

Albert Adam

Monique Breithaupt-Peters

Persönlichkeits- entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Ein integrativer Ansatz für
die psychotherapeutische
und sozialpädagogische Praxis

2., überarbeitete
Auflage

Kohlhammer

Albert Adam
Monique Breithaupt-Peters

Persönlichkeitsentwicklungs- störungen bei Kindern und Jugendlichen

Ein integrativer Ansatz für die psychotherapeutische
und sozialpädagogische Praxis

2., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Korrespondenzanschrift der Autoren:

Dipl.-Psych. Albert Adam
Dipl.-Psych. Monique Breithaupt-Peters
Senator-Burda-Str. 45
77654 Offenburg

E-Mail:
kontakt@fichtenhalde.de

2., überarbeitete Auflage 2010

Alle Rechte vorbehalten
© 2003/2010 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG Stuttgart
Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021242-8

Vorwort

Wir schulden zahlreichen Personen Dank, die uns bei der Erstellung dieses Buches auf vielfältige Weise unterstützt haben. Sie standen uns für die fachliche Diskussion zur Verfügung, steuerten eigene Beiträge, Materialien zu den Fallgeschichten, Praxisbeispiele und Literaturlauswertungen bei. Andere haben über Jahre Konzepte engagiert mitentwickelt und uns ihre Erfahrungen damit zur Verfügung gestellt. Wir waren über das Korrekturlesen und die kritischen Rückmeldungen sehr froh wie auch über die Unterstützung bei der technischen Manuskripterstellung und die vielfältigen praktischen Anregungen. Zudem hat man uns geduldig den Rücken freigehalten, damit wir neben der beruflichen Alltagsarbeit die nötigen zeitlichen Spielräume finden konnten.

Unser Dank geht u.a. an: Gertrud Adam, Martin Adam, Erdmuthe Bauer, Dr. Reiner Baumann, Gitta Braun, Alice Falk, Stefanie Falk, Peter Fleig, Alexander Frohn, Birgit Gass, Marlene Gerriets, Maria Grupp, Christian Hansert, Claudia Ihling, Carola Stiefvater, Peter Kaufeisen, Esther Kempf, Wolfram König, Klaus Leppert, Hanne Münz-Baumann, Dr. Gabriele Schafheutle, Eberhard Schön, Dieter Stöckle, Dr. Martin Teichert, Hagen Winter u.v.m.

Ein besonderer Dank geht an Dr. Ruprecht Poensgen vom Kohlhammer-Verlag, der uns zu diesem Buchprojekt ermutigte und uns dann sehr freundlich, kooperativ und geduldig dabei begleitet hat.

Albert Adam, Monique Breithaupt-Peters

Offenburg, im Juni 2003

Vorwort zur 2. Auflage

In den letzten Jahren haben sich – so unser Eindruck – die Entwicklungs- und Erziehungsbedingungen für unser Klientel bzw. die von uns beschriebenen benachteiligten Kinder und Jugendlichen eher verschlechtert. So haben Einflüsse, die z.B. von Versuchungs- und Verführungsfahren ausgehen, weiter zugenommen, zumal die jungen Menschen, die wir beschreiben, geradezu magisch von Versuchungs- und Verführungssituationen angezogen werden. Da wirksame Gegenmaßnahmen auf sich warten lassen, könnten sich die Risiken und Gefährdungen für diese Kinder und Jugendlichen eher noch weiter verschärfen.

Pädagogische Desorientierung, aber auch finanzielle Belastungen schwächen die erzieherischen Rahmenbedingungen vieler Familien. Eltern können sich immer schwerer darüber klar werden, welche Erziehung für ihr „Problemkind“ die richtige ist. Sie sind unsicher, welche Werte die richtigen sind bzw. im Leben ihres Kindes die Hauptrolle spielen sollten oder welche pädagogischen Prinzipien für dessen Erziehung entscheidend sind. Das Mehr an Informationen zu pädagogischen und therapeutischen Themen, die über die Medien transportiert werden, passt selten zu den spezifischen Problemen, mit denen die Eltern persönlich konfrontiert sind, oder lässt zu viele Interpretationen zu. Neues Wissen auf der einen Seite und Verunsicherung oder pädagogische Orientierungsprobleme auf der anderen Seite – so scheint es – halten sich die Waage. Zunehmend haben wir es auch mit Eltern zu tun, die in ihrer eigenen Entwicklung bereits mit Strukturierungsproblemen, Verunsicherung und Risikobelastungen auf Seiten ihrer überforderten Erziehungspersonen konfrontiert waren. Kinder und Jugendliche mit Beziehungsproblemen und komplexen Problembelastungen entwickeln andererseits einen immer sichereren Instinkt dafür, wie sie die Unsicherheit ihrer Eltern oder Erzieher verstärken und zu ihren Gunsten manipulieren können. Diese Entwicklungen wirken sich auch auf das Erscheinungsbild und die Folgen vieler persönlicher Probleme und auf den pädagogischen Umgang mit diesen verschärfend aus. Das hat zur Folge, dass die fachliche Arbeit mit den jungen Menschen noch konfliktreicher, stresserzeugender und kräftezehrender wurde und entsprechende Verschleißerscheinungen auch bei den Professionellen, die mit der Erziehung und Betreuung dieser Kinder betraut sind, früher und heftiger aufzutreten beginnen.

Aus den Rückmeldungen, die wir zu der ersten Auflage bekommen haben, gewannen wir den Eindruck, dass unsere Anliegen verstanden wurden und viele Kollegen und Kolleginnen mit einer gewissen Erleichterung festgestellt haben, dass die von uns dargestellten Problemfälle zumindest auch einen Teil ihrer eigenen belastenden Praxiserfahrungen widerspiegeln. Auch der Begriff Persönlichkeitsentwicklungsstörung scheint inzwischen den Weg in die Praxis und zum Teil auch in die wissenschaftliche Literatur gefunden zu haben. Die zunächst schwer angeh-

bar und langwierig erscheinenden Probleme lassen sich dadurch zwar immer noch nicht in jedem Fall schnell und „glatt“ lösen. Unser Ansatz vermittelt jedoch die Hoffnung, dass eine differenziertere Betrachtungsweise und ein entsprechend differenzierter Umgang damit vielfältige pädagogische und therapeutische Einflussnahmen und Veränderungen ermöglichen können (auch wenn dies oft mühsam ist) und dass diese (was nicht unterschätzt werden darf) die Zugänglichkeit und Aufgeschlossenheit für weitere nötige Beratungshilfen im späteren Leben herbeizuführen vermögen. Meist wird dies jedoch erst Jahre später deutlich sichtbar. Gleichzeitig ist bei den Verantwortlichen in der Jugendhilfe die Einsicht deutlich gewachsen, dass gerade die Prävention bei den Kindern und Jugendlichen, um die es hier geht, von enormer Wichtigkeit ist. Im eigenen Landkreis können wir miterleben, wie viel Bemühen aufgewandt wird, um ein soziales Frühwarnsystem systematisch aufzubauen und dabei die Kooperation vieler Beteiligten (Soziale Dienste, Ärzte und Kinderklinik, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, Kindergärten und Horte, Schulen usw.) zu organisieren. Dies lässt uns hoffen und mit Zuversicht in die Zukunft blicken.

Albert Adam, Monique Breithaupt-Peters

Offenburg, im September 2009

Inhalt

Vorwort	5
Vorwort zur 2. Auflage	6
Einleitung	15
Teil 1 – Einführung	21
1 Von welchen Kindern und Jugendlichen und von welchen Problemkonstellationen sprechen wir?	21
1.1 Komplexe, diagnostisch schwer fassbare Problem- konstellationen – Komorbide Störungen sind häufig	22
1.2 Unangepasstes bzw. dysfunktionales und manchmal nur schwer nachvollziehbares Problemverhalten	23
1.3 Auffälligkeiten treten meistens »bündelweise« auf	24
1.4 Die Probleme betreffen mehrere Persönlichkeits- und Lebensbereiche	26
1.5 Wechselnde und vielgesichtige Symptome geben nicht selten Rätsel auf oder können Verwirrung stiften	27
1.6 Die Verantwortung für die eigenen Problemverhaltensweisen wird meist anderen zugeschoben.	30
1.7 Starre und unangepasste Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata	31
1.8 Zu wenig Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten – Flucht in Abwehrmechanismen.	33
1.9 Häufig zu beobachten: eine erhöhte Stressempfindlichkeit	36
1.10 Der lange Weg bis zur stationären oder teilstationären Hilfe	37
1.11 Auswirkungen auf das soziale Umfeld – Genetische Hinweise aus der Familiengeschichte	38
2 Exkurs: Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen – Wie sehen diese Störungsbilder aus?	40
2.1 Erscheinungsbild von Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen	40
2.2 Auffällige bzw. problematische Persönlichkeitszüge im Volksmund	44

Teil 2 – Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen	47
3 Persönlichkeitsentwicklungsstörung – Eine neue Definition	47
4 Die Diagnose von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bedarf großer Sorgfalt und kritischer Abwägung.	49
4.1 Kritik am Konstrukt Persönlichkeitsstörung.	49
4.2 Mit welcher Berechtigung dürfen bei Kindern und Jugendlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen diagnostiziert werden? . . .	51
4.3 Bleiben Persönlichkeitszüge überhaupt vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter stabil?	54
4.4 Wie sollte diagnostiziert werden?	56
5 Verschiedene Persönlichkeitsentwicklungsstörungen	60
5.1 Emotional-instabile und Borderline-Persönlichkeits- entwicklungsstörungen	60
5.2 Störungen des Sozialverhaltens als Risikokonstellationen für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	66
5.3 Narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörungen	74
5.4 Schizoide Persönlichkeitsentwicklungsstörungen	78
5.5 Störungen der Persönlichkeitsentwicklung als Folge anderer (schwerer) psychischer Störungen? – Am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndroms	81
6 Störungsursachen und Risikofaktoren bei Persönlichkeits- entwicklungsstörungen	89
6.1 Mehrperspektivisches, interaktionistisches Entwicklungsmodell psychischer Störungen bzw. komplexer erzieherischer Probleme .	89
6.2 Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen	94
6.3 Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung.	102
6.4 Ursachen der Emotional-instabilen Persönlichkeits- (entwicklungs)störung	103
6.5 Ursachen der Antisozialen Persönlichkeitsstörung	105
7 Gesellschaftliche Umstände verschärfen die Risiken stark problembelasteter junger Menschen	107
7.1 Warum sind junge Menschen mit besonderen psychischen Verletzlichkeiten besonders durch gesellschaftliche Einflüsse gefährdet?.	107
7.2 Eltern, Erzieher und Lehrer im Spannungsfeld zwischen Problemkonstellation, demokratiegemäßer Erziehung und Gesellschaft	109
7.3 Was heißt demokratiegemäße Erziehung? Welche Probleme haben Eltern und Jugendliche damit?	111
8 Wie häufig kommen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen vor?	113
9 Der weitere Lebensweg junger Menschen mit Persönlichkeits- entwicklungsstörung.	115

10	Leiderfahrungen im Umfeld des jungen Menschen.	118
10.1	Typische belastende oder wenig nachvollziehbare Merkmale.	119
10.2	Die Besonderheiten von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen haben weit reichende Auswirkungen für alle Beteiligten	121
Teil 3 – Das Mehrdimensionale Hilfskonzept.		125
11	Persönlichkeitsentwicklungsstörungen brauchen Mehrdimensionale Hilfskonzepte – Eine Einführung.	125
11.1	Die Ausgangslage	125
11.2	Welches ist das richtige Therapiekonzept für Persönlichkeits- entwicklungsstörungen?.	129
11.3	Orientierungsleitlinien des Mehrdimensionalen Hilfskonzepts.	129
12	Stationäre und teilstationäre Hilfen	134
12.1	Wann und warum kann ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt hilfreich sein?	134
12.2	Aufnahmepreparierung und Anfangsphase in der Einrichtung.	136
12.3	Der pädagogisch-therapeutische Alltag	137
12.4	Pädagogisch-therapeutische Zielsetzungen.	139
12.5	Spezielle pädagogisch-therapeutische Handlungsstrategien	166
13	Hilfreiche und notwendige psychotherapeutische Strategien.	179
13.1	Psychotherapeutisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen stellt hohe Anforderungen an die Therapeuten.	179
13.2	Pädagogik und Therapie arbeiten Hand in Hand	180
13.3	Das Wechselspiel zwischen intrapsychischem und interpersonellem Bereich	181
13.4	Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit im interpersonellen Bereich – Einbezug des familiären, schulischen und des für das Kind oder den Jugendlichen bedeutsamen Umfeldes	182
13.5	Therapeutische Arbeit im intrapsychischen Bereich	185
14	Die Schule – Ein wesentlicher Bestandteil des Mehrdimensionalen Hilfskonzepts	191
14.1	Zusammenhänge zwischen Schule und Persönlichkeits- entwicklung	192
14.2	Teilleistungsstörungen – Partielle Funktionsstörungen mit vielfältigem Erscheinungsbild	193
14.3	Welchen besonderen Beitrag kann Schule zur Entwicklungs- förderung bei Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeits- entwicklungsstörungen leisten?.	195
14.4	Was muss Schule bei Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen anbieten oder verfügbar machen?.	198

15	Lastenverteilung und überlegt gestaltete erzieherische Rahmenbedingungen erhalten Kräfte und Handlungsfähigkeit	207
15.1	Leidverminderung für die unmittelbar Beteiligten	207
15.2	Organisation von individuell angepassten Entlastungs- und Erholungsmöglichkeiten	208
15.3	Ermittlung und Erprobung von Möglichkeiten für den Spannungsabbau und den Einsatz stimmungsregulierender Aktivitäten	209
15.4	Anleitung zur Schaffung haltgebender häuslicher Rahmenbedingungen	209
16	Flexible Betreuungsstrategien	211
16.1	Abwandlungen und Anpassungen von bewährten Betreuungsarrangements	211
16.2	Praxisbeispiele für flexible Betreuungskonzepte	213
17	Die Arbeit mit Eltern und Familie	217
17.1	Familien von jungen Menschen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen	217
17.2	Schwerpunkte der Arbeit mit den Eltern	218
17.3	Beratungsgespräche	221
17.4	Therapeutisch orientierte Gruppen für Mütter und Väter	226
17.5	Spezifische Elternseminare und Elternbildung	230
17.6	Beurlaubungen und zu Hause verbrachte Ferien als Übungsfeld.	231
18	Bedarfsspezifische und lebensweltorientierte Nachbetreuung und Begleitung	235
18.1	Stabilisierende Einflussnahmen auf die Familiendynamik	235
18.2	Unterstützung bei schwierigen Entscheidungsfindungen – Gesprächsmoderation	236
18.3	Unterstützung beim familiären Konfliktmanagement zur Vermeidung neuer Verstrickungen	236
18.4	Lastenverteilung und Kooperationspartner nach der Entlassung	238
19	Krisenmanagement – Auf Krisen vorbereitet sein und mit ihnen leben lernen	241
19.1	Krisenmanagement heißt in erster Linie Krisenprävention	241
19.2	Und wenn die Krise eintritt?	245
20	Erfolge – Wie sie entstehen und erfasst werden können	249
20.1	Jeder Mensch möchte (und braucht) Erfolg	249
20.2	Wie kann man Erfolg feststellen?	250
20.3	Wie erfolgreich sind (teil-)stationäre Jugendhilfemaßnahmen?	254
20.4	Erfolge und ihre Kosten	256

21	Bedeutung und Besonderheiten der Kooperation aller Beteiligten	257
21.1	Einige der gemeinsam durchzustehenden Belastungsproben.	257
21.2	Was ist für die Kooperation bei Kindern und Jugendlichen zu beachten?	258
21.3	Hilfemaßnahmen bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Kontext knapper finanzieller Ressourcen	260
22	Überlegungen zur Prävention.	262
22.1	Vorboten frühzeitig erkennen – Eltern nicht nur warnen, sondern auch die Kooperation mit Fachleuten einleiten	262
22.2	Frühe therapeutische und pädagogische Handlungsansätze verbessern Chancen.	263
22.3	Risiken beim Einsatz niederschwelliger Hilfen beachten	264
22.4	Psychosoziales Frühwarnsystem	264
	Zusammenfassung und Fazit.	265
	Anhang	276
	Fallbeispiele	
	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Impulsiver Typus	276
	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus	278
	Antisoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung	285
	Narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung.	291
	Schizoide Persönlichkeitsentwicklungsstörung.	300
	Konfliktmanagement – Ein kleiner Leitfaden zur pädagogischen Problembewältigung und Ich-Stützung	308
	Literatur	314
	Register.	323

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 zwischen- 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 Hilfekonzept 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 verfahrenre 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 Jugendhilfeträgern, 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)¹ 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)² 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 – Komorbide¹ 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

1 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 Tätlichkeiten 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 Tätlichkeit gegenüber einem anderen Kind/Jugendlichen herhalten. Auch die Bitte um Mithilfe oder Unterstützung bei einer

unerwarteten oder nicht vorher angekündigten Aufgabe kann als nervend erlebt werden und einen heftigen Konflikt auslösen. Die emotionale Verfassung ist oft durch die Neigung zu Verstimmungen oder durch schnelle Stimmungswechsel, aber auch sehr leichte Kränkbarkeit gekennzeichnet. Die Fähigkeit, Konflikte durchzustehen, ist vermindert. Impulsive Handlungen oder Wutausbrüche, die außer Kontrolle geraten, gefährden die sozialen Beziehungen und kosten Sympathien.

Es kann auch sein, dass das Kind keinen Zugang zu Gleichaltrigen findet oder es mit diesen fortwährend Ärger gibt, weil die soziale Integration nicht gelingt. Bei manchen Jugendlichen können sich Kontaktprobleme so zeigen, dass sie sich nur mit ebenfalls problembelasteten Jugendlichen zusammentun (weil dies auf niedrigem Niveau am leichtesten gelingt), wo sie dann auf typische Gefährdungen stoßen. Oft können diese Kinder/Jugendlichen soziale Risiken nur schwer einschätzen, beispielsweise, wenn sie sich in die Abhängigkeit von anderen begeben oder zum Mitläufer werden. Manchmal fehlt z.B. auch das Gespür dafür, dass man Ältere nicht ungestraft herausfordern oder mit fortwährenden Beleidigungen gegen sich aufbringen kann.

In der Schule beeinträchtigen nicht nur Aufmerksamkeits- und Teilleistungsstörungen die Lern- und Leistungsfähigkeit. Selbst wenn solche Störungen nicht nachgewiesen werden können und das Begabungsniveau im Bereich der durchschnittlichen, wenn nicht sogar überdurchschnittlichen Intelligenz liegt, können die Ausschläge ihrer emotionalen Reaktionsweisen oder tolerierbare Grenzen weit überschreitende Störungen des Sozialverhaltens dafür sorgen, dass die Leistungen weit unter dem eigentlich Möglichen bleiben oder dass es zu Schulausschlüssen kommt. Aber auch Schulverweigerung in Folge von Leistungsversagen, befürchteten Kränkungerlebnissen oder von sozialer Ablehnung gehört zum Spektrum der Auffälligkeiten.

Man darf sich bei diesen jungen Menschen aber auch nicht wundern, wenn dazu noch weitere Probleme, wie z.B. Schlafstörungen, Essensverweigerung, nächtliches Einnässen, ein völlig überzogenes Autonomieverhalten oder Ordnungsprobleme in Form einer unüberbietbaren Schlampigkeit dazukommen, begleitet von entsprechend konflikthafter Auseinandersetzungen. Nicht selten werden Speisereste an Plätzen versteckt, wo sie in jedem Fall verderben müssen, zugleich aber auch nicht entdeckt werden, bevor dies geschehen ist.

Wie dann letztlich diese Problemkonstellationen im Einzelnen in Erscheinung treten, hängt stark von der individuellen Situation ab. Das bündelweise Auftreten solcher Probleme ist aber charakteristisch. Aus ihnen resultieren dann die strapaziösen erzieherischen Erfahrungen und Erlebnisse, mit denen die Eltern, aber auch die Erzieher einer Einrichtung oder die Lehrer in der Schule konfrontiert sein können.

Johannes, 14-jährig, der nach eskalierten Problemen Zuhause und in der Schule und einem mehrwöchigen Klinikaufenthalt zu uns gekommen war, besuchte ein Gymnasium. Während er in den ersten vier bis sechs Wochen nach den Schulferien leistungsmäßig zufrieden stellend mithalten und sich auch einigermaßen in die Klasse integrieren konnte, traten nach diesem Zeitraum mehrmals und fast schon vorhersehbar Krisen auf. Immer nach einigen Wochen sackte sein Leistungsvermögen und auch seine Einsichts- und Aktivierungsbereitschaft hinsichtlich der zu leistenden häuslichen Vorbereitung auf ein niedriges Niveau ab. Alles wurde dann zum Problem. Johannes suchte unergiebige Diskussionen und weigerte sich, das Nötige für die Schule zu tun bzw. regelmäßig dort

hinzugehen. Ging er zur Schule, so oft nur in merkwürdiger »Verkleidung«, z.B. indem bei warmer Außentemperatur mit einer tief ins Gesicht gezogenen Wollmütze in die Klasse kam. Dazu kamen Ordnungsprobleme, große Unstimmigkeiten bezüglich hygienischer Grundforderungen, ein ganz eingegengtes Interessenspektrum und Schlafstörungen wie auch Überempfindlichkeit gegenüber Regeln und Bestimmungen.

1.4 Die Probleme betreffen mehrere Persönlichkeits- und Lebensbereiche

Die bisher beschriebenen Problemverhaltensweisen betreffen meist verschiedene Persönlichkeitsbereiche. D.h. sie beeinträchtigen

- die Wahrnehmung und Interpretation von Ereignissen und Menschen
- den Gefühls- und Stimmungsbereich
- die Impulskontrolle
- die Bedürfnisbefriedigung und vor allem
- die zwischenmenschlichen Beziehungen

Hierdurch unterscheiden sich diese Problemkonstellationen deutlich von anderen weniger komplexen Störungsbildern, wie z.B. einer Schulphobie, bei der ein Kind zwar Schwierigkeiten hat, in die Schule zu gehen, aber andere Anforderungen bewältigen oder normale Beziehungen zu Gleichaltrigen haben kann.

Es sind auch meistens mehrere Lebensbereiche und unterschiedliche Situationen betroffen und das Auftreten der Probleme ist nicht nur auf eine spezifische Entwicklungsphase, wie z.B. die Pubertät, begrenzt. Die Problemkonstellationen ziehen sich gewissermaßen wie ein roter Faden durch das Leben dieser Kinder/Jugendlichen, selbst wenn sich einige wenige Nischenbereiche finden lassen, in denen sie sich verhältnismäßig gut zurechtfinden. Einige dieser Schwierigkeiten finden sich oft bereits von früher Kindheit an und fast nichts und niemand bleibt davon verschont. D.h. die Probleme zeigen sich in den Familien in Form von Widersetzlichkeiten, endlosen Auseinandersetzungen und in einem nur noch mühsam zu bewältigenden und kräftezehrenden Alltag, der die Eltern immer wieder an ihre Grenzen geraten lässt.

In der Schule werden manche der aufgeführten Problemverhaltensweisen noch deutlicher bzw. erzeugen noch eher den Handlungsdruck, sich der auftauchenden Schwierigkeiten anzunehmen. Denn die Schule ist häufig – vor allem wenn sich Probleme in der Klassengemeinschaft oder gegenüber den Lehrkräften zuspitzen – die erste Stelle, die mit aller Deutlichkeit darauf besteht, dass es »so nicht mehr weitergehen« kann.

Aber auch die Wohnungsnachbarn können sich gestört fühlen durch rücksichtslosen Lärm wie z.B. Türeenschlagen oder eine schon mehrfach angemahnte, aber dennoch immer noch zu laut eingestellte Musikanlage. Wenn Problemverhaltensweisen auftauchen, bei denen Sachwerte oder Menschen zu Schaden kommen können, ist die Problematik oft schon sehr eskaliert. Und auch der Freundeskreis setzt sich dann häufig nur noch aus ebenfalls problembelasteten Jugendlichen

zusammen. Damit potenzieren sich oft die Auswirkungen der Problemverhaltensweisen eher, als dass es zu einer gegenseitigen Kontrolle käme.

1.5 Wechselnde und vielgesichtige Symptome geben nicht selten Rätsel auf oder können Verwirrung stiften

Das Erscheinungsbild der Problemkonstellationen ist natürlich auch abhängig von Alter, Lebensgeschichte, Entwicklungsbedingungen bzw. vom persönlichen Umfeld, vom Bildungsgrad und dem Strukturniveau der Persönlichkeit des jungen Menschen. Im Entwicklungsverlauf und über verschiedene Situationen und Lebensbereiche hinweg können die Symptome und Probleme auch in ihrem Ausprägungsgrad wechseln, sodass diese oft auch als schillernd oder widersprüchlich erscheinen.

Neben den geschilderten Auffälligkeiten zeigen sich die Kinder/Jugendlichen jedoch zeitweise und in bestimmten Situationen – d.h. insbesondere wenn kein Konfliktstoff gegeben ist – sogar sozial angepasst, d.h. umgänglich und einsichtig, auch freundlich und hilfsbereit, sodass ein Außenstehender nie vermuten würde, welche Veränderungen sich im Konfliktfall z.T. urplötzlich einstellen können. Manchmal bleibt ein Lebensbereich ganz verschont, d.h. es lassen sich dort zu keinem Zeitpunkt Auffälligkeiten finden. Das Kind oder der Jugendliche wird daher von verschiedenen Personen, die mit ihm zu tun haben, oft sehr unterschiedlich wahrgenommen bzw. man könnte meinen, man hätte es mit zwei unterschiedlichen Personen zu tun.

Auch im zeitlichen Verlauf treten immer wieder Phasen auf, in denen der junge Mensch in mehreren vorher betroffenen Lebensbereichen scheinbar nahezu symptomfrei ist. Deren Dauer kann individuell völlig unterschiedlich, z.B. im Krisenfall von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden, sein, in anderen Fällen von Tag zu Tag wechseln. Solche Phasen können aber auch über Wochen, ja sogar bis zu mehreren Monaten variieren. Dieses Phänomen kann in Anlehnung an Diepold (1994) als *fluktuierendes oder wechselndes Funktionsniveau* bezeichnet werden, weil immer wieder Phasen auftreten (oder Lebensbereiche sichtbar werden), in denen – vereinfacht gesagt – fast nichts »funktioniert«, während in anderen ein überraschend gutes »Funktionieren« erkennbar ist (Zum Begriff des Funktionsniveaus siehe auch die Achse V im DSM-IV, und ebenso **Tab. 1.1**). Diepold (1994) hatte den Begriff ursprünglich für Kinder und Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörungen geprägt. Unsere Erfahrungen lassen aber eher darauf schließen, dass sich diese Eigenheit bei vielen dieser Kinder und Jugendlichen mit komplexen Problemkonstellationen, wie sie hier dargestellt werden, finden lässt.

Tabelle 1.1 Typische Verhaltensweise in Abhängigkeit des Funktionsniveaus

Ich-Funktionen in der Situation einer (erwarteten) Wunsch-Versagung	
Bei normalem psychischen Funktions- und Strukturniveau	Bei niedrigem psychischen Funktions- und Strukturniveau
Kind/Jugendlicher ist »gut drauf«	Kind/Jugendlicher ist »schlecht drauf«
Kann zuhören, abwarten, vertraut auf Wohlwollen und Gerechtigkeit der Erziehungsperson	Kann nicht zuhören, nicht abwarten, hegt Zweifel und misstraut der Erziehungsperson Dranghafte Ungeduld
Ist gespannt darauf, wie sich die Erziehungsperson verhält	Negative Erwartungen »Die Erziehungsperson wird bestimmt gegen mich oder meine Wünsche sein«
Aufgeschlossenheit und Zugänglichkeit für Gespräch und Argumente »Irgendwie wird es schon klappen«	Unaufgeschlossen bis unzugänglich. Argumente werden nicht akzeptiert, sie sind schon Teil der Ablehnung Verstocktheit, Blockade
Geäußerte Gedanken und Bedenken können nachvollzogen werden Vorhaben und Wunscherfüllung können situationsabhängig betrachtet werden	Geäußerte Gedanken und Bedenken können nicht differenziert aufgenommen und überdacht werden und werden als bedrohlich erlebt, z.B. als Versuch von der Bedürfnis- oder Wunscherfüllung abzubringen
Alternativ- und Kompromiss-Vorschläge sind diskutierbar	Es gibt keine Alternativen oder Kompromisse
Widerstand und konstruktives Autonomieverlangen kommen auf, Positionen werden ausgetauscht »Ist es denn wirklich nicht so möglich, wie ich es will?«	Nichtkonstruktiver Autonomieanspruch »Ich will das aber und zwar sofort, ich bestimme selber, was ich will, sonst können Sie mich mal!«
Abwägung der Wichtigkeit und der Bedenken »Kann ich es verkraften, wenn es nicht ganz so läuft, wie ich dachte?«	Hochspannung, Gefahr des Überrasanntwerdens durch affektbestimmte Reaktion oder impulsiv ungestümes Verlangen
Zugriff auf Regelbewusstsein und Verhaltensnormen ist intakt und gelingt	Kein oder nur noch teilweiser Zugriff auf Regelbewusstsein und Verhaltensnormen
Regeln und Normen sind gültig, aber nicht starr, sondern auch flexibel anpassbar »Suchen wir einen Kompromiss!«	Regeln werden als starr und einengend erlebt. Flexibilität ist nicht vorstellbar »Die Erziehungsperson will ja nur ihren Willen durchsetzen!«
Es fällt zwar nicht leicht, den Kompromiss zu akzeptieren, aber es gelingt	Kompromiss kann nicht akzeptiert werden »Ich halt das nicht mehr aus – lecken Sie mich doch!«
Vernunftbestimmtes, realitätskonformes, Folgen bedenkendes Handeln	Unlogisches, irrational dominiertes bis unberechenbares und Folgen nicht beachtendes Handeln
Übereinkommen wie und wann Bedürfnis/Wunsch erfüllt wird. Beide Seiten können mit gefundenem Kompromiss leben	Kind/Jugendlicher erfüllt sich selbst (irgend ein) Bedürfnis oder Wunsch in unerlaubter Weise und ohne Rücksicht auf Gefahren

Stefan, ein 15-jähriger Junge, der sehr höflich und angenehm sein konnte, wenn er in guter Verfassung war, war seit einiger Zeit übellaunig, leicht reizbar und geriet immer wieder in Phasen sehr gefährlicher bzw. explosiver emotionaler Geladenheit. Diese machten sich oft schon morgens nach dem Aufstehen bemerkbar und hatten u.a. immer wieder zu heftigen körperlichen Auseinandersetzungen mit anderen Jugendlichen und auch Drohgebärden gegenüber Erwachsenen geführt. Eine Behandlung in einer jugendpsychiatrischen Klinik wurde mangels Motivation abgebrochen. Im Technikunterricht wurde Stefan von seinem Lehrer aufgrund einiger Vorfälle gebeten, den Werkraum zu verlassen. Beim Gehen schlug er die Tür hinter sich zu. Als der Lehrer ihm nachging und mit ihm vor der Tür das Gespräch suchte, ging der Jugendliche auf ihn los und drückte ihn gegen die Wand, sodass er in Atemnot geriet. Als ein Kollege zu Hilfe kam und Stefan wegzog, schlug dieser dem Lehrer noch mit der Faust ins Gesicht. Stefan beschrieb in einem später stattfindenden klärenden Gespräch, dass er sehr darüber erschrocken gewesen sei, dass der Lehrer ihm nachgegangen war. Seine heftige Reaktion sei eine Schreckreaktion gewesen, um ihn sich »vom Leib zu halten«. Bei der Diskussion zu seinem Verhalten geriet er (sobald er nicht mehr weiter wusste) auch in eine depressiv-drohende Rückzugshaltung: »Ach, machen Sie doch mit mir, was Sie wollen«. Selbst Mitarbeiter der Jugendhilfe-Einrichtung, die mit Stefan weniger zu tun hatten, konnten diesen Vorfall kaum fassen. Sie hatten dem Jungen dieses Verhalten nicht zugetraut. Zur gleichen Zeit arbeitete Stefan aber auch drei Tage in der Woche in einem Ein-Mann-Handwerksbetrieb, wo er als Helfer tätig und von seinem Chef auch geschätzt war. Explosive Ausbrüche waren dort über einen Zeitraum von mehreren Monaten nie vorgekommen und es machten sich hier auch keinerlei Auswirkungen aus dem anderen Lebensfeld bemerkbar. Schließlich entwickelte sich längerfristig eine berufliche Perspektive im handwerklich-praktischen Bereich, wo Stefan – allerdings ohne jugendliche Kollegen – seine Stärke fand.

Diese Wechsel des Problembildes, die zwischenzeitlich geringe Symptombelastung und dann wieder die relativ plötzlichen und heftigen Manifestationen des gesamten Symptompektrums wirken in vieler Hinsicht verwirrend. Sie zerschlagen beispielsweise auch immer wieder die Hoffnung der beteiligten Therapeuten und Pädagogen, der Durchbruch sei schon geschafft, wenn über einige Monate alles recht gut lief. Oft stellt sich schon mit der Aufnahme in der Einrichtung eine solche ruhige und entspannte Situation ein. Beteiligte Mitarbeiter können dann fragen, warum die Aufnahme dieses Jugendlichen überhaupt nötig war. Man darf aber, wie die lange Erfahrung zeigt, sicher sein, dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis der Umschwung eintritt und damit die andere Seite des jungen Menschen wieder sichtbar ist.

Wechselnde und sich phasenweise verändernde Symptome oder Symptomausprägungen und unterschiedliche Erscheinungsweisen in verschiedenen Lebensbereichen begleiten unter Umständen den gesamten Aufenthalt in der Einrichtung. Obwohl alle wissen, dass dies so sein kann, führt dies doch immer wieder zu einem enormen Diskussionsbedarf bei allen Beteiligten in der Einrichtung und den Eltern. Man ist viel damit beschäftigt, sich sein Bild vom Jugendlichen immer wieder zu aktualisieren und zu vervollständigen. Aus solchen Situationen oder Diskussionen heraus ergeben sich aber auch neue Ressourcen und zwar dann, wenn man in den guten und störungsarmen Phasen Fähigkeiten, Begabungen oder Neigungen entdeckt, die in schwierigeren Zeiten gar nicht zum Vorschein kommen.