ist demnach eine wichtige Aufgabe des Psychiaters, einerseits den Erzieher vor dem inflationären Boom rasch wechselnder psychologischer Theoriebildungen und Terminologien zu schützen und andererseits auf handfeste, pädagogisch handlungsbezogene diagnostische Bedürfnisse des Erziehers sorgfältig einzugehen.

Was an Diagnostik braucht der Erzieher im Umgang mit schwierigen Jugendlichen

Von diagnostisch-klassifikatorischer Bedeutung ist für den Erzieher in wenigen besonderen Fällen eine solide klinisch-psychiatrische Differentialdiagnose, also Erfassung schizophrener, epileptischer, endogen-affektiver Erkrankungen und hirnorganisch begründeter Störungen. Das zu leisten ist vor allem Sache des Psychiaters:

- Ins Gewicht fällt etwa das frühzeitige Erkennen einer schizophrenen Erkrankung. Schizophrene Jugendliche beunruhigen durch uneinflussbares Verhalten bald einmal Gruppe und Erzieher und werden zu geplagten, unverständenen Aussenseitern. In der Regel sind sie im Heim auf längere Sicht nicht am richtigen Platz.

- Auch die Einschätzung hirnorganisch begründeten Schwierigseins ist Sache des Psychiaters. Ich denke vor allem an die Folge schwererer Hirnschädigungen. Mit grösster Skepsis begegne ich hingegen der immer umstritteneren und im angelsächsischen Sprachraum weitherum fallengelassenen Diagnose: infantiles POS. Im Jugendalter sollte damit auf jeden Fall mit grösster Zurückhaltung umgegangen werden. Diese Frage kann allenfalls Gegenstand der Diskussion sein.

In 80-90% der schwierigen Jugendlichen ist die diagnostische Klassifikation von vornherein klar: Es handelt sich um milieubedingte, psychoreaktive Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer Verwahrlosungsstruktur mit unterschiedlichen Anteilen neurotischer Konflikthaftigkeit. In allen diesen Fällen - und es sind die meisten - hat nun eine pädagogisch bedeutsame mehrdimensionale Feindiagnostik vor allem in 3 Richtungen einzusetzen:

- In einer ersten Dimension geht es um die feindiagnostische Erfassung psychodynamischer persönlichkeitsstruktureller Gegebenheiten.

Ich kann diese Dimension hier nicht ausdiskutieren, sondern nur exemplarisch andeuten:

Wie steht es um die emotionale Basis? Herrschen kindlicher Anlehnungshunger oder aber archaische Aengste und archaische Destruktivität vor oder besteht eine urfeindselige Verhärtung? Sind demzufolge beispielsweise jäh einsetzende diffuse Verstimmungen, Spannungen und Entladungen eher hinzunehmen und auszuhalten als unmittelbar anzugehen?

Wie steht es um die Reife und Stärke des Ich im Bereich der Realitätsprüfung, des Steuerungsvermögens, des Autonomie-strebens, der Bindungsfähigkeit und des Selbstvertrauens?

Ist etwa ein unreifer Freiheitsdrang derart ungestüm, dass wir ihm eher etwas Raum lassen als ihn zu brechen? Ist das Selbstvertrauen derart labil, dass wir eher unsere Forderungen herunterschrauben als weitere Niederlagen riskieren?

Wie steht es um die Differenziertheit des Ueberichs?

Gilt es etwa, einen ungenügenden Gemeinschaftssinn einzukalkulieren und im konkreten Fall ^{für} die pädagogische Arbeit nicht schon vorauszusetzen? Schweben die eigenen Lebensziele in hohen Wolken oder konfiguriert sich zunehmend ein umschriebenes kriminelles Ichideal?

Schliesslich geht es in dieser diagnostischen Dimension auch darum, fassbare neurotische Konflikte aufzuspüren. Wie sehr ergeben sich etwa aus einer ambivalenten Vaterbeziehung Trotz, Auflehnung und zugleich Schuldgefühle und Selbstsabotage?

- In einer zweiten feindiagnostischen Dimension geht es darum, die allenfalls noch vorhandenen psychosozialen Bezüge ausserhalb des Heimalltags zu erfassen. Der Fragekatalog zu dieser Perspektive ist lang:

Sind Eltern irgendwie noch mit im Spiel, erscheint eine Reaktivierung des Elternbezuges noch sinnvoll, ist eher eine möglichst weitgehende Distanzierung anzustreben oder aber ist eine endgültige Ausstossung bereits erfolgt?

Wie stark ist allenfalls die Sogwirkung der Subkultur von Gleichaltrigen, vor allem im Urlaubsbereich, gibt es da irgendwo eine Freundin, was lässt sich von dieser Freundin erwarten und kann sie allenfalls in den Erziehungsprozess einbezogen werden?

- In einer dritten feindiagnostischen Dimension sind konstitutionelle Gegebenheiten hinsichtlich pädagogischer Zielsetzungen zu erfassen.

Neben der Beurteilung von Intelligenz, beruflichen Neigungen und Begabungen ist vor allem die Einschätzung psychophysischer Reife von grösster Bedeutung. Schwere Retardierungen

sind häufig nicht nur psychoreaktiven Ursprungs, sondern sind hereditär vorprogrammiert oder in Chromosomenanomalien und hormonellen Störungen begründet. Einer der Mitgründe des Schwierigwerdens schwer Retardierter ist deren Ueberforderung in pädagogisch und beruflicher Hinsicht. Für sie einen auch zeitlich

angemessenen Schonraum zu finden, kann von grösster Bedeutung sein.

Wie kommt nun eine pädagogisch orientierte mehrdimensionale Diagnostik zustande?

Neben der Erkenntnis der Lebensgeschichte und des Eindruckes im Einzelkontakt sind die Feststellungen und Beobachtungen früherer Bezugs- und Betreuungspersonen, vor allem aber auch der Mitarbeiter in verschiedenen Funktionen im Heim unentbehrlich. Der Jugendliche zeigt sich in verschiedenen Situationen in der Freizeit, an der Arbeit, im Unterricht und im Kontakt mit einzelnen Erziehern oft von sehr verschiedenen Seiten.

Der Ort der Erarbeitung einer pädagogisch brauchbaren Diagnostik und mehrdimensionalen Feindiagnostik ist die sog. Fallbesprechung im Team unter Einbezug aller mit den Jugendlichen in Kontakt stehenden Mitarbeitern. Meist ist es zweckmässig, solche Fallbesprechungen in gewissen Abständen zu wiederholen. Pädagogisch brauchbare Diagnostik ist somit immer Teamarbeit.

Der Psychiater, der den Jugendlichen vorgängig in 1-2 Sitzungen exploriert hat, gehört in diese Fallbesprechungen. So ist er imstande, die gemeinsame diagnostische Arbeit durch Beiträge aus seiner Sichtweise zu bereichern. Allerdings: das Team nicht der Psychiater macht die Diagnose. Hüten Sie sich vor einer Ueberschätzung der diagnostischen Potenz des Psychiaters. Er hat den Jugendlichen im Sprechzimmer nur von einer Seite her erlebt und ist auch für seine diagnostischen Ueberlegungen auf die Feststellungen und Beobachtungen der Mitarbeiter angewiesen.

Testuntersuchungen haben eine reine Hilfsfunktion. Auf sie eine pädagogisch orientierte Diagnostik voll abzustützen, halte ich für einen Kunstfehler. Hingegen können Testbefunde hilfreich diagnostische Erwägungen ergänzen oder untermauern.

2. Psychiatrische Ergänzungsfunktionen bei psychotherapeutischen Fragestellungen

Zwei generelle Fragen zu diesem Thema würden je eigene Referate bedingen. Ich kann diese beiden Fragen hier nur kurz streifen:

- Pädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Behandeln haben in Haltung, Zielsetzung und Vorgehen vor allem einmal viel Gemeinsames. Freud etwa spricht oft von Erziehung seiner Patienten und meint damit deren psychotherapeutische Behandlung. Für ihn sind die beiden Begriffe austauschbar. Im alltäglichen Verständnis bedeuten aber diese beiden Begriffe doch nicht genau dasselbe. Zahlreiche Bemühungen, eine klare Abgrenzung herauszuarbeiten, haben zwar manche Erkenntnisse gebracht - eine brauchbare und handfeste Definition der grundsätzlichen Unterscheidung von Sonderpädagogik und Psychotherapie gibt es bis heute nicht und wird es dem Wesen der Sache nach wohl auch nicht geben.
- Ferner: In der psychotherapeutischen Behandlung von Verwahrlosten wurde vor allem im Verlauf der letzten Jahrzehnte beachtliches Spezialwissen erworben, auf das ich hier ebenfalls nicht eingehen kann.

Befassen möchte ich mich hier mit der grundsätzlichen Tatsache, dass der wenig genau definierte Begriff "Therapie" in der stationären und ambulanten Sonderpädagogik heutzutage beliebt, auf Kosten der Pädagogik wohl allzu beliebt ist und dass der Ruf nach Psychotherapie und entsprechenden Spezialisten allzu oft zu hören ist.

Was heisst nun überhaupt Psychotherapie rein praktisch und was soll man sich darunter konkret vorstellen?

- Der Psychotherapeut hat einen andern beruflichen Ausbildungsweg mit andern beruflichen Erfahrungen hinter sich als der Erzieher.
- Das typische Wirkungsfeld des Psychotherapeuten ist das zeitlich meist auf eine Stunde begrenzte Einzelgespräch mit dem Klienten im Sprechzimmer. Die Frequenz der Sitzungen wird unterschiedlich geregelt.
- Bei der psychotherapeutischen Gesprächsführung kommen schematisch vereinfacht und je nach Schulrichtung mit unterschiedlicher Gewichtung zur Hauptsache 4 Prinzipien zum Tragen:
 1. Das karthartische Prinzip: Der Klient wird ermuntert, spontan, unkontrolliert und ungesteuert seinen "Kropf" zu leeren.
Der Therapeut übt sich in der recht schwierigen Kunst strikter Abstinenz, nimmt keine Stellung, gibt keine Ratschläge und zieht keine Schlussfolgerungen. Nur so kann sich ein solches Gewitter heilsam und reinigend entladen.
 2. Das empathische Prinzip: Der Therapeut geht einen Schritt weiter und verhält sich nicht mehr völlig abstinert. Er signalisiert mimisch und verbal sein Verständnis für geäusserte Not und kleidet sein Verständnis in verdeutlichendes Nachformulieren. Die Heilkraft empathischen Verständnisses kommt dann voll zur Entfaltung, wenn der Therapeut der Versuchung widersteht, Veränderungen der Not anzustreben und den Klienten dazu zu ermuntern. Für den Klienten ist empathisches Verstandensein dann ein Heilbrunnen, wenn er

sich bedingungslos akzeptiert und verstanden fühlt, ohne unter den Druck von Erwartungen und Leistungsforderungen zu geraten.

3. Das introspektive Prinzip: Beim Klienten wird das Interesse dafür geweckt, die eigenen hintergründigen Stimmungen, Gefühle und Phantasien kennenzulernen, die ihn dazu veranlassen, sich so und nicht anders zu verhalten. Dabei verhilft der Therapeut dem Klienten mit versuchsweisen Deutungen auf die Spur. Selbsterkenntnis wächst am besten in einem wertfreien Raum, in welchem noch keinerlei Veränderungsforderungen lauern. Im Ringen um Selbsterkenntnis geht es vor allem um das Hier und Jetzt der eigenen seelischen Hintergründe und Abgründe - nur am Rande und sporadisch um Ausflüge in die eigene Vergangenheit und schon gar nicht um eine intellektuelle Rekonstruktion des lebensgeschichtlichen Gewordenseins. Es geht darum, allenfalls mit Schrecken, Staunen oder auch Belustigung in sich etwa das hilflose Kind, das reissende Raubtier, das Unmass von Grössen- und Machtansprüchen und so vieles andere zu entdecken, zu erleben und irgendwie einzukalkulieren

4. Das themenzentrierte Problem- und Konfliktlösungsprinzip:

Der Therapeut wird nun aktiv-dynamisch, formuliert gemeinsam gefundene umschriebene Verhaltensprobleme und Konflikte und deren Hintergründe und regt an, gemeinsam Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten durchzuphantasieren, im konkreten Alltag auszuprobieren und sukzessive zu erarbeiten.

- Bei allen diesen psychotherapeutischen Ansätzen spielt die gefühlsmässige Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine entscheidende

Rolle und durchläuft in der Regel viele Höhen und Tiefen. Auf diesen Aspekt der sog. Uebertragung und Gegenübertragung kann ich hier nicht eingehen.

Die meisten von Ihnen werden nun denken, das alles haben wir ungefähr schon gewusst, offensichtlich kochen auch die Psychotherapeuten nur mit Wasser und wir Sonderpädagogen sind im Umgang mit den psychotherapeutischen Grundprinzipien keineswegs völlig unerfahren. Sollen wir deshalb unsere pädagogische Arbeit nicht nobler als Therapie bezeichnen, brauchen wir in der Sonderpädagogik den psychotherapeutischen Spezialisten und was sollen und können wir von ihm erwarten?

Als Antwort auf solche Fragen habe ich vor allem 3 mögliche Aufgabengebiete für den zugezogenen psychotherapeutischen Spezialisten im Auge:

1. Die zentrale Bedeutung des pädagogisch-therapeutischen Klimas im Heim ist heutzutage jedem Sonderpädagogen eine Selbstverständlichkeit. Wer nur vom therapeutischen Klima spricht, verleugnet den pädagogischen Auftrag gegenüber Verwahrlosten. Mit einer solchen Verleugnung ist dieser Auftrag aber nicht einfach beseitigt. Der spezialisierte Psychotherapeut kann nun wesentlich dazu beitragen, die therapeutische Dimension dieses Klimas zu pflegen und zu verbessern. Konkret lässt sich das realisieren, wenn der Psychotherapeut jeden Jugendlichen kennt, regelmässig an den gemeinsamen Fallbesprechungen und Teambesprechungen teilnimmt und nach Bedarf dem einzelnen Erzieher zur Beratung zur Verfügung steht. Bei diesen Anlässen kann der Psychotherapeut seine therapeutische Sicht in Form von Anregungen, niemals aber in Form von Weisungen einbringen.
2. Nicht selten stellt sich im Heim bei bestimmten Jugendlichen die

Frage nach der Wünschbarkeit einer Einzeltherapie. In der Regel soll der Psychotherapeut, nicht der Erzieher die entsprechende Indikation abklären. Dazu zwei Bemerkungen:

- **Diagnose und Psychotherapie-Indikation haben wenig miteinander zu tun.** Die Gleichung "neurotische Struktur = Psychotherapie" und "Verwahrlosungsstruktur = Pädagogik" ist ein untauglicher, wenn auch verbreiteter Fehlschluss. Manche neurotische Strukturen lösen sich in einem geeigneten pädagogischen Klima, in geeignetem Bezug zu Erzieherfiguren und in Erfolgserlebnissen etwa bei der beruflichen Ausbildung unter dem Stichwort "corrective emotional experience" oft rascher und umfassender auf als in einer Psychotherapie. Umgekehrt kann einem Verwahrlosungsstrukturierten das psychotherapeutische Einzelgespräch eine grosse Hilfe sein.
- Und eine zweite Bemerkung: Erzieher rufen oft dann nach Psychotherapie, wenn sie mit einem Jugendlichen nicht mehr weiterkommen und dieser schwierig wird. Aus diesem einfühlbaren, aber eher magischen Herbeiwünsche eines Zauberers namens Psychotherapeut ergibt sich selbstverständlich noch lange keine Therapieindikation.

3. Schliesslich soll und kann der psychotherapeutisch erfahrene Psychiater im Heim bei entsprechender Indikation einzelne in Einzeltherapie nehmen. Oft genügen einige wenige therapeutische Gespräche, gelegentlich ist es richtig, regelmässige therapeutische Sitzungen über einen gewissen Zeitraum zu vereinbaren. Der psychotherapeutische Einsatz des im Heim zumindest teilweise integrierten Psychiaters ist dem Einsatz externer Psychotherapeuten in oder ausserhalb des Heimes weit überlegen. Wesentlich ist dabei ein richtig dosierter Umgang mit dem Arztgeheimnis,

das - zu absolutem Prinzip erhoben - viel Schaden anrichtet und eher Prestigebedürfnissen von Therapeuten entspringt als dem Jugendlichen dient. Auf diese Fragen kann ich allenfalls in der Diskussion eingehen, ebenso auf die hier nicht berührten Themen von Gruppentherapie und Familientherapie im Rahmen der Heimerziehung.

3. Psychiatrische Ergänzungsfunktionen bei prognostischen Fragestellungen

Eine wichtige Aufgabe des Psychiaters ist es, aus seinem Verständnis von Psychiatrie heraus auf die grundsätzliche Fragwürdigkeit genereller Prognosen bei Verwahrlosten hinzuweisen und Ansprüche prognostischen Prophezeiens zurückzuweisen.

- In der körperlichen Medizin sind Prognosen angesichts des Gewichts naturwissenschaftlicher Kausalzusammenhänge möglich und berechtigt. Die Psychiatrie und die Sonderpädagogik hat sich hingegen weniger mit dem Menschen in seiner naturwissenschaftlichen Gesetzmässigkeit zu befassen als mit dem Menschen als geschichtliches Wesen. Den Verlauf der Geschichte bestimmen nicht naturwissenschaftliche Gesetzmässigkeiten, sondern je einmalige unvorhersehbare Gegebenheiten und Konstellationen. Die Vorausschau in die geschichtliche ZUKunft ist eher Sache von Propheten als ein Geschäft für noch so klug düftelnde Prognostiker. Ob das weitere Geschick eines Verwahrlosten - allenfalls auch nach einigen Rückfällen - eine günstige Wende nimmt, hängt ebenso wie von seiner jetzigen psychischen Verfassung etwa davon ab, an was für Erzieher er gerät, welchen Berufsweg er findet, wer allenfalls seine Freundin ist oder sein wird und welches seine zukünftigen Arbeitsgeber sein werden - alles Dinge, die wohl angestrebt werden können, letztlich aber in der Hand der Gunst der je einmaligen individuellen Geschichte liegen.
- Prognostische Ueberlegungen untergraben ferner die pädagogisch-therapeutische Einsatzfreudigkeit. Es ist erwiesen, dass zuversichtliche, hoffnungsvolle Therapeuten und Pädagogen, also solche, die bedingungslos auf den positiven Lebenswillen und die Selbsterstärkungs-

kräfte des Jugendlichen bauen, all jenen überlegen sind, die prognostische Skepsis und Zweifel mit sich herumtragen. Bei solchem Reden höre ich den Aufschrei kostenbewusster Politiker. Sie sehen in unserer technisch-naturwissenschaftlich orientierten Welt im Nachweis messbarer Effizienz den einzigen Rechtfertigungsgrund zum Einsatz finanzieller und personeller Mittel für schwierige Jugendliche. In aller Härte sei diesen Instanzen die Frage gestellt: Sollen wir Erzieher und Therapeuten nur noch kühl kalkulierende Effizienzfunktionäre sein und unsere ursprüngliche Samariterhaltung über Bord werfen? In unserer Samariterhaltung befassen wir uns vorerst einmal mit einem schwierigen Jugendlichen, weil er hier und jetzt in Not ist und in seiner Not unsere Obhut, unsere Zuneigung und unsere Fürsorge braucht. Diesen entscheidenden Einsatz können wir nur leisten, wenn uns weit mehr die aktuelle Not und Bedürftigkeit bewegt, als wenn wir uns kühl technokratisch an Fragen der prognostischen Effizienz halten. Wir wollen mit unserer pädagogisch-therapeutischen Arbeit nicht nur Erfolge erzielen, sondern auch Gutes tun. Uns stärkt die Gewissheit, dass schwierige Jugendliche, die bis zu ihrem Ende einen schwierigen Weg zu beschreiten haben, in einigen einmal doch gesammelten guten Erfahrungen gezielter Zuwendung eine wichtige Wegzehrung mit sich tragen.

Nach dieser Absage genereller Prognostik beim einzelnen jugendlichen Verwehrlosen darf nun allerdings die Bedeutung konkreter, rein praktischer Fragestellungen nicht unterschätzt werden. Passt dieser Jugendliche in diese Gruppe von Gleichaltrigen? Spricht dieser Jugendliche auf einzelne Erzieher oder das Erzieherteam überhaupt an? Entsprechen die zur Verfügung stehenden beruflichen Förderungsmöglichkeiten einigermaßen seinen Eignungen und Neigungen? Braucht der Jugendliche eine Einzelpsychotherapie und kann diese angeboten werden?

Es liegt auf der Hand, dass diese konkreten prognostischen Fragen ähnlich wie diagnostische Fragen nicht vom Psychiater allein entschieden werden können, sondern im Team gemeinsam zu erarbeiten sind.

4. Psychiatrische Ergänzungsfunktionen in der inneren Festigung der Position des einzelnen Erziehers, des Erzieherteams und des Heimleiters

Diese Funktion des Psychiaters habe ich bereits früh in meinem Referat angedeutet und umschrieben. Ich will mich auf dieses Thema nicht näher einlassen - so bedeutsam es auch sein mag - sondern lediglich einige Grundsätze markieren:

- Niemals sollte der Psychiater im Heim im Umgang mit Erziehern gewissermassen eine psychotherapeutische Haltung einnehmen.
- Trotzdem kann der im Heim tätige Psychiater den einzelnen Erziehern, dem Erzieherteam und dem Heimleiter einiges bieten, wenn diese in Unsicherheit, Bedrängnis und Resignation geraten. Aus einer gewissen Distanz heraus vermag er als zuhörender Dritter verstärkenden Rückhalt zu geben, ähnlich wie etwa der aussenstehende Dritte in Ehe- und Familienkrisen oder in persönlichen Schwierigkeiten gerade aus einer gewissen Distanz heraus wieder mehr Sicherheit vermitteln kann und in Ruhe auf Irrwege emotionaler Fehl- und Ueberreaktionen, auf konzeptionell problematische Weichenstellungen und auf sachlich ungerechtfertigtes Schwinden des Selbstvertrauens in die eigene menschliche und fachliche Qualifikation hinzuweisen vermag.

Auf die Frage schliesslich, ob der im Heim teilweise integrierte Psychiater Supervisionsaufgaben übernehmen soll und kann, will ich nicht eingehen, dies umso weniger, als mir persönlich der ganze moderne Supervisionsboom definitiv und hinsichtlich praktischen Nutzens noch zu wenig geheuer ist.

Ohne Schlusswort will ich nun schliessen, und zwar in der Hoffnung, es sei mir gelungen, Stoff für die Diskussion geliefert zu haben.

