Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen

Evaluation der Wohnschulgruppe Buebenegg

Selina Hollenstein

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

Bern, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung 1

1.1 Fragestellung und Ziele 1
1.2 Methodisches Vorgehen 1
1.3 Aufbau der Arbeit 2
1.4 Ein- und Abgrenzung 2

2 Aktualität der Thematik 3

I. THEORETISCHER TEIL 5

3 Lern- bis geistigbehinderte Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen 5

3.1 Geistige Behinderung – Intelligenzminderung – Lernbehinderung 5
3.2 Psychische Störung 7
3.3 Verhaltensauffälligkeiten 9
3.4 Aggressives Verhalten und Gewalt bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung 12
3.5 Zusammenwirken der beschriebenen Aspekte 13

4 Betreuung 14

4.1 Psychiatrische Betreuung 14
4.2 Sonderpädagogische Betreuung 19
4.3 Umgang mit aggressivem Verhalten und Gewalt in der Betreuung 21
4.4 Der Aspekt der Beziehung in der Betreuung 22
4.5 Der Einbezug der Eltern in die Betreuungsarbeit 22

II. EMPRIRISCHER TEIL 24

5 Forschungsgegenstand und Methodik 24

5.1 Hintergrund: Wohnschulgruppe Buebenegg 24
5.2 Ausgangslage und Absicht 27
5.3 Methodisches Vorgehen 28
5.4 Datenerhebung 29
5.5 Datenauswertung 30

6 Darstellung der Ergebnisse 32

6.1 Beziehung 32
6.2 Emotionalität und Konflikte 35
6.3 Ressourcen 37
6.4 Betreuung 40
6.5 Elternarbeit 45
6.6 Buebenegg 48

7 Diskussion 49

7.1 Überblick 49
7.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse 50
7.3 Fazit 58

8 Kritische Betrachtung der Methode 59

8.1 Ausblick 60

9 Abstract 62

10 Literaturverzeichnis 63

ANHANG

1. Anhang: Prävalenzen psychischer Störungen ____ **68**

2. Anhang: Ätiologie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ____ **69**

3. Anhang: Diagnosen der Jugendlichen in der Buebenegg ____ **70**

4. Anhang: Besonderheiten in der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung ____ **73**

5. Anhang: Stufenplan Buebenegg ____ **74**

6. Anhang: Interviewleitfaden ____ **76**

7. Anhang: Auswertungstabelle der Interviews ____ **82**

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Intelligenzminderung ____ **6**

Tabelle 2: Kategoriensystem für die qualitative Inhaltsanalyse ____ **31**

Tabelle 3: Punktprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Intelligenzminderung ____ **68**

Tabelle 4: Spezielle zusätzliche Risiken für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ____ **69**

1 EINLEITUNG

Zeigen Menschen mit Intelligenzminderung problematisches Verhalten wie Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen, lösen sie in ihrer Umgebung mitunter Erschrecken und Unsicherheit aus. Denn „Verhaltensprobleme und Verhaltensaufälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung stellen in ihrer Vielfalt, Häufigkeit, Intensität und Beständigkeit eine schwerwiegende Belastung für Helfer in Einrichtungen der Behindertenhilfe dar“ (Wüllenweber, 2001, S. 89). Als Folge dieser Belastung und oft auch Überforderung sind Jugendliche[1] mit Intelligenzminderung, die Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen zeigen, in ihrem Umfeld oft nicht mehr tragbar.
Wenn der beschriebene Fall eintritt bietet die Wohnschulgruppe Buebenegg im Johanneum in Neu-St. Johann für Jugendliche mit Lernbehinderung bis zu leichter geistiger Behinderung und psychischen Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten[2] Platz,.
Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die psychiatrische und sonderpädagogische[3] Betreuung dieser Personengruppe und evaluiert das Angebot in der Wohnschulgruppe Buebenegg.

1.1 Fragestellung und Ziele

Im Zentrum steht die Fragestellung, welche speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten sich in der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen zeigen.
Das durch die Untersuchung anvisierte Ziel ist es, aufzuzeigen, welche Aspekte in der Betreuung besonders berücksichtigt werden müssen. Weiter ist es auch das Ziel dieser Arbeit, die Möglichkeiten, aufzuzeigen, welche die Betreuung dieser Personengruppe bieten kann.

1.2 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit ist empirisch aber nicht experimentell. Die theoretische Grundlage dieser Arbeit wird einleitend erarbeitet, um das Problemfeld zu analysieren. Aus den Resul-

---

[1] Nach Möglichkeit wird für die Nennung der zu betreuenden Personengruppe eine geschlechtsneutrale Formulierung wie „die Jugendlichen“ verwendet. Da die Buebenegg vorwiegend männliche Jugendliche betreut (Gründe dafür werden z.B. in Kapitel 3.3.4 erläutert) trifft man in der Alltagssprache (und somit in den Interviews) oft die Verwendung des generischen Maskulin an. Wird diese Verwendung in vorliegender Arbeit übernommen, ist aus Gründen des Leseflusses immer die feminine Form mitgemeint sowie umgekehrt.

[2] In vorliegender Arbeit wird, wenn der Begriff „Jugendliche“ aufgeführt wird, immer die Personengruppe „lern- bis geistig behinderte Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen“ gemeint, ausser dies ist anders vermerkt.

[3] Mit dem Begriff *Sonderpädagogik* ist in vorliegender Arbeit die Heil- und Sozialpädagogik sowie Pädagogik gemeint. Die Sonderpädagogik ist nach Mühle (2004, S. 873) die aufbauende Lehre von intensivierter Erziehungshilfe und deren Praxis bei aussergewöhnlichen Schwierigkeiten der Erziehung.

taten der Analyse werden für den empirischen Teil halbstrukturierte Leitfäden für qualitative, problemzentrierten Einzelinterviews entwickelt. Fünf der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuungspersonen der Buebenegg werden interviewt. Die daraus gewonnen Daten werden mittels der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil dieser Arbeit wird die theoretische Basis für die empirische Untersuchung der Fragestellung geschaffen. Dazu wird in Kapitel 1 zuerst eine Einführung in vorliegende Arbeit gegeben. In Kapitel 2 wird die Aktualität der Thematik beleuchtet. Kapitel 3 zeigt den theoretischen Hintergrund von psychischen Störungen bei lern- bis leicht geistig Behinderten Jugendlichen auf. Anschliessend wird auf die Verhaltensaufälligkeiten eingegangen. Dabei geht es auch um Aggression bei dieser Personengruppe. In Kapitel 4 richtet sich der Fokus auf die Betreuung der genannten Personengruppe. Diese wird von der psychiatrischen- wie auch von der sonderpädagogischen Seite beleuchtet. Dabei wird auf den Umgang der Betreuungspersonen mit Aggressionen, auf den Beziehungsaspekt in der Betreuung und auf den Einbezug der Eltern in die Betreuungsarbeit eingegangen.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die empirische Untersuchung vorgestellt. In Kapitel 5 wird einleitend als Studienhintergrund die Wohnschulgruppe Buebenegg beschrieben, anschliessend wird der Aufbau der Studie erläutert. Dabei wird das Untersuchungsdesign sowie die Methoden der Datenerhebung und -auswertung transparent gemacht. Es folgt in Kapitel 6 eine Zusammenfassung der eruierten Ergebnisse sowie die Diskussion der Ergebnisse mit Bezug auf die Theorie. Des Weiteren werden im Ausblick in Kapitel 8 ein Fazit gezogen, mögliche Implikationen für die Praxis aufgezeigt und das methodische Vorgehen in der Methodenkritik kritisch betrachtet.

1.4 Ein- und Abgrenzung

Der theoretische Teil der Arbeit bezieht sich auf bis jetzt vorhandene Forschungsergebnisse und Literatur über Jugendliche mit Lernbehinderung und Intelligenzminderung des westlichen Kulturraumes. Historische Fakten bezüglich Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen werden nicht in die Arbeit einfliessen.
Es werden Verhaltensauffälligkeiten und aggressives Verhalten behandelt. Auf die Verhaltensphänotypen[4] wird nicht eingegangen, da sie aufgrund der eher leicht behinderten Jugendlichen in der Buebenegg für diese Arbeit wenig relevant sind. Auch Sucht und Selbst-

[4] Verhaltensphänotypen sind nach Dykens (1995; zit. nach Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 7) Kombinationen „von Entwicklungs- und Vehaltensmerkmalen, die bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung und einem bestimmten genetischen Syndrom häufiger oder stärker ausgeprägt sind als bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache."

aggressionen werden aus demselben Grund nur am Rande thematisiert. Auf Bindungsstörungen wird aus Platzgründen nicht eingegangen. Die psychischen Störungen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung werden in allgemeiner Form erläutert. Demnach wird nicht auf die einzelnen Störungsbilder eingegangen, aber im Allgemeinen die Prävalenz, Epidemiologie und Vulnerabilität beleuchtet. Vertieft auf diese Aspekte oder aber auf die Prävention bei Intelligenzminderung und auf die psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung einzugehen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aus ebendiesem Grund können somatische sowie neurobiologische Faktoren nicht miteinbezogen werden. Das Gleiche gilt für die entwicklungspsychologischen Aspekte, die nicht miteinbezogen werden, da der Fokus auf der Betreuungsarbeit liegt. Weiter kann nicht auf die einzelnen Psychotherapierichtungen oder sonderpädagogischen Modelle in Bezug auf die Therapiearbeit mit geistig behinderten Menschen eingegangen werden. Dieser Aspekt wird jedoch im Generellen in der psychiatrisch-psychologischen sowie in der sonderpädagogischen Betreuung beleuchtet.
Es wird vorwiegend Literatur aus Deutschland verwendet, da für die Schweiz nur wenig Literatur und beinahe keine wissenschaftlichen Daten in Form von Studien vorliegen. Für diese Arbeit wird von einer Übereinstimmung der Daten aus Deutschland für die Schweiz ausgegangen.

2 AKTUALITÄT DER THEMATIK

Immer wieder wird in der Fachliteratur (vgl. Hennicke, Buscher, Hässler & Roosen-Runge, 2009; Lingg & Theunissen, 2008; Schanze, 2007) auf ein international bestehendes Forschungsdefizit im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen hingewiesen. Dies lässt sich an unterschiedlichen Beispielen feststellen. Um Eines zu nennen: es fällt auf, dass bezüglich der Ergebnisse von epidemiologischen Untersuchungen eine erhebliche Spannweite in der Fachliteratur zu finden ist (Schanze, 2007a, S. 18). Dies sei auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, was in Kapitel 3.1.3 ausführlicher behandelt wird.

Nur indem die Erfahrungen von Fachleuten in einer kritischen Auseinandersetzung in Empfehlungen und Veröffentlichungen einfliessen, kann das tiefe fachliche Defizit im Bereich der psychiatrischen Betreuung für Jugendliche mit Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen überwunden werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss dringend erhöhte wissenschaftliche und versorgungspolitische Anstrengungen unternehmen, um qualifizierte Diagnose-, Therapie- und Verfahrenskonzepte zu entwickeln, um die teilweise gravierenden Versorgungslücken zu schliessen. Dies muss unter Einbezug der relevanten fachlichen Disziplinen wie Psychiatrie, Pädiatrie, Psychologie, Heil- und Sonderpädagogik und ihre professionellen Vertreter wie auch mit den betroffenen Familien und deren Selbsthilfeorganisationen geschehen (Hennicke et al., 2009, S. V).

Vorliegende Arbeit wollte dazu einen Beitrag leisten. Es sollte eine Befragung der Jugendlichen, welche einen abgeschlossenen Aufenthalt in der Buebenegg vorzeigen, und deren Umfeld[5] durchgeführt werden. Die Ethikkommission stellte allerdings Anforderungen, welche den für die Studie vorgesehenem Zeitrahmen sprengten.

Der Schutz dieser Personengruppe steht auch nach Meinung der Autorin im Vordergrund. Die geplante Untersuchung wäre eine Zufriedenheitsbefragung gewesen – und somit in keiner Weise invasiv. Werden erhöhte Anforderungen an ein Untersuchungsteam gestellt, welches eine nicht-invasive Studie durchführen möchte, kann dies im weitesten Sinne als forschungs-behindernd angesehen werden. Denn die Hemmschwelle, die Forschung mit geistig behinderten Menschen anzukurbeln und wichtige, dringend benötigte, weitere Beiträge zu leisten, wird zu hoch gesetzt.

[5] Umfeld meint hier die Eltern des Jungendlichen, die/der Beiständin/Beistand bzw. Vormundin/Vormund, Betreuungspersonen, Behandelnde und Nachbetreuende.

I. THEORETISCHER TEIL

Die folgenden Kapitel bilden die theoretische Grundlage dieser empirischen Arbeit. Es werden die Begriffe für die Verwendung in dieser Arbeit definiert, den aktuellen Forschungsstand aufgeführt sowie eine Einführung in die Thematik gegeben. Kapitel 3 setzt den Fokus auf die Begriffsdefinitionen[6] und den Zusammenhang mit lern- bis geistig behinderten Jugendlichen. In Kapitel 4 wird der Fokus auf die psychiatrische und sozialpädagogische Betreuung gelegt.

3 LERN- BIS GEISTIGBEHINDERTE JUGENDLICHE MIT VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

In diesem Kapitel wird einleitend jeweils die Begriffsklärung für die Verwendung in dieser Arbeit vorgenommen, anschliessend wird auf die jeweilige Thematik im Zusammenhang mit lern- bis geistig behinderten Jugendlichen eingegangen.

3.1 Geistige Behinderung – Intelligenzminderung – Lernbehinderung

Es besteht in der Fachliteratur der Konsens, geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung als menschliche Existenzweise mit besonderem Förder- und Hilfsbedarf anzusehen und nicht als klinische Krankheit oder Störung, auch wenn sie nach wie vor in den psychiatrischen Diagnosesystemen aufgeführt wird (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 3). Nachfolgende Begriffsklärung und Definition führen dies genauer aus.

3.1.1 Begriffsklärung

Lingg und Theunissen (2008, S. 15) führen den stigmatisierenden Charakter des Ettiketts *geistige Behinderung* an und sprechen sich für die Verwendung des Begriffs *intellektuelle Behinderung* aus. Da ersterer Begriff in der Fach- wie in der Laiensprache jedoch oft verwendet wird, halten sie weiterhin an der Bezeichnung *geistige Behinderung* fest um die Verständigung nicht zu erschweren. Im ICD-10 hingegen wird nach der WHO *geistige Behinderung* mit dem Begriff *Intelligenzminderung* gleichgesetzt. Insgesamt lässt sich in der Zusammenschau der Fachliteratur eine terminologische Unschärfe erkennen. In vorliegender Arbeit werden dessen ungeachtet in Anlehnung an das ICD-10 die Begriffe Intelligenzminderung und geistige Behinderung als terminologische Äquivalente verwendet. Um den Lesefluss nicht zu stören wird auch die Lernbehinderung in beide Begriffe integriert, da ein Teil der Jugendlichen auf der Buebenegg diese Diagnose aufzeigt.

---

[6] Die vorliegende Arbeit richtet sich an ein Fachpublikum. Es werden nur die für die Arbeit zentralen Begriffe erklärt. Dabei wird von einem grundlegenden psychiatrischen bzw. psychologischen und sonderpädagogischen Wissensstand (insbesondere bezüglich der Begrifflichkeiten) ausgegangen.

3.1.2 Definition

Intelligenzminderung ist nach der WHO „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008, S. 276). Die Einteilung der Intelligenzminderung nach vier Schweregraden hat sich international durchgesetzt und wird sowohl im ICD-10 wie auch im DSM-IV wie folgt verwendet:

Grad der Intelligenzminderung	ICD-10	IQ
Leichte Intelligenzminderung	F70	50-69
Mittelgradige Intelligenzminderung	F71	35-49
Schwere Intelligenzminderung	F72	20-34
Schwerste Intelligenzminderung	F73	0-19

Tabelle 1: Intelligenzminderung (Schanze, 2007a, S. 16)

Der Begriff Lernbehinderung hingegen stellt nach Möller, Laux und Deister (2005, S. 406) einen Übergangsbereich dar und ist im IQ-Bereich 70 – 90 anzusiedeln. Gaese (2007, S. 136) bezieht den Begriff Lernbehinderung hauptsächlich auf schulische Fertigkeiten. Jedoch kann eine Lernbehinderung auch Probleme bei organisatorischen Fertigkeiten, sozialer Wahrnehmung und Interaktion sowie eingeschränkte Fähigkeiten im Hinblick auf Problemlösungsstrategien, Koordination und räumliche Orientierung umfassen.

3.1.3 Epidemiologie von Intelligenzminderung

Durch die im vorhergehenden Kapitel erwähnte terminologische Unschärfe und eine unkritische Nutzung des Begriffes *geistige Behinderung* ergibt sich laut Schanze (2007a, S. 16) eine Auswirkung auf die wissenschaftlichen Daten zum Thema Intelligenzminderung. Es erscheint deshalb wenig verwunderlich, dass sich in vielen internationalen Studien die Prävalenzrate für geistige Behinderung von 1-4% erstreckt.
Gaese (2007, S. 132) nennt eine Prävalenz von 3-4 % für Intelligenzminderung insgesamt. 0,3-0,4% davon entfallen auf die mittelgradig – bis schwerste Intelligenzminderung. Folglich tritt die leichte Intelligenzminderung mit ca. 3% weitaus am häufigsten auf. Jedoch weist Schanze (2007a, S. 17) darauf hin, dass aus Unkenntnis häufig auch Lernbehinderung unter der Kategorie F70 (leichte Intelligenzminderung) subsumiert wird und die Zahlen so verfälscht werden. Dazu sagt auch Sarimski (2005, S. 112), dass Prävalenzangaben in Abhängigkeit von Kriterien sowie Erhebungsart der Stichprobe variieren.

3.1.4 Ätiologie

Die Ursachen von geistiger Behinderung sind vielfältig[7]. Prinzipiell ist nach Sarimski und Steinhausen (2008, S. 2) davon auszugehen, dass bei der schweren geistigen Behinderung die biologischen Faktoren und ungünstigen Umweltfaktoren als ätiologische Erklärung überwiegen. Bei leichten Behinderungen spielen multifaktorielle polygene Erbgänge eine wichtige Rolle.

3.2 Psychische Störung

In der Fachwelt ist es heute unumstritten, „dass Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich zu ihren behinderungsspezifischen (kognitiven) Beeinträchtigungen Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen entwickeln können" (Theunissen, 2007, S. 8). In folgendem Kapitel wird dieser Aspekt genauer beleuchtet.

3.2.1 Begriffsklärung

Die WHO (Dilling et al. 2008, S. 23) verwendet den Begriff *Störung* um Begriffe mit problematischer Konnotation wie *Krankheit* oder *Erkrankung* weitestgehend zu vermeiden. Zudem verdeutlicht der Begriff, dass problem-auslösende Bedingungen bio-psycho-sozial Zusammenwirken und zeigt daher einen Perspektivenwechsel in der Betrachtungsweise von psychischen Störungen an (Dilling et al., S. 24). Der Begriff *Störung* weist gemäss Bundschuh (2008, S. 254) darauf hin, dass das auffällige Verhalten auf die Umgebung ausstrahlt und von ihr als negativ empfunden wird.

In vorliegender Arbeit werden die Begriffe *psychische Probleme* und *psychische Störung* als terminologische Äquivalente verwendet, da die Diagnose der Störungsbilder bei den Jugendlichen mit Intelligenzminderung oft unscharf ist.

3.2.2 Psychische Störungen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Kognitive Defizite wie Lernbehinderungen oder Intelligenzminderung haben nicht die unvermeidliche Begleiterscheinung einer psychischen Störung. Irblich (2003; zit. nach Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 3) führt dazu aus, dass problematische Erlebens- und Verhaltensweisen entstehen und durch eine erhöhte Störanfälligkeit infolge „ungünstiger biologischer Dispositionen, beeinträchtigter Verarbeitungsprozesse, emotional belasteter Beziehungen, eingeschränkter Entwicklungsmöglichkeiten, und ungünstiger Lernerfahrungen" aufrechterhalten werden. Auch Senckel (2006, S. 20) weist darauf hin, dass sich geistige Behinderung unter dieser Perspektive als ein Risikofaktor erweist, da die kognitiven Bewältigungsmöglichkeiten von Menschen mit Intelligenzminderung vermindert sind.

---

[7] Aus Platzgründen kann hier nicht vertieft auf die Thematik der Ätiologie von Intelligenzminderung eingegangen werden, auch da die Thematik für die Beantwortung der Fragestellung wenig Relevanz zeigt.

3.2.3 Epidemiologie von psychischen Störungen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Sarimski und Steinhausen (2008, S. 2) führen aus, dass die Prävalenz für psychische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung 3-4-fach höher ist als bei der Normalpopulation (s. 1. Anhang, S. 68). Diese Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da nach Lingg und Theunissen das unterschiedliche diagnostische Verständnis und die teils unzureichend beschriebenen Erhebungsinstrumente die Ergebnisse sehr unterschiedlich gestalten (2008, S. 56). Irblich (2003, S. 323) zählt weitergehend auf, dass für die Studien jeweils unterschiedliche Stichproben mit divergierenden Repräsentativität rekrutiert werden, die vorgegebenen diagnostischen Kriterien Probleme bei der Zuordnung bereiten, die Bewertung der Symptome und ebenso die Bewertung von Häufigkeit und Intensität der Symptome unterschiedlich ist.

Die Zusammenschau der Literatur zeigt auf, dass Menschen mit Intelligenzminderung am gesamten Spektrum der psychischen Störungen erkranken können. Gasteiger-Klicpera und Klicpera (2008, S. 358) weisen dabei darauf hin, dass eine Komorbidität zwischen Lernbeeinträchtigungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten, Störungen des Sozialverhaltens, Hyperaktivität und Störungen der Aufmerksamkeit, soziale Zurückgezogenheit und soziale Ängstlichkeit, depressiver Verstimmung wie auch Asperger-Syndrom besteht. Dabei haben begleitende somatische Störungen und der Schweregrad einer Intelligenzminderung eine Auswirkung auf die Psychopathologie und somit auch auf die Prävalenz psychischer Störungen (Hennicke et al., 2009, S. 4), was im folgenden Kapitel genauer ausgeführt wird.

3.2.4 Vulnerabilität und Ätiologie

Schanze ist der Überzeugung, dass biologische Faktoren bei geistig behinderten Menschen nicht allein die Erklärung für die erhöhte Prävalenz für psychische Störungen liefern kann (2007a, S. 20). Dazu müssen vielmehr die Aspekte berücksichtig werden, welche den psychosozialen Folgen und den individuellen Bewältigungsstrategien der Behinderung Rechnung tragen und diese reflektieren. Menschen mit Intelligenzminderung sind oft „besonderen psychosozialen Belastungen ausgesetzt“ (Schanze, 2007a, S. 22). Da ihnen Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen fehlen, stehen geistig Behinderte Belastungen oft hilflos gegenüber.

Auch Dykens (2000; zit. nach Sarmiski & Steinhausen, 2008, S.6) schlägt die erhöhte psychopathologische Vulnerabilität verschiedene Erklärungsansätze vor:

> Persönlichkeitsbezogene Ansätze stellen das weniger differenzierte Selbstkonzept, Versagenserlebnisse in der Lerngeschichte, Aussenorientierung bei der Problembewältigung und abweichende soziale Stile mit sowohl mehr Enthemmung als auch mehr Isolation in den Vordergrund. Zu den familiären Faktoren werden Belastungen, Minderbegabung und psychische Störungen in der Familie gerechnet. Auch soziale Faktoren leisten über das erhöhte Misshandlungs- und Missbrauchsrisiko sowie Ablehnung und Stigma bedeutsame Beiträge. Schliesslich können biologische Faktoren wie begleitende Epilepsien, teratogene Schäden (z.B. bei den Fetalen Alkohol-Spektrumsstörungen) oder Verhaltensphänotypen wirksam sein, bei denen eine spezifische Form einer genetisch vermittelten psychopathologischen Vulnerabilität angenommen wird.

Theunissen (2006, S. 195) geht davon aus, dass Menschen mit Intelligenzminderung „durch ein reziprokes Zusammenwirken ungünstiger individueller Voraussetzungen (...) und sozialer Faktoren“ besonders anfällig für psychische Krisen sind. Zudem müssen sie, um körperliche oder psychosoziale Belastungen auszuhalten, mehr als Andere zusätzliche Energien mobilisieren. Auch Hennicke et al. (2009, S. 6) sind der Meinung, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren zu einer erhöhten Vulnerabilität führen (s. 2. Anhang, S. 69).

3.3 Verhaltensauffälligkeiten

Petry (1999, S. 15) schlägt vor, Verhaltenauffälligkeiten und psychische Störung auf einem Kontinuum zu betrachten und so als ineinander übergehende Phänomene zu verstehen. Dabei sollen an einem Ende klar psychiatrisch definierte Merkmale liegen und am anderen Ende auf den erzieherischen Kontext zurückführbare Verhaltensauffälligkeiten. In vorhergehendem Kapitel ging es um Menschen mit geistiger Behinderung, die an einer psychischen Störung erkranken. Nun soll die andere Seite des Kontinuums und somit die Verhaltensauffälligkeiten beleuchtet werden.

3.3.1 Begriffsklärung

Für problematische Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen mit Intelligenzminderung fehlt bis heute eine berufsgruppenübergreifende einheitliche Terminologie (Irblich, 2003, S. 316).

In der Psychiatrie und Psychologie wird der Begriff *Verhaltensstörung* verwendet, bei welchem die rein deskriptive Bedeutung im Vordergrund steht. Die Verwendung fordert eine „differenzierbare, interindividuell überprüfbare Beschreibung des Verhaltens, das in seinen organischen, psychischen und sozialen Bezügen gesehen werden muss“ (Irblich, 2003, S. 317). Es ist also von einer pauschalen Charakterisierung einer Person als verhaltensgestört abzusehen, da dies als diskriminierend wahrgenommen wird. Die Sonderpädagogik spricht sich gegen den Begriff *Verhaltensstörung* aus. Dieser sei in einer individuumszentrierten Sicht verhaftet und blende so die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt aus, welche möglicherweise die Auffälligkeit hervorgebracht habe. Die Sonderpädagogik bevorzugt den Begriff *Verhaltensauffälligkeiten*, welcher diesen Aspekten gerecht werde (ebd.).

Wüllenweber (2001, S. 90) zeigt den Unterschied im sonderpädagogischen Verständnis zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensproblemen auf. Unter *Verhaltensproblemen* wird Problemverhalten verstanden, welches in einem engen Zusammenhang zu aktuellen Konflikten, Lebensveränderungen oder Krisen zu verstehen ist. *Verhaltensauffälligkeiten* hingegen sind längerfristig oder dauerhaft auftretende Verhaltensweisen, „die zu einer empfindlichen Störung der Person-Umwelt-Beziehung führen und deren Kausalität weniger in

aktuellen Problemen, sondern eher in grundsätzlichen aus der Lebensgeschichte ableitbaren Faktoren begründet ist" (ebd.). Hillenbrand (2008, S. 9) weist darauf hin, dass der Begriff *Verhaltensauffälligkeiten* zudem wertfreier, weniger diffamierend und weniger normgebunden ist als der Begriff *Verhaltensstörung*. Kritisch kann hier bewertet werden, dass auch positive Abweichungen als auffällig bezeichnet werden können, diese jedoch nicht Gegenstand des Fachbegriffes sind. In vorliegender Arbeit wird der Begriff Verhaltensauffälligkeiten verwendet, da vorwiegend die Sonderpädagogik in der Alltagsarbeit damit konfrontiert ist.

3.3.2 Definition

Verhaltensauffälligkeiten sind nach Emerson (1995; zit. nach Schanze, 2007b, S. 145) „kulturell unangemessenes Verhalten von einer Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die physische Sicherheit der Person ernsthaft gefährdet ist, oder Verhalten, das gravierend die Nutzung von Einrichtungen der Gemeinschaft begrenzt oder dazu führt, dass der Zugang verweigert wird." Mutzeck (2004, S. 1006) weist zudem darauf hin, dass die Verhaltensstörungen einer sozialen oder emotionalen Abweichung unterliegen. Nach Hillenbrand (2008, S. 10) ist als weiterer Aspekt die Diskrepanz zwischen dem erwarteten und dem gezeigten Verhalten konstitutiv für die Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten. Eine umfassende Definition von Verhaltensauffälligkeiten gibt Myschker (2005, S. 45):

> Ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtig und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann.

Schmidt weist darauf hin, dass die Zuordnung und Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten Untersuchende vor Schwierigkeiten stellt (2007, S. 25). Als Grund dafür lässt sich aufführen, dass die Verhaltensauffälligkeiten meist unspezifisch sind und sich oft lediglich in einem bestimmten Setting beobachten lassen.

3.3.3 Epidemiologie von Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung finden sich Verhaltensauffälligkeiten häufiger und tendenziell auch stärker ausgeprägt als bei nicht geistig Behinderten (Hennicke et al., 2009, S. 5). Schanze nennt eine Prävalenzrate von Verhaltensauffälligkeiten zwischen 12-17% (2007b, S. 145).

3.3.4 Ätiologie

Verhaltensauffälligkeiten sind meist ein multifaktorielles, interaktionales Phänomen wenn sie „nicht auf ein genetisches Syndrom (Verhaltensphänotyp) oder psychische Störung zurückzuführen [sind] (...) oder als Reaktion auf eine somatische Störung zu sehen sind" (Schanze, 2007b, S. 145). Als Risikofaktoren werden das männliche Geschlecht, höherer

Behinderungsgrad, reduzierte motorische und kommunikative Kompetenzen, zusätzliche sekundäre Behinderungen, Alter zwischen 15 und 35 Jahren und genetisch bedingte Verhaltensphänotypen genannt. Dabei sagt Hennicke (2007, S. 4) dass die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung den gleichen Gesetzmässigkeiten in Form von Wechselwirkungen von individuellen biologischen und psychosozialen Bedingungen und Faktoren folgt wie bei nicht intelligenzgeminderten Menschen.

Die sozialen Verhaltensprobleme und emotionalen Störungen entwickeln sich gemäss Sarimski (2008, S. 366) in einem komplexen Bedingungsgefüge von sozialen Erfahrungen und biologischen Funktionseinschränkungen der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Durch kognitive und kommunikative Defizite erschwert sich ihr Verständnis für soziale Situationen, die Lösung von Konflikten und die Entwicklung adaptiver Handlungsstrategien. Auch die Entwicklung befriedigender sozialer Beziehungen sowie der Erwerb sozial-kognitiver Kompetenzen werden dadurch gehemmt, dass die intellektuellen Verarbeitungsfähigkeiten und kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten beeinträchtigt sind. Für geistig behinderte Kinder ist es besonders schwer, eine emotionale Konstanz zu entwickeln, da sich ihre primären Beziehungen problematisch gestalten und sie somit weder Autonomie noch Geborgenheit hinlänglich erleben können (Senckel, 2003, S. 87). Sie werten ihre Erfahrungen zudem nur ungenau aus und urteilen und verharren deshalb in undifferenzierten Kategorien wie Entweder-Oder. Sie können aufgrund dessen nicht alle Aspekte ihres Selbst integrieren. Minderwertigkeitsgefühle oder Grössenphantasien herrschen vor, und das Selbstbild bleibt auf wenige Qualitäten beschränkt. Leicht geistig behinderte Menschen orientieren sich im Vergleich oft an den so genannt „Normalen“ und bemerken dadurch die qualitative Differenz. Dadurch entwickeln sie vor allem in der Pubertät ein deutliches Bewusstsein für Behinderung und die bereits bestehende emotionale Problematik verschärft sich.

Als Folge davon fühlen sich Jugendliche mit Intelligenzminderung in sozialen Situationen häufiger unter Stress und zeigen als Reaktion Ängstlichkeit, Abwehr oder Dysfunktionalität, wie sich auch im nächsten Kapitel zeigt.

3.4 Aggressives Verhalten und Gewalt bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Sind Menschen eingeschränkt in ihren verbalen Kommunikatikonsmöglichkeiten, verfügen sie oft über umso differenziertere Ausdrucksmöglichkeiten mit ihrem Körper. Unter diesem Aspekt könnte man Aggressionen als „nahe liegende Äusserungsform emotionaler Zustände" bei Menschen mit Intelligenzminderung bezeichnen (Hennicke, 2003, S. 77).

3.4.1 Definition

Typisch psychologische Definitionen bestimmen nach Nolting (2008, S. 14) „Aggression im Kern als ein auf Schädigung gerichtetes Verhalten." Aggression ist ein übergeordneter Begriff, der Gewalt mit einschliesst. Die weiterführende Definition von Aggression als *gerichtete offensive Aktivität* ist eine positive Bewertung. Sie wird im grundlegenden Sinn als Abgrenzung der eigenen Person gegenüber dem Anderen verstanden und dient somit der Identitätsentwicklung und als Abwehrreaktion gegen Übergriffe in die eigene Autonomie und Identität. Wird Aggression als *schädigendes, gewalttätiges Angriffsverhalten* beschrieben, so ist Gewalt im engeren Sinn gemeint und die Aggression wird negativ bewertet. Nach Hennicke (2003, S. 68) liegt zwischen den offen destruktiven und den konstruktiven Aggressionsformen ein Kontinuum von aggressiv-gewalttätigen Interaktionen in unendlich vielen Variationen. Oftmals sind nur an den beiden Enden des Kontinuums eindeutige Bewertungen möglich.

3.4.2 Epidemiologie

Bei Menschen mit geistiger Behinderung zählen aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten. Prävalenzschätzungen fremdaggressiven Verhaltens gehen von 10 – 50% aus, für autoaggressives Verhalten liegen sie zwischen 20 – 25%, wobei die erhebliche Spannweite der Zahlen auf die schwankenden Angaben in der Fachliteratur zurückzuführen sind. Dabei soll darauf hingewiesen werden, dass diese Zahlen nur als Anhaltswerte dienen, um die Grössenordnung des Problems einschätzen zu können (Hennicke, 2003, S. 69).

Zudem gelten Fremdaggressionen nach Bradl (2003, S. 38) als schwierigste Verhaltensprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung, und er nennt dafür mehrere Gründe. Sie sind mit Ängsten und hoher Unsicherheit der Betreuenden verbunden, bedrohen das Zusammenleben mit anderen Bewohnern und gefährden die Integration in die Gesellschaft. Auch sind sie mit materiellen Schäden für die Institution oder Verletzungen der Betroffenen verbunden. Das hat zur Folge, dass fremdaggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung der häufigste Grund für die Einweisung in eine psychiatrische Institution ist.

3.4.3 Ätiologie

Risikoerhöhende Faktoren für Aggressionen und Gewalt sind neuropsychologische Defizite, schwieriges Temperament, prä-, peri- oder postnatale Entwicklungskomplikationen, impulsives Verhalten, niedrige Intelligenz, schulische Schwierigkeiten und Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung. Zudem tragen ungünstige Beeinflussungen durch Gleichaltrige mit eigenen Störungen des Sozialverhaltens und ungünstige familiäre Faktoren zur Verfestigung des Störungsbildes bei (Sarimski, 2005, S. 43). Des Weiteren können Jugendliche auf Überforderungssituationen aggressiv reagieren. Jedoch wird von Kooreman Fitze (2009, S. 58) betont, dass es auch zu aggressivem Verhalten kommen kann, ohne dass eine eigentliche pathologische Störung des Sozialverhaltens vorliegen muss. Dazu führen können Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle bei mangelndem Verständnis für die soziale Situation sowie ein niedriges Selbstwertgefühl und mangelnde soziale Kompetenzen.

So steht aggressives Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung nach Hennicke (2003, S. 78) zu einem bedeutenden Anteil in inhaltlichem Zusammenhang mit der emotionalen Verbindlichkeit und mit psychopathologischen Symptomen.

3.5 Zusammenwirken der beschriebenen Aspekte

Hennicke (1993; zit. nach Hennicke, 2001, S. 295) beschreibt das Zusammenwirken oben beschriebener Aspekte wie folgt:

> Geistig behinderte Menschen verfügen prinzipiell über die gleichen körperlichen und psychischen Möglichkeiten der Wahrnehmung, des Erlebens und des Empfindens wie nicht behinderte Menschen. Es ist keine Frage, dass sie konflikthafte körperliche und psychische Zustände erfahren und aushalten, die sich aus den Widersprüchen in der Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen, aus dem Ausgesetztsein (...) [von] gesellschaftlichen Regeln, Normen und Werten entwickeln, und dass sie Anpassungsstrategien und Lösungen versuchen und verwirklichen oder dabei scheitern. Störende, absonderliche oder schädigende Verhaltensweisen sind immer zugleich Ursache und Folge bestimmter, spezifischer Bedingungen und sie haben innerhalb dieses Kontextes ihren Sinn. Sie sind Ausdrucksformen eines Menschen in seinem konkreten historischen Kontext.

Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass Verhaltenauffälligkeiten vieldeutig und unspezifisch sind, da sie weder typischer Ausdruck von geistiger Behinderung (abgesehen von Verhaltensphänotypen) noch von einer psychischen Störung sind. Vielmehr sind Verhaltensauffälligkeiten als primärer Ausdruck der seelischen Befindlichkeit eines Menschen zu verstehen, als ein Ausdruck seines affektiven Zustandes. Es gilt, in diesem Ausdruck einen Sinn zu erkennen, ihn zu verstehen, zu entschlüsseln und so in den gegebenen Kontext einzuordnen (Hennicke, 2001, S. 296).

4 BETREUUNG

Die Personengruppe der geistig behinderten Menschen ist häufig durch komplexe Behinderungsbilder einschliesslich mehrfachen oder körperlichen Behinderungen und einer besonderen Häufung chronischer und akuter Krankheiten gekennzeichnet. Aus diesem Faktum lässt sich die Notwendigkeit eines differenzierten Hilfesystems ableiten, da im Laufe des Lebens von Menschen mit Intelligenzminderung neben den sonderpädagogischen Massnahmen auch pflegerische Leistungen notwendig werden (Seidel, 2007, S. 8).
Hennicke (2001, S. 303) schreibt, dass allzu oft bei therapeutischen und pädagogischen Bemühungen, Verhaltenauffälligkeiten in positives, sozial akzeptiertes Verhalten zu verändern, vergessen wird, dass solche auffälligen Äusserungsformen primär sinnvolle menschliche Verhaltensweisen sind. Es ist eine schwierige Aufgabe, etwas für einen Menschen subjektiv Sinnvolles verändern oder eliminieren zu wollen. Darin besteht ein Grundproblem der Psychotherapie und der Sonderpädagogik. Aufgrund dessen muss in der Betreuungsarbeit die enge Vernetzung des Helfersystems ein zentraler Aspekt sein, da durch eine gemeinsame Problemsicht der Verhaltensauffälligkeiten oder der psychischen Störung eine effektive Behandlung ermöglicht wird (Hennicke et al., 2009, S. 42). Im folgenden Kapitel wird näher auf den Umgang und die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen eingegangen.

4.1 Psychiatrische Betreuung

Eine Studie von Hennicke (2008, S. 127) zeigt die insgesamt defizitäre Versorgungssituation in den Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen auf. Dabei wird hervorgehoben, dass die wenigen vorhandenen Schwerpunktkliniken keine annehmbare überregionale Versorgungsstruktur leisten. Dies soll durch die versorgungspolitische Forderung nach spezialisierten Kliniken und Ambulanzen aufgehoben werden. Doch Schuhmacher schreibt (2007, S. 65) dass die „Nachfrage und der Bedarf an spezialisierter psychiatrischer Behandlung für Menschen mit geistiger Behinderung höher [ist] als das Versorgungsangebot.“ Für die Schweiz liegen wenige Daten vor. Kooreman Fitze hat eine Bedarfsstudie für Betreuungsplätze für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kanton St. Gallen durchgeführt. Als Resultat ergibt sich, dass „Fachleute, welche oft und intensiv mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten, die Situation schlechter einstufen“ (Kooreman Fitze, 2009, S. 55) – die Behörden haben im Gegensatz dazu eine positivere Einschätzung. Bedarf ist demnach gegeben, wenn man ihn als eine Differenz zwischen Erforderlichem und Vorhandenem definiert. Da zudem eine Heterogenität in der Problematik der untersuchten Personengruppe besteht, kann nicht ein Angebot alleine den Bedarf an Unterstützung abdecken (Kooreman Fitze, 2009, S. 52).

4.1.1 Zentrale Aspekte der psychiatrischen Betreuung

Brechenmacher und Amann (2007, S. 248) weisen darauf hin, dass die Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen durch verschiedene Faktoren speziell erschwert werden kann. Die psychiatrischen Symptome, Verhaltensauffälligkeiten und die Beeinträchtigung im Rahmen der Intelligenzminderung werden als Erstes genannt. Zusätzlich können Beeinträchtigungen durch Mehrfachbehinderungen bzw. Komorbiditäten und soziale Faktoren Ursachen dafür sein. Oft kommt als weiterer Aspekt auch die eingeschränkte Kommunikation der pflegebedürftigen Person hinzu und dass die Notwendigkeit der Massnahmen von ihr nicht erkannt werden.

Aufgrund der hohen Komplexität der Problematik bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen sollten multimodale Interventionsstrategien angewendet werden (Hennicke et al., 2009, S. 42). Um den multimodalen Interventionsstrategien Rechnung zu tragen, müssen nach Hennicke et al. (2009, S. 42) Individuum, Umfeld und Familie auf den *verschiedenen Ebenen* psychischer, somatischer und sozialer Fokussierung, mit *unterschiedlichen Methoden*[8], „in *unterschiedlichen Settings*[9] (...) therapeutisch wirksame Interventionen durchgeführt werden können, die im Wesentlichen denen der Allgemeinpsychiatrie entsprechen", aber der individuellen Problemlage angepasst werden müssen. Nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006; zit. nach Hennicke et al., 2009, S. 43) müssen Interventionen der Problemsituation und dem Störungsbild angemessen sein, was eine möglichst evidenzbasierte Diagnose, Problemeinschätzung und Indikation verlangt. Des Weiteren muss der Praktikabilität und der Ressourcenorientierung Rechnung getragen werden, indem sie den Möglichkeiten und Voraussetzungen des Patienten und seiner Familie angepasst werden. Die Interventionen müssen dem Alter, den kognitiven Voraussetzungen und dem Entwicklungsstand entsprechen, umsetzbar sein und „stets mit Blick auf das familiäre Ganze erfolgen. Letzteres soll gewährleistet werden, indem eine eigene Perspektiveentwicklung der Eltern berücksichtigt wird und die sozialen Kontakte aufrechterhalten werden können" (Hennicke et al., 2009, S. 43). Dabei soll multimodale Behandlung auch immer entwicklungsorientiert sein.

Aufgrund dieser Faktoren sollte eine gewisse Spezialisierung in der psychiatrischen Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung erstrebenswert sein, da für diese Personengruppe eine adäquate psychiatrische Versorgung aus vielfältigen Gründen von sehr hoher Bedeutung ist, wie dies Schumacher (2007, S. 65) postuliert.

---

[8] z.B. Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, Familienberatung oder –therapie, funktionelle Übungsbehandlung, Massnahmen der Jugend- und Eingliederungshilfe

[9] ambulant, Hometreatment, teil- und vollstationär

4.1.2 Diagnostik

Wegen untypischer Symptomatik ist die Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung oft schwieriger und setzt daher spezielles Wissen und Erfahrungen voraus (Schuhmacher, 2007, S. 69). So gehen zahlreiche Autoren davon aus (vgl. Irblich, 2003, S. 323; Schmidt, 2007, S. 26), dass es diverse Faktoren gibt, warum psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung nicht erkannt werden, was zur Folge hat, dass fachliche Hilfe oft sehr spät einsetzt (s. 3. Anhang, S. 70).

Menschen mit geistiger Behinderung können nach Hennicke et al. (2009, S. 28) die Untersuchungssituation, möglicherweise auch aufgrund früherer Erfahrungen, als erhebliche Belastung erleben. Ist dies der Fall, ist es wichtig, möglichst viel Sicherheit und Vertrauen beim Patienten zu schaffen durch genügend Zeit, Geduld und bei Bedarf mehreren Sitzungen.

Aber auch der therapeutische Effekt von Diagnostik sei nicht zu unterschätzen. „Es entsteht ein Kontext, in dem sich die Betroffenen über die Problematik austauschen und damit möglicherweise neue Sichtweisen und Lösungsideen entwickeln können, die den Umgang mit dem Problem verändern“ (Hennicke, 2005, S. 351). Die Aufmerksamkeit, die der Untersuchende dem Klienten schenkt, vermittelt ihm das Gefühl, verstanden und ernst genommen zu werden.

4.1.3 Psychotherapie

„Grundsätzlich gilt, dass es keine besondere Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung gibt und die Ziele analog zu denen in der Therapie nicht behinderter Menschen sind“ (Hennicke et al., 2009, S. 43). Therapien für die betroffene Personengruppe müssen aber gleichwohl ebenso auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse wie auf die häufig besonderen Kontextbedingungen zugeschnitten werden. Das bedingt einen Einbezug der Bezugspersonen und der wichtigsten Beteiligten. Unter Berücksichtigung und Integration der Problembewältigungsperspektive, der Klärungsperspektive und der Beziehungsperspektive haben sich systemische Sichtweisen und individualisierte Kombinationen verschiedener psychotherapeutischer und supportiver Techniken bewährt.
Zu den üblichen Behandlungsgrundsätzen sollten, wegen der häufig eingeschränkten Kommunikations- und der geringen oder fehlenden Introspektionsfähigkeiten sowie Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung, folgende Aspekte in der Therapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen besonders beachtet werden.

- Geduld (Veränderung und Entwicklung sind nur längerfristig möglich, daher kürzere und höher frequente Therapieeinheiten)
- sorgfältige Beachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen
- Vertrauen (durch Verständnis, Korrektheit, Ehrlichkeit, Kontinuität)
- Distanz (therapeutische Neutralität, Vermeidung von Druck, Zwang und Intimität)
- Haltende und stützende Atmosphäre (klare Strukturen, überschaubare Regelhierarchie, direkter Zugang)
- Arbeiten mit Dynamik von Sein und Handeln (ausbalanciertes Vorgehen, kein Aktionismus)
- Kombination sprachlicher und nicht sprachlicher Anteile (Schaffung von Vertrautheit, Lernen am Modell)
- Planung (Ausgewogenheit zwischen Bewährtem/Erlerntem und Neuem, Vermeidung von Überforderung)
- Phantasie und Flexibilität (Bereitschaft zu undogmatischem Vorgehen und individuellen Versorgungskonzepten)
- Teamfähigkeit und Offenheit für interprofessionelle Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Berufsgruppen (Achtung und Wertschätzung der Kollegen und (...) [ihrer] Arbeit, Relativierung des eigenen Standpunktes). (Hennicke et al., 2009, S. 44)

Dabei soll nicht nur die Verminderung auffälliger, leidvoller und störender Symptomatik das Ziel der Therapie sein, „sondern auch die Entwicklung einer verbesserten, entspannteren und emotional ausgeglichenen Beziehung zu Personen der Umwelt“ (Hennicke et al., 2009, S. 44). Geben aber zu gering stimulierende oder überfordernde Umweltbedingungen oder unzureichendes Verständnis individueller Bedürfnisse den Ausschlag für das Problemverhalten, müssen zuerst die Lebensbedingungen verändert werden. Denn Therapie ist kein Ersatz für die Schaffung angemessener Lebensbedingungen.

Die Beziehungsgestaltung sei in der psychiatrischer Pflege stets schwieriger als in der somatischen pflegerischen Versorgung, so Brechenmacher und Amann (2007, S. 248). Da geistig behinderte Menschen eingeschränkte emotionale oder kognitive Fähigkeiten haben, die oft von sozialen Ängsten begleitet sind, trifft diese Aussage bei genannter Personengruppe im besonderen Masse zu. Weitere mögliche Defizite in der Beziehungsgestaltung sind:

- nicht adäquates Erkennen sozialer Situationen
- unzureichende Wahrnehmung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten bzw. von Einsicht in Notwendigkeit von Fremdbestimmung
- eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
- nicht ohne weiteres nachvollziehbare emotionelle Reaktionen
- soziale Angst
- gestörtes Sexualverhalten
- oppositionelles Verhalten. (Brechenmacher & Amann, 2007, S. 251)

Um diese Defizite auffangen zu können und die Beziehung so therapeutisch effektiv zu gestalten ist eine reflektiert-akzeptierende Grundhaltung von Seiten der therapierenden Person notwendig. Diese beinhaltet Merkmale wie ein Menschenbild, welches den Menschen hinter dem pflegerischen Fall wahrnimmt, Selbstreflexion, Empathie, Konfliktfähigkeit, Kontaktbereitschaft und Verantwortlichkeit (Brechenmacher & Amann, 2007, S. 252). Des Weiteren schreibt Senckel (2006, S. 105), dass die Psychotherapie mit ihrem exklusiven Beziehungsangebot für eine erfolgreiche Therapie nicht ausreicht: Vielmehr bedarf es auch in alltäglicher Beziehung einer therapeutisch wirksamen Gestaltung (siehe Kapitel 4.4).

Therapierende Personen erleben aber oft gerade im Dialog mit behinderten Kindern und Jugendlichen eigene Grenzen und finden keine angemessenen Zugangswege zu dieser Klientel. Gelingt es einer therapierenden Person, sich vorurteilsfrei auf eine Begegnung mit

den betroffenen Personen einzulassen, können sich überraschend kreative Chancen, Freude und gegenseitige Bereicherung für alle Beteiligten ergeben. Denn „viele Menschen mit einer geistigen Behinderung haben ein tiefes und differenziertes Erleben und machen sich in ihrer Weise über viele Dinge Gedanken“ (Fengler, 2003, S. 469).

4.1.4 Psychopharmakotherapie

In der Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung spielen Psychopharmaka eine wichtige, tendenziell zunehmende Rolle. Bis zum 27. Lebensjahr werden in stationären Betreuungskontexten 27% der Kinder und Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Psychopharmaka behandelt (Hennicke et al., 2009, S. 50).

Die allgemeinen Gesetze der Psychopharmakologie bestehen nicht für Menschen mit geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen Störungen. Es gilt, für diese Klientel spezielle Regeln für den konkreten Einsatz von Medikamenten zu definieren (Schanze, 2007c, S. 183). Nach Hennicke et al. (2009, S. 50) sollten deshalb einige grundlegende Standards der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung besonders beachtet werden:

1. Vorliegen einer psychiatrischen Indikation als Ergebnis einer differenzierten Diagnostik
    - Psychiatrisches Störungsbild
    - Definierte Verhaltensauffälligkeit
2. Vorliegen der allgemeinen Indikationsvroaussetzungen
    - Schweregrad der Symptomatik
    - Beeinträchtigungen im Erleben und Empfinden
    - Beeinträchtigungen der Lebensqualtität
    - Einschränkungen der sozial-adaptiven Fähigkeiten und der sozialen Integration
3. Psychopharmaka sind nicht die alleinige Therapie, sondern müssen eingebettet sein in ein multimodales Behandlungskonzept (Gesamtbehandlungsplan).
4. Psychopharmaka sind selten die primäre Therapieform.
5. Psychopharmaka sind immer eine individualisierte Therapieform (...)
6. Notwendigkeit regelmässiger medizinisch-psychiatrischer Kontrollen
7. Notwendigkeit der Evaluation des Therapieeffekts

Nach Schanze lässt sich daraus die Komplexität der Problematik ableiten (2007c, S. 183). Die Problemfelder, die darin aufgelistet werden, lassen es beinahe unmöglich erscheinen, Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung adäquat und sinnvoll einzusetzen. Schanze führt allerdings einige Studien auf, die zeigen, dass die Anwendungspraxis anders aussieht. Deb und Fraser (1994; zit. nach Schanze, 2007c, S. 183) stellten einen hohen Prozentsatz an Verordnung von Psychopharmaka bei geistig behinderten Personen fest. Zudem gab es eine Neigung zur Polypharmazie bei den verschreibenden Ärzten. Auch Hennicke et al. (2009, S. 52) weisen darauf hin, dass Polypharmazie oft nicht zu vermeiden ist. Es gilt aber, ein besonderes Augenmerk darauf zu haben, um schädliche Wirkstoffindikationen zu kontrollieren. Die hohe Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erklärt sicherlich einen Teil der hohen Verschreibungsinzidenz. „Andererseits liegt die Vermutung nahe, dass die Medikamente in einer

erweiterten Indikationsstellung angewendet werden und über die Wirkung der Psychopharmaka Versorgungsdefizite in Einrichtungen der Behindertenhilfe kompensiert werden sollen“ (Schanze, 2007c, S. 183). Insofern sei die Indikation für Psychopharmaka auf psychische Störungen nach ICD-10 oder DSM-IV und schweren Verhaltensstörungen nach der Definition von Emerson (s. Kapitel 3.3.2) einzugrenzen.

4.2 Sonderpädagogische Betreuung

Menschen mit geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen benötigen eine multidisziplinäre Gesamtkonzeption als eine adäquate Unterstützung (Lingg & Theunissen, 2008, S. 225). Die sonderpädagogische Betreuung nimmt eine relevante Stellung darin ein, da sie die Individuen in ihrem Alltag begleitet. So kann „eine selbstbewusste Pädagogik (...) durchaus auch therapeutisch wirksam [sein], indem sie zum Abbau von psychosozialen Problemen, Entwicklungsrückständen oder partiellen Lernschwächen beiträgt und sich der Kompensation von Defiziten, dem Aufbau identitätsstiftender Verhaltensweisen, der Verbesserung der sozialen Handlungskompetenz und der Erweiterung des Verhaltensrepertoires widmet“ (Lingg & Theunissen, 1993; zit. nach Kittmann, 2007, S. 244).

4.2.1 Zentrale Aspekte der sonderpädagogischen Betreuung

Bundschuh (2008, S. 257) weist auf die für das sonderpädagogische Arbeitsfeld zentralen Aspekte hin: 1. Die Feststellung einer Verhaltensauffälligkeit oder psychischen Störung steht immer im Bezug zu den Normvorstellungen des Beurteilers. 2. Die Übergänge zwischen normalem und gestörtem oder auffälligem Verhalten sind, unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und der Befindlichkeit des Organismus, fliessend. 3. Auffälligkeiten und psychische Störungen sind das Resultat von komplexen Abläufen zwischen mehreren Menschen. 4. Verhaltensauffälligkeiten sind das Resultat unangemessener Realitätsbewältigungsstrategien.

Auch Kittmann (2007, S. 246) führt bedeutsame pädagogische Aspekte auf. Er nennt dabei die *Kooperation* mit den Eltern, Angehörigen sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe, in welcher es darum geht, einen möglichst vollständigen Kontext des behinderten Menschen zu erreichen. Als weiteren Aspekt nennt er die *multiprofessionellen Teams,* welche eine ganzheitliche Sicht in integrativer Zusammenarbeit (Ärzte/innen, Psychologen/innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitende) herstellen. Die *Spezialisierung der Massnahmen und Angebote* ist nötig, um adäquat auf die besonderen Bedürfnisse von geistig behinderten Personen eingehen zu können mit einer besonderen Art der psychiatrischen Versorgung. Des Weiteren ist ein *angemessener, behindertengerechter Umgang* nötig, welcher sich durch Eindeutigkeit, Klarheit, Überschaubarkeit, Geborgenheit, Sicherheit zeigt und durch welchen der Klient Akzeptanz sowie Wertschätzung erfährt. Dafür braucht es auch ein *Arbeiten im Hier und Jetzt,* sowie die

professionelle Beziehungsgestaltung, z.B. durch eindeutige Nähe-/Distanzregulierung. Als Anknüpfungspunkt für die individuellen Behandlungskonzepte muss das *Aufspüren von Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten* im Vordergrund stehen. Zudem nennt Kittmann (2007, S. 246) folgende Aspekte, welche es zu berücksichtigen gilt:

- Festgefahrene bzw. krisenhaft zugespitzte Situationen entschärfen und beruhigen:
- Optimismus für Lösungen (Ablösung!), Veränderung und Weiterentwicklung erzeugen, um Zuversicht in die Zukunft entstehen zu lassen: Krisen als Chance zur Veränderung begreifen und die Bedingungen der Entstehung, des Verlaufs krisenhafter Entwicklung kennen lernen, um wirksam damit umgehen zu können:
- Verstehen heisst auch: Nicht zu schnell verstehen! Erforderlich sind Geduld, Ausdauer, Abwarten, Beobachten und nicht sofort erklären und beurteilen:
- Pädagogische Arbeit heisst, sich dem „Patient Familie" zuzuwenden als die wesentliche Sozialisationsinstanz im Leben des geistig behinderten Menschen. Bei jeder Störung sollte die Bedeutung des Familiensystems, theoretisch erfasst und therapeutisch genutzt werden.

Ein weiterer Aspekt ist im Rahmen der Alltagsarbeit mit geistig behinderten bedeutsam: der Faktor Zeit. Immer wiederkehrende zeitliche Abläufe kommen zum Einen den Bedürfnissen nach Verlässlichkeit und Sicherheit entgegen, zum Anderen erfordert die Alltagsarbeit aber auch eine Flexibilisierung zeitlicher Abläufe, um „individuelle Voraussetzungen und Bedürfnisse sowie aktuelle Belastbarkeiten zu berücksichtigen" (Theunissen, 2005, S. 116).

4.2.2 Sonderpädagogische Förderkonzepte

Der Sonderpädagogik steht eine Fülle von Förderkonzepten und -programmen zur Verfügung. „Welche Techniken und Methoden in welchem Setting unter welchen individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen"(Hennicke et al., 2009, S. 40) am besten geeignet sind, ohne Überforderung dem geistig behinderten Menschen zum Erwerb neuer förderlichen Erfahrungen zu verhelfen, zeigt sich dabei als die Herausforderung. Denn die Angebote haben oftmals „eher unspezifische Indikationsvoraussetzungen" (ebd.). Oftmals überschneiden sie sich zudem recht breit in den Förderzielen, was zur Folge hat, dass es schwierig sein kann, sich für ein Angebot zu entscheiden. Dabei wird von Hennicke et al. (2009, S. 40) empfohlen, die Fördermassnahmen jeweils zeitlich begrenzt zu planen und dabei auch systematische Evaluation im Mindestmass einzubauen.

Einem Förderkonzept ist die Gefahr der Überforderung grundsätzlich immanent. Der Prozess könnte dem Klienten zudem signalisieren, dass er ein Defizit hat und es im Grunde besser machen könnte (Hennicke et al., 2009, S. 40). Es ist eine der schwierigsten persönlichen Entwicklungsaufgaben, die eigene Unvollkommenheit nicht als Makel und Defizit wahrzunehmen, sondern im Zuge der Identitätsfindung als Teil der eigenen Persönlichkeit zu integrieren. Dieser Aspekt sollte deshalb in der Pädagogik mit geistig behinderten Menschen im Vordergrund der Bemühungen stehen und auch die Beziehungsgestaltung und persönliche Haltung zu diesen Personen prägen (Hennicke et al., 2009, S. 40).

Nach Hennicke et al. (2009) werden folgende Bereiche in die Förderung von eher leicht geistig behinderten Kindern einbezogen:

- Entwickeln emotionaler und sozialer Kompetenzen
- Entwickeln eines Verständnisses für das eigene Befinden und Erleben
- Förderung kognitiver Fähigkeiten wie schlussfolgerndes Denken, räumliche Orientierung
- Förderung der Mobilität
- Förderung von eigenen Wünschen und Interessen, deren Ausgestaltung und [adäquater] Durchsetzung
- Förderung eigenverantwortlichen, selbstbestimmten Handelns (S. 41)

In funktionellen Therapien, speziell Ergotherapie und heilpädagogischen Übungsbehandlungen geht es um die Verbesserung der Fähigkeiten und Möglichkeiten in defizitären Bereichen der Motorik, Sprache und Wahrnehmung.

Dabei ist es das gemeinsame Ziel in der sonderpädagogischen Förderung, positive Lernerfahrungen zu vermitteln, womit das Zutrauen in die eigenen Ressourcen gestärkt wird, Copingstrategien gefördert und ein höherer Selbstwert sowie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit zu gewinnen (Hennicke et al., 2009, S. 41). Als letzter Punkt sei zudem der Erwerb von Fähigkeiten zur eigenständigen alltagspraktischen Bewältigung von Anforderungen genannt, welcher die Entwicklung unterstützt.

Um ein Förderangebot passend zu gestalten müssen jeweils die vorhandenen individuellen und familiären Ressourcen – wie Normen, Wertvorstellungen und Sozialisationsbedingungen – respektiert werden.

4.3 Umgang mit aggressivem Verhalten und Gewalt in der Betreuung

Bradl (2003, S. 39) schreibt, dass professionelle Fachkräfte in mehrfacher Hinsicht mit Gewalt und Aggressionen konfrontiert sein können. So haben die Mitarbeitenden selbst *persönliche Erfahrungen* mit Gewalt und Aggression. Sie haben die Aufgabe, die Betreuten zu schützen, wenn sich *gesellschaftliche Gewalt* gegen die betreuten Personen richtet. Mitarbeitende können *Opfer von aggressiven Aktionen* der Betreuten werden und reagieren möglicherweise selbst mit *aggressiven Gefühlen* auf bestimmte Verhaltensweisen. Reagieren Mitarbeitende auch selbst verbal aggressiv, greifen aggressiv ein oder reagieren unkontrolliert aggressiv, spricht man von *Gewalt in der Betreuung.* Als letzter Punkt wird genannt, dass Mitarbeitende *aggressives Verhalten von Betreuten auslösen, verstärken oder aufrechterhalten*, was zumeist ungewollt oder unbewusst geschieht.

Sind Betreuungspersonen von geistig behinderten Menschen mit Aggressionen oder Gewalt konfrontiert, verengt sich der Blick häufig auf die geäusserten Symptome und realen Auswirkungen, während der lebensgeschichtliche Kontext, die emotionale Seite und der situative und soziale Kontext – oftmals die Hintergründe für das auffällige Verhalten – aus dem Blick gerät (Bradl, 2003, S. 44). Das Betreuerverhalten reduziert sich zuletzt darauf, alles, was aggressives Verhalten auslösen könnte, zu unterlassen. So wird pädagogisches Handeln auf die blosse Verhinderung und Intervention reduziert. Wie können Betreuungspersonen Strategien zum Umgang und zur Bewältigung von Aggression und Gewalt entwickeln?

Gemäss Bradl (2003, S. 46) sind folgende Aspekte relevant: (1) die professionelle Arbeitshaltung, welche durch das professionelle psychosoziale Handeln mit Selbstwahrnehmung, Vollständigkeit der Wahrnehmung und Normalisierung der Beziehung erreicht werden kann, (2) bewusstmachen subjektiver Einschätzungen und Anteile, (3) Aggressionen verstehen, (4) eine konstruktive Teamkultur pflegen, (5) eine gemeinsame Problemsicht und Bedingungsanalyse sowie (6) das Reflektieren des systemischen Kontextes und (6) die Klärung des pädagogischen Konzeptes.

Als zentralen Punkt nennt Bradl (2003, S. 40) dabei aber die professionelle Reflexion der Gewalt oder Aggression „hinsichtlich Auslöser, physischer, psychischer und sozialer Bedingungen, geeigneter Reaktionsweisen, fachlicher pädagogischer bzw. therapeutischer Konzepte und angemessener Rahmenbedingungen." Des Weiteren erfordert gerade aggressives Verhalten eine klare Interaktion: Das Verhalten tritt weniger auf, je selbstischerer, ruhiger und eindeutiger das Betreuerverhalten ist (Bradl, 1999, S. 50).

4.4 Der Aspekt der Beziehung in der Betreuung

Nach Senckel (2006, S. 105) ist eine vertrauensvolle Beziehung und die therapeutisch wirksame Gestaltung nicht nur in der Psychotherapie sondern auch im alltäglichen Beziehungsgeschehen relevant für die erfolgreiche Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Die Wichtigkeit der Gestaltung einer verlässlichen pädagogischen Beziehung betont auch Theunissen (2005, S. 116). Das Beziehungsangebot sollte entwicklungsfreundlich sein, sollte also auf dem Entwicklungsstand des Klienten erfolgen (Senckel, 2006, S. 110). Damit eine Grundlage für ein heilsam-förderliches Beziehungsangebot aufgebaut werden kann, ist nach Senckel (2006, S. 107) die Haltung der humanistischen Therapie am wirksamsten. Die therapeutische oder pädagogische Bezugsperson muss in hohem Masse die drei klassischen Variabeln Wertschätzung, Empathie und Kongruenz verwirklichen um den behinderten Menschen grundsätzlich anzunehmen und sich in die Welt seines Erlebens einzufühlen. Als weiterer Gesichtspunkt muss „die Bereitschaft hinzukommen, im Alltag die Funktion einer primären Bezugsperson zu erfüllen" (Senckel, 2006, S. 108). Die Jugendlichen mit Intelligenzminderung brauchen, um sich emotional entfalten und stabilisieren zu können, ein Gegenüber, welches sie geschickt pädagogisch anleitet, teilnahmsvoll bestätigt aber auch klar Stellung bezieht (Senckel, 2006, S. 109).

4.5 Der Einbezug der Eltern in die Betreuungsarbeit

Oftmals sind Eltern Experte für ihr Kind und haben zunächst einen grossen individuellen Wissensvorsprung im Hinblick auf den jungen Menschen. „Häufig haben Eltern das Bedürfnis danach, sich verstanden oder emotional angenommen zu fühlen und selbst auch einmal zu Wort zu kommen" (Pixa-Kettner & Lotz-Rambaldi, 2003, S. 415). Werden diese

Bedürfnisse in einem zu starken Masse nicht berücksichtig, sinkt die Möglichkeit der Einflussnahme der professionellen Helfenden auf den Anpassungsprozess des Familiensystems und – wie in nachfolgendem Abschnitt geschildert wird – somit auch auf den Jugendlichen.

Für den Erfolg der Arbeit mit verhaltenauffälligen, psychisch kranken Kindern kann das Gelingen der Zusammenarbeit mit den Eltern von entscheidender Bedeutung sein (Beck, Hemminger & Warnke, 2008, S. 931). Diese ist häufig ein wesentlicher Faktor für die Stabilität und Effektivität psychotherapeutischer und pädagogischer Massnahmen.

So zeigen auch Quaschner und Mattejat (1989; zit. nach Beck et al., 2008, S. 931) auf, dass die Effektivität therapeutischer Interventionen bei psychisch kranken Kinder von dem Interesse und der Bereitschaft ihrer Eltern zu einer engen Kooperation abhängt. Obschon insbesondere bei Kindern mit emotionalen und sozialen Problemen die Zusammenarbeit oft als nicht einfach bewertet wird, konnte in der Studie „die Bedeutung der Familienbeziehung für die Bewältigung von psychischen Störungen“ von Mattejat und Remdschmidt (1997, S. 372) ein ausgesprochen hohes Interesse der Eltern an einer Kooperationsbereitschaft und einer Zusammenarbeit festgestellt werden. Daraus schlussfolgert Mattejat (1997, S. 380) „dass es – wenn dies ernsthaft versucht wird – möglich ist, fast alle Familien für eine enge Zusammenarbeit (...) zu gewinnen.“ Da die schwierige Beziehung zu einem Elternteil teils kompensiert werden kann durch eine gute Beziehung zum anderen Elternteil, ist es relevant, die Beziehung zu beiden Elternteilen mit einzubeziehen.

Kooreman Fitze (2009, S. 57) beschreibt die Schwierigkeiten der Eltern wie folgt:

> Wer ein behindertes Kind bekommt, dessen Lebensentwurf wird infrage gestellt und muss oft neu gezeichnet werden. Treten später Probleme auf, so ist es den Eltern laut Kinder- und Jugendpsychiaterin meist nicht gelungen, sich ausreichend mit der Einschränkung ihres Kindes zu befassen, sei es aus Schmerz oder aus einer Schuldproblematik heraus. Es sei oft eine Mischung aus ‹es nicht aushalten können› und nicht ausreichend informiert worden zu sein.

Es gilt also, auch wenn sich erhebliche Hindernisse zeigen, die Eltern nach Möglichkeit in die pädagogische und therapeutische Arbeit mit einzubeziehen und mit ihnen zusammen zu arbeiten.

II. EMPRIRISCHER TEIL

In den nachfolgenden Kapiteln wird die im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführte qualitative Untersuchung vorgestellt. In Kapitel 5 wird einleitend die Buebenegg als Hintergrund des Forschungsgegenstandes beschrieben, worauf die Beschreibung der Ausgangslage sowie Absicht folgt und das Kapitel über das methodische Vorgehen, welches sich aus Untersuchungsdesign und Stichprobe zusammensetzt. Des Weiteren wird im Kapitel 5 das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung sowie die Datenauswertung dargelegt. Die aus den qualitativen Interviews gewonnenen Ergebnisse werden in Kapitel 6 zusammengefasst dargestellt und anschliessend in Kapitel 7 in Bezug auf die vorliegende Fragestellung diskutiert.

5 FORSCHUNGSGEGENSTAND UND METHODIK

5.1 Hintergrund: Wohnschulgruppe Buebenegg

Im Johanneum in Neu St. Johann leben Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Lern- und geistiger Behinderung unterschiedlichen Grades. Sie besuchen dort die Schule, machen eine Ausbildung, klären ihre Berufswahl ab oder arbeiten in den geschützten Werkstätten. In ihrer Freizeit werden sie im Internat und den dazu gehörigen Gruppen begleitet und betreut.

Die Wohnschulgruppe Buebenegg ist dem Internat angegliedert und entstand im Jahr 2006. Dahinter stand der Bedarf, Jugendliche, die in einer regulären Gruppe des Johanneum aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen (s. 4. Anhang, S. 73) nicht adäquat betreut werden konnten, schulheimintern zu platzieren. Diese Jugendlichen brauchten „kurz- bis mittelfristig ein engmaschiges interdisziplinäres System aus heil- und sozialpädagogischer Betreuung und psychologisch-psychiatrischer Unterstützung“ (Giger, Camenisch & Fritschi, 2008). In der Buebenegg stehen fünf Plätze für Jugendliche mit lern- bis zu mittelgradiger geistiger Behinderung mit der erwähnten Problematik zur Verfügung, wo sie die oben erwähnte, benötigte Betreuung erhalten. Im Team – welches aus einem Sozialpädagogen, einer Heilpädagogin, einer Psychiatriepflegerin, einem Lehrer und drei nicht ausgebildeten Betreuungspersonen besteht – arbeitet konsiliarisch auch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin. Die Jugendlichen werden in der Entwicklung ihrer Selbst- und Sozialkompetenzen und in der Entwicklung eines Wertesystems (http://www.johanneum.ch/desktopdefault.aspx/tabid-89/, 13.05.2010) sowie im alltagspraktischen Bereich unterstützt. Dabei bilden zielgerichtete Aktivitäten im Freien in Anlehnung an die Erlebnispädagogik ein zentrales Instrument (Fritschi, Cantieni, Giger, Camenisch & Erb, 2010, S. 1-8).

5.1.1 Aufnahme- und Ausschlusskriterien

Es sind *Aufnahmekriterien* festgelegt:

- Eine mit der Ausrichtung und Zielsetzung der WSG Buebenegg übereinstimmende Indikation durch eine jugendpsychiatrische Stelle (...) liegt vor.
- Die sorge- und wenn möglich auch erziehungsberechtigten Personen sind mit dem Aufenthalt einverstanden und bereit zur Zusammenarbeit im geforderten Rahmen.
- Eine minimale Bereitschaft des Schülers, sich auf das Angebot der Wohnschulgruppe einzulassen, ist vorhanden.
- Der Schüler ist mindestens praktisch schulbildungsfähig und eine verbale Kommunikation ist möglich.
- Der Schüler und die gegenwärtige Gruppenkonstellation sind verträglich. (Fritschi et al., 2010, S. 2)

Alle Bedingungen, oder Verhaltensweisen, welche die Betreuungsmöglichkeiten der Wohnschulgruppe Buebenegg übersteigen gelten als *Ausschlusskriterien*.

- Massive Fremd- oder Selbstgefährdung
- Im Vordergrund stehende Suchtproblematik
- Akute Psychose
- Schwere Delinquenz
- Schwerwiegende autistische Problematik
- Mangelnde Zusammenarbeit seitens des Jugendlichen oder der Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten. (Fritschi et al., 2010, S. 2-3)

5.1.2 Zielsetzung

Das primäre Ziel eines Aufenthaltes in der Buebenegg ist, die zu der Platzierung führenden Ursachen durch geeignete Massnahmen zu beheben und den Schüler so in sein angestammtes Umfeld zurückführen zu können. Sekundär kann einem Jugendlichen der Einstieg ins Johanneum erleichtert werden, wenn sie aus einer anderen Institution mit enger Betreuung (z.B. Psychiatrie) kommen oder in einer schwierigen Situation sind. Die WSG Buebenegg ist bei der Auswahl einer optimalen Anschlusslösung behilflich, wenn eine Integration oder Reintegration in eine reguläre Wohngruppe nicht sinnvoll oder nicht möglich erscheint (Fritschi et al., 2010, S. 3-4).

5.1.3 Ablauf des Aufenthalts und Arbeitsweise

Der Aufenthalt gliedert sich in eine *Eintrittsphase,* in eine *Stabilisierungsphase* und in eine *Übertrittsphase.*

Mit einer zehntägigen Probezeit beginnt jeder Aufenthalt in der *Eintrittsphase* (Fritschi et al., 2010, S. 3-4). Nach zehn Tagen findet eine Sitzung zur Probezeitauswertung statt, an welcher Eltern, gesetzliche Vertreter, Abteilungsleitung, Gruppenleitung Buebenegg und Stammgruppe, zuständige Lehrkraft und die Jugendpsychiaterin teilnehmen. Dabei wird die Auftragsklärung des Aufenthaltes vorgenommen und eine detaillierte Zielsetzung festgelegt sowie über die Aufnahme des Jugendlichen in die WSG Buebenegg entschieden (ebd.). Nach der definitiven Aufnahme des Jugendlichen wird ihm eine pädagogische Bezugsperson zugeteilt. In Absprache mit dem Jugendlichen und dem Team nimmt diese eine individuelle Erziehungs- und Förderplanung vor, die sich auf die Ziele und Aufträge abstützt. Ebenfalls während dieser Phase wird ein Hausbesuch bei der Familie des Jugendlichen ge-

macht, um das angestammte Umfeld des Jugendlichen kennen zu lernen (Fritschi et al., 2010, S. 4).

Zentraler Bestandteil des Aufenthaltes in der WSG Buebenegg ist die Arbeit mit den Eltern und dem Umfeld. Im Johanneum findet mindestens einmal monatlich ein Elterngespräch statt. Alle zwei Wochen findet in der *Stabilisierungsphase* auch ein Bezugspersonengespräch statt, an welchem auch der Jugendliche teilnimmt (Fritschi et al., 2010, S. 4). „Inhalt dieses Gesprächs sind das Befinden des Jugendlichen, die Evaluation seiner Zielvereinbarungen und seine Auseinandersetzung mit den pädagogischen" (ebd.) Herausforderungen sowie den Alltagsanforderungen. Die Erziehungs- und Förderplanung wird vom interdisziplinären Team in der wöchentlichen Teamsitzung anhand von Fallbesprechungen überprüft. Der Stufenplan wird als weiteres methodisches Instrument eingesetzt (s. 5. Anhang, S. 74). Dieser beinhaltet ein Anforderungsprofil, welches für alle Jugendlichen gilt aber individuell gewichtetet wird und dem ein entsprechendes Bewertungssystem innewohnt. Letzteres bestimmt das Ausmass der individuellen Betreuung und der Freiheiten bzw. Eigenverantwortung welche der Jugendliche übernimmt (ebd.). Zudem werden mindestens alle drei Monate der Aufenthalt und die Zielerreichung mit allen Beteiligten – wie oben erwähnt – an einem Standortgespräch überprüft.

Der Aufenthalt – und damit jede Phase – ist zeitlich begrenzt und dauert maximal fünfzehn Monate. Dabei wird die Dauer jeweils an den Standortgesprächen individuell festgelegt, wobei das Erreichen der vereinbarten Ziele entscheidend ist. Zwischen der notwendigen Begrenzung des Angebotes und dem für die pädagogische Arbeit unabdingbaren Beziehungsangebot ergibt sich ein Dilemma. Da viele Jugendliche im Vorfeld Erfahrungen von Vertrauensverlust, Beziehungsabbrüchen und Vernachlässigung gemacht haben, gilt es, diesen Aspekt besonders zu beachten (Fritschi et al., 2010, S. 4).

Ist ein Jugendlicher so selbst- oder fremdgefährdend, dass er sich selbst oder die Mitarbeiter der Buebenegg in Gefährdung bringt, kann ein kurzfristiger Aufenthalt im Isolierzimmer notwendig sein. „Selbst- oder Fremdgefährdung sind die einzigen Gründe für diese Massnahme. Sie bedarf der Verordnung des Arztes und muss anschliessend (...) mittels des Formulars ‚Bericht über besondere Massnahmen' dokumentiert werden" (Fritschi et al., 2010, S. 5).

In der *Übertrittsphase* geht es darum, die Reintegration in die Stammgruppe, den Übertritt in eine andere Institution oder eine andere geeignete Anschlusslösung zu organisieren und zu begleiten. Der Bearbeitung des Abschiedes kommt dabei spezielle Bedeutung zu. Ebenso wird die enge Zusammenarbeit mit den Betreuungspersonen in den Anschlussplatzierungen gesucht. Es wird ihnen alle vorhandene Information gegeben, damit sie eine möglichst realistische Einschätzung des Jugendlichen vornehmen können, in der Hoffnung, die Erfolgschancen des Aufenthaltes zu vergrössern.

5.1.4 Bedarfsstudie zu Betreuungsplätzen

Kooreman Fitze (2009, S. 62) hat für die Wohnschulgruppe Buebenegg und das Johanneum eine Bedarfsstudie für Betreuungsplätze für lern- bis geistig behinderte Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen durchgeführt. Durch die Befragung der Zuweisenden und die in den Entscheidungsprozess einbezogenen Fachpersonen wurde in einer qualitativen Befragung und quantitativen Erhebung erhoben, wie gross der Bedarf für dieses Angebot ist. Die wichtigsten Ergebnisse:

> Da die betroffenen Kinder und Jugendlichen sehr individuelle Entwicklungsverläufe zeigen und zudem im Vergleich zu ihren normalbegabten Peers einem erhöhten Risiko zu erkranken ausgesetzt sind, braucht es nicht ein einziges umfassendes Angebot, sondern eines, das sich in kleine, fachspezifische Einheiten einteilen lässt. Der von den einzelnen Berufskategorien diesbezüglich ausgewiesene Bedarf unterscheidet sich nur wenig. Um die Angebote auf das Kind fokussiert einsetzen zu können, ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in gut ausgebildeten Netzwerken unabdingbar. Darüber hinaus muss der früh einsetzenden, kontinuierlichen Elternarbeit ein ganz besonderes Augenmerk geschenkt werden. (Kooreman Fitze, 2009, S. 62)

Gemäss Kooreman Fitze (2009, S. 61-62) sei es eine gesellschaftspolitische Aufgabe die Integration von Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung erfolgreich zu gestalten, welche sich nur durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten lösen lasse. Dabei ist Krisenintervention nur bei einer bestehenden erfolgversprechenden Nachfolgelösung sinnvoll. Zudem wäre ein Frühwarnsystem wichtig, damit es gar nicht erst zur grossen Krise kommt (ebd.).

5.2 Ausgangslage und Absicht

Die vorliegende Untersuchung geht von den im ersten Teil beschriebenen theoretischen Annahmen aus. Dabei wurde hauptsächlich vom Angebot und Bedarf der Wohnschulgruppe Buebenegg (s. Kapitel 5.1) ausgegangen. Zudem stützt sich die Arbeit auf die eben beschriebene Arbeit von Kooreman Fitze (2009), bei welcher der Bedarf an Betreuungsplätzen für lern- bis geistig behinderte Jugendliche im Kanton St. Gallen untersucht wurde.

In Anlehnung daran soll die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen in den Fokus gerückt werden. Dabei interessieren die speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten, welche sich in der Betreuung dieser Personengruppe zeigen.

Die als Bezugspunkt genannte Forschungsarbeit von Kooreman Fitze (2009) geht nur am Rande auf die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung dieser Jugendlichen ein. Demnach kann diese Studie als Ergänzung und Weiterführung der genannten Forschungsarbeit gesehen werden, da sie ebendiese Themen vertieft behandelt.

Dieser Arbeit liegt folgende Fragestellung zu Grunde:

> „Welche speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten ergeben sich in der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen?“

Darin ist die theoretische Annahme enthalten, dass sich in der Betreuung dieser Personengruppe besondere Aspekte zeigen, mit denen das Helfernetz umgehen muss.

5.3 Methodisches Vorgehen

5.3.1 Untersuchungsdesign und Gütekriterien

Der vorliegenden Arbeit wurde ein qualitativ orientiertes Evaluationsforschungsdesign zugrunde gelegt. Dabei soll nach Mayring (2002, S. 62-63) vorgegangen werden, der postuliert, dass (1) neben der Produktbewertung eine einzelfallbezogene Prozessbeschreibung gemacht werden soll, (2) die Personen zu Wort kommen müssen, die in der Praxis beteiligt sind, (3) durch eine naturalistisch, alltagsbezogene Perspektive eine teilnehmende Beobachtung nahe liegt und wenn es für sinnvoll erachtet wird, (4) aus dem beobachtbaren Prozess heraus induktiv neue Bewertungskriterien aufzustellen und begründet werden. Zum Schluss soll (5) Raum sein für eine offene, ganzheitliche Schlussbewertung.

Die einzelfallbezogene Prozessbeschreibung (1) wird in vorliegender Arbeit nicht vollständig erfüllt, da es um die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung im gesamten Team und nicht um die einzelnen Mitarbeitenden geht. Durch die Befragung der Mitarbeitenden im Einzelinterview wird dieser Aspekt aber im Mindestmass auch berücksichtig. Postulat (2) wird erfüllt, in dem die in der Praxis beteiligten, relevanten Personen befragt werden. Auch der naturalistischen, alltagsbezogenen Beobachtung (3) und ebenso dem Postulat (4) werden Rechnung getragen, indem die Befragung vor Ort stattfindet, im Alltagsgeschehen der Probanden und in Evaluationsschleifen neue Bewertungskriterien aufgestellt sowie in die Auswertung integriert werden. Die Befragung sowie Schlussbewertung beachtet neben den positiven auch kritische Aspekte und rundet so durch Punkt (5) die Evaluation ab.

Mayring (2002, S. 144) beschreibt sechs allgemeine Gütekriterien für qualitative Forschung. (1) Bei der *Verfahrensdokumentation* geht es darum, den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar werden zu lassen, welcher deshalb so genau als möglich dokumentiert werden muss. (2) Durch die *argumentative Interpretationsabsicherung* muss eine Interpretation immer argumentativ begründet werden und in sich schlüssig sein. Qualitative Forschung muss – um näher an den Gegenstand zu kommen – bereit sein, vorgeplante Analyseschritte zu modifizieren, sich dabei aber immer im Sinne einer (3) *Regelgeleitetheit* an gewisse Verfahrensregeln halten und das Material systematisch bearbeiten. Durch die (4) *Nähe zum Gegens-*

tand, bei welcher die qualitative Forschung am konkreten sozialen Problem ansetzt und die (5) *Kommunikative Validierung*, der Überprüfung der Ergebnisse durch die Diskussion mit den befragten Personen sind weitere Gütekriterien vorhanden. Schliesslich rundet die (6) *Triangulation* die qualitative Forschung ab, indem sie durch die Verbindung mehrerer Analysegänge die Qualität der Forschung vergrössert. Dazu können unterschiedliche Interpreten, verschiedene Datenquellen, Theorieansätze oder Methoden herangezogen werden.

5.3.2 Stichprobe

Da das Interesse der vorliegenden Arbeit auf die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung speziell in der Wohnschulgruppe Buebenegg fokussierte und somit deduktiv vorging, musste die ausgewählte Stichprobe für diese Forschungsarbeit nicht exemplarisch und generalisierbar sein und war darum nicht an das Kriterium der Repräsentativität gebunden. Vielmehr sollte die Betreuungssituation auf der Buebenegg spezifisch erfasst werden. Für die Datenerhebung wurden fünf Betreuungspersonen der Gruppe Buebenegg befragt. Die Probanden entsprechen somit nach Lamneck (2003, S. 95) der perspektivischen Typik im Hinblick auf die Kompetenz-Kriterien bezüglich ihrer Funktion als Betreuungspersonen der Buebenegg.

Dabei ist der interdisziplinären Verteilung der Stichprobe besonderes Augenmerk zu schenken. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin, welche konsiliarisch auf der Buebenegg arbeitet, wurde als Betreuungsperson im psychiatrischen Bereich befragt. Als Probanden für die sonderpädagogische Betreuung wurden 4 Personen befragt, die auf der Buebenegg arbeiten und folgende Berufsgruppen angehören: Sozialpädagogik, Psychiatriepflege, Heilpädagogik und Pädagogik.

Durch den Fokus der Fragestellung auf die Wohnschulgruppe Buebenegg war die Stichprobe vorgegeben und somit auch begrenzt. Als einziges Kriterium wurde festgelegt, dass die Probanden eine Ausbildung im Betreuungsbereich dieser Personen absolviert haben sollte.

5.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt mittels problemzentrierten Interviews (vgl. Mayring, 2002, S. 67), welche mit Hilfe eines halbstrukturierten Leitfadens geführt wurden. Durch den Leitfaden wurde gewährleistet, dass die zu interessierenden Aspekte im Verlaufe des Interviews auch wirklich angesprochen wurden. Marotzki (2003, S 114) sieht darin den Vorteil eines Leitfadens, da so die Vergleichbarkeit von Interviews, welchen derselbe Leitfaden zugrunde liegt, ermöglicht wird. Dabei wurden für vorliegende Arbeit zwei Leitfaden entworfen (s. 6. Anhang, S. 76), einer für die psychiatrischen und einer für die sonderpädagogischen Betreuungspersonen.

Der Interviewleitfaden wurde einem Pretest mit einer neutralen Person, welche im gleichen Berufsfeld tätig ist, unterzogen, anschliessend überarbeitet und angepasst.

Als Durchführungsort für die Interviews wurde ein ungestörter Raum in der Wohnschulgruppe Buebenegg gewählt. Die Probanden wurden zu Beginn des Interviews gefragt, ob sie mit der Aufzeichnung des Interviews einverstanden sind und über den Verwendungszweck der Daten sowie Schweigepflicht der Verfasserin informiert. Dabei wurde auf die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung verzichtet, da die Probanden sozusagen als Experten fungieren. Es wurde ihnen aber ein möglichst hoher Anonymisierungsgrad zugesichert, in dem keine Namen genannt werden und ausser dem Beruf keine näheren Angaben zu den jeweiligen Personen gemacht werden.

5.5 Datenauswertung

5.5.1 Datenaufbereitung

Die Interviews wurden während der Durchführung digital aufgezeichnet, anschliessend wörtlich transkribiert und im Zuge dessen ins normale Schriftdeutsche übertragen. Dabei wurde – da die inhaltlich-thematische Fokussierung der Probanden im Vordergrund stand – der Dialekt bereinigt, der Stil geglättet und Satzfehler behoben (Mayring, 2002, S. 91). Die sonderpädagogischen Betreuungspersonen wurden jeweils mit der Abkürzung S sowie den Nummern 1-4 versehen, die psychiatrische Betreuungsperson mit P und der Nummer 1. Das Dokumentieren von nonverbalen Ereignissen wurde weggelassen, da diese keine notwendigen oder weiteren Informationen für die Auswertungen der Interviews beinhalteten. Die Audiodateien der Interviews wurden nach der Transkription gelöscht. Die Transkripte werden zehn Jahre bei der Autorin aufbewahrt und können dort eingesehen werden.

5.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Anhand einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008a, S. 85) wurden die wie oben beschriebenen aufbereiteten Daten ausgewertet. Dabei wurde nach der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (ebd.) vorgegangen. Ziel davon ist es, bestimmte inhaltliche Aspekte unter vorher festgelegten Ordnungskriterien aus dem Material herauszufiltern und zusammen zu fassen (Mayring, 2008b, S. 473). Dabei geht die Inhaltsanalyse deduktiv vor. Aufgrund dessen eignet sich die Inhaltsanalyse vor allem für theoriegeleitetete Analysen, was vorliegender Arbeit entspricht. Ritsert (1972, S. 22; zit. nach Meuser, 2003, S. 90) nennt das Entwerfen von trennscharfen Kategorien, unter welche sich die Inhalte subsumieren lassen, als ein zentrales Merkmal der Inhaltsanalyse.

Das Vorgehen bei der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse lässt sich wie folgt be-

schreiben: In Anlehnung an die Theorie werden Kategorien entwickelt, in welche die durch eine nachfolgende Textanalyse extrahierten Inhalte eingegliedert werden können. Dabei werden konkrete Textstellen mit prototypischer Funktion für die jeweilige Kategorie als Ankerbeispiele angeführt. Um eine eindeutige Zuordnung in eine Kategorie ohne Abgrenzungsprobleme zu anderen Kategorien zu ermöglichen werden Kodierregeln formuliert (Mayring, 2002, S. 118). Wurde das Material mehrmals durchgearbeitet, wird in einem weiteren Schritt das extrahierte Material in den Unterkategorien, sowie in den Hauptkategorien zusammengefasst (Mayring, 2008a, S. 89). Folgende Kategorien wurden für die Inhaltsanalyse in vorliegender Arbeit verwendet:

Hauptkategorie	**Unterkategorien**	**Kapitel**
I Beziehung	1. Beziehungsverhalten der Jugendlichen 2. professionelle Beziehung 3. Arbeit mit Beziehung	6.1
II Emotionalität und Konflikte	1. Emotionalität 2. Konfliktentstehung 3. Konfliktverhalten 4. Krisenvorgehen 5. Aggression, Drohungen und Gewalt 6. Autoaggressionen	6.2
III Ressourcen	1. Selbstwertgefühl 2. Selbstbild 3. Konkrete Ressourcen 4. Einfluss auf Betreuungsarbeit	6.3
IV Betreuung	1. Sonderpädagogische Betreuung: 2. Psychiatrische Betreuung 3. Der Faktor Zeit in der Betreuung 4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit 5. Umgang mit Aggression und Krisenvorgehen	6.4
V Elternarbeit	1. Erfahrungen 2. Einfluss auf die sonderpädagogische Arbeit	6.5
VI Buebenegg	1. Zentrale Aspekte 2. Idealvorstellung	6.6

Tabelle 2: Kategoriensystem für die qualitative Inhaltsanalyse

Für die Textanalyse wurde in einem ersten Schritt das Kategoriensystem auf den Einzelfall angewendet und leicht zusammengefasst in eine Kategorientabelle eingefügt (s. 7. Anhang, S. 82). Anschliessend wurde ein Zusammenzug vorgenommen. Dabei muss das zu analysierende Material stets in seinem Kommunikationszusammenhang eingebettet verstanden werden. Der Ergebnisteil ist in Anlehnung an dieses Kategoriensystem aufgebaut. Die Resultate werden dabei vor allem anhand der Unterkategorien geschildert, wobei einzelne Kategorien wie Selbstbild und Selbstwertgefühl[10] sowie Konfliktverhalten, Konfliktentstehung und Krisenvorgehen aufgrund ihrer inhaltlichen Verwandtschaft im gleichen Kapitel ausgeführt werden.

[10] Der Begriff *Selbstbild* beinhaltet nach Bergius (2004a, S. 847) das Selbstkonzept sowie die Kognition und die Gefühle, welche man sich selbst gegenüber hat. Einerseits entsteht es „durch die Selbstbeobachtung der eigenen Erlebnisse und des eigenen Handelns sowie durch die verschiedenen Formen der Beurteilung anderer." Das *Selbstwertgefühl* ist eine „stationäre Gestimmtheit des Selbstseins, mit dem der Mensch sich als Träger eines Wertes erlebt" (Bergius, 2004b, S. 851)

6 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die Darstellung der Ergebnisse wird anhand den in Tabelle 3 (s. S. 31) aufgelisteten Unterkategorien gegliedert. Dort wo sich die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung in den eruierten Ergebnissen unterscheidet, wird die Schilderung der Ergebnisse separat vorgenommen. Sind keine wesentlichen Unterschiede hervorzuheben, werden die Ergebnisse beider Berufsgruppen zusammen aufgeführt. Unter dem Text werden jeweils in kursiver Schrift der Kategorie entsprechende, prototypische Ankerbeispiele angefügt[11]. Die Ankerbeispiele welche die psychiatrische Betreuungsperson betreffen, wurden anschließend an das Gegenlesen nach Wunsch leicht angepasst oder verändert.

6.1 Beziehung

6.1.1 Beziehungsverhalten

Alle befragten Personen sind sich über das sehr unterschiedliche und individuell geprägte Beziehungsverhalten der Jugendlichen einig. Dabei ist von sehr aggressivem Verhalten bis zu stark zurückgezogenem und introvertiertem Verhalten das ganze Spektrum an Beziehungsverhalten anzutreffen. Durch die oft anzutreffende und bereits im Kindesalter beginnende Heimkarriere, welche die Jugendlichen in ihrer Geschichte aufweisen, haben sie im Helfersystem häufig wechselnden Bezugspersonen und somit viele Beziehungsabbrüche erlebt. Dies hat zur Folge, dass viele der Jugendlichen beziehungsgeschädigt sind und ein gestörtes Beziehungsverhalten zeigen. Als weiterer Aspekt wird von zwei Personen genannt, dass die Jugendlichen, da sie von den Eltern her eine unverlässliche oder gar verwahrloste Beziehung erlebt haben, in dieser Beziehung oft enttäuscht worden sind.

Die Jugendlichen haben gleichzeitig ein starkes Bedürfnis Beziehung einzugehen. Hier zeigt sich eine Ambivalenz im Beziehungsverhalten. Eine Person ist sich nicht sicher, ob die Jugendlichen überhaupt auf eine Beziehung eingehen können. Es ist sicher mit beträchtlichen Schwierigkeiten verbunden.

S1: Ob sie eine Beziehung eingehen können, die wir als solche betrachten, dass weiss ich nicht: es ist Knochenarbeit.

S4: Das ist recht schwierig und ambivalent. Sie alle suchen eine Beziehung und eine Bezugsperson. Und trotzdem sind sie natürlich geprägt durch verschiedene Heimaufenthalte, oder wenn sie hierher kommen zu uns (...) sind sie schon durch alle Maschen durchgefallen. Die kennen das. Die wissen auch, dass eine solche Beziehung einfach extrem unverlässlich ist. Nur schon von der Kürze, die sie hat. Und darum sind sie eigentlich alle recht ambivalent.

---

[11] Um die in Kapitel 5.4 erwähnte Anonymisierung im Mindestmass zu gewährleisten, werden in diesem Kapitel keine Bezüge zu den Personen durch Berufsnennung oder Verwendung der Geschlechterform gemacht. Anstelle wird nur der Begriff „Betreuungspersonen“ verwendet. Bei der psychiatrischen Betreuungsperson ist dies nur beschränkt möglich, da sie in diesem Bereich die einzige befragte Person ist. Wann immer möglich wird aber auch hier die neutrale Formulierung „psychiatrische Betreuungsperson“ verwendet.

6.1.2 Professionelle Beziehung

Sonderpädagogische Beziehung: „Keine Erziehung ohne Beziehung!" sagt eine Betreuungsperson. Man müsse mit den Jugendlichen in Beziehung treten, sonst könne man nichts bewirken. Dabei sind den Betreuungspersonen Grenzen gesetzt, zum einen aus rechtlichen und zum anderen aus menschlichen Gründen. Eine weitere Grenze wird von den Betreuungspersonen darin gesehen, dass die Jugendlichen nur vorübergehend auf der Buebenegg platziert sind. Betreuung ist eine demnach Beziehung auf Zeit. Ein Punkt der professionellen Beziehung besteht darin, sich trotzdem auf eine Beziehung einzulassen. „Dabei darf die Betreuungsperson den Jugendlichen auch nicht überfordern", meint eine der befragten Personen. Genügend Distanz zu wahren sei deshalb ein weiterer Gesichtspunkt der professionellen Beziehungsgestaltung.

S1: Keine Erziehung ohne Beziehung. Also müssen wir in Beziehung treten mit den Jugendlichen. Die Frage ist einfach, wie weit diese Beziehung geht.

Aufgrund dessen müsse die Betreuungsperson klar deklarieren, dass die Beziehung keine vollständig freiwillig gewählte ist, weder von den Jugendlichen, noch von ihrer Seite aus. „Gerade in der Beziehungsgestaltung darf man" – so S4 – „als Betreuungsperson dem Jugendlichen nichts vormachen – von Seite der betreuenden Person muss diese ernsthaft und vor allem authentisch sein." Nur so kann die konstante, professionelle Beziehung entstehen, welche der Jugendliche für seine Entwicklung benötigt. Eine Betreuungsperson sagt, „jede/r müsse zudem selbst wissen, wie weit er/sie gehen kann und wie viel er/sie in die Beziehung investieren will."

S1: Wie weit geht man da, wie viel kann man geben. Das ist bei uns immer eine Auseinandersetzung. Das denke ich, muss jeder selbst wissen, wie viel er in die Beziehung rein gibt.

Es fällt nicht allen Betreuungspersonen gleich leicht, in Beziehung zu treten. „Vor allem wenn ein Jugendlicher häufig Aggressionen zeigt, ist es für mich nicht einfach," sagt eine Betreuungsperson. Dabei fällt es ihr leichter, mit ruhigeren, zurückgezogenen Jugendlichen eine Beziehung aufzubauen, da diese sich oft auch dankbarer zeigen. Besonders wichtig ist dieser Person der wertschätzende Umgang mit den Jugendlichen.

Die Jugendlichen fordern klar von den Betreuungspersonen, dass diese ihnen Grenzen setzen. Dabei ist ein allzu autoritärer Umgang jedoch nicht angebracht, wie im folgenden Ankerbeispiel beschrieben wird.

S3: Also wir kommen immer wieder an Teamsitzungen an den Punkt dass die Jugendlichen klar von uns fordern, dass wir Grenzen setzen. (...) Und trotzdem brauchen sie etwas Liebevolles. Ganz autoritär kann man eine Beziehung nicht gestalten, dann würden die bei uns gar nicht mitspielen. Ich denke das ist die Kunst: klar sein, autoritär sein, und sie trotzdem auch irgendwo in ihrer Vergangenheit verstehen, in ihrem Sein verstehen, sie also auch als Mensch zu sehen.

Psychiatrische Beziehung: Die psychiatrische Betreuungsperson hat gegenüber den Jugendlichen eine kompliziert Rolle, da sie mehrere Funktionen in sich vereinen muss. Obwohl sie keine Psychotherapie anbietet, da dies den Rahmen der Zusammenarbeit sprengen würde, ist sie an dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses mit den Jugendlichen interessiert. Dies vor allem aus Gründen der Diagnostik, der medikamentösen Unterstützung sowie der psychiatrischen Fallführung. Gleichzeitig hat sie die Funktion als Beratungsperson des sonderpädagogischen Teams und arbeitet bei der konzeptionellen Weiterentwicklung mit. Zudem führt sie gemeinsam mit den sonderpädagogischen Fachkräften familientherapeutische Gespräche sowie Elterngespräche.

Daraus resultiert eine Schwierigkeit, gegenüber den Jugendlichen eine eindeutige Rolle einzunehmen. Die psychiatrische Betreuungsperson betont, dass sie diesen Rollenkonflikt dem Jugendlichen gegenüber offen legt. Zudem gibt sie den Gesprächen, welche die Jugendlichen mit ihr führen, einen gewissen Schutz, indem sie gegenüber dem Team nicht über deren sehr private Sachen spricht, aber eine Einschätzung der Gesamtsituation wiedergibt.

P1: Das heisst, für die Jugendlichen ist es unter Umständen recht schwierig meine komplexe Rolle einzuordnen. Aber ich lege diese offen. Es ist ihnen klar, dass ich mit dem Team in einem sehr engen Austausch bin. Und ich versuche, diesen Gesprächen, die ich mit den Jugendlichen führe, dann doch einen gewissen Schutz zukommen zu lassen, indem ich sage, dass ich über sehr private Sachen nicht mit anderen Personen spreche. Aber ich kommuniziere den Jugendlichen gegenüber, dass ich dem Team eine Zusammenfassung der Gesamtsituation weitergebe und dass mein Wissen in die Entscheidungen, die wir treffen, einfliesst.

Entscheidend dafür, ob sich der Jugendliche auf das Beziehungsangebot von der psychiatrischen Betreuungsperson einlassen kann, ist eine beziehungs- und ressourcenorientierte Haltung.

P1: Meine Ressourcenorientierung ist entscheidend dafür, wie der Jugendliche mein Beziehungsangebot überhaupt wahrnimmt. Er merkt, ob ich seine Ressourcen sehe, ob ich in ihm eine Zukunft sehe oder nicht. Und das ist für einen Jugendlichen, der so viele Defiziterlebnisse gemacht hat, entscheidend dafür, dass er sich darauf, was ich im zu sagen habe, einlässt und dass er sich überhaupt auf eine Beziehung einlässt.

6.1.3 Arbeit mit Beziehung

Es ist nach Meinung aller befragten Personen einer der zentralen Aspekte in der Betreuungsarbeit, eine Beziehung zu den Jugendlichen herzustellen und das Beziehungsverhalten soweit als möglich zu normalisieren. Darin liegt viel verborgen: Denn dort wo der Jugendliche sich auf eine Beziehung einlassen kann, gehen die Entwicklungsschritte am schnellsten vorwärts. Auch wenn es mit einigen Jugendlichen nicht immer einfach ist in Beziehung zu treten, ist dies ein Grossteil der Arbeit als Betreuungspersonen.

S1: Ich denke es ist viel darin verborgen: dort wo du mit den Jugendlichen in Beziehung treten kannst, dort wo sie sich darauf einlassen können, dort gehen die Entwicklungsschritte am schnellsten vorwärts. Das ist immer so, aber bei den Jugendlichen, die hier auf der Buebenegg stationiert sind, im Speziellen!

Das Beziehungsangebot auf der Buebenegg ist für die Jugendlichen eine Chance. Dank des

grossen Teams haben sie oft die Möglichkeit auszuwählen, mit wem sie in Beziehung treten wollen. Besonders betont wird von allen Betreuungspersonen, dass die Jugendlichen eine tragfähige, verlässliche Beziehung brauchen. Das ist nötig, um Wirksamkeit zu erreichen. Die limitierte Zeit auf der Buebenegg arbeitet gegen diese Aspekte (s. Kapitel 6.4).

S3: Also ich glaube, das Problem an der Buebenegg an sich ist, dass es klar ist, dass sie nur vorübergehend hier sind. Wie weit kann man da eine gute Beziehung aufbauen? Letztlich ist den Jugendlichen klar, dass die irgendwann wieder weg sind (...). Und trotzdem müssen die sich drauf einlassen, damit das Ganze überhaupt funktioniert.

Bei der Betreuungsarbeit mit Beziehung ist es nach einer befragten Person relevant, die professionelle Beziehung einzuhalten, nicht zu emotional zu werden, aufrichtig zu sein und das Beziehungsangebot ernst meinen. So kann der Jugendliche einschätzen, womit er rechnen kann.

S4: Die Jugendlichen wissen in einer professionellen Beziehung, mit was sie rechnen können. Ich sage ihnen: ‚schau, ich gebe dir nicht alles, aber das was ich dir gebe hast du auf sicher, das kannst du nicht umhauen, dass kannst du nicht mit einem Sturm wegblasen, weil das da ist, da hast du keine Chance. Du kommst auch nicht daran vorbei'.

6.2 Emotionalität und Konflikte

6.2.1 Emotionalität

Auch in der Emotionalität gibt es individuelle Unterschiede zwischen den Jugendlichen. Die gesamte Bandbreite ist vorhanden, von sehr introvertiert bis hin zu extrovertiert und beinahe grenzüberschreitend. Dabei geht es um alle Emotionen, die auch normalbegabte Jugendliche haben. Im Schnitt stehen aber doch eher aggressive Emotionen im Vordergrund. Das betont auch die psychiatrische Betreuungsperson: „Vordergründig ist eine einseitige Emotionalität zu sehen." Vor allem in der Wahrnehmung des Helfersystems steht die Aggressivität zuvorderst. Dabei zeigen sich eine verminderte Frustrationstoleranz, eine Reizbarkeit und eine grosse Verletzlichkeit. Bei den Jugendlichen, die eine frühkindliche Entbehrungserfahrung oder Traumatisierungen erlebt haben, zeigt sich eine emotionale Instabilität. Die Affekte, die gezeigt werden, sind häufig entweder aggressiv, stolz oder auflehnend. Dabei ist es das Ziel der Betreuungsarbeit, dass die Jugendlichen in der Emotionalität eine gewisse Differenzierung erfahren können.

S4: Die Emotionalität der Jugendlichen ist gross.

P1: Vordergründig oft ist die Emotionalität recht einseitig, in dem Aggressivität natürlich in der Wahrnehmung des Helfersystems im Vordergrund ist.

6.2.2 Konfliktentstehung, Konfliktverhalten und Krisenvorgehen

Alle Betreuungspersonen sehen die Konfliktentstehung am gleichen Ort: dort, wo sie den Jugendlichen Grenzen setzen. Zwei der befragten Personen sagen, dass es zudem zu Konflikten kommt, wenn die Betreuungspersonen Anforderungen an die Jugendlichen stellen.

Die Konflikte entstehen, weil die Jugendlichen es oft gewohnt sind, selbst über etwas zu entscheiden und deshalb anderer Meinung sind als die Betreuungsperson. Eine Betreuungsperson sagt, „dass die Jugendlichen dann eher die Konfrontation suchen als die Energie in die Lösung ihres Problems zu investieren." Des Weiteren kommt hinzu, dass die Jugendlichen oft nicht wissen, wie sie mit zwischenmenschlichen Meinungsverschiedenheiten adäquat umgehen können und deshalb aggressiv oder drohend reagieren. Die Konfliktlösestrategien sind oft von inadäquaten Mustern geprägt. Dabei stellt eine Betreuungsperson fest, dass die Jugendlichen keine Hemmungen zeigen sondern sich ganz im destruktiven Verhalten verlieren.

S4: Sie haben meistens wenig Möglichkeiten, mit emotionalen Dingen auf eine konstruktive Art umgehen zu können, dass es nicht eskaliert.

S4: Die Jugendlichen haben Muster, wie sie ein Konflikt lösen und wie sie diesen angehen. Und das sind häufig dann unschöne Muster wie Beschimpfungen aussprechen, Gewalt androhen, Gewalt ausüben oder etwas kaputt machen.

Die Jugendlichen müssen lernen, Eigenverantwortung zu übernehmen, aus der Opferrolle herauskommen und in Konflikten nicht immer zu externalisieren.

S2: Das muss zum Teil auch aus dieser Opferrolle hinaus, mehr in die Verantwortung hinein sein.

Der Aufenthalt auf der Buebenegg ist für die Jugendlichen mit viel Druck verbunden. Sie halten sich immer dort auf und werden beobachtet. Eine der befragten Personen sagt, „dass dies eine Belastung für einen Jugendlichen ist." Dabei kann man auch nicht erwarten, dass sie viel Sinn darin sehen. Und so kommt es zur Rebellion, welche sich in Konflikten entlädt.

S3: Und letztlich sind sie auch immer unter Beobachtung. Also wir versuchen dies nicht durchscheinen zu lassen. Aber sie haben halt einen Stufenplan, es gibt Regeln, alles wird reflektiert. Das ist für einen Jugendlichen der eigentlich draussen rumhängen (...) will, wahnsinnig viel Druck. Irgendwann kommt dann die Rebellion.

Es hat eine Entspannung der Situation gegeben, seit die Buebenegg keine geschlossene Gruppe mehr ist. Eine Person sagt dazu, „dass es ein Gefühl der Entlastung ist, weil man sich als Betreuungsperson nicht mehr dagegenstellen muss, wenn ein Jugendlicher gehen will." So kommt es nicht zur Gewaltanwendung, und die Betreuungspersonen haben die Möglichkeit, deeskalierend zu arbeiten.

S3: Aber die Möglichkeit haben wir einfach zu sagen: "du kannst jetzt gehen, dann gibt's eine Fahndung und das ganze Prozedere" und ich habe das Gefühl das ist eine grosse Entlastung für uns erstmal. Also man muss sich nicht mehr dagegenstellen, in keiner Weise mehr Gewalt anwenden. Das war am Anfang schwieriger, als wir noch den Anspruch hatten, dass die Jugendlichen bleiben müssen.

„Viele Konflikte können gut aufgefangen werden, da immer zwei Personen anwesend sind," sagt eine Betreuungsperson. Gelingt dies nicht, wird die Gruppenleitung und die Kinder- und Jugendpsychiaterin informiert. Diese setzt sich mit der Institutionsleitung in Verbindung. Zudem gibt es eine Information an Eltern und Beistände.

6.2.3 Aggression, Drohungen und Gewalt

Massive Aggressionen, Drohungen und Gewalt werden vom Betreuungspersonal nicht getragen oder toleriert. In der Vergangenheit kam es einmal zu einem Ausschluss eines Jugendlichen wegen solcher Vorfälle. Dabei muss der Fall im gesamten Kontext betrachtet werden. Die Buebenegg ist eine Kriseninterventionsgruppe, soll aber gewaltfrei sein. Das wissen die Jugendlichen, weil klare Regeln und Grenzen definiert und auch kommuniziert sind. Kleinere Aggressivitäten und Drohungen kommen vor. Diese sind aber eher im verbalen Bereich anzusiedeln. Es gibt auch Jugendliche, die nicht wissen, wie man auf zwischenmenschliche Meinungsverschiedenheiten anders reagieren kann als mit Drohungen oder verbaler Aggression.

S3: Es ist klar, dass es hier gewaltfrei sein soll. Auf der anderen Seite ist die Buebenegg eine Krisengruppe: wenn wir jeden der uns mal anschimpft gleich rausschmeissen haben wir kein Klientel mehr. Aber dass wir uns nicht bedrohen lassen ist klar.

6.2.4 Autoaggressionen

Autoaggressionen sind bei den Jugendlichen in der Buebenegg eher selten anzutreffen. Ein Mädchen zeigte selbstverletzendes Verhalten, war aber nach Angaben von Betreuungsperson S2 auch sonst stark psychiatrisch auffällig. Die Suizidalität wird von der Kinder- und Jugendpsychiaterin abgeklärt. Ist eine Selbstgefährdung massiv oder gar lebensbedrohlich, ist dies nach dem Konzept (s. Kapitel 5.1.1) ein Ausschlusskriterium und die jugendliche Person wird an die Psychiatrischen Klinik Littenheid überwiesen.

S2: Wenn es dann aber zu massiv ist, wenn es dann wirklich lebensbedrohlich wird, so dass wir das Gefühl haben, man kann es nicht mehr kontrollieren, dann geht es nicht mehr hier. Wir sind keine Psychiatrie, wir sind auch nicht so eingerichtet.

Alle befragten Betreuungspersonen stimmen darin überein, dass Autoaggressionen, wenn sie massiv oder lebensbedrohlich sind, die Möglichkeiten des Betreuungskonzeptes der Buebenegg übersteigen. Man kann pädagogisch nichts mehr machen, dafür habe das selbstaggressive Verhalten einen zu grossen psychiatrischen Faktor.

S1: Ich habe das Gefühl, damit können wir nicht umgehen. Also ich kann es nicht! Ich bin Sozialpädagoge und nicht Psychiatriepfleger. Und ich denke das Ritzen hat ein sehr grosser psychischer Faktor. Dann merkst du als Betreuungsperson: da kann ich pädagogisch nichts machen.

6.3 Ressourcen

6.3.1 Selbstbild und Selbstwertgefühl

Die meisten Jugendlichen haben ein schlechtes, negativ geprägtes Selbstbild. Gemäss einer Betreuungsperson sei es auch oft unrealistisch gefärbt und mit Illusionen angefüllt. Das spiegelt sich auch im Selbstwertgefühl der Jugendlichen, welcher von allen Betreuungspersonen als sehr tief oder stark vermindert eingeschätzt wird. Eine Person schätzt es so ein,

dass oft kaum noch Selbstwert vorhanden ist bei den Jugendlichen.

S2: Die Meisten wissen, was sie nicht können, aber nicht, was sie können. Sie trauen sich auch selbst wenig zu und haben sehr ein schlechtes Bild von sich, haben das Gefühl, sie seien hässlich, dumm oder blöd.

Alle befragten Betreuungspersonen sehen den Grund dafür in der Geschichte der Jugendlichen, in den negativen Erfahrungen die sie gemacht haben. Die Jugendlichen kommen oft aus einem Milieu, in welchem sie kein Vertrauen in sich entwickeln konnten. Als weiterer Aspekt gilt, dass sie schon immer anders waren und in ihrer Umgebung negativ auffielen. Die psychiatrische Betreuungsperson formuliert es im ersten Ankerbeispiel wie folgt:

P1: Man sieht nur die Probleme. Auch in den Berichten werden nur die Probleme aufgezeigt. Und wenn man sich als Mensch definiert oder von aussen als Mensch definiert wird, der nur ein Problem ist und nur Probleme macht und Probleme sieht, dann ist es auch schwierig, einen Selbstwert, eine Motivation aufzubauen.

S1: Die Jugendlichen, die zu uns kommen, die waren schon immer anders und sind immer aufgefallen. Das sind meistens keine positiven Erfahrungen.

6.3.2 Konkrete Ressourcen

Diesen Jugendlichen wurden die Ressourcen häufig abgesprochen. Dadurch, dass sie als Problemverursacher galten, hat diese auch häufig niemand wahrgenommen. Die psychiatrische Betreuungsperson betont, „dass es meist sehr individuell ist, wo der einzelne Jugendliche seine Fähigkeiten hat.“ Einige sind sehr kreativ, können gut zeichnen und malen und sind fantasievoll. Andere haben besondere musikalische Fertigkeiten, ihnen liegt der Rhythmus im Blut. Dann gibt es welche, die auffallend sportlich sind. Wieder andere haben sehr gute Umgangsformen, sind gut im lebenspraktischen Bereich oder sind zuweilen auch sehr sozial und solidarisch. Im Allgemeinen – so die Aussage aller Betreuungspersonen – kann man sagen, dass die Jugendlichen sehr gerne und oft auch gut arbeiten. Generell gesehen liegen auch Ressourcen in der Lebendigkeit, im Humor und in der Entwicklungsfähigkeit der Jugendlichen.

Eine sonderpädagogische Betreuungsperson weist darauf hin, „dass die Ressourcen, welche diese Jugendlichen haben, in der Gesellschaft einen kleinen Stellenwert haben.“

S4: Das sind Ressourcen die man bei ihnen findet. In der Gesellschaft haben die aber einen relativ kleinen Stellenwert (...). Es nützt nicht viel, wenn man gut (...) Musik machen, aber die Noten nicht schreiben und lesen kann. Das drückt das Selbstwertgefühl auch extrem hinunter und der Jugendliche traut seinen Ressourcen nicht.

6.3.3 Einfluss der Ressourcen auf die Betreuungsarbeit

Psychiatrische Betreuungsarbeit: Die Ressourcenorientierung der psychiatrischen Betreuungsperson ist nach ihrer Aussage relevant dafür, ob der Jugendliche sich überhaupt auf eine Beziehung einlässt (s. Kapitel 6.1.2). Der Jugendliche merkt, ob sie seine Ressourcen sieht und ob sie in ihm eine Zukunft sieht. Zudem versucht sie, die Ressourcen in den Einzelgesprächen zu nutzen. Humor ist als Beispiel sehr relevant in therapeutisch gefärbter Arbeit.

P1: Und manchmal gibt es auch Situationen, in welchen ich im Gespräch auf die Ressourcen des Jugendlichen zurückgreife. Als Beispiel: wenn dieser rhythmisch begabte Jugendliche gar nicht spricht, ich aber dennoch mit ihm in Kontakt bleiben möchte und er dann mit den Fingern auf dem Tisch vor sich hin trommelt. Dass ich das als Kommunikationsangebot, ein Kommunikationsfaktor der anderen Art und nicht als Störfaktor wahrnehmen kann. Prüfe – und vielleicht vorsichtig – ob er sich auf eine Kommunikation über das Trommeln einlässt.

Schlussendlich wirken die Ressourcen motivierend für die psychiatrische Betreuungsperson, den Jugendlichen zusätzlich zu unterstützen.

Sonderpädagogische Betreuungsarbeit: Im Allgemeinen wird von den Betreuungspersonen ein grosser Einfluss der Ressourcen auf die Betreuungsarbeit gesehen. Durch das eher tiefe Selbstvertrauen brauchen die Jugendlichen lange, um sich auf eine Beziehung einzulassen. „Wird der Selbstwert gefördert, so geht das einfacher," sagt eine Betreuungsperson. Darin sieht sie eine der Hauptaufgaben der sonderpädagogischen Betreuungsarbeit. Dabei fliesst der Aufbau des Selbstwertes nicht als formuliertes Ziel in die Förderplanung mit ein, sondern als hintergründiges Anliegen.

S3: Umso mehr wir deren Selbstwert fördern umso einfacher geht es habe ich das Gefühl. Umso einfacher wird es auch für mich als Bezugsperson.

Allzu oft ist in der Vergangenheit an den Defiziten statt den Ressourcen gearbeitet worden. Dies ist gravierend, da die Jugendlichen sich mit ihrer Intelligenz auf einem Niveau befinden, in dem sie noch merken, dass sie überall anecken und auffallen.

S4: Das Traurige daran ist, dass sie es ja häufig noch merken. Es klingt vielleicht hart, aber wenn jemand so behindert ist, dass er nicht merkt das er behindert ist, geht es ihm vermutlich besser als jemandem, der merkt: ‚Scheisse, alle sind so normal. Nur ich bringe viele Dinge einfach nicht auf die Reihe.'

Das ressourcenorientierte Arbeiten steht in der Buebenegg im Vordergrund und fliesst in die Förderplanung so ein, dass man die Ressourcen auch wirklich aktiviert und nutzt, damit der Jugendliche weiss was er kann. Dabei geht es nicht darum, die Defizite naiv auszublenden, sondern die Ressourcen der Jugendlichen zu erkennen und aufzubauen. So werden die Defizite kleiner.

S2: Das Wichtigste finde ich, dass man weiss, welche Ressourcen vorhanden sind, dass der Jugendliche das weiss, und dass wir diese Ressourcen auch mit einbeziehen und damit arbeiten. Und nicht immer nur auf das Negative fixiert sind.

Denn, so sagt eine Betreuungsperson, Dinge wie Selbstwert lassen sich nur indirekt beeinflussen. „Als Beispiel gilt es, vorsichtig mit Lob umzugehen," sagt eine der befragten Personen. „Die Jugendlichen hätten schnell das Gefühl, man wolle sie nur aufbauen und das Lob sei nicht ernst gemeint."

Durch Erlebnispädagogik oder den Stufenplan kommen die Jugendlichen dazu, ein realistischeres Selbstbild zu entwickeln. Sie haben die Möglichkeit ihre Grenzen zu explorieren, Möglichkeiten kennen zu lernen und deren sowie die eigene Wirksamkeit zu erleben. Wird dies im Nachhinein mit den Jugendlichen reflektiert und ihnen aufgezeigt, was sie gut ge-

macht haben, ist ein Schritt in die richtige Richtung gemacht.

S4: Wenn irgendwo ein Problem entsteht und sie erleben, dass sie es auf dem eigenen Weg angemessen lösen können, dann ändert sich vielleicht so das Selbstbild und gibt ihnen dann neues Selbstvertrauen.

6.4 Betreuung

6.4.1 Sonderpädagogische Betreuung

Zentrale Aspekte: Gemäss der psychiatrischen Betreuungsperson steht das dissoziale Verhalten und Agieren bei den Jugendlichen im Vordergrund und stellt damit eine grosse Herausforderung für das sonderpädagogische Team dar. Damit umzugehen ist jedoch ihr Kerngeschäft. Die Auftragsklärung ist bei der Aufnahme in die Wohnschulgruppe nach Aussagen einer Person besonders relevant: so werden die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des Auftrages ausgelotet.

S2: Und auch, dass der Auftrag klar ist: um was geht es überhaupt, wer möchte was von wem.

Des Weiteren geht es darum, mit Grenzverletzungen umzugehen, die Jugendlichen an eine realistischere Einschätzung ihres Verhalten heranzuführen, den Mangel an bisheriger erzieherischer Struktur aufzuholen, sie mit den Schwierigkeiten des Zusammenlebens zu konfrontieren, und so immer wieder eine Motivation für eine Veränderung zu schaffen. Die Jugendlichen brauchen enge Strukturen. Es ist aber schwierig und manchmal mühsam, diese durchzusetzen. Das grosse Team bietet den Jugendlichen zudem die Möglichkeit, auszuweichen und die Betreuungspersonen gegeneinander auszuspielen, sagen zwei Betreuungspersonen.

S1: Ich finde es sehr schwierig, dass sie so viele Ausweichmöglichkeiten haben.

„Deshalb muss man als Betreuungsperson immer sehr präsent sein und den Überblick behalten können," sagt eine der befragten Personen. Als Betreuungsperson muss man eine grosse Verhaltens- und Handlungssicherheit haben, da man nicht so sehr mit intellektuellen Mitteln arbeiten kann. Ein Grund dafür ist die Heterogenität in der Gruppe der Jugendlichen. Da wird es schwierig gemeinsame Aktionen durchzuführen und allen Interessen gerecht zu werden. Manchmal ergibt sich daraus auch eine ungünstige Dynamik in der Gruppenkonstellation, wie folgendes Ankerbeispiel zeigt:

S3: Diese Heterogenität in der Gruppe der Jugendlichen finde ich sehr schwierig. Wir haben Jugendliche, die bei uns weil sie andere gemobbt haben. Auf der anderen Seite haben wir auch einen eher stark behinderten Jugendlichen dabei, bei welchem wir schauen müssen, dass er nicht unter die Räder kommt. Darum finde ich die Gruppenkonstellation manchmal schwierig.

Förderkonzepte: Alle der befragten, sonderpädagogischen Betreuungspersonen nennen das ressourcenorientierte (s. Kapitel 6.3.3), das systemische (s. Kapitel 6.5) und das lösungsori-

entierte Arbeiten als Grundpfeiler ihrer Betreuungsarbeit. Im lösungsorientierten Ansatz geht es nach einer befragten Person darum, den Jugendlichen zuzutrauen, dass sie über sich selbst Bescheid wissen, Experten sind für sich selbst und deshalb auch wissen, wie sie ihr Problem lösen können. Die Aufgabe des Betreuungsteams besteht darin, den Jugendlichen die Probleme vor Augen zu führen und mit ihnen darüber zu reflektieren. Durch die Alltagsanforderungen und die Gruppenregeln wird der Jugendlichen mit den Problemen konfrontiert. Eine Person empfindet das lösungsorientierte Arbeiten im Alltag als schwierig und sagt, dass es vor allem um die lösungsorientierte Grundhaltung geht.

Im Weiteren ist die Erlebnispädagogik zu nennen, die den Jugendlichen hilft, Grenzen kennen zu lernen und auszuloten, Möglichkeiten zu finden, wie sie damit umgehen können und die eigene Wirksamkeit zu erleben.

Der Stufenplan (s. 5. Anhang, S. 74) hilft den Jugendlichen, Kompetenzen im alltagspraktischen Bereich zu erwerben, und auch Sozial- und Eigenkompetenz zu fördern. Der Stufenplan macht zudem die Ziele für die Jugendlichen fassbar, wie im folgenden Ankerbeispiel aufgezeigt wird:

S3: Was ich wirklich hilfreich finde ist das Stufenmodell. (...) So habe ich das Gefühl, die Jugendlichen können das greifen. Und wenn die Ziele zu schwer sind, passen wir den Stufenplan an. Damit haben wir etwas ein neutrales Instrument, was letztlich die Motivation der Jugendlichen unterstützt. Ich finde den Stufenplan wirklich sehr hilfreich.

Eine andere Betreuungsperson drückt die Herausforderung in der Betreuungsarbeit wie folgt aus:

S1: Im richtigen Moment oder in der richtigen Situation die richtig pädagogische Möglichkeit aus dem Köcher ziehen zu können, dort finde ich, sind wir gefordert.

Dabei merkt die Betreuungsperson zuweilen erst nach einiger Zeit, dass sie es richtig gemacht hat, da manchmal ein Feedback erst Wochen später kommt. „Das eigene Gefühl und die Erfahrung helfen mir aber auch, die Situation zu beurteilen und eine angewandte Intervention als hilfreich einstufe zu können," meint eine Betreuungsperson.

6.4.2 Psychiatrische Betreuung

Zentrale Aspekte: Es ist die Aufgabe der psychiatrischen Betreuungsperson, die Informationen zu beschaffen, Berichte einzuholen, Gespräche mit den Eltern zu führen und abzuklären, mit wem sie sprechen kann, um entwicklungs- und lebensgeschichtliche Informationen zu erhalten. In der psychiatrischen Problematik der Jugendlichen gibt es Grenzen, bis zu welcher die Buebenegg den Jugendlichen eine adäquate Betreuung bieten kann. Durch die Diagnostik wird zuweilen klar, ob das psychiatrische Störungsbild des Jugendlichen hinter dieser Grenze liegt.

Diagnostik: Die Eintrittsphase der Buebenegg (s. Kapitel 5.1.3) ist auch eine diagnostische Phase, in welcher der Jugendliche von der sonderpädagogischen wie auch psychiatrischen

Seite beurteilt wird. Durch die psychiatrische Diagnostik wird unter anderem eine Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen eines Aufenthaltes in der Buebenegg erreicht.

P1: Hier ist der Aspekt der Diagnostik sehr wichtig, weil da die Grenze unseres Angebotes ausgelotet wird. Bei einem Jugendlichen mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeit ist der vorwiegend sonderpädagogische Ansatz unter Umständen dann zu unflexibel für die Jugendlichen.

Bei der Diagnostik muss die Mehrfachproblematik der Jugendlichen beachtet werden. Oft haben sie ein konstitutionelles Problem im Sinne einer Lernbehinderung oder einer geistigen Behinderung. Zudem zeigen sie häufig ein ungewöhnliches Leistungsprofil. Die psychosozialen familiären Beziehungen stehen im Zusammenhang mit ihren Verhaltensauffälligkeiten und sind unter anderem ein Grund für die Platzierung. Dazu kommt die psychiatrische Problematik. Diese ungewöhnlichen Konstellationen und zusätzlichen Einschränkungen erschweren die psychiatrische Exploration, wie wir in folgendem Ankerbeispiel sehen können:

P1: Es geht darum, der Komplexität der Ausgangslage eines Jugendlichen einerseits gerecht zu werden, sie überhaupt einmal wahrzunehmen und auszuloten, und auf der anderen Seite auf diesen verschieden Ebenen Unterstützungsmassnahmen und Lösungen anzustreben. Das ist nicht immer einfach, auch weil manche Jugendliche verbal nicht so versiert sind und einen die Informationen gar nicht geben können oder weil sie auch die Informationen – aus welchen Gründen auch immer - nicht geben wollen.

Die Beschaffung von entwicklungs- und lebensgeschichtlichen Informationen über die Jugendlichen kann sich als Schwierigkeit herausstellen. Bei den Eltern ergeben sich manchmal geographische, kulturelle oder psychiatrische Hindernisse. So muss die psychiatrische Betreuungsperson herausfinden, an welche Personen sie sich wenden kann, um an diese Informationen zu gelangen.

Häufig sind die Jugendlichen nach Aussage der psychiatrischen Betreuungsperson schon bei anderen Stellen ausführlich abgeklärt worden. In der erneuten Abklärung kann es auch darum gehen, eine allfällige Medikation anzupassen, damit eine Stabilisation und somit ein Aufenthalt in der Buebenegg möglich wird.

Psychotherapie: Die psychiatrische Betreuungsperson erwähnt, dass in der Praxis noch immer häufig Einwände zur Psychotherapiefähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung zu hören sind. Sie teilt diese Meinung in keiner Weise. Durch das intensive Seelenleben bei den zugleich eingeschränkten Möglichkeiten, mit Schwierigkeiten und Konflikten umzugehen und der erwiesenen erhöhten Prävalenzraten von psychischen Störungen, ist von einem erhöhten Psychotherapiebedarf dieser Personengruppe auszugehen.

P1: Ich teile diese Auffassung nicht. Das ist eine Frage von unserem Angebot. Es gibt nicht den falschen Patienten, es gibt aber das falsche Angebot! Ich denke es ist sehr wichtig dass wir uns im Klaren darüber sind, dass die Jugendlichen ein intensives Seelenleben haben, aber eingeschränkte Möglichkeiten, mit den Schwierigkeiten und Konflikten die sie antreffen oder die womöglich durch ihre geistige Behinderung hervorgerufen wurden, umzugehen. Also haben sie eigentlich einen erhöhten Psychotherapiebedarf. Es wurde auch durch verschiedene epidemiologische Studien gezeigt, dass ein grosser Teil der geistig behinderten Menschen unter einer psychiatrischen Problematik leiden.

Die psychiatrische Betreuungsperson betont dabei, dass sie nicht die Funktion einer Psy-

chotherapeutin übernimmt (s. Kapitel 6.1.2). Dort wo das Betreuungsteam es als indiziert erachtet, wird ausserhalb der Wohnschulgruppe eine Psychotherapie in die Wege geleitet. Bei Störungen des Sozialverhaltens ist Psychotherapie eine isolierte Einzelpsychotherapie nicht indiziert. Es braucht einen interdisziplinären Ansatz und eine sorgfältige Koordination unter den verschiedenen Disziplinen, da der Jugendliche sonst alle gegeneinander ausspielen kann. Dabei ist auch die Arbeit mit dem System, mit dem Umfeld des Jugendlichen, unabdingbar. Der psychotherapeutische Ansatz muss nach Ansicht der befragten Jugendpsychiaterin wie folgt aussehen:

P1: Die Arbeit mit dem System und die sozialpädagogische Betreuung sind unabdingbar. Es ist aber auch wichtig, die emotionale Problematik hinter der dissozialen Entwicklung, die ja nicht einfach aus heiterem Himmel kommt, wahrzunehmen und wann immer möglich zu bearbeiten. Die Motivation bei den Jugendlichen ist nicht immer so, dass sie dann in der Einzeltherapie kommen und wissen, was sie bearbeiten möchten. Das heisst, es ist in der Psychotherapie eine ständige Auseinandersetzung mit der ‚äusseren' Realität. Letztlich ist ein psychotherapeutischer Ansatz nötig, der sehr vernetzt sein muss, bei dem der systemische Teil viel Raum einnimmt, die Arbeit mit der Familie. Letztlich ist es eine milieutherapeutische Arbeit.

6.4.3 Der Faktor Zeit in der Betreuung

Der Zeitfaktor wird von den Betreuungspersonen zwiespältig bewertet. Einerseits haben sie mehr Zeit auf der Buebenegg für die Jugendlichen und deren Umfeld als in anderen Gruppen.

S3: Der Vorteil gegenüber anderen Gruppen ist: Wir haben einfach mehr Zeit. Ich kann eine Eins zu Eins Situation bieten, was ich in einer anderen Gruppe ja kaum machen kann. Wir haben viel mehr Zeit, uns zusammen zu setzten, Jugendliche zu reflektieren, genauer hinzuschauen. Und wir haben mehr Zeit auch das System zu pflegen.

Zugleich stellt der Faktor Zeit auch ein Kritikpunkt dar. Eine Betreuungsperson sieht in der Zeitbegrenzung eine Schwierigkeit. Eine andere Person wünscht sich ebenfalls, die Jugendlichen standardmässig zwei Jahre aufnehmen zu können, damit eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden kann. Die Jugendlichen bräuchten viel mehr Zeit, sich auf das Angebot einzulassen, darin sind sich alle befragten Personen einig. „Ein Schritt in die richtige Richtung ist bereits getan," sagt die psychiatrische Betreuungsperson. Bei der Aufnahme wird kein definitiver Entscheid über die Aufenthaltsdauer gefällt, sondern diese wird den gesetzten Zielen und der geschätzten Dauer der Zielerreichung angepasst. Der Aufenthalt kann so auch verlängert werden (s. Kapitel 5.1.3).

S1: Die Jugendlichen bräuchten mehr Zeit. Es sind Jugendliche mit vielen vielen Defiziten. Und sie erhalten am wenigsten Zeit diese aufzuarbeiten.

S3: Das ist eine so kurze Zeit. Wenn wir daran denken, wie lange wir selbst brauchen um uns zu verändern- und ein Jugendlicher mit fünfzehn Jahren soll dass dann in fünfzehn Monaten schaffen. Das finde ich den Kritikpunkt an dem gesamten Projekt.

Dabei beeinflusst die Zeit des Aufenthaltes auch die Nachhaltigkeit der Betreuungsarbeit, sagt eine Betreuungsperson.

S2: Für mich stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit dessen, was wir in einer sehr eine kurzen Zeit machen, es ist vielleicht ein Jahr, maximal eineinhalb. Das ist eine so kurze Zeit in einem Leben von einem Jugendlichen. Ich weiss nicht, was man da alles bewegen kann und ob es dann wirklich auch hält.

6.4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von allen befragten Personen als zentraler Punkt beurteilt. Dabei wird sie, so wie sie auf der Buebenegg stattfindet, durchgehend als positiv und wertvoll angesehen. Die unterschiedlichen Sichtweisen seien eine Ressource, da jede Betreuungsperson die Situation mit ihrem beruflichen Hintergrund bewertet. Gerade dies ist wegen des Beobachtungscharakters auf der Wohnschulgruppe zentral. Nur eine Person nennt einen negativen Aspekt: Die vielen unterschiedlichen Sichtweisen können manchmal an Teamsitzungen mühsam sein, da sie Diskussionen in die Länge ziehen.

S3: Durch die Interdisziplinarität gibt es viele Sichtweisen. Und viele Sichtweisen haben halt das Problem, da man intensiver an Lösungen arbeiten muss, aber den Vorteil, dass man ein grösseres Spektrum sieht. Ich finde das spannend.

P1: Die interdisziplinäre Zusammensetzung aus Psychiatriepflege, Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Schule und Jugendpsychiatrie, allesamt mit einem therapeutischen Anspruch und das Zusammenwachsen von einem Behandlungsteam ist noch einmal ein anderer Aspekt. Es ist etwas Neues, das dort entsteht. Überhaupt der Umgang miteinander und die Entwicklungsbereitschaft von einem solchen Team als Ganzes, als milieutherapeutische Einheit ist entscheidend.

„Durch das interdisziplinäre Team kann man auch gut reflektieren," sagt eine Betreuungsperson. Zudem ist das Team in der Buebenegg mustergültig, was das interdisziplinäre Zusammenarbeiten angeht. Es ist eine sehr gute Zusammenarbeit, mit gegenseitiger Unterstützung und Coaching. Dahinter stecke vor allem persönliches Engagement der Mitarbeiter. Es ist wichtig, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit gut funktioniert. Bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens kann es sonst zu Ausspielungsmanövern der Betreuungspersonen gegeneinander kommen. Die Jugendlichen sollen deshalb auch merken, dass das gesamte Team an einem Strick zieht.

Die sonderpädagogischen Betreuungspersonen beurteilen die Zusammenarbeit mit der konsiliarisch arbeitenden psychiatrischen Betreuungsperson als sehr hilfreich. Dort, wo sie sich ein Verhalten eines Jugendlichen nicht erklären können und deshalb nicht weiterkommen, sind sie froh um psychiatrische Inputs und erleben die Zusammenarbeit so als Rückhalt. Zudem bringt die psychiatrische Betreuungsperson andere Inhalte in Elterngespräche, spricht unter dem Aspekt von mehr Erfahrung mit Gesprächsführung andere Dinge an und beleuchtet die Gesamtsituation von der medizinischen Seite. Zwei Personen finden es wichtig, dass die psychiatrische Betreuungsperson nicht extern beigezogen wird, sondern im Helfersystem integriert ist und darum die Jugendlichen kennt.

S3: Ich finde es wichtig, dass die Kinder- und Jugendpsychiaterin vor Ort ist und wir nicht ein externes Hilfesystem aufsuchen müssen. Sie ist eingebunden und mit dem Team vernetzt.

Auch die sonderpädagogische Arbeit wird von der psychiatrischen Betreuungsperson als unabdingbar eingeschätzt (s. Kapitel 6.4.2). Bei Jugendlichen mit einer dissozialen Störung sind beide Disziplinen angehalten, zusammen zu arbeiten, da sonst das Helfersystem gegeneinander ausgespielt werden kann.

P1: Ich denke, das sonderpädagogische Team leistet Grosses!

6.4.5 Umgang mit Aggressionen und Konflikten

Im Betreuungsteam wird unterschiedlich mit Konfliktsituationen und Aggressionen der Jugendlichen umgegangen. Eine Person lassen verbale Drohungen und Angriffe kalt, ausser diese finden gegen ihre Familie statt.

S1: Ich sage immer: wenn sie mir Arschloch sagen, macht es mir nichts aus. Aber dort wo sie mich auf der Familienebene angreifen geht es mir nahe (...). Ich habe in einer anderen Institution auch schon erlebt, dass ein Jugendlicher mir gedroht hat, er bringe mich und meine Frau und meine Kinder um. Das geht nah!

Eine andere Betreuungsperson sagt: „es ist für mich schwierig, mit Konflikten umzugehen." Sie fragt sich, welche Mittel man den Jugendlichen entgegensetzen kann, damit sie ihr inadäquates Konfliktverhalten durch ein konstruktives ersetzen. Dabei kommt es aber auch auf die individuelle Tagesform an, wie die Betreuungsperson mit dem Konflikt umgehen kann. Es sei zudem wichtig, dass man nicht mit den gleichen Mitteln wie der Jugendliche in den Konflikt trete, sondern Abschreckung durch Autorität hilfreich sei und viel Geduld benötigt.

Eine der befragten Personen versucht im Konflikt ruhig und sachlich zu bleiben. Es ist wichtig, für etwas einzustehen und dabei zu bleiben. Es geht darum, deutlich zu sein, dabei aber auch deeskalierend zu arbeiten. Eine der befragten Personen versucht, während dem Konflikt die Metaebene einzunehmen.

Für zwei Personen ist die Reflexion der Konfliktentstehung und des Konfliktverhaltens im Nachhinein von zentraler Bedeutung, um zu verstehen, warum es zum Konflikt gekommen ist.

S2: Dass man wirklich versucht, mit dem Jugendlichen zusammen zu schauen, worum es geht und was allenfalls eine Lösung sein könnte, bei der er oder sie auch dahinter stehen kann.

S3: Ich versuche in die Metaebene zu gehen und mir das von oben anzugucken. Und im Nachhinein muss ich einfach viel Reflektieren, ich brauche die Teamsitzung auch als Forum (...). Und es nicht persönlich nehmen: sie können es nicht besser. Wenn ich da als Frau stehe, bin ich in dem Moment eigentlich die Mutter oder wie auch immer.

Einer Person fällt auf, dass es einfacher wird, mit Konflikten umzugehen, je klarer sie als Team auftreten, je mehr sie sich als Team finden. Das hängt auch mit der Grundbeziehung zusammen, die man zum Jugendlichen aufgebaut hat.

6.5 Elternarbeit

6.5.1 Erfahrungen

Sonderpädagogische Betreuungsarbeit: Alle befragten Personen sehen die Elternarbeit als zentralen Aspekt in der Betreuung dieser Jugendlichen, haben aber unterschiedliche Erfahrungen damit gemacht. Dabei sagen zwei Personen, dass sie die Zusammenarbeit als insgesamt schwierig erlebten. Nur eine Person hat die Elternarbeit als durchwegs positiv bewertet, auch wenn sie bei einigen Eltern an Grenzen gestossen sei. Dort hat sie ihre Erwartungen angepasst. Die anderen Personen haben von sehr guter Zusammenarbeit bis zur Verweigerung des Systems das gesamte Spektrum erlebt. Es gibt Eltern, die bereit sind zu

weigerung des Systems das gesamte Spektrum erlebt. Es gibt Eltern, die bereit sind zu einer Zusammenarbeit, sich darauf einlassen und froh um die Unterstützung sind.

S2: Die Eltern sind immer noch die wichtigsten Bezugspersonen von ihren Kindern. Ob diese Kinder schon bereits seit Jahren in einer Institution sind: die Eltern bleiben die Eltern. Das ist so... und irgendwo bleiben sie die wichtigsten Bezugspersonen, auch wenn es noch so schwierig ist.

S4: Einige der Jugendlichen haben vielleicht zehn Jahre von ihrem Leben zu Hause gewohnt, danach waren sie für einige Jahre in Heimen. Das Gewicht, welches wir haben, ist deshalb nur schon von zeitlichen Rahmen her nicht so gross. Und das Gewicht, welches die Eltern habe, ist riesig. Wenn man es schafft, (...) die Eltern ins gleiche Boot zu holen, oder sie dazu zu bewegen kann zu Hause etwas zu ändern damit es besser funktioniert, dass der Jugendlichen mehr Unterstützung erhält, hat das viel mehr Gewicht als wenn wir hier ohne Unterstützung oder Änderung des Systems mit dem Jugendlichen arbeiten.

Da mangelnde Unterstützung der Eltern als Ausschlusskriterium (s. Kapitel 5.1.1) in den Aufnahmebedingungen steht und dies auch im Vertrag geregelt ist, sind die Eltern oft nicht freiwillig in der Buebenegg und stehen deshalb in einer Abhängigkeit zu den Betreuungspersonen, was für sie schwierig sein kann. Eine Betreuungsperson sagt, „die Möglichkeiten der Zusammenarbeit erweitern sich, wenn man den Eltern Wertschätzung entgegen bringt“. Die Schwierigkeiten der Elternarbeit können nach Aussagen der Betreuungspersonen in folgenden Punkten liegen: 1. Die Eltern werden stark in den Prozess miteingebunden, so dass sie oft in die Buebenegg reisen müssen, was von ihnen als anstrengend erlebt wird. 2. Bei Eltern mit einem Migrationshintergrund ist die Kommunikation erschwert. 3. Die Eltern kommen oft selbst aus schwierigen Verhältnissen, sind unzuverlässig und haben durch eigene Probleme wenig Zeit, sich um die Entwicklungsaufgaben des Kindes zu kümmern. Hier geht es nach einer Betreuungsperson darum, die Eltern zu motivieren und ihnen als Betreuungsteam ein ernsthaftes Interesse an ihnen als Eltern und an der Zusammenarbeit mit ihnen zu zeigen.

S3: Ich denke, wenn zu Hause alles so toll wäre, dann wären die Jugendlichen auch nicht hier, das liegt auch in der Natur der Sache.

Alle Betreuungspersonen betonen, wie viel Ressourcen die intensive Elternarbeit benötigt. Auf der Buebenegg haben die Betreuungspersonen die Möglichkeit, ein wenig mehr Zeit in die Elternarbeit und in die Pflege des Systems zu investierten als auf einer anderen Wohngruppe.

S4: Dann muss ich immer die Relativität dieser Arbeit sehen und denke dann: die Wichtigkeit, die Eltern einzubeziehen und mit dem System zu arbeiten ist gross, aber die Schwierigkeit auch, weil es einfach unglaublich viel Zeit braucht und mit Widerständen gefüllt ist.

Psychiatrische Betreuungsarbeit: Die psychiatrische Betreuungsperson hat die Elternarbeit sehr unterschiedlich erlebt. Bei vergangenen Platzierungen habe man es oft verpasst, mit den Eltern zu arbeiten, weil man es als zu schwierig oder unergiebig erachtet hat.

P1: Häufig hat nie jemand mit diesen Eltern je intensiver zusammengearbeitet, weil man den Eindruck hatte, sie seien unkooperativ oder unfähig zu einer Zusammenarbeit und feindselig. Die Elternarbeit birgt viel Aufwand, lohnt sich aber von mir aus gesehen unbedingt.

Es geht in einem ersten Schritt darum, mit den Eltern die Verarbeitung der Tatsache, dass

der Jugendliche platziert wurde, anzugehen. Dabei ist es besonders relevant, eine Akzeptanz des Angebotes der Buebenegg herzustellen. Denn wenn die Eltern gegen die Platzierung sind, kann der Jugendliche sich nicht darauf einlassen. Ihre Einstellung und Haltung gegenüber dem Angebot repräsentiert sich beim Kind. Des Weiteren ist es nach der befragten Betreuungsperson wichtig, die Eltern in ihrer Funktion wahrzunehmen, und ihnen gegenüber Wertschätzung zu zeigen. Dabei seien immer ein vordergründig-offizieller Fokus, und ein hintergründiges Therapieziel vorhanden. Untenstehendes Ankerbeispiel verdeutlicht dies:

P1: Ein Beispiel: der vordergründige Fokus ist die Bewältigung der Wochenenden. Das hintergründige Therapieziel ist die Stärkung der erzieherischen Kompetenz der Eltern. Dabei ist das Ziel nicht eine Rückplatzierung des Kindes in die Familie - das ist wahrscheinlich fast nie möglich - aber dem Jugendlichen mindestens punktuell die Möglichkeit zu geben, zu erleben, dass die Eltern (...) die erzieherische Situation im Griff haben. (...) Respekt und Autorität der Eltern zu erleben und eine klare Haltung im Bezug auf bestimmte Aspekte der Moralentwicklung. Eine Stellungsnahme der Eltern zu erleben und die Eltern als Gegenüber zu erfahren. Ich gehe von einer nachhaltigeren Wirkung aus, wenn die Jugendlichen mit ihren Eltern – auch wenn es erst in der Adoleszenz ist – solche Erlebnisse machen können.

Dabei geht es insgesamt darum, die Mentalisierung[12] innerhalb der Familie zu fördern.

6.5.2 Einfluss auf die Betreuungsarbeit

Alle befragten Betreuungspersonen sind sich darin einig, dass die Elternarbeit einen kapitalen Einfluss auf die Betreuungsarbeit hat. Funktioniert die Elternarbeit nicht oder nur schlecht, dann wird die Zusammenarbeit mit dem Jugendlichen schwierig. Manchmal scheitert die Arbeit mit dem Jugendlichen sogar dort, wo die Eltern oder das System nicht unterstützend waren. Die Jugendlichen spüren, wenn die Eltern oder der Beistand nicht hinter dem Angebot stehen.

S3: Bei einem Jugendlichen habe ich die Elternarbeit als ein ‚gegeneinander arbeiten' erlebt. Je mehr das System kaputt gegangen ist desto mehr hatte ich das Gefühl, dass es hier an der Front schwierig wurde mit ihm zu arbeiten. Ich habe nichts mehr im Rücken gehabt und die Jugendlichen spüren das.

Ist die Elternarbeit unterstützend, gewährleistet dies einen besseren Umgang mit schwierigen Situationen.

Dabei sieht die Idealvorstellung so aus, dass die Eltern bereit sind, sich aufrichtig und nicht nur vordergründig auf eine Zusammenarbeit einzulassen, findet eine Betreuungsperson. Dass die Eltern ernsthafte Gespräche zulassen, sich reflektieren, Bereitschaft zeigen, sich selbst zu ändern und das gleiche Ziel wie das Betreuungsteam vor Augen haben, wäre die Idealvorstellung der Mitarbeiter.

---

[12] Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

6.6 Buebenegg

6.6.1 Zentrale Aspekte

Insgesamt ist das Team mit der Betreuungssituation in der Wohnschulgruppe Buebenegg zufrieden. Die befragten Personen denken, dass es den Jugendlichen im Allgemeinen wohl ist und dass sie adäquat betreut werden. Genügend Stellenprozente, ein enger Betreuungsschlüssel und damit genügend Ressourcen stellen diese Qualität sicher.

Eine Person gibt zu bedenken, nur ausgebildete Personen sollten auf der Buebenegg arbeiten, da die Thematik komplex und Arbeit anspruchsvoll ist. „Das grosse Team hat auch Nachteile" sagt eine Betreuungsperson und meint damit die vielen unterschiedlichen Haltungen und dass die Jugendlichen die Möglichkeit haben, mit dem Betreuungsteam zu spielen.

S4: Ich denke auch, wir können den Jugendlichen das bieten was sie brauchen, sie sind auch alle wohl bei uns. (...) Sie sind gut aufgehoben, sie machen auch Fortschritte, das merke ich. Und häufig ist es so, dass die Umstände passend für sie sind, also auch die Grösse der Gruppe, weil die Schwierigkeiten, die sie an einem anderen Ort haben bei uns weniger auftauchen. Dann merke ich: doch es bringt etwas, dass wir einfach kleiner sind und ein wenig mehr Zeit haben für sie.

Die meisten der befragten Mitarbeiter zeigen sich unzufrieden mit den Räumlichkeiten, wie folgendes Ankerbeispiel zeigt:

S2: Was sehr schlecht ist sind die Räumlichkeiten, weil wir hier inmitten der Institution sind. Wir haben z.B. hier nirgends die Möglichkeit, rauszugehen, wir sind immer grad mitten im Areal. Was mir auch fehlt ist die Möglichkeit für die Jugendlichen, draussen zu arbeiten oder einmal draussen herumzutoben, das können sie hier nicht. Die Räumlichkeiten finde ich hier nicht angemessen.

6.6.2 Idealvorstellung

Damit die Jugendlichen nicht abgelenkt sind, da sie mitten in einer Institution leben, wünschen sich die befragten Betreuungspersonen ein grosses Haus etwas abseits. Ein Haus, in dem die Jugendlichen selbst heizen und kochen müssten, in dem ein Garten bewirtschaftet und so erlebnispädagogische Grenzerfahrungen geschaffen werden würden. Ein Mitarbeiter betont, dass so mehr Erfolgserlebnisse geschaffen und das Selbstvertrauen besser gestärkt werden könnte.

Alle Betreuungspersonen hätten gerne mehr Zeit, die Beziehung aufzubauen und wirksame Betreuungsarbeit leisten zu können, und eine Person hätte gerne doppelt so viel Personal um mit den Eltern zu arbeiten.

S3: Wir werden das nicht ändern können. Vielleicht kommen wir auch mal so weit, dass wir aus fünfzehn Monaten auch einmal siebzehn Monate machen oder so, und wir werden auch kein eigenes Haus kriegen und die Systeme sind nun einmal wie sie sind. Ich denke das ist die Herausforderung. Mit dem zu arbeiten was wir einfach haben, mit den Jugendlichen die wir haben, mit der Zeit, mit den Räumlichkeiten und mit dem gesamten System.

7 DISKUSSION

Die im vorhergehenden Kapitel dargestellten Ergebnisse werden nun in Kapitel 7 auf Grundlage der vorgängig besprochenen Theorie und unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsgegenstandes diskutiert. Dabei wird einleitend ein Überblick über vorliegende Arbeit gegeben. Darauf folgt die Diskussion, bei welcher die früher genannte Fragestellung durch eine Aufteilung in die Kapitel Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten den Rahmen gibt, in welchem die zentralen Aspekte erörtert werden. Im Kapitel 8 wird die Methode kritisch betrachtet und ein Ausblick über weiterführende Fragen und Forschungsschwerpunkte gegeben.

7.1 Überblick

Das Ziel dieser empirischen Bachelorarbeit ist es, die speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten zu untersuchen, welche sich in der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltenauffälligkeiten und psychischen Problemen ergeben. Die Forschungsarbeit fokussiert auf das Angebot der Wohnschulgruppe Buebenegg im Johanneum in Neu St. Johann. Den gewonnenen Erkenntnissen sollen nach Möglichkeit Hinweise für das Betreuungsteam der Buebenegg entnommen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen mit Intelligenzminderung ein erhöhtes Risiko aufweisen, Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen oder an einer psychischen Störung zu erkranken. Dies ist durch ein reziprokes Zusammenwirken ungünstiger individueller Voraussetzungen in biologischen, psychologischen sowie sozialen Faktoren zu erklären. Dabei gehören aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens zu den häufigsten psychischen Problemen dieser Personengruppe und stellen in ihrer Vielfalt, Häufigkeit, Intensität und Beständigkeit eine Herausforderung für die Behindertenhilfe dar.

Aufgrund der komplexen Behinderungsbilder sowie individuellen Entwicklungsaufgaben weist diese Personengruppe eine grosse Heterogenität auf. Daraus lässt sich der Bedarf an flexiblen Angeboten an spezialisierten Wohngruppen und Kliniken ableiten. In diesem Bereich wird ein durch Studien belegtes Versorgungsdefizit aufgezeigt und somit ist ein weiterer Bedarf und Ausbau an spezialisierten Betreuungsplätzen erforderlich. Die Betreuung der genannten Personengruppe kann durch verschiedene Faktoren erschwert werden. Dazu zählen die Beeinträchtigungen im Rahmen der Intelligenzminderung oder Mehrfachbehinderung bzw. Komorbiditäten, die Verhaltensauffälligkeiten, die psychischen Störungen, soziale Faktoren sowie eingeschränkte Kommunikation. Spezialisierte Betreuungsangebote sind deshalb indiziert.

In der psychiatrischen Betreuung und Diagnostik sollten aufgrund dieser komplexen Prob-

lematik multimodale Interventionsstrategien Anwendung finden. Dasselbe gilt für die Psychotherapie, welche auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse sowie die besonderen Kontextbedingungen zugeschnitten werden muss.

Für die sonderpädagogische Betreuung sind folgende Aspekte von zentraler Bedeutung: Die Zusammenarbeit mit den Eltern, die Spezialisierung der Massnahmen und Angebote, ein angemessener und behindertengerechter Umgang mit den Jugendlichen, das Arbeiten im Hier und Jetzt, die professionelle Beziehungsgestaltung sowie das Aufspüren von Ressourcen. Um mit Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen umgehen zu können, werden verschiedene Punkte genannt, zentral ist aber die Reflexion über die Entstehung und Reaktion in der Konfliktsituation.

Des Weiteren ist die Arbeit in multiprofessionellen, interdisziplinären Teams erforderlich, um in integrativer Zusammenarbeit eine ganzheitliche Sicht herzustellen.

7.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende empirische Arbeit fragt nach speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten in der Betreuung der genannten Personengruppe. Im Zusammenzug und durch Bearbeitung der Theorie und der Ergebnisse wird nun eine Beantwortung der Fragestellung geprüft, wobei im Kapitel der Schwierigkeiten die Lösungsstrategien des Betreuungsteams der Buebenegg mit einfliessen.

7.2.1 Schwierigkeiten

In der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen ergeben sich aus unterschiedlichen Gründen auch in der Wohnschulgruppe Buebenegg besondere Schwierigkeiten, welche es vom Betreuungsteam zu berücksichtigen gilt.

Alle Betreuungspersonen schätzen den Selbstwert der Jugendlichen als stark vermindert ein. Gründe dafür sind die Erfahrungen der jungen Menschen in einem defizitorientierten Umfeld und durch Inkontinuität gekennzeichnete Beziehungen, in welchem sie weder Autonomie ausleben noch Geborgenheit erfahren konnten und so kein Vertrauen in sich gefasst haben. Auch im Selbstbild herrscht nach Angaben der Betreuungspersonen oft eine unrealistische Überschätzung oder aber eine vollständige Abwertung vor. Dies bestätigt sich auch in der Fachliteratur (s. Kapitel 3.3.4): Da die Jugendlichen ihre Erfahrungen aufgrund der kognitiven und emotionalen Einschränkungen nur ungenau auswerten, urteilen und verharren sie in undifferenzierten Kategorien und können nicht alle Aspekte ihrer Persönlichkeit in ihr Selbstbild integrieren, welches so auf wenige Qualitäten beschränkt bleibt. Insgesamt kann demnach gesagt werden, dass Jugendliche mit Intelligenzminderung ein weniger differenziertes Selbstkonzept haben. In der Buebenegg wird diesem Aspekt durch

die Ressourcenorientierung im Team, Erlebnispädagogik, und für die Jugendliche fassbare Instrumente wie der Stufenplan entgegengewirkt und so durch die implizite Beeinflussung der Ressourcen und des Selbstwertes die intrinsische Veränderungsmotivation der Jugendlichen gestärkt. Die Buebenegg bietet den Jugendlichen so den angemessenen Rahmen und damit die Entwicklungsmöglichkeit, die sie benötigen.

Durch den Vergleich mit normalintelligenten Gleichaltrigen fällt den Jugendlichen eine qualitative Differenz auf, welche sich zudem in ihrem diskrepanten Leistungsprofil manifestiert. Ausserdem werden sie in ihrem Umfeld oft nur noch als Problemverursacher gesehen. Für die Jugendlichen ist es infolgedessen eine der schwierigsten Entwicklungsaufgaben, die eigene Unvollkommenheit im Zuge der Identitätsfindung nicht als Makel oder Defizit wahrzunehmen, sondern zu integrieren. Das Umfeld und auch die Jugendlichen dürfen ihre Erwartungen nicht nur von den vorhandenen Stärken ableiten, da sie sonst überschätzt werden und darauf aggressiv reagieren können. Andererseits ist die Ressourcenorientierung der Betreuungspersonen ein relevanter Aspekt für die Zielerreichung, da der Selbstwert so gestärkt werden und der Jugendliche sich entwickeln kann. Hier zeigt sich eine spezielle Schwierigkeit in der Betreuung der Jugendlichen: Es muss auf die Ressourcen fokussiert und der Selbstwert aufgebaut werden, ohne den Jugendlichen durch unangemessene oder zu hohe Ansprüche zu überfordern.

Die Jugendlichen in der Buebenegg zeigen in der Beziehungsgestaltung oft erhebliche Defizite. Die Betreuungspersonen führen dies auf die Enttäuschungen in der Beziehung mit den Eltern oder primären Bezugspersonen zurück, in welcher sie keine Kontinuität erfahren konnten. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung erleben nach Schanze entwicklungshemmende Bindungsstile, Kollusionen oder ungesunde Symbiosen mit den primären Bezugspersonen. Im Helfersystem haben die Jugendlichen durch die oft früh beginnende Heimkarriere viele Beziehungsabbrüche erlebt. Dass Jugendliche mit Intelligenminderung und Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen Probleme in der Beziehungsgestaltung haben, lässt sich durch den Theorieteil dieser Arbeit bestätigen (s. Kapitel 4.1.3). Es wurde herausgearbeitet, dass die Beziehungsstörung auf verschiedene Faktoren wie soziale Angst, nicht adäquates Erkennen von sozialen Situationen, unzureichende Einsicht in Notwendigkeit von Fremdbestimmung und nicht ohne weiteres nachvollziehbare emotionale Reaktionen zurückzuführen ist. Eine Beziehung einzugehen ist für diese Jugendlichen demnach mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Gleichzeitig haben sie aber auf der emotionalen Beziehungsebene erhebliche Defizite und zeigen aufgrund dessen ein grosses Bedürfnis nach verlässlichen Beziehungen. Sie fordern von den Betreuungspersonen der Buebenegg, ihnen Grenzen zu setzen, wodurch sich für sie eine Stabilität entwickelt. Dabei ist ein allzu autoritärer Umgang nicht hilfreich. Die Jugendlichen brauchen auch nach Fachliteratur ein Gegenüber, welches sie geschickt pädagogisch anleitet und klar Stellung bezieht, benötigen aber einen liebevollen Umgang.

Es gilt in der Sonderpädagogik der implizite Grundsatz, dass Erziehung ohne Beziehung nicht möglich ist. Um einen erfolgreichen Aufenthalt sicherzustellen, ist die Gestaltung einer konstanten, vertrauensvollen und therapeutisch wirksamen Beziehung nicht nur in der Psychotherapie sondern auch im Alltagsgeschehen wesentlich. Die Betreuungspersonen sollen und müssen mit den Jugendlichen in Beziehung treten, damit sie die Wirksamkeit ihres Angebotes erreichen. Es ist zentral, dass diese Beziehungsgestaltung im Rahmen der Professionalität stattfindet, damit sich die Beziehung verlässlich entwickeln kann.

Auch den Betreuungspersonen in der Buebenegg fällt es nicht immer leicht, sich auf eine Beziehung einzulassen. Dies hängt unter Anderem mit den Verhaltensauffälligkeiten und geäusserten Aggressionen der Jugendlichen zusammen. Relevant ist nach Senkel dabei aber, dass die Betreuungsperson bereit ist, die Funktion einer primären Bezugsperson zu erfüllen. Die Betreuungspersonen der Buebenegg zeigen diese Bereitschaft, in dem sie mit dem Jugendlichen auf der Beziehungsebene arbeiten und mit ihnen auch Konflikte austragen.

Durch die verschiedenen Funktionen, welche die psychiatrische Betreuungsperson auf der Buebenegg innehat, ergibt sich eine besondere Schwierigkeit, den Jugendlichen gegenüber eine eindeutige Rolle einzunehmen. Indem sie sich des Rollenkonfliktes bewusst ist und dieser den Jugendlichen gegenüber soweit als möglich offen legt, kann sie ihrer Rolle als Vertrauensperson dennoch gerecht werden.

Eine weitere Schwierigkeit stellt die zeitliche Begrenzung des Aufenthaltes der Jugendlichen in der Buebenegg dar. Aufgrund ihrer negativen Erfahrungen und des niedrigen Selbstwertes brauchen die Jugendlichen meist länger, sich auf eine Beziehung einzulassen. Es kann angenommen werden, dass es länger dauert, bis der Aufenthalt in der Buebenegg eine Wirksamkeitsstufe erreicht, in welcher sich der Jugendliche weiterentwickelt. Die Jugendlichen benötigen eine stabile Beziehung, welche sich nur über eine längere Zeit entwickeln kann, damit sie die für ihren Fortschritt nötige Stabilität erleben. Die Zeitbegrenzung wirft auch die Frage nach der Nachhaltigkeit des Betreuungsangebotes auf, denn manchmal scheint es so, als ob einige Jugendliche nach Austritt wieder in alte Verhaltensmuster zurückfallen. Dieser Aspekt müsste demnach genauer untersucht werden (s. Kapitel 8.1).

Auch die Thematik der Emotionalität der Jugendlichen nimmt eine schwierige Rolle in der Betreuung ein. Obschon diese individuell unterschiedlich ist, kann gesagt werden, dass die gezeigten Affekte der Jugendlichen in der Buebenegg oft aggressiv, stolz oder auflehnend sind. Auch in der Wahrnehmung des Helfersystems steht Aggressivität im Vordergrund. Anhand der Theorie bestätigt sich der Aspekt der aggressiven und aufbrausenden Emotionalität insofern, dass geistig behinderte Kinder und Jugendliche oft problematische primäre Beziehungen haben und es ihnen besonders schwer fällt, eine emotionale Konstanz zu entwickeln. Sie zeigen eine verminderte Frustrationstoleranz, eine hohe Reizbarkeit und eine grosse Verletzlichkeit. Es geht darum, die emotionalen Kompetenzen der Jugendli-

chen so zu entwickeln, dass sie ein Verständnis für das eigene Befinden und Erleben finden und so eine emotionale Differenzierung erfahren.

Im Theorieteil der Arbeit wurde aufgezeigt, dass geistig behinderte Menschen Belastungen oft hilflos gegenüber stehen, da ihnen kognitive Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen fehlen (s. Kapitel 3.2.4). Um der Belastung zu entgehen setzen die Jugendlichen der Buebenegg erlernte, dysfunktionale Muster zur Problem- und Konfliktlösung ein, wissen nicht, wie man auf zwischenmenschliche Meinungsverschiedenheiten anders als mit Drohung oder Aggression reagieren kann und suchen die Konfrontation. Die kognitiven und kommunikativen Defizite der Jugendlichen erschweren zusätzlich ihr Verständnis für soziale Situationen, die Lösung von Konflikten und hemmen die Entwicklung adaptiver Handlungsstrategien. In sozialen Situationen gerät der Jugendliche deshalb in Stress, reagiert ängstlich, abwehrend oder dysfunktional. Es zeigt sich in Prävalenzschätzungen, dass Aggressionen zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung zählen (s. Kapitel 3.4.2). Aggressives Verhalten steht auch immer in engem Zusammenhang mit emotionaler Verbindlichkeit und mit psychopathologischen Symptomen. Einige der Risikofaktoren wie niedrige Intelligenz, Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle, schulische Schwierigkeiten, Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung sowie ungünstige familiäre Faktoren treffen auch auf die Jugendlichen in der Buebengg zu. Die Betreuungspersonen sind demzufolge auch mit Aggressionen und Drohungen konfrontiert. Dort geht es als Betreuungsperson darum, Verständnis für den Jugendlichen zu haben, aber klar Grenzen zu setzen.

Konflikte entstehen nach Aussage aller Betreuungspersonen immer dann, wenn es um Grenzsetzungen und Anforderungen geht. Der Aspekt der Grenzsetzung darf nicht unterschätzt werden: Die Jugendlichen brauchen ebendiese für eine emotionale Entfaltung und Stabilisation. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld. Einerseits verlangt der Jungendliche nach Grenzgebung, andererseits entstehen dort Konflikte. Die Betreuungsperson muss dieses Spannungsfeld aushalten, in dem sie in Konfliktsituationen klar Stellung bezieht und so die Grenzen festlegt. Das Verhalten tritt weniger auf, je klarer, ruhiger und selbstsicherer die Betreuungsperson auftritt.

Geistige Behinderung sowie Verhaltensauffälligkeiten und auch psychische Störungen zeigen sich bei den Jugendlichen in vielfältiger Art und Weise. Diese Heterogenität stellt sich als Schwierigkeit für die Prozesse der Gruppendynamik heraus, da sie sich in unterschiedlichen Bedürfnissen, Problemen und Möglichkeiten zeigt. Die Jugendlichen brauchen aufgrund der Individualität in ihrer komplexen Problematik und ihren Schwierigkeiten, Verhalten zu steuern und zu kontrollieren besondere Massnahmen in der sonderpädagogischen Betreuung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von ausgebildetem Betreuungspersonal und einem spezialisierten, interdisziplinären Angebot, was in der Buebenegg durch die Beschäftigung von unausgebildeten Mitarbeitenden neben ausgebildeten Betreuungspersonen

nur teilweise gegeben ist. Das grosse Team hat neben den vielen Vorteilen (s. Kapitel 7.2.3) auch den Nachteil, dass der Jugendliche ausweichen und die Betreuungspersonen auch gegeneinander ausspielen kann.

Im Betreuungsteam wird unterschiedlich mit Konflikten und Drohungen umgegangen. Einige lassen sich nicht beeindrucken, versuchen im Konflikt ruhig und sachlich zu bleiben, gehen in die Metaebene. Anderen ist vor allem die Reflexion nach dem Konflikt wichtig. Eine Betreuungsperson betont dabei, dass es von ihrer Tagesform abhängt, wie sie mit dem Konflikt umgehen kann. Zudem sollte der Konflikt, die Drohung oder die Aggression nicht persönlich genommen werden. Die in der Theorie (s. Kapitel 4.3) nach Bradl genannten Strategien zum Umgang und zur Bewältigung von Aggression sind in der Buebenegg zumindest teilweise anzutreffen. Die professionelle Arbeitshaltung ist vorhanden, wobei nur die ausgebildeten Betreuungspersonen befragt wurden. Auch das bewusst machen subjektiver Einschätzungen und Anteile sowie der Versuch, durch Reflexion den Konflikt oder die Aggression zu verstehen, werden von den Betreuungspersonen als Bewältigungsstrategie genannt.

Es kann angenommen werden, dass Menschen mit Intelligenzminderung aufgrund ihrer Einschränkungen im Erleben und im Umgang von Konflikten einen erhöhten Psychotherapiebedarf haben. Durch die Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeit oder psychiatrischen Symptome, Beeinträchtigungen durch Mehrfachproblematik, soziale Faktoren, eingeschränkte Kommunikation und der fehlenden Einsicht des Patienten ist es nicht einfach, die psychiatrische Betreuung zu leisten. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, sollen multimodale und milieutherapeutische Interventionsstrategien angewendet werden. Therapien sollen auf die individuellen Fähigkeiten, Bedürfnisse und auf die Kontextbedingungen zugeschnitten sein und die wichtigsten Bezugspersonen mit einbeziehen. Die Buebenegg trägt der genannten Komplexität der Menschen mit geistiger Behinderung Rechnung, indem sie diese Ansätze zumindest teilweise verwirklicht.

In der psychiatrischen Betreuung erschweren die ungewöhnliche Konstellation in der Mehrfachproblematik der Jugendlichen und zusätzliche Einschränkungen die psychiatrische Exploration und Diagnostik. Dabei sind die konstitutionellen Probleme der Intelligenzminderung, ungewöhnliche Leistungsprofile, psychosoziale familiäre Beziehungen sowie die Verhaltensauffälligkeiten und untypische Symptomatik in den psychischen Störungen zu nennen.

Die Elternarbeit und der Einbezug des Systems werden sowohl in der Fachliteratur wie auch in der Praxis als der zentrale Aspekt für die Betreuungsarbeit gesehen. Dabei gestaltet sich diese nicht immer einfach und benötigt viele Ressourcen. Funktioniert der Einbezug der Eltern nicht, wird die Zusammenarbeit mit dem Jugendlichen schwierig. Somit ist nach Aussage der Betreuungspersonen in der Bubenegg der Erfolg in der Kooperation mit den

Eltern entscheidend für die Effektivität der Therapie und das Ergebnis des Aufenthaltes. Dieser Aspekt ist durch Studien belegt und im Theorieteil dieser Arbeit beleuchtet (s. Kapitel 4.5). Die Schwierigkeiten die sich in der Elternarbeit der Buebenegg zeigen sind vielfältig: Eigene Probleme (psychische Probleme, Elternteil mit geistiger Behinderung), Migrationshintergründe und ungenügende Motivation, sich in gewünschtem Masse an dem Prozess des Jugendlichen zu beteiligen.

Die Räumlichkeiten der Buebenegg bergen durch ihre Lage Mitten im Areal des Johanneums die Schwierigkeit, dass die Jugendlichen leicht abgelenkt sind. Zudem haben sie keine Möglichkeit, draussen zu arbeiten und herumzutoben, wie das von den Betreuungspersonen gewünscht wird.

7.2.2 Herausforderungen

Als eine Herausforderung gilt es, zu erfassen, um was es beim Jugendlichen geht: was er braucht, den Fokus darauf zu setzen und das auch umsetzen zu können. Dies ist durch die im vorhergehenden Kapitel genannten Schwierigkeiten in der Diagnostik und der komplexen Problematik der Jugendlichen teilweise erschwert.

Die Beziehungsgestaltung und das Herstellen eines für den Jungendlichen relevanten Beziehungskontextes zeigt sich als Herausforderung, da sich – wie in vorhergehendem Kapitel erläutert – erhebliche Schwierigkeiten im Beziehungsverhalten der Jugendlichen feststellen lassen. Für die Betreuungspersonen gilt zudem, die professionelle Beziehungsgestaltung (s. Kapitel 4.4) einzuhalten, welche die genannten Aspekte von Nähe- und Distanzregulierung, Wertschätzung, Empathie und Kongruenz beinhalten soll.

Das dissoziale Verhalten und Agieren steht bei diesen Jugendlichen im Vordergrund und stellt eine grosse Herausforderung für das interdisziplinäre Team dar. Die Jugendlichen sollen eine adäquate und funktionale Konfliktbewältigung lernen. Dabei ist die Buebenegg als Kriseninterventionsgruppe gefordert, indem die Betreuungspersonen die Konflikte mit den Jugendlichen austragen, dies aber gewaltfrei und professionell tun. Es geht für den Jugendlichen darum, in Konflikten Eigenverantwortung zu übernehmen, nicht in die Opferrolle zu rutschen und nicht zu externalisieren. Des Weiteren soll die Emotionalität der Jugendlichen eine gewisse Differenzierung erfahren können.

Zudem geht es darum, mit Grenzverletzungen umzugehen, die Jugendlichen an eine realistische Einschätzung ihres Verhaltens heranzuführen, den Mangel an bisheriger erzieherischer Struktur aufzuholen, sie mit Schwierigkeiten des Zusammenlebens zu konfrontieren und so eine Veränderungsmotivation zu erreichen. Dabei kann nicht so sehr mit intellektuellen Mitteln gearbeitet werden. Es geht gemäss Hennicke darum, im richtigen Moment die richtige pädagogische Möglichkeit, Methode oder Technik unter Berücksichtigung von individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen anzuwenden. Beispielsweise lässt sich

sagen, dass die Stärken- und Bedürfnisorientierung nicht immer leicht umsetzbar ist, da es den Therapeuten von den Klienten schwer gemacht werden kann, Ressourcen zu aktivieren. Zudem muss eine Ressourcenaktivierung zu einem sehr wesentlichen Teil im impliziten Funktionsmodus verwirklicht werden, was unkonventionelle Aktivitäten oder Mittel (wie z.B. Humor) im Rahmen einer Psychotherapie notwendig machen kann. Ferner muss beachtet werden, dass gerade Personen, die über ein geringes Ressourcenrepertoire verfügen, häufig ein hohes Inkongruenzniveau haben. Es soll deshalb eine Kontinuität in der Ressourcenaktivierung vorhanden sein. Nur so kann die Ressourcenorientierung die gewünschte Förderung der intrinsischen Motivation zur Folge haben.

Im Umfeld des Jugendlichen muss das Bewusstsein geschaffen werden, dass eine Zusammenarbeit unabdingbar ist. Dabei geht es bei der Arbeit mit den Eltern darum, eine Akzeptanz des Angebotes aufzubauen, damit der Jugendliche sich darauf einlassen kann. Die Buebenegg setzt diese Aspekte gut um.

Wie bei den Schwierigkeiten erwähnt, gibt die Teamgrösse den Jugendlichen die Möglichkeit, die Betreuungspersonen gegeneinander auszuspielen. Die Herausforderung dabei ist, immer präsent zu sein und den Überblick zu behalten. Dass erfordert viele Absprachen im Betreuungsteam. Ob diese in der Buebenegg erfolgen, wurde durch die Befragung nicht oder nur ungenügend erfasst. Es kann aber angenommen werden, dass durch die regelmässig stattfindenden Teamsitzungen im multiprofessionellen Team eine gute Kommunikationsbasis vorhanden ist.

7.2.3 Möglichkeiten

Durch das klare Konzept, welches eine eindeutige Auftragsklärung und ein Aufnahmevertrag vorsieht, sind die Aufnahme- und Ausschlusskriterien und somit die Möglichkeiten und Grenzen der Wohnschulgruppe Buebenegg klar definiert.

Da die Jugendlichen aufgrund des grossen Teams zumeist wählen können, mit wem sie in Beziehung treten, kann angenommen werden, dass eine tragfähigere Beziehung entsteht, da diese wenigstens in einem gewissen Rahmen durch Freiwilligkeit geprägt ist. Das starke Bedürfnis bei den Jugendlichen, eine Beziehung einzugehen, kann dabei als Ressource genutzt werden. Gelingt dies, und der Jugendliche kann sich auf eine Beziehung einlassen, gehen die Entwicklungsschritte am schnellsten vorwärts. Die Ressourcenaktivierung der Jugendlichen durch die impliziten Funktionsmodi der Betreuungspersonen trägt auch einen Teil dazu bei. Es gilt, ihre Ressourcen zu erkennen, diese aufzubauen, und so den Selbstwert zu fördern. In welchen Bereichen die Jugendlichen ihre Stärken haben, ist individuell unterschiedlich. Allgemeine Stärken liegen bei den Jugendlichen in der Arbeitsmotivation, in der Lebendigkeit, im Humor und in der Entwicklungsfähigkeit. Diese Ressourcen motivieren das Betreuungsteam, die Jugendlichen in ihrer Entwicklung zusätzlich zu unterstüt-

zen, damit sie ein positives Selbstbild und einen stabilen Selbstwert aufbauen können.

Dabei hilft die Erlebnispädagogik, mit welcher die Jugendlichen durch Grenzerfahrungen ihre Handlungsmöglichkeiten erweitern und die eigene Wirksamkeit erleben. Die darauf folgende Reflexion zeigt ihnen Stärken auf und hilft so den Selbstwert zu erhöhen. Auch der Stufenplan ist ein gutes Hilfsmittel, anhand der alltagspraktischen Bewältigung von Anforderungen ein realistischeres Selbstbild der Jugendlichen aufzubauen. Des Weiteren unterstützt die lösungs-, ressourcen-, und systemorientierte Grundhaltung als Grundpfeiler der Betreuungsarbeit in der Buebenegg diese Prozesse bei den Jugendlichen. Das Ziel ist nach Hennicke, durch positive Lernerfahrungen den Selbstwert zu stärken, Copingstrategien zu fördern, das Zutrauen in die eigenen Ressourcen zu fördern sowie die Erfahrung der Selbstwirksamkeit zu machen.

Viele Konflikte können gut aufgefangen werden, da immer zwei Personen anwesend sind. Der Betreuungsschlüssel wirkt sich in dem Sinne auch positiv auf die Jugendlichen aus. Zudem hat es eine Entspannung gegeben, seit die Gruppe nicht mehr geschlossen ist. Die Betreuungspersonen müssen sich nicht mehr gegen einen Jugendlichen stellen, der die Gruppe verlassen will, und können so deeskalierend und ohne Gewaltanwendung arbeiten. Je klarer das Betreuungsteam auftritt, desto einfacher wird es, mit Konflikten umzugehen. Denn Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen verlangen nach einer klaren, selbstsicheren und eindeutigen Intervention. Dabei hilft die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche auf der Buebenegg als durchgehend wertvoll und positiv betrachtet wird. Durch die gegenseitige Unterstützung und funktionierende Zusammenarbeit der Teammitglieder wird die Interdisziplinarität als Ressource genutzt. Zudem kann dank dem interdisziplinären Team gut reflektiert werden und das gesamte Team zieht so an einem Strick. Die sonderpädagogischen Betreuungspersonen empfinden die Zusammenarbeit mit der konsiliarisch arbeitenden Psychiaterin als besonders hilfreich, da sie ins Helfersystem integriert ist. Sie leistet Übersetzungsarbeit zwischen Jugendlichen und sonderpädagogischen Team und gibt psychiatrische Inputs. Durch die von ihr angepasste oder verschriebene Medikation kann eine gewisse Stabilisierung der Jugendlichen herbeigeführt werden.

Der enge Betreuungsschlüssel bietet dem Team der Buebenegg die Möglichkeit, ein wenig mehr Zeit in die Betreuung der Jugendlichen zu investieren und diese so intensiver zu gestalten als auf anderen Gruppen. Die Jugendlichen die viel Zeit brauchen, erhalten so eher die Chance, eine positive Entwicklung zu durchlaufen. Aufgrund dessen können auch die Eltern bei einer gelungenen Zusammenarbeit gut in den Betreuungsprozess eingebunden werden. Dies stellt sich als Ressource dar, da die Kooperation und gelungene Zusammenarbeit mit dem System die Entwicklungsmöglichkeiten des Jugendlichen erhöhen.

Im Allgemeinen stellt die Beziehungs- und Ressourcenorientierung des Betreuungsteams für die Jugendlichen die Basis für die weitere Entwicklung dar, da sich so ihr Selbstwert

aufbaut. Ohne Zweifel kommt dieser Ansatz Menschen mit Intelligenzminderung sehr entgegen, da dieser pragmatisch ausgerichtet und leichter zugänglich ist als eine Therapieform, welche auf Klärung, Einsicht und Selbstreflexion beruht.

7.3 Fazit

In der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen ergeben sich spezielle Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten.

Den Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung, in der Emotionalität sowie im Konfliktverhalten der Jugendlichen treten die Betreuungspersonen mit ihre professionelle Arbeitshaltung entgegen, durch welche es ihnen möglich ist, die nötige Beziehungsbereitschaft und den Umgang mit Konflikten zu zeigen. Die Ressourcenorientierung, die Alltagsarbeit sowie die Erlebnispädagogik helfen den Jugendlichen, durch Erleben der Selbstwirksamkeit ihren Selbstwert aufzubauen und bietet den Jugendlichen so die nötige Entwicklungsmöglichkeit.

Mit den Schwierigkeiten, die sich in der Elternarbeit und dem Einbezug des Systems zeigen, geht die Buebenegg angemessen um. Einerseits sind die Bezugspersonen durch die klaren Bestimmungen des Konzeptes und den Aufnahmevertrag angehalten, mitzuarbeiten, andererseits bemüht sich das Betreuungsteam in authentischer und ehrlich interessierten Art um die Eltern und bringt ihnen so Wertschätzung entgegen. Es kann angenommen werden, dass die Elternarbeit meistens funktioniert.

Bei der genannten Personengruppe liegt ein Fokus auf der interdisziplinären, integrativen Zusammenarbeit, welche nötig ist, um eine ganzheitliche Sicht herzustellen und der Schwierigkeit, welche in der komplexen Problematik der Jugendlichen liegt, gerecht zu werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Buebenegg ist mustergültig: Ein multiprofessionelles Team betreut die Jugendlichen auf einer professionellen Ebene, die durch persönliches Engagement gestützt ist. Dabei ist aufgrund der komplexen Problematik und den hohen Anforderungen, welche diese Jugendlichen an das Helfernetz stellen, eine Spezialisierung und Ausbildung der Betreuungspersonen unumgänglich. Hier ist in der Buebenegg noch Entwicklungsbedarf angezeigt.

Bezüglich des Zeitaspektes in der Betreuung wäre auf der Buebenegg noch ein grösserer individueller Spielraum für die Platzierungszeit der Jugendlichen erforderlich, damit das Angebot, die Betreuung und die Therapie der Wohnschulgruppe erfolgreich sein kann.

Insgesamt kann gesagt werden, dass sich die Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten, welche sich in der Betreuung der Buebenegg ergeben, nur in einigen Bereichen von den in der Literatur vorgefundenen Themenbereichen unterscheiden. Dies ist vor

allem dort der Fall – beispielsweise in der Schwierigkeit der Räumlichkeiten sowie in der Rollendefinition der psychiatrischen Betreuungsperson – wo sich die Buebenegg von anderen Angeboten unterscheidet.

Aufgrund der Fragestellung kann die Hypothese formuliert werden, dass die Buebenegg den Jugendlichen ein entwicklungsfreundliches, stabiles und kontinuierliches Milieu bietet, in welchem sie sich entwickeln können und so eine Chance erhalten, ihr Leben in Zukunft im Rahmen ihrer Möglichkeiten weitgehend selbstverantwortlich, selbstständig und selbstbestimmt zu führen.

8 KRITISCHE BETRACHTUNG DER METHODE

Um die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Personen sowie deren Umfeld erfassen zu können, hätten die Jugendlichen sowie Eltern, Beistände und Betreuungspersonen befragt werden müssen. Wie bereits in Kapitel 2 erklärt, konnte diese ursprünglich vorgesehene Zufriedenheitsbefragung aufgrund erhöhter Anforderungen der Ethikkommission und des erforderten Zeitbedarfs nicht durchgeführt werden. Dies hatte zur Folge, dass drei Monate an Recherchezeit und Vorarbeit nicht verwendet werden konnten und die Fragestellung relativ kurzfristig einer Änderung unterzogen werden musste. Durch die Wahl einer Fragestellung im ähnlichen Bereich, sozusagen einer Zwischenuntersuchung, konnte die in der Theorie erarbeiteten Ergebnisse teilweise weiterverwendet werden.

In der Analyse der Theorie waren entwicklungspsychologische Aspekte aus Platzgründen und wegen des eigentlichen Fokus auf der Betreuungsarbeit nicht miteinbezogen worden. Diese sind jedoch für das psychologische Verständnis der Jugendlichen mit Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen zentral und hätten aufgrund dessen im Mindestmass einfliessen sollen. Der eher grosse Theorieanteil der vorliegenden Arbeit ist der theoriegeleiteten Fragestellung zuzuschreiben.

Die Stichprobe setzte sich aus den ausgebildeten Personen des Betreuungsteams der Buebenegg zusammen, musste aufgrund des spezifisch auf die Buebenegg ausgerichteten Forschungsgegenstands nicht exemplarisch und generalisierbar sein und war daher nicht an das Kriterium der Repräsentativität gebunden. Es kann kritisch angemerkt werden, dass die erhobenen Daten zu der psychiatrischen Betreuung nur auf den Aussagen einer Person beruhen. Diese ist jedoch die wichtigste Person aus dem psychiatrischen Kontext für die Wohnschulgruppe Buebenegg. Einzig der Kinder- und Jugendpsychologe des Johanneums hätte in der Befragung zusätzlich berücksichtigt werden können, um ein breiteres Spektrum an Ergebnissen zu erzielen. Dies kann im Nachhinein als Kritikpunkt angebracht werden.

Als Erhebungstechnik wurde ein halbstrukturiertes, problemzentriertes Leitfadeninterview gewählt. Diese Methode bietet sich bei stärker theoriegeleiteter Forschung mit einer spezifischen Fragestellung an und war deswegen für vorliegende Arbeit geeignet. Die Durchfüh-

rung der Interviews wurde den Kriterien des problemzentrierten halbstrukturierten Leitfadeninterviews gerecht. Das Problemfeld wurde eingehend analysiert und auf der Analyse beruhend wurde ein Leitfaden konstruiert. Nach einem Pretest wurde der Leitfaden im Sinne einer Evaluationsschlaufe angepasst, anschliessend mithilfe des Leitfadens durchgeführt und währenddessen digital aufgezeichnet. Für die Durchführung wurde ein ungestörter Raum in der Buebenegg gewählt, was im Nachhinein als durchaus kritisch betrachtet werden kann, da ein Einfluss auf die Ehrlichkeit und Offenheit der Befragten Personen durch den Angestelltenstatus in der Institution nicht vollends ausgeschlossen werden kann. Ein neutraler Durchführungsort wäre zu bevorzugen gewesen. Beim Interview mit der psychiatrischen Betreuungsperson hätte mehr Zeit eingerechnet werden müssen, da einige relevante Aspekte – beispielsweise Psychopharmakologie – nicht oder nur am Rande angesprochen werden konnten.

Für die Auswertung der Daten wurde nach der qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring vorgegangen. Den sechs allgemeinen Gütekriterien (s. Kapitel 5.3.1) für die qualitative Forschung nach Mayring wurde nach Möglichkeit Rechnung getragen, um der Untersuchung die nötige Qualität zuzusichern. Dabei wurde durch Verfahrensdokumentation, welche die Kategorisierung der Interviews (s. 7. Anhang, S. 82) sowie die Aufbewahrung der Transkripte beinhaltet, sichergestellt, dass der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar ist. Die argumentativen Interpretationsabsicherung wurde nach Möglichkeit mit einbezogen und die Regelgeleitetheit durch die Disposition sowie dem Design zugrunde liegender Verfahrensregeln eingehalten. Der Nähe zum Gegenstand wurde Rechnung getragen, indem die für die Forschungsfrage relevanten, praxisnahen Personen befragt wurden. Die Kommunikative Validierung wurde durch das Gegenlesen einzelner Passagen von der psychiatrischen Betreuungsperson im Mindestmass integriert. Einzig die Triangulation wurde bezüglich der Gütekriterien nicht erfüllt.

Bezüglich der Fragestellung lässt sich als kritischer Aspekt die inhaltliche Nähe von Schwierigkeiten und Herausforderungen aufzählen, wodurch nicht immer eine eindeutige Zuordnung der Interviewinhalte zu den jeweiligen Diskussionspunkten möglich war.

8.1 Ausblick

Obwohl in den letzten Jahren durch intensivere Forschungen sowie mehr Veröffentlichungen das Interesse am Gebiet der geistig behinderten Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen erheblich zugenommen hat, liegt noch immer ein erhebliches Forschungsdefizit vor. Dies hat zur Folge, dass weiterhin nur ungenaue Zahlen oder schwankende Angaben mit erheblicher Spannweite zu Prävalenz und Epidemiologie sowohl von psychischen Störungen wie auch Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung vorliegen. Auch in der Psychotherapieforschung gilt es, höhere An-

strengungen für weitere wissenschaftliche Studien zu unternehmen, damit sich für die Praxis relevante Aspekte durch wissenschaftlich fundierte Daten beurteilen und falls nötig verändern lassen. Es sind dringend weitere Bemühungen zu unternehmen, um die Angaben und Annahmen über diese Personengruppe statistisch und empirisch zu untermauern.

Auf versorgungspolitischer Ebene müssen vermehrt Anstrengungen unternommen werden, spezialisierte Angebote und ein differenziertes Hilfesystem aufzubauen, welches den individuellen, komplexen Problematiken dieser Menschen gerecht wird und so eine adäquate Unterstützung in jedem einzelnen Fall bieten kann.

Der Bereich der Aus- und Weiterbildung im Helfernetz und Betreuungssystem der Personengruppe Menschen mit geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen braucht eine weitere Spezialisierung, um die Betreuungspersonen vor Überforderung zu schützen und handlungsfähiger zu machen.

Vorliegende Arbeit kann als Fortsetzung- und Vertiefungsforschung der Bedarfsstudie für Betreuungsplätze von Kooreman Fitze (2009) angeschaut werden. Für eine weitere Forschungsarbeit, welche den ursprünglich vorgesehenen Untersuchungsplan durchführt, wäre die Grundlage in Form von Theoriematerial geschaffen. Den zu untersuchenden Aspekt der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit des Aufenthaltes in der Buebenegg, der Zufriedenheit beim Jugendlichen und dessen Umfeld sowie der Erfolgsbilanz der jeweiligen Nachfolgelösungen wäre spannend, praxisnah und würde einen Beitrag zu den dringend benötigten weiteren Forschungsdaten liefern.

9 ABSTRACT

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, inwiefern sich in der psychiatrischen und sonderpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen spezielle Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten ergeben. Dabei fokussiert die Untersuchung auf die Wohnschulgruppe Buebenegg im Johanneum.

Der Arbeit lag die qualitative Evaluation als Untersuchungsdesign zugrunde. Die Stichprobe setzte sich aus fünf ausgebildeten Betreuungspersonen zusammen, welche mit einem problemzentrierten, leitfadengeleiteten Interview befragt wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels der qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse.

Dabei wurde aufgezeigt, dass sich in der Betreuung der Personengruppe spezielle Schwierigkeiten sowie Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung, der Emotionalität mit vordergründiger Aggression, im oft dysfunktionalen Konfliktverhalten der Jungendlichen, der Heterogenität der Personengruppe sowie im Einbezug des Systems, Räumlichkeiten der Buebenegg und in der beschränkten Zeit des Aufenthaltes ergeben. Möglichkeiten sind in der besondern Ressourcen- und Beziehungsorientierung, der systemischen Grundhaltung, dem hohen Betreuungsschlüssel und der mustergültigen interdisziplinären Zusammenarbeit in der Buebenegg vorzufinden.

Diese Ergebnisse lassen sich durch die Fachliteratur bestätigen und es kann angenommen werden, dass die Buebenegg den Jugendlichen ein entwicklungsfreundliches, stabiles und angemessenes Umfeld für ihre Problematik bietet.

10 LITERATURVERZEICHNIS

Beck, N., Hemminger, U. & Warnke, A. (2008). Kooperation mit den Eltern. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius, & Chr. Klicpera, (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 931-949). Göttingen: Hogrefe.

Bergius, R. (2004a). Selbstbild. In H.O. Häcker & K-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 847). Bern: Verlag Hans Huber.

Bergius, R. (2004b). Selbstwertgefühl. In H.O. Häcker & K-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 851). Bern: Verlag Hans Huber.

Bradl, Chr. (1999). Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Herausforderung für die Behindertenhilfe. In D. Petry & C. Bradl (Hrsg.), *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe* (S. 31-54). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bradl, Chr. (2003). Umgang mit Aggressionen in Wohngruppen. In M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), *«...und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt». Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung* (S.37-65). Luzern: SZH-CSPS Edition.

Brechenmacher, J. & Amann, R. (2007). Psychiatrische Pflege bei Menschen mit Intelligenzminderung. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 248-253). Stuttgart: Schattauer.

Bundschuh, K. (2008). *Heilpädagogische Psychologie* (4. Aufl.). München: Reinhardt.

Deb, S. & Fraser, W. (1994). The Use of Psychotropic Medication in People with Learning Disability: Towards Reational Prescribing. *Human Psychopharmacology,* 9, 259-272.

Dykens, E. (1995). Measuring behavioral phenotypes: Provocations from the „New Genetics". *American Journal of Mental Retardation.* 99, 522-532.

Dykens, E. (2000). Psychopathology in children with intellectual disabilites. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 41, 407-417.

Emerson, E. & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Britisch Journal of Psychiatry.* 191, 493-499.

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Disabilities.* Cambride: Cambridge University Press.

Fengler, J. (2003). Beratung von Mitarbeitern in Einrichtungen für geistig Behinderte Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 452-475). Göttingen: Hogrefe.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.* Stuttgart: Klett–Cotta

Fritschi, C., Cantieni, C., Giger, S, Camenisch, B. & Erb, S. (2010). *Konzept Sonderschulheim. Teilkonzept Wohnschulgruppe Buebenegg* (4. Überarbeitung). Neu. St. Johann. o.V.

Gaese, F. (2007). Intelligenzminderung (F7). In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S.131-145). Stuttgart: Schattauer.

Giger, S., Camenisch, B. & Fritschi, C. (2008). *Wohnschulgruppe Buebenegg*. Neu St. Johann. o.V.

Hennicke, K. (1993). Systems Therapy for Persons with Mental Retardation. In R.J. Fletcher & A. Dosen (eds.), *Mental health Aspects of Mental Retardation. Progress in Assessment and Treatment* (S. 402 – 417). New York: Lexington Books.

Hennicke, K. (2001). Aggressive Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung. In K. Hennicke (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung?* (2. Aufl., S. 287-304). Bad Heilbrunn: Klinikhardt.

Hennicke, K. (2003). Psychische Störungen und aggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. In M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), *«...und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt». Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 67-84). Luzern: SZH-CSPS Edition.

Hennicke, K. (2005). Psychiatrische Diagnostik. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 349-383). Göttingen: Hogrefe.

Hennicke, K. (2007). Zur Einführung: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In K. Hennicke (Hrsg.), V*erhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten der Prävention* (S. 4-7). Materialien der DGSGB, 15. Berlin.

Hennicke, K. (2008). Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland – Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 36, 127-134.

Hennicke, K., Buscher, M., Hässler, F. & Roosen-Runge, G. (2009). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hillenbrand, C. (2008). Begriffe und Theorien im Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung – Versuch einer Standortbestimmung. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & Chr. Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 5-24). Göttingen: Hogrefe.

Hollenstein, S. (2009). Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörung und Autismus – Störungsbilder und Diagnose bei Menschen mit Intelligenzminderung. Unveröff. Seminararbeit, ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften), angewandte Psychologie. o.V.

Irblich, D. (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 312-388). Göttingen: Hogrefe.

Kittmann, N. (2007). Bedeutung pädagogischer Arbeit. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 243-247). Stuttgart: Schattauer.

Klicpera, Chr. & Gasteiger-Klicpera, B. (2008). Der Zusammenhang zwischen kognitiver und sozial-emotionalen Entwicklungen. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius, & Chr. Klicpera, (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 931-949). Göttingen: Hogrefe.

Kooreman Fitze, A. (2009). *Was brauchen leicht geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen? Eine qualitative und quantitative Untersuchung über Hilfsangebote im Kanton St. Gallen.* Unveröff. Bachelorarbeit, ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften), angewandte Psychologie. o.V.

Lingg, A. & Theunissen, G. (2008). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus – Verlag.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997). Die Bedeutung der Familienbeziehung für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 46, 371-392.

Mattejat, F. (1997). Familientherapie. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter.* Stuttgart: Thieme.

Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Ph. (2008a). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Ph. (2008b). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), .). *Qualitative Forschung* (6. Aufl., S. 468-475). Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Meuser, M. (2003). Inhaltsanalyse. In R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung.* Opladen: Leske + Budrich.

Möller, H.J., Laux, G & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.) Stuttgart: Thieme.

Mühle, G. (2004). Sonderpädagogik. In H.O. Häcker & K-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 873). Bern: Verlag Hans Huber.

Mutzeck, W. (2004). Verhaltensstörung. In H.O. Häcker & K-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 1006-1007). Bern: Verlag Hans Huber.

Myschker, N. (2005). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (5. Aufl.). Kolhammer, Stuttgart.

Nolting, H.P. (2008). *Lernfall Aggression wie sie entsteht - wie sie zu vermindern ist Hans-Peter Nolting eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Petry, D. (1999). Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe. In D. Petry & C. Bradl (Hrsg.), *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe* (S. 14-30). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Pixa-Kettner, U. & Loth-Rambaldi, W. (2003). Unterstützung von Familien mit behinderten Angehörigen. In D. Irblich & B. Stahl (2003), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 415-451). Göttingen: Hogrefe.

Quaschner, K. & Mattejat, F. (1989). Kooperation und Behandlungsabbruch: Eine Untersuchung zum Verlauf von Therapien bei Kindern mit Enuresis. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie,* 17, 119-124.

Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Ritsert, J. (1972). *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung.* Frankfurt a.M.. o.V.

Sarimski, K. & Steinhausen, H.C. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung.* Bern: Hogrefe.

Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen.* Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. (2008). Geistige Behinderung und Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung. In N. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & Chr. Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 365-378). Göttingen: Hogrefe.

Schanze, Chr. (2007a). Intelligenzminderung und psychische Störung – Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 15-24). Stuttgart: Schattauer.

Schanze, Chr. (2007b). Diagnostik und Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 145-157). Stuttgart: Schattauer.

Schanze, Chr. (2007c). Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 183-197). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt, H. (2007). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 25-29). Stuttgart: Schattauer.

Schumacher, K. (2007). Psychiatrische Institutsambulanz für Menschen mit geistiger Behinderung am Bezirkskrankenhaus München-Haar. In G. Dieckmann & G. Haas (Hrsg), *Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten* (S. 65-82). Stuttgart: W. Kollhammer.

Seidel, M. (2007). Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In Chr. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 5-12). Stuttgart: Schattauer.

Senckel, B. (2003). Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich & B. Stahl (2003), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 71-147). Göttingen: Hogrefe.

Senckel, B. (2006). *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung* (3. Aufl.). München: C.H.Beck.

Sovner, R. (1986). Limiting factors in using DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacol Bull,* 22, 1055-9.

Sturmey, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. In N. Bouras (ed.), *Psychiatric and Behavioural Disoders in Developmental Disability and Mental Retardation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Theunissen, G. (2005). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (4. Aufl.). Regensburg: Klinkhartdt.

Theunissen, G. (2006). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.). *Pädagogik bei geistigen Behinderungen.* (S. 187-198). Kolhammer, Stuttgart.

Theunissen, G. (2007). Verhaltensauffälligkeiten aus pädagogischer Sicht. In K. Hennicke, (Hrsg.), V*erhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten der Prävention* (S. 8-20). Materialien der DGSGB, 15. Berlin.

WHO/Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.), (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation* (6. Aufl.). Bern: Huber.

Wüllenweber, E. (2001). Verhaltensprobleme als Bewältigungsstrategie. In G. Theunissen (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten- Ausdruck von Selbstbestimmung?* (S. 89-103). Bad Heilbrunn.

Internetquellen

http://www.dgsgb.de/index.php?section=Materialien, Stand 04.05.2010

http://www.johanneum.ch/desktopdefault.aspx/tabid-89/, Stand 04.05.2010

ANHANG

1. Anhang: Prävalenzen psychischer Störungen

Emerson und Hatton (2007, S 493) haben folgende Resultate in einer der grössten Studien über Prävalenzraten von psychischen Störungen bei geistig behinderten Menschen eruiert:

> „Prevalence of psychiatric disorders was 36% among children with intellectual disability and 8% among children without (OR=6.5) Children with intellectual disability accounted for 14% of all Britisch children with a diagnosable psychiatric disorder. Increase prevalence was particularly marked for autistic spectrum disorder (OR=33.4), hyperkinesis (OR=8.4) and conduct disorders (OR=5.7). Cumulative risk of exposure to social disadvantage was associated with increased prevalence."

Die Resultate im Überblick:

Psychische Störung	**Prävalenz in % bei Kindern mit Intelligenzminderung**	**Prävalenz in % bei normalintelligenten Kindern**	**Odds ratio**
Emotionale Störung	9.5	4.1	2.4
Angststörung	8.7	3.6	2.5
Depression	1.5	0.9	1.7
Störung des Sozialverhaltens	25	4.2	7.6
Hyperaktivität	8.7	0.9	10
tiefgreifende Entwicklungsstörung	7.6	0.1	74.7
Tic-Störung	0.8	0.0	15.3
Essstörung	0.4	0.1	3.5

Tabelle 3: Punktprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Intelligenzminderung (Emerson & Hatton, 2007, S. 495. Übersetzung der Verfasserin).

2. Anhang: Ätiologie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Biologische Faktoren
• genetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität • Funktionsstörungen des Gehirns • Epilepsie • erschwerte Interaktion mit der Umwelt infolge von Störungen der Motorik, Sensorik und Sprache
Psychologische Faktoren
• beeinträchtigte Intelligenz und aller damit zusammenhängender neuropsychologischer Funktionen (Adaptabilität) • beeinträchtigte oder erlernte dysfunktionale Problemlösungsstrategien • unreife Abwehrmechanismen in Konflikten und unter Belastungen • erlernte dysfunktionale oder ungewöhnliche Copingstrategien • entwicklungshemmende Bindungsstile, Kollusionen und Symbiosen mit Bezugspersonen • Schwierigkeit, eine Identität zu entwickeln • Schwierigkeiten, erfüllende Beziehungen einzugehen
Soziale Faktoren
• über- oder unterforderndes Milieu, Mangel an geeigneter sozialer Herausforderung oder Unterstützung durch andere, Überbetonung von Förderprogrammen („Förderterror“) zu Lasten von individueller Stabilität und Identität, hohe Misserfolgs- und Katastrophenerwartung der Eltern und Erzieher („self-fulfilling Prophecy“) • Mangel angemessener kommunikativer Strategien und spezifischer Kenntnisse über individuelle kommunikative Besonderheiten im Umfeld • Modelllernen in Gruppen mit nur behinderten KameradInnen • primäre und sekundär-reaktive psychosoziale Probleme der Bezugspersonen, dysfunktionale Familienstrukturen • fehlende Integration in der Gesellschaft, Stigmatisierung und Diskriminierung oder „Pseudointegration“ unter Leugnung spezifischer Assistenznotwendigkeiten • seelische, körperliche und/oder sexuelle Misshandlung • soziale und psychische Isolation • Verlust allgemeingültiger Werte und Normen infolge von Diskriminierung oder Gratifikation von „Behinderung“ • Probleme, eine Arbeit oder Beschäftigung zu finden

Tabelle 4: Spezielle zusätzliche Risiken für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Deb et al., 2001; Sarimski, 2007)

3. Anhang: Diagnosen der Jugendlichen in der Buebenegg

m	**Klinische Diagnose**	
	Schwerwiegende emotionale und soziale Verhaltensstörung vor dem Hintergrund frühkindlicher Vernachlässigung, reaktiver Bindungsstörung und vermuteter sexueller Ausbeutung im therapeutischen Rahmen. Eine zusätzliche konstitutionelle Komponente im Sinne einer ADHS sowie einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen dürfte die schwerwiegenden Fehlentwicklungen mit begünstigt haben. Verdacht auf beginnende Persönlichkeitsentwicklungsstörung.	
	Diagnose nach ICD-10/MAS	
	I	F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
		F93.8 emotionale, Identitäts- und Selbstwertstörung
		F98.1 nicht organische Enkoprese
	II	F82. umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
	III	Intelligenz im unteren Durchschnittsbereich vermutet (externer Test versuch)
	IV	Fehlstellung der Kniegelenke (femorale Antetorsion). Verrucae vulga res an beiden Händen
	V	1.9. nicht näher bezeichnete abnorme intrafamiliäre Beziehungen
		5.0 Erziehung in einer Istitution
		6.4 sexueller Missbrauch (verdacht)
	VI	5 ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigungen
w	**Klinische Diagnose**	
	Emotional sehr instabile, durch oppositionelles, stark sexualisiertes Verhältnis, teilweise intrigierendes sehr anhängliches und verletzbares Verhalten imponierende, intellektuell und emotional retardierte Jugendliche. Verdacht auf beginnende Persönlichkeitsentwicklungsstörung vor dem Hintergrund schwerster frühkindlicher Deprivation und wahrscheinlich Misshandlung sowie einer Adoptivsituation.	
	Diagnose nach ICD-10/MAS	
	I	F92.8 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
	II	F82 (Status nach) umschriebener Entwicklungsstörung motorischer Funktionen.
	III	niedrige Intelligenz (4)
	IV	keine körperlichen Erkrankungen berichtet
	V	2.2 Behinderung eines Geschwisters
		3 verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
		5.1 Adoption
		9.0 störungsbedingte institutionelle Erziehung
	VI	5 ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigungen
m	**Diagnose nach ICD-10/MAS**	
	I	F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
		F41.2 gemischte Angst- und depressive Störung
		F60.31 DD emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline- Typus
		F31.6 sich entwickelnde bipolar affektive Störung
	II	keine Diagnose gestellt
	III	durchschnittliche Intelligenz (anamnestische testpsychologische Abklä rung)
	IV	keine Diagnose
	V	5.1 abweichende Elternsituation
		Erziehung in einer Institution
	VI	5 ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigungen in den meis ten Bereichen
m	**Klinische Diagnose**	
	Dissoziale Entwicklung vor dem Hintergrund einer Lernbehinderung und, relativ dazu, einer ausgeprägten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche sowie einer Selbstwert- und Identitätsproblematik. Verminderte erzieherische Durchsetzungsfähigkeit bei den KE, im Zusammenhang mit ihrer Verunsicherung über die kognitiven Beeinträchtigungen sowie im Zusammenhang mit einer transgenerationalen Ablösungsproblematik.	

	Diagnose nach ICD-10/MAS
	I F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens II keine Diagnose gestellt III niedrige Intelligenz (IQ um 70, extern getestet) IV keine körperlichen Erkrankungen V 4.0 elterliche Überfürsorge 4.2. unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung. VI 5 ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigungen in den meisten Bereichen (bei Ein tritt) 3 ernsthafte soziale Beeinträchtigung in ein oder zwei Bereichen (bei Austritt)
m	**Klinische Diagnose**
	Der Jugendliche ist in seiner Kontaktgestaltung – sowohl was die Einschätzung sozialer Situation als auch die Regulierung seiner Affekte betrifft – erheblich eingeschränkt. Von einer Bindungsstörung mit Enthemmung ist auszugehen. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit an der Grenze zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung mit Störung der rezeptiven und der expressiven Sprache. Zusätzlich zeigt er ein hyperkinetisches Störungsbild mit stark beeinträchtiger Aufmerksamkeitsleistung auch im Verhältnis zu seinen eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Die früher diagnostizierte leichte Cerebralparese dürfte heute nur noch von geringgradiger Bedeutung sein.
	Diagnose nach ICD-10/MAS
	I F94.2 Bindungsstörung des Bindungsalters mit Enthemmung F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens II F80.2 rezeptive Sprachstörung verbunden mit einer erheblichen Artikulationsstörung F82 Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen III niedrige Intelligenz (4) testpsychologisch erfasst IV Hyperopie; schwere Konvergenzinsuffizierung V 2.1 Behinderung bei der KM 1.0 Mangel an elterlicher Wärme 5.0 Erziehung in Institutionen seit dem 6. Lebensjahr 6.4 ausserfamiliärer sexueller Missbrauch VI 5 deutliche und übergreifende Beeinträchtigungen in den meisten Bereichen
m	**Klinische Diagnose**
	Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung mit erschwerter Identitätsbildung und Ablösungsproblematik vor dem Hintergrund schwerwiegender psychozialer Vernachlässigung. Status nach psychosozialem Kleinwuchs und Enuresis/Enkopresis.
	Diagnose nach ICD-10/MAS
	I F90.0 einfach Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F93.8 Identitätsstörung F98.1 nicht organische Ekopresis (in Remission) II keine umschriebene Entwicklungsstörung III durchschnittliche Intelligenz (3) IV Idiopathische, chronische Rhinopathie J00 E34.3 (Status nach) psychosozialem Kleinwuchs V 1.0. Mangel an Wärme in der Eltern- Kind Beziehung 4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern 5.1 Abweichende Elternsituation (Vormundschaft) VI ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen
w	**Diagnose nach ICD-10/MAS**

	I F43.25 Anpassung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhaltensstörung F60.31 DD emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.31) II keine umschriebene Entwicklungsstörung III durchschnittliche Intelligenz mit massiv heterogenem Profil (testpsychologisch erhoben 2008) IV Cerebralparese und Microcephalie unklarer Ätiologie Myopia magna beidseits Thalasämia minor Status nach operativer Korrektur einer Retrognathie 2006 V 2.0 Burnout bei der Mutter 2.2 an Schizophrenie erkrankter Bruder 9.2 Mobbingsituation in der Schule, behinderungsbedingt 9.0 Erziehung in einer Institution, störungsbedingt VI 5 ernsthafte durchgängige Beeinträchtigungen in den meisten Bereichen
m	**Klinische Diagnose**
	Störung des Sozialverhaltens und er Emotion vor dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung bei niedriger Intelligenz. E sol schon vor dem traumatischen Ereignis ein auffälliges Sozialverhalten in der Kleinklase gezeigt haben, dieses habe sich danach jedoch massiv verstärkt.
	Diagnose nach ICD-10/MAS
	I F92.9 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen Verdacht auf F43.1 posttraumatische Belastungsstörung II F83 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (rezeptive Sprachstörung, eingeschränkte visuelle und akustische Wahrnehmung) III niedrige Intelligenz (4) bei relativ homogenem Profil (extern getestet) IV Visusverminderung beidseits bei diskretem Katarakt beidseits une monekularem Nystagmus vor allem rechts. Kontrollbedürftig (Austrittbericht Ganterschwil 6/06). V 2.0 schwere Traumatisierung beider Elternteile 4.1 unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung 6.5 traumatisierende Ereignisse 9.0 störungsbedingte institutionelle Erziehung VI ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung

4. Anhang: Besonderheiten in der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Nachfolgende Ausführungen beruhen auf Hollenstein (2009, S. 16-18) und sind nur leicht verändert worden.

Baseline Exaggeration
Nach Sovner (1986; zit. nach Schmidt, 2007, S. 26) kann durch bereits vorbestehende Verhaltensweisen der Beginn einer psychischen Störung verstärkt werden. Dies hat zur Folge, dass sich die Quantität im Sinne der Häufigkeit oder des Ausprägungsgrades bestimmter Verhaltensweisen erhöht, deren Qualität aber nicht verändert wird. Als Beispiel nennt Schmidt (2007, S. 26) dass sich „das leichte Schaukeln des Oberkörpers durch eine psychotische Störung so verstärken" kann, dass sich der Betroffene durch das Schlagen des Hinterkopfs an die Wand eine Platzwunde zuzieht.

Underreporting
Als weitere Schwierigkeit in der Diagnostik von psychopathologischen Störungsbildern bei geistig behinderten Menschen wird das Underreporting genannt. Schmidt definiert diese als Kommunikationsschwierigkeiten und führt dies folgendermassen aus: „Durch eine Minderung der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten sowie des Sprachverständnisses und der häufig eingeschränkten Introspektionsfähigkeit können der Umwelt psychopathologische Phänomene (...) nicht oder nur unzureichend mitgeteilt werden" (2007, S. 26-27). Nach Hennicke (2005, S. 361) beruht ein Grossteil der psychiatrischen Diagnostik auf der verbalen Mitteilung. Wenn sich eine untersuchende Person nur auf die sprachliche Methode beschränken würde, wäre demnach kaum ein zuverlässiges Ergebnis der Untersuchung zu erwarten (ebd.).

Psychosocial Masking
Bei geistig behinderten Menschen kann es zudem sein, dass die psychopathologische Störung in einer wenig abgestuften Ausprägung und stark vereinfacht in Erscheinung tritt und deshalb nicht als solche erkannt wird (Sturmey, 1999; zit. nach Schmidt, 2007, S. 27). Dies kann durch die reduzierten sozialen Fähigkeiten in Verbindung mit eingeschränkten Möglichkeiten der differenzierten Erfahrung von vielseitigen Lebenssituationen hervorgerufen werden (ebd.).

Cognitive Disintegration
Gemäss Sturmey kann „ein Übermass an Aussenreizen in Verbindung mit weiteren Stressoren (...) dazu führen, dass die einströmenden Reize nicht mehr in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden können" (1999; zit. nach Schmidt, 2007, S. 27). Dies könne ein „Zerfall der kognitiven Prozesse" zur Folge haben, „wodurch bizarre, psychoseähnliche Verhaltensweisen auftreten sollen" (ebd.). Nach Schmidt (2007, S. 27) sei „kritisch anzumerken, ob bei intellektuell minderbegabten Menschen nicht tatsächlich kurze psychotische Episoden durch starke Stresssituationen induziert werden können."

Overschadowing
Durch die erhöhte Basisrate von auffälligem Verhalten werden andere psychopathologische Phänomene fälschlicherweise dem üblichen Verhaltensrepertoire dieses Menschen zugeordnet und in der Folge das Hinzutreten einer psychischen Störung nicht erkannt (Seidel, 2000; zit. nach Schmidt, 2007, S. 26). Lingg und Theunissen (2008) meinen, dass es sich zumeist um ein Mitteilungsproblem handelt. Körperliche Schmerzen oder gesundheitliche Befindlichkeiten werden von betroffenen Personen, die Schwierigkeiten haben, sich sprachlich zu verständigen, durch Verhaltensweisen zum Ausdruck gebracht, die von ihrem Umfeld als auffällig oder sozial unerwünscht wahrgenommen und somit missverstanden werden (S. 27).
Overschadowing ist nach Hennicke (2005, S. 362) demnach auch ein „zentrales Problem im Erkennen psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung."

5. Anhang: Stufenplan Buebenegg

Name:	Vorname:	Wochen Nr.	Stufe:

	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab
Erscheinungsbild																					
Trägt saubere Kleider / Kleider wechseln und richtig tragen																					
Zähne putzen																					
Duschen																					
Zimmerämli																					
Täglich betten und Zimmer lüften																					
Schmutzige Kleider richtig versorgen																					
Zimmerordnung allgemein																					
Sauberkeit im Zimmer																					
Anforderungen rund ums Essen																					
Pünktlich am Tisch																					
Einhalten der Tischmanieren																					
Richtig am Tisch sitzen																					
Angemessene Sprache / Lautstärke am Tisch																					
Ämli nach Plan																					
Ohne Aufforderung ausgeführt																					
Sauber erledigt																					
Ämli den BetreuerInnen abgegeben																					
Sozialkompetenzen																					
Keine verbale Gewalt																					
Respektvoller und gepflegter Umgangston																					
Einander zuhören																					
Angemessene Lautstärke																					
Respektieren von Grenzen																					
Keine körperlichen Grenzüberschreitungen																					
Auseinandersetzungen angemessen angehen / lösen																					
Kompromissbereitschaft																					
Aufforderungen der BetreuerInnen nachkommen																					
Sorge tragen zu persönlichen und fremden Sachen																					
Einhalten der Gruppenregeln																					
Hausschuhe tragen / Schuhe richtig versorgen																					
Musik in Zimmerlautstärke hören / geschlossene Zimmertüre																					
Kein unerlaubtes Verlassen der Wohngruppe																					
Einmal anklopfen und warten vor der Bürotüre																					
An Gruppenaktivitäten teilnehmen																					
Einhalten der Mittagsruhe																					
Pünktlich im Zimmer / Einhalten der Nachtruhe																					
Persönliche Ziele																					
Tatal Punkte im Tag																					

Woche 1	
Woche 2	
Tatal Punkte	

Phasenmodell Stufenplan

Phase	Themen	Fähigkeiten	spez. Regelungen
1. Eintrittsphase	• Ankommen • zu sich kommen • Situationsentspannung • Eingewöhnen	• Sozialverhalten • Hygiene • Einhalten von Regeln • Zimmerordnung • einfache Ämtli erledigen	> Zimmerruhe (z.B. 21.00 - 8.00 Uhr) > Ausgang in Begleitung des Teams > keine Besuche
2. Stabilisierungsphase	• Motivation • sich einlassen • Mitarbeit • Problembearbeitung	• Sozialverhalten • Hygiene • Einhalten von Regeln Zimmerordnung • Ämtli erledigen	> Zimmerruhe (z.B. 21.30 - 7.30 Uhr) > Ausgang nach Absprache (z.B. 1 x pro Woche) > Besuche auf Antrag mögl.
3. Übertrittsphase	• Gruppenfähigkeit • Verhalten ausserhalb der Intensivgruppe • Schnuppern auf WG u. Schule	• Sozialverhalten • Hygiene • Einhalten von Regeln • Ämtli erledigen • Zimmerordnung	> Zimmerruhe (z.B. 22.00 - 7.00 Uhr) > erweiterte Ausgangsmöglichkeiten (wie WG) > Besuchsregelung > Wochenendregelung > Ferienregelung

6. Anhang: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden psychiatrische Betreuungsperson: (ca. 1h)

Angaben zum/r Interviewpartner/in	
Interviewpartner/in:	
Ort und Zeitpunkt der Durchführung	
Arbeitet konsiliarisch mit der Buebenegg seit:	

Erstkontakt	**Datum**	✓
1. Interviewtermin festlegen (per Mail oder per Telefon)		
a. Termin: Zeitpunkt und Ort klären b. Teilnehmer am Interview klären c. Ablauf Interview kurz erklären		

Der rote Faden
1. Erstkontakt 2. Einstieg 3. Leitfrage 4. Unterfragen 5. Schlussfrage 6. Verabschiedung

Einstieg/Joining (ca. 5')
1. Inoffizielle Begrüssung 2. Offizielle Begrüssung, Vorstellung Interviewleiterin 3. Grober Ablauf des Interviews erklären 4. Ist der Interviewte mit der Aufzeichnung des Interviews einverstanden? 5. Hat der Interviewte Fragen? 6. Beginn mit Aufnahme

Leitfrage
⇒ **Welche speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten ergeben sich in der psychiatrischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensaufälligkeiten und psychischen Problemen?**

Unterfragen (insgesamt ca. 30 – 35')	
Einstiegsfragen/Aufwärmfragen	⇒ Welche Zielgruppe hat die Buebenegg? ⇒ Können Sie mir einen idealen Ablauf schildern, den ein Jugendlicher in der Buebenegg durchläuft (von der psychiatrischen Seite aus)? ⇒ Welche Entwicklungsaufgaben haben diese Jugendlichen im Allgemeinen?
Diagnostik/Störungsbilder	– Wie läuft die Diagnostik bei den Jugendlichen mit Intelligenzminderung? IQ-Diagnostik, Diagnostik psychischer Störungen – Gibt es besondere Schwierigkeiten in der Diagnostik? Wenn ja, welche? Wie kann mit diesen Schwierigkeiten umgegangen werden? – Welche Aspekte sind zu beachten in der Diagnostik mit lern- bis geistig behinderten Jugendlichen? – Welche Störungsbilder treten gehäuft auf? Welche Schwierigkeit ergibt sich dadurch in der psychiatrischen Betreuung?
Beziehung/Emotionalität	– Wie schätzen Sie das Beziehungsverhalten dieser Jugendlichen ein? Wie beeinflusst dies Ihre Arbeit mit den Jugendli-

	chen? – Wie ist die professionelle psychiatrische Beziehungsgestaltung? Welche Aspekte müssen berücksichtig werden? – Wie erleben Sie die Beziehung der Jugendlichen zu den Eltern? – Wie erleben Sie die Beziehung der Jugendlichen zu ihrer Peergroup? – Wie ist die Emotionalität der Jugendlichen? Welchen Einfluss hat diese auf die therapeutische Arbeit mit den Jugendlichen? – Haben die Jugendlichen Copingstrategien zur Verfügung? Wenn ja, welche? Wenn nein: warum denken Sie, dass sie keine Copingstrategien zur Verfügung haben? Was resultiert daraus für Ihre Arbeit? – Affektregulierung?
Konfliktsituationen	– Warum gab es Konflikte? Was waren Konfliktauslöser? Welche Situationen waren konfliktauslösend? – Wie reagieren die Jugendlichen in Konfliktsituationen bzw. welche Bewältigungsstrategien zeigen sie? – Wie erleben Sie Konfliktsituationen mit den Jugendlichen? Was löst die Konfliktsituation in Ihnen aus? – Wie wurde mit den Konfliktsituationen umgegangen? Wie ging der Jugendliche mit Konfliktsituationen um? Welche Interventionen halfen dem Jugendlichen, welche nicht? Weshalb haben diese Interventionen geholfen? Und weshalb denken Sie haben die anderen Interventionen nicht geholfen? – Wie gehen Sie mit Drohungen um, die ein Jugendlicher ausspricht? – Wie ist das Krisenmanagement? Gibt es ein spezielles Vorgehen in der WSG Buebenegg bzw. von Ihnen? – Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten: ist das auch ein Thema bei diesen Jugendlichen? Wenn ja: wie gehen Sie damit um?
Verhaltensauffälligkeiten	– Wie sind die Verhaltensaufälligkeiten bei diesen Jugendlichen? Stellen sie vermehrt Verhaltenauffälligkeiten in einem Bereich fest? – Wie gehen Sie mit den Verhaltensauffälligkeiten um?
Migrationshintergrund	– Haben einige Jugendliche der Buebenegg einen Migrationshintergrund? Welche Folgen hat der Migrationshintergrund – Wie schätzen Sie den Einfluss eines Migrationshintergrundes des Jugendlichen auf Ihre Arbeit ein?
Delinquentes Verhalten	– Wie erleben Sie delinquentes Verhalten? Aus welchen Gründen wird ein Jugendlicher delinquent? – Zeigen die Jugendlichen Suchtverhalten und wie ist ihr therapeutischer Umgang damit? – Bei gerichtliche Massnahmen: wie können diese umgesetzt werden? – Wie gehen Sie damit um, wenn ein Jugendlicher delinquentes Verhalten zeigt?
Ressourcen/Fähigkeiten/Möglichkeiten	– Wo liegen die Ressourcen der Jugendlichen? – Welche Fähigkeiten zeigen die Jugendlichen? – Welchen Einfluss zeigen diese auf Ihre Arbeit? Wie können Sie diese in Ihre Arbeit integrieren?
Selbsteinschätzung/Selbstwert	– Wie ist im Allgemeinen der Selbstwert der Jugendlichen? – Wie beeinflusst dieser Ihre Therapiearbeit? Aus welchen

	Gründen? – Haben die Jugendlichen eine realistische Selbstwahrnehmung? Wenn ja/wenn nein: wie beeinflusst das Ihre Arbeit?
Elternarbeit	– Wie beurteilen Sie die Elternarbeit? – Ist die Zusammenarbeit eher problematisch? Oder funktionierte sie gut? – Sind die Eltern gegenüber der psychiatrischen Arbeit unterstützend? Wenn nein: wie haben Sie das im Arbeitsalltag oder im Umgang mit dem Jugendlichen gespürt? Wenn ja: wie haben Sie das im Arbeitsalltag oder im Umgang mit dem Jugendlichen gespürt?
Psychiatrische/psychotherapeutische Massnahmen	– Wie arbeiten Sie mit den Jugendlichen der Buebenegg? Wie viel Zeit haben Sie pro Woche für einen Jugendlichen zur Verfügung? Ist genügend Zeit vorhanden? Was sind Gründe für eine knappe Zeitrechnung? Bräuchten die Jugendlichen mehr Zeit für therapeutische Massnahmen? – Wie schätzen Sie die Wichtigkeit eines psychotherapeutischen Angebotes für diese Jugendlichen ein? Gründe dafür? – Wie ist die Compliance der Jugendlichen? Kommen die Jugendlichen im Allgemeinen gerne oder nicht? Aus welchen Gründen?
Pharmakologische Behandlung	– Wie ist die Medikation bei diesen Jugendlichen? – Was gibt es Besonderes zu beachten bei diesen Jugendlichen?
Wie zufrieden waren Sie mit der interdisziplinären Zusammenarbeit?	– Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit den sonderpädagogischen Betreuungspersonen der Buebenegg? – Wie zufrieden sind sie mit der Zusammenarbeit mit den Beiständen der Jugendlichen? – Wenn gut: was hat es ausgemacht, dass diese Zusammenarbeit für Sie wertvoll war? Wenn nicht gut: in welchen Punkten sehen Sie ein Verbesserungspotential?

Schlussfrage: Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint und wir noch nicht angesprochen haben?

Abschluss (ca. 5')
1. Aufnehmen abstellen 2. Nochmals erklären, was mit dem Interview geschieht (Anonymisierung etc.) 3. Dank 4. Verabschiedung

Interviewleitfaden sonderpädagogische Betreuungspersonen: (ca. 1h)

Angaben zum/r Interviewpartner/in:	
Interviewpartner/in:	
Ort und Zeitpunkt der Durchführung	
Arbeitet auf der Buebenegg seit:	

Erstkontakt	**Datum**	✓
2. Interviewtermin festlegen (per Mail oder per Telefon)		
a. Termin: Zeitpunkt und Ort klären (ungestörter Raum in Buebenegg) b. Teilnehmer am Interview klären c. Ablauf Interview kurz erklären		

Der rote Faden
7. Erstkontakt 8. Einstieg 9. Leitfrage 10. Unterfragen 11. Schlussfrage 12. Verabschiedung

Einstieg/Joining (ca. 5')
7. Inoffizielle Begrüssung 8. Offizielle Begrüssung, Vorstellung Interviewleiterin, Anknüpfung an Annemarie Kooremanns Bachelorarbeit und an die ursprünglich vorgesehene Fragestellung 9. Grober Ablauf des Interviews erklären 10. Ist der Interviewte mit der Aufzeichnung des Interviews einverstanden? 11. Ist der Interviewte damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden? 12. Anonymisierung 13. Hat der Interviewte Fragen? 14. Beginn mit Aufnahme

Leitfrage
⇒ **Welche speziellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Möglichkeiten ergeben sich in der sozialpädagogischen Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensaufälligkeiten und psychischen Problemen?**

Unterfragen (insgesamt ca. 40' – 50')	
Aufwärmfragen/Grundsätzliches: Ablauf Buebenegg, Zielgruppe, Entwicklungsaufgaben	⇒ Können Sie den „normalen" oder vorgesehenen Ablauf, den ein Jugendlicher in der WSG Buebenegg durchlaufen sollte, beschreiben? ⇒ Welche Zielgruppe hat die Buebenegg? ⇒ Welche Entwicklungsaufgaben haben diese Jugendlichen?
Beziehungsverhalten/Emotionalität	- Wie schätzen Sie das Beziehungsverhalten der Jugendlichen ein? - Wie ist die professionelle sozialpädagogische Beziehungsgestaltung? Welche Aspekte müssen berücksichtig werden? - Wie erleben sie die Beziehung der Jugendlichen zu den Eltern?

	- Wie ist die Emotionalität der Jugendlichen?
Aggressionen/Konflikte/Drohungen/ Krisenvorgehen/Gewalt	- Wie erleben Sie Konfliktsituationen mit den Jugendlichen? - Warum gab es Konflikte? Was waren Konfliktauslöser? Welche Situationen waren konfliktauslösend? - Wie wurde mit den Konfliktsituationen umgegangen? Wie ging der Jugendliche mit Konfliktsituationen um? Welche Interventionen halfen dem Jugendlichen, welche nicht? Weshalb haben diese Interventionen geholfen? Und weshalb denken Sie haben die anderen Interventionen nicht geholfen? - Wie gehen Sie mit Drohungen um, die ein Jugendlicher ausspricht? - Wie ist das Krisenmanagement? Gibt es ein spezielles Vorgehen in der WSG Buebenegg? - Suizidalität
Delinquentes Verhalten/Sucht	- Wie erleben Sie delinquentes Verhalten? Aus welchen Gründen wird ein Jugendlicher delinquent? Wie kann - Suchtverhalten und Umgang damit? - Gerichtliche Massnahmen und Umsetzung
Selbstbild/Selbstvertrauen/Ressourcen/ Fähigkeiten	- Wie sehen sich die Jugendlichen selbst? - Wie ist ihr Selbstvertrauen? - Welche Ressourcen sehen sie bei den Jugendlichen? - Inwiefern beeinflussen diese Faktoren die Betreuungsarbeit? - Möglichkeiten welche die Institution beiträgt, das Setting hat welchen Einfluss?
Sozialpädagogische Betreuung/Interventionen/Modell	- Welche Interventionen werden in der WSG Buebenegg angewendet? - Gibt es spezielle Modelle mit denen Sie arbeiten? - Wo sehen Sie besondere Aspekte in der sozialpädagogischen oder sonderpädagogischen Betreuungsarbeit dieser Personengruppe?
Elternarbeit	Annemarie Kooremann hat herausgefunden, dass die früh einsetzende, kontinuierliche Elternarbeit ein zentraler Punkt ist. (Diese wirkt präventiv, was den Schulerfolg, spätere psychische Probleme und Verhaltensschwierigkeiten betrifft.) - Wie sehen Sie diesen Aspekt? Welche Wichtigkeit messen Sie der Elternarbeit bei? Warum erscheint Ihnen die Elternarbeit wichtig? Warum erscheint Ihnen die Elternarbeit nicht wichtig? Welche Resultate kann eine wie oben beschriebene gelungene Elternarbeit hervorrufen? - Wie verläuft die Elternarbeit in der WSG Buebenegg? Gab es bisher Probleme? Wenn ja, welche? Wenn nein: warum denken Sie verlieft die Elternarbeit gut? - Waren die Eltern gegenüber der sozialpädagogischen Arbeit unterstützend? Wenn nein: wie haben Sie das im Arbeitsalltag oder im Umgang mit dem Jugendlichen gespürt? Wenn ja: wie haben Sie das im Arbeitsalltag oder im Umgang mit dem Jugendlichen gespürt? - Wie ist die Kommunikation zwischen den Betreuungspersonen und den Eltern? Was kann hier verbessert werden? - Was bräuchten Sie als Betreuungsperson von den Eltern? - Was braucht der Jugendliche von den Eltern für eine optimale Entwicklung?

	- Was brauchen die Eltern von Ihnen als Betreuungsperson?
Sind sie als Betreuungsperson mit den vorhandenen Ressourcen zufrieden?	- Kann die WSG Buebenegg den Jugendlichen bieten, was sie brauchen? Wenn ja: was macht es aus, dass sie die Bedürfnisse der Jugendlichen abdecken kann? Wenn nein: warum kann die WSG Buebenegg die Bedürfnisse der Jugendlichen nicht abdecken? - Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten? - Wie beurteilen Sie die Besetzung mit Stellenprozenten der Buebenegg? Sind genügend Stellenprozente vorhanden? - Fehlt ihnen etwas, um Ihre Arbeit gut ausführen zu können? Wenn ja: was fehlt Ihnen? Wenn nein: was macht es aus, dass sie Ihre Arbeit gut ausführen können? - Wenn sie sich frei wünschen könnten: wie würde die Buebenegg aussehen (Stellenprozente, Plätze für Jugendliche etc.)?
Wie zufrieden sind Sie mit der Interdisziplinären Zusammenarbeit?	- Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit der konsiliarisch arbeitenden psychiatrischen Betreuungsperson? - Wie zufrieden sind sie mit der Zusammenarbeit mit den Beiständen/Vormunden? - Wenn gut: was hat es ausgemacht, dass diese Zusammenarbeit für Sie wertvoll war? Wenn nicht gut: in welchen Punkten hätten Sie ein Verbesserungspotential gesehen?
Psychiatrische Betreuung	- Wie sehen Sie die psychiatrische Betreuung der Jugendlichen? Empfinden sie diese als wichtig? Welche Aspekte?
Nachfolgelösungen	- Wie wird eine Nachfolgelösung für die Jugendlichen gesucht? Welche Aspekte stehen dabei im Vordergrund? Gibt es Fälle, wo keine passende Lösung gefunden wird? Was wird dann gemacht?

Schlussfrage: Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint und wir noch nicht angesprochen haben?

Abschluss (ca. 5')
5. Aufnehmen abstellen 6. Nochmals erklären, was mit dem Interview geschieht (Anonymisierung etc.) 7. Rückfrage zum Interview: Kritik? 8. Dank 9. Verabschiedung

7. Anhang: Auswertungstabelle der Interviews

Während der Auswertung der einzelnen Interviews wurden die Aussagen der befragten Personen jeweils leicht zusammengefasst in die Kategorien geschrieben. Zudem sind die Ankerbeispiele aus zwei Gründen nicht immer vollumfänglich notiert: einerseits soll Platz gespart werden, andererseits sollen darin möglichst wenig Tippfehler vorhanden sein. Die Ankerbeispiele wurden deswegen in den Kategorien nur mit Beginn und Zeilenzahl vermerkt und danach jeweils direkt aus den Interviews in die Arbeit hineingefügt.

Kat.	S1	S2	S3	S4	Ankerbeispiele	P1
Beziehung						
Beziehungsverhalten der Jugendlichen	Z33: denkt, dass die Jugendlichen in der Beziehung verwahrlost sind. (zu Hause funktioniert nicht, Enttäuschungen in Beziehungen) Z 40: weiss nicht, ob sie eine solche Beziehung eingehen können wie wir als Beziehung betrachten Z59: Die Jugendlichen lechzen nach Beziehung. Z36: die Jugendlichen haben oft Beziehungsabbrüche erlebt, wurden immer weitergereicht. Mit so jemandem wieder in eine Beziehung zu treten sei schwierig. Häufig beziehungsgestörte Kinder.	Z61: sehr gestörtes Beziehungsverhalten Z85: unterschiedliches Beziehungsverhalten, z.T. sehr aggressiv, die anderen sehr zurückhaltend	Z63: fast jeder Jugendliche hat eine Heimkarriere hinter sich, ist beziehungsgeschädigt. Z70: Beziehungsschaden durch die Geschichte Z97: die meisten Jugendlichen seien sehr enttäuscht, dass sie auf der Buebenegg sind, haben das Gefühl, ihre Eltern hätten sie ab Z69: ständig wechselnde Bezugspersonen in dem mittlerweile riesigen Helfersystem, weil Heimkarriere. Z75: es ist klar, dass die Jugendlichen nur vorübergehend hier sind, die Frage ist, wie weit man da eine gute Beziehung aufbauen kann.	Z42: schwierig und ambivalent. Jugendlichen suchen Beziehung und Bezugsperson. Aber geprägt von Heimaufenthalten: sind durch alle Netze durchgefallen. Z45: Aber geprägt von Heimaufenthalten: sind durch alle Netze durchgefallen. Wissen, dass eine solche Beziehung extrem unverlässlich ist, wegen der Kürze nur schon. Z46: wollen Beziehungen, aber muss echt sein. Z103: generell sind sie enttäuscht worden. Erleben von ihren Eltern her unverlässliche Beziehungen.	S1Z44: Ob sie eine Beziehung eingehen können, die wir als solche betrachten, dass weiss ich nicht: es ist Knochenarbeit. S4Z44: Das ist recht schwierig und ambivalent. Sie alle suchen eine Beziehung und eine Bezugsperson.	
professionelle Beziehung	Z46: „Keine Erziehung ohne Beziehung“. Müssen mit den Jugendlichen in Beziehung treten. Die Frage ist einfach, wie weit diese Beziehung geht.	Z71: in erster Linie ist die Wertschätzung wichtig, der wertschätzende Umgang. Z85: in Beziehung zu treten nicht immer einfach, vor allem bei Aggressivität, da	Z77: sich trotzdem auf die Beziehung einzulassen, auch wenn es nur eine Beziehung auf Zeit ist. Z88: Grenzen setzen, dass fordern die Jugendlichen	Z56: klar deklarieren als keine freiwillige Beziehung. Man darf sich nichts vormachen und dem Jugendlichen auch nicht. Trotzdem muss die Beziehung ernsthaft sein.	S1Z50: Keine Erziehung ohne Beziehung. Also müssen wir in Beziehung treten mit den Jugendlichen. Die Frage ist einfach, wie weit diese Beziehung geht.	Z196: Rolle den Jugendlichen gegenüber ist kompliziert, da sie verschiedene Funktionen in sich vereinen muss. Keine Psychotherapeutin, aber Psychiaterin. Möchte aus

	Z49: Es sind den Betreuern Grenzen gesetzt. Z51: wie weit geht man da wie viel kannst du geben sei eine Auseinandersetzung im Team. Z67: „wir sind konstant“ in der Beziehung. Z79: Jeder Mitarbeiter müsse selbst wissen, wie viel er an die Beziehung herangibt. Z375: Betreuung ist Beziehung auf Zeit	sie diese nicht gerne hat. Einfacher bei Jugendlichen die ruhig und zurückgezogen, vielleicht auch dankbarer sind.	von uns. Und trotzdem etwas liebevolles, kein allzu strenger, autoritärer Umgang. Beinhaltet, dass sie unsere Aufmerksamkeit wollen.	Z63: das man sich dem bewusst ist bei der Arbeit und nicht einfach zu agieren beginnt, sondern professionell reflektiert handelt.	S1Z55: Wie weit geht man da, wie viel kann man geben. Das ist bei uns immer eine Auseinandersetzung. Das denke ich, muss jeder selbst wissen, wie viel er in die Beziehung rein gibt. S3Z94: Also wir kommen immer wieder an Teamsitzungen an den Punkt dass die Jugendlichen klar von uns fordern, dass wir Grenzen setzen. (...)	Gründen der Diagnostik, medikamentösen Unterstützung und psych. Fallführung ein Vertrauensverhältnis zu den Jugendlichen aufbauen können. Gleichzeitige Teamberatung und konzeptionelle Weiterentwicklung. D.h. schwierig, eine eindeutige Rolle gegenüber dem Jugendlichen einzunehmen. Legt das offen. Und gibt Gesprächen gewisser Schutz. Ankerbeispiel: Z180: „Das heisst, gegenüber dem Jugendlichen ist es unter Umständen... Z400: Meine Ressourcenorientierung ist entscheidend..
Arbeit mit Beziehung	Z59: Mit den Jugendlichen in Beziehung zu treten sei ein zentraler Aspekt. Es liege viel darin verborgen. wenn es gelingt, in Beziehung zu treten, geht es am schnellsten vorwärts in der Entwicklung Z68, Z72: Die Jugendlichen haben die Möglichkeit, sich auszusuchen, mit wem sie in Beziehung treten wollen, das sei das schöne an einem grossen Team. Z376: die Jugendlichen	Z64: denkt, dass es der grösste Teil der Arbeit ist, das Beziehungsverhalten zu normalisieren. Z89: Es ist ihr Job in Beziehung zu treten, auch wenn es nicht immer einfach sei. Wenn es keine Freude mehr machen würde, wäre sie am falschen Ort. Es brauche aber viel Energie, ewig könne man diesen Job nicht machen.	Z83: glaubt, dass es – obwohl schwierig - der Hauptauftrag ist, eine Beziehung herzustellen, weil Erziehung ohne Beziehung einfach nicht geht. Z75: es ist klar, dass die Jugendlichen nur vorübergehend hier sind, die Frage ist, wie weit man da eine gute Beziehung aufbauen kann.	Z75: Chance für den Jugendlichen Z83: Es ist wichtig, die professionelle Beziehung einzuhalten, damit auch nicht zu emotional zu werden. Die Jugendlichen würden davon überfordert sein. Aufrichtig sein und es ernst meinen, nichts vormachen. Z352: Beziehung hat auch etwas mit Zeit zu tun, den Jugendlichen standardmässig zwei Jahre aufnehmen	S1Z65: Ich denke, darin liegt viel verborgen... S3Z81: Also ich glaube, das Problem der Buebenegg ... S4Z100: die Jugendlichen wissen in einer professionellen Beziehung, mit was sie rechnen können...	Z424: Herstellen von einem Beziehungskontext, von einem therapeutischen Kontext der für die Jugendlichen relevant ist und auf den sie sich einlassen können. .

	brauchen eine verlässliche Beziehung, nicht eine Beziehung auf Zeit.			können, damit eine tragfähige und einflussreiche Beziehung entsteht, die etwas bewirken kann.		
Emotionalität und Konflikte						
Emotionalität	Z91: Introvertierte Jugendliche, die nichts sagen. Jugendliche, die explodieren, wo man nichts sagen kann. Sehr unterschiedlich. Z96: die Jugendlichen zeigen Emotionen, aber wegen Beziehungsstörung wollen sie sich emotional nicht einlassen. Sie schützen sich oft rundherum.	Z94: z.T. ist die Emotionalität bei den Jugendlichen total unterdrückt. Dann gibt es welche, die sprudeln vor Emotionen, sind eher grenzüberschreitend. Die ganze Palette. Z99: emotionale Verwahrlosung hat bei vielen Jugendlichen stattgefunden, deshalb sind sie hier.	Z103: sehr unterschiedlich, aber im Schnitt sind die meisten eher aggressiv. Mädchen eher traurig, können das besser zeigen als Jungs.	Z111: gross. Sind sehr schnell getroffen von etwas, sehr verletzlich. Und rasten dann oft aus. Keine Hemmungen, kein Deckmantel.		Z178: vordergründig einseitige Emotionalität, Aggressivität in der Wahrnehmung des Helfersystems steht im Vordergrund. Verminderte Frustrationstoleranz, Reizbarkeit, emotionale Instabilität. Z187: In der Emotionalität wichtig, dass die Jugendlichen überhaupt eine gewisse Differenzierung erfahren können. Z189: es geht um Emotionen, die alle Jugendlichen haben. Die Jugendlichen, die frühe Entbehrungserlebnisse oder Traumatisierungen erlebt haben sind zusätzlich emotional instabil. Z191: Affekte, die gezeigt werden sind häufig entweder aggressiv, stolz oder auflehnend.
Konfliktverhalten		Z79: die Jugendlichen sollen merken, dass sie auch eine Eigenverantwortung	Z173: Wenn man Anforderungen stellt entstehen Konflikte. Man kann den Ju-	Z165: Muster, wie sie Konflikte lösen oder diese angehen. Häufig inadäquate,	2Z94: Das muss zum Teil auch aus dieser Opferrolle heraus...	

		haben, dass nicht immer die anderen schuld sind. Z108: gibt Jugendliche, die sehr laut werden, aber man weiss die tun einem nichts. Z79: Es geht darum, Eigenverantwortung zu lernen, nicht immer externalisieren. Aus der Opferrolle herauskommen	gendlichen noch Spielraum lassen. Letztlich machen die ihr Zeug, brauchen aber das Gefühl, selbst entschieden zu haben.	wie ausrufen, Gewalt androhen, Gewalt ausüben, etwas zerstören. Z169: grosses Spektrum. Gibt auch solche, die nichts mehr machen, sich verweigern, oder stundenlang diskutieren, versuchen, die Grenzen auszuweiten.	S4Z119: Sie haben meistens wenig Möglichkeiten... S4Z174: Die Jugendlichen haben Muster... S	
Aggression, Drohungen und Gewalt	Z110: Bei ihm mehr im verbalen Bereich, weniger dass sie ihn tätlich angreifen. Habe mit ihm als Person zu tun, wegen seiner Stellung im Team (Gruppenleiter). Aber es werden schon Drohungen ausgesprochen.	Z133: massive Aggression tragen wir nicht, das weiss der Jugendliche auch, klare Regeln und Grenzen definiert. Z104: z.T. haben massive Drohungen stattgefunden. Z132: massive Gewalt tragen wir nicht, würde zum Ausschluss führen.	Z158: Jugendlicher wegen Drohungen rausgestellt, sehr viel und sehr massiv. Z160: die Buebenegg soll gewaltfrei sein, aber wir sind eine Krisengruppe, einmal schimpfen gibt kein Rausschmiss.	Z181: ist auch schon zum Ausschluss gekommen wegen Drohungen.	3Z170: es ist klar, dass es hier gewaltfrei sein soll....	
Konfliktentstehung	Z126: Wenn man ihnen den Ausweg zumauert gibt es Konflikte. Wenn er etwas verlangt und hart bleibt. Die Jugendlichen suchen dann eher die Konfrontation als die Energie in die Lösung ihres Problems zu investieren.	Z116: wenn man den Jugendlichen Grenzen setzt. Die meisten seien es gewohnt, selbst zu entscheiden.	Z130: glaubt, dass die Bubenegg mit viel Druck für die Jugendlichen verbunden ist. Immer hier, immer beobachtet. Wahnsinnig viel Druck für einen fünfzehnjährigen, wenig Einsicht, wenig Sinn. Dann kommt die Rebellion. Z142: vor allem, wenn es um Grenzen geht.	Z158: immer Grenzen und Anforderungen. Gibt Konflikte, weil sie andere Vorstellungen haben.		
Krisenvorgehen	Z143: Zuerst wird die Gruppenleitung angerufen. Diese setzt sich mit dem Insti-	Z143: zuerst in der Situation selbst schauen, möglichst Schaden zu vermeiden.		Z179: Als Gruppe ist das Krisenvorgehen sicher einmal, den Arbeitskollegen	S3128: Aber die Möglichkeit...	

	tutionsleiter in Verbindung. Dann kommt die Polizei. Z146: Da immer zwei Personen anwesend sind kann viel aufgefangen werden.	Dann beiziehen von Vorgesetzten, Kinder und Jugendpsychiaterin, Information an Eltern und Beistände. Bei massiven Dingen = Ausschluss.		zu informieren, man arbeitet ja nicht alleine und dann doch, einmal die Leitung zu informieren, die weitern Schritte zu besprechen.		
Autoaggressionen	Z151: Ein Mädchen zeigte selbstverletzendes Verhalten. Hat das Gefühl, dass die Buebenegg und Betreuung damit nicht umgehen kann. Er könne es nicht, weil er Sozialpädagoge und nicht Psychiatriepfleger sei, ihm fehle das Verständnis dafür. Das SVV habe einen zu grossen psychiatrischen Faktor. Z156: Dann merkst du da kann ich pädagogisch wie nichts machen.	Z163: ein Mädchen, stark psychiatrisch auffällig. Z168: zu massiv, lebensbedrohlich, beim Gefühl, es nicht mehr kontrollieren zu können, geht es nicht mehr. Z175: Jugendlichen zeigen dieses Verhalten eher weniger.	Z178: unterschiedlich. Richtig suizidal ist kein Jugendlicher, sonst wäre er nicht hier. Überprüfung durch Kinder- und Jugendpsychiaterin. Z181: die meisten Jugendlichen haben destruktive Tendenzen (Kiffen, Rauchen, Saufen, oder Lebenshaltung als solches) findet das bedenklich. Z186: die meisten Jugendlichen haben kaum mehr Selbstwert aufgrund ihrer Erfahrungen, da bleibt einem nichts anderes als destruktiv zu sein, denen hat's abgelöscht.	Z189: Mädchen dass sich wiederholt verletzte. Hätte das noch tragen können, solange es nicht lebensbedrohlich ist, Aber schwierig abzuschätzen, wann es lebensbedrohlich bzw. suizidal wird.	S2Z193: wenn es dann aber zu massiv ist... S1: Ich habe das Gefühl, damit können wir nicht umgehen...	
Ressourcen/Defizite						
Selbstwert	Z195: Es gibt Jugendliche, die können sich selbst im Spiegel nicht anschauen. Die haben Mühe sich spiegeln zu lassen, da ihr Selbstvertrauen so tief ist: "Ich kann's eh nicht."	Z206: sehr tief. Z212: aufgrund von früheren Erfahrungen, waren schon immer anders und fielen auf. Keine positiven Erfahrungen.	Z186: kaum mehr Selbstwert vorhanden bei den meisten Jugendlichen. Z218: ist so aufgrund deren ganzen Geschichte. die Jugendlichen kommen aus einem Milieu, wo sie einfach nicht Vertrauen in sich fassen konnten.	Z229: stark verminderter Selbstwert.	2Z206: die meisten wissen, was sie nicht können, aber nicht, was sie können... 2Z244: Die Jugendlichen, die zu uns kommen...	Z371: wenn man sich als Mensch definiert der nur ein Problem ist, oder nur Probleme macht, dann ist es schwierig, einen Selbstwert aufzubauen und eine Motivation zu erreichen. Ankerbeispiel Z370: Man sieht nur die Probleme...

Selbstbild		Z207: haben ein sehr schlechtes Bild von sich selbst. Z217: sehr negativ geprägtes Selbstbild.		Z235: häufig negativ und auch unrealistisch. Entweder mit Illusionen angefüllt, mit Allmachtsphantasien und verdecken damit, dass sie vieles nicht können.		Z373: Wahrnehmen der eigenen Ressourcen ist wichtig für die Motivation zur Weiterentwicklung.
Konkrete Ressourcen		Z221: einige sind sehr kreativ, einige haben sehr gute Umgangsformen. Einige sind sehr sportlich. Einige sind sehr gut im lebenspraktischen Bereich. Phantasievoll im positiven Bereich.	Z193: letztlich können die Jugendlichen auch etwas, und das ist ihnen ganz oft nicht klar.	Z213: haben Ressourcen vor allem im Alltäglichen Bereich. Oder Musikalität, können gut Zeichnen, gut Fussball spielen, gut arbeiten und anpacken. Z215: Ressourcen die sie haben, haben in der Gesellschaft einen eher kleinen Stellenwert. Z245: manchmal sehr solidarisch und sozial.	S4Z226: das sind Ressourcen, die man bei ihnen findet...	Z368: diesen Jugendlichen wurden häufig die Ressourcen abgesprochen, niemand hat diese wahrgenommen, nur die Probleme. Z375: sehr individuell, wo der einzelne seine Ressourcen hat. Z378: arbeiten sehr gerne. Erleben so Selbstwirksamkeit. Gerade in Zweiersituationen Z384: besondere Fähigkeiten wie rhythmische Begabung etc. Allgemein gesprochen liegen die Ressourcen in der Lebendigkeit, im Humor, in der Entwicklungsfähigkeit, die bei vielen Jugendlichen da ist.
Einfluss der Ressourcen auf Betreuungsarbeit	Z195: Beeinflussen die sonderpädagogische Arbeit stark, gerade das Selbstvertrauen. Z197: durchschnittlich tiefes Selbstverrauen. In der pädagogischen Arbeit muss einem das bewusst sein und dem-	Z237: fliesst z.B. in die Förderplanung ein, dass man die Ressourcen auch wirklich aktiviert und nutzt. Z241: solche Dinge fördern, damit der Jugendliche weiss, er kann etwas und ist jemand. Ressourcen erken-	Z189: Selbstwert aufbauen. Deshalb Grundhaltung vom Lösungsorientierten arbeiten. Z193: wir gucken da hin wo die etwas können. Z226: Hauptaufgabe, den Selbstwert bei jeden einzelnen	Z220: Wenn man die Ressourcen findet werden sie schon gross, weil sie sonst von den negativen Erfahrungen und den Fähigkeiten die sie eben nicht haben heruntergedrückt werden. Z223: das schwierige	2Z234: Das Wichtigste finde ich, dass man weiss, was für Ressourcen vorhanden sind, ... 3Z230: Umso mehr wir den Selbstwert fördern, umso einfacher geht's, also umso einfacher wird es für mich als Be-	Z393: motivieren mich, den Jugendlichen zusätzlich zu unterstützen. Humor ist wichtig in der therapeutisch gefärbten arbeit. Z399: Ressource als Kommunikationsangebot, wenn ein Jugendlicher z.B. nicht

	entsprechend mit dem Jugendlichen arbeiten. Das beeinflusst sicher das ganze Verhalten in der Pädagogik. Z204: wir müssen ihnen nicht sagen, was sie nicht können. Sondern wir müssen ihnen sagen, was sie können. Z. 206: so oft ist mit den Jugendlichen auf den Defiziten anstatt auf den Ressourcen gearbeitet worden. Z209: ihre Ressourcen erkennen und diese aufbauen, so werden die vielen Defizite die sie hatten plötzlich kleiner. Es geht darum, Erfolgserlebnisse zu schaffen. Z.B. durch Stufenplan oder Lob.	nen, fördern und mit einbeziehen. ressourcenorientiertes Arbeiten.	Jugendlichen zu fördern. Nicht spezifisch formuliert in Zielsetzung, hintergründiges Thema. Z228: durch niedriges Selbstvertrauen brauchen die Jugendlichen lange, sich auf uns einzulassen. Anders formuliert: Wird der Selbstwert gefördert, geht's einfacher. Z233: hat sich angewöhnt, bei jeder Aufnahme ein Stärkenprofil zu machen. Was kann der Jugendliche und wo kann sie ihn abholen? Z235: nicht naiv drangehen, auch sehen, was nebenher läuft.	daran ist, dass sie es häufig noch merken, dass sie nicht genügen. Z247: sobald man Ressourcen sieht muss man sie machen lassen. Gibt ihnen dann Selbstvertrauen. Z251: loben ist schwierig, weil sie das Gefühl haben, der will mich nur aufbauen. Also vorsichtig sein, es ernst meinen, schauen, dass es nicht zu billig rüberkommt. S257: müssen irgendwie dazu kommen, ein realistischeres Selbstbild von sich zu haben. Erlebnispädagogik hilft, da haben sie die Möglichkeit, sich zu erfahren, Grenzen kennen zu lernen, Möglichkeiten auszutesten und Wirksamkeit kennen zu lernen. S263: solche Dinge sind nur indirekt zu beeinflussen, sie müssen merken, dass sie etwas bewirken können. Dies danach mit ihnen reflektieren, anschauen, aufzeigen, was sie gut gemacht haben.	zugsperson, mit dem Jugendlichen in Beziehung zu treten. 4Z224: Das Traurige daran ist, ... 4Z259: Wenn irgendwo ein Problem entsteht und ...	redet aber dafür trommelt. **Ankerbeispiel** Z396: manchmal gibt es auch Situationen.... Z401: ihre Ressourcenorientierung ist entscheidend, wie der Jugendliche ihr Beziehungsangebot wahrnimmt und ob er sich überhaupt auf eine Beziehung einlässt. Denn er merkt, ob sie seine Ressourcen sieht und in ihm eine Zukunft sieht. **Ankerbeispiel:** Z345: „Meine Ressourcenorientierung ist entscheidend..." Z419: Ressourcenorientiert, Kräfte und Möglichkeiten der Jugendlichen sehen Muss die Jugendlichen gerne haben, Stärkung der Ressourcen Z440: Stabilisierung durch die Diagnostik und Medikation
Elternarbeit						
Erfahrungen	Z289: merken je länger je mehr, dass das eigentliche Problem am	Z78: findet den Einbezug des Systems sehr wichtig.	Z254: viel mehr Zeit als andere Gruppen das System zu pflegen.	Z105: Enttäuschen die Jugendlichen oft, in dem sie ihnen zu ver-	S2Z312: die Eltern sind noch immer die wichtigsten Bezugsperso-	Z270: enorm unterschiedlich. Frage: was ist das Ziel der Elternarbeit.

	System liegt und sie das herholen müssen, Fokus auf systemischer Arbeit. Intensive Elternarbeit. Z300: Unterschiedliche Erfahrungen. Manchmal gut, manchmal scheiterte die Arbeit mit dem Jugendlichen dort, wo das System nicht mitmachen wollte. Z313: schwache Eltern sind froh um die Begleitung, da es Ruhe in die Wochenenden gibt. Z316: der Jugendliche ist grundsätzlich unser Auftrag, können die Eltern nicht therapieren, dass ist die Schwierigkeit. Z321: diese Eltern sind nicht freiwillig hier, das ergibt eine Abhängigkeit. Z351: Eltern müssen oft herkommen, sind manchmal der deutschen Sprache nicht mächtig, Schwierigkeit Z368: Eltern, die im Abgabemuster sind, dass ist die Schwierigkeit. Z362: hier geht es darum, die Eltern zu motivieren, ihnen zu zeigen, dass wir an ihnen Interessiert	Z260: es gibt Eltern, die sind bereit zu einer Zusammenarbeit, lassen sich konfrontieren und arbeiten mit. Bei jenen, die begrenzte Möglichkeiten abholen, ist es wichtig, sie dort abzuholen wo sie stehen. Z263: wenn man ihnen Wertschätzung entgegenbringt, hat man viel mehr Möglichkeiten, mit ihnen zu arbeiten. Z269: Eltern sind immer noch die wichtigsten Bezugspersonen von ihren Kindern. Z276: Elternarbeit durchwegs positiv, auch wenn sie bei einigen Eltern an Grenzen stossen. Bei Grenzen muss man die Erwartungen herunterschrauben und das akzeptieren. Z290: Schwierigkeiten, wenn Eltern z.B. etwas verschweigen. Das muss man thematisieren in einer wertschätzenden Art, damit sie sich nicht entwertet fühlen.	Bringt sonst wenig, wenn der Jugendliche austritt und sich zu Hause nichts verändert hat. Z275: unterschiedlich, meistens jedoch schwierig. Eltern, die motiviert waren, solche, bei denen war die Zusammenarbeit eher kontraproduktiv. Insgesamt schwierig. Z282: erlebt die Eltern oft als unzuverlässig. Kommen selbst oft aus schwierigen Verhältnissen. Z285: Eltern wissen auch oft nicht, was sie mit ihren Interventionen anrichten. Und trotzdem müssen wir akzeptieren, dass das die Eltern sind und ihr Kind lieben. Findest es schwierig, das zusammen zu bringen, diese Diskrepanz und das auszuhalten. Z299: wenn sie das Gefühl hat, sie arbeitet gegen die Eltern ist das wirklich schwierig. Z317: kann eine Ressource sein, wenn sie es gut nutzt.	stehen geben, dass etwas anderes im Leben wichtiger ist als sie. Eltern haben oft selbst riesige Probleme und dadurch zu wenig Zeit, sich um die Entwicklungsaufgaben des Kindes zu kümmern. Z293: ist der Überzeugung, Elternarbeit wirklich wichtig, da sie das stärkste Gewicht haben. Wenn es gelingt, die Eltern ins Boot zu holen, diese den Jugendlichen unterstützen, dann hat das viel mehr Gewicht. Z300: braucht sehr viele Ressourcen, weil die Eltern wie noch mal ein Fall sind. Bräuchte eine sozialpädagogische Familienbegleitung. Dann muss ich immer die Relativität dieser Arbeit sehen und eigentlich denken: die Wichtigkeit bei den Eltern etwas zu machen ist riesig, aber die Schwierigkeit auch, weil es einfach unglaublich viel Zeit braucht und wieder mit Widerständen gefüllt ist. Z320: Elternarbeit hat bei den Jugendlichen, für die er	nen... S4Z311: Einige der Jugendlichen haben vielleicht zehn Jahre von ihrem Leben zu Hause gewohnt.... S3Z297: ich denke wenn zu Hause alles so toll wäre... S4Z332: Dann muss ich immer wieder die Relativität ... S3Z327: bei einem Jugendlichen habe ich die Elternarbeit als	Z175: Verarbeitung von Tatsache, dass der Jugendliche platziert wurde. Arbeit Richtung Akzeptanz des Angebots, wenn die Eltern gegen die Platzierung sind, kann der Jugendliche sich nicht einlassen. Z280: Bewältigung der Wochenenden anschauen, als vordergründiger Fokus. Hintergründig: Stärkung der erzieherischen Kompetenz. Nachhaltigere Wirkung, wenn die Kinder das von ihren Eltern erleben. Mentalisierung innerhalb der Familie fördern. **Ankerbeispiel:**Z293: Häufig hat nie jemand mit den Eltern je intensiver zusammengearbeitet.... **Ankerbeispiel:**Z302: Ein Beispiel: der vordergründige Fokus ist die Bewältigung der Wochenenden... Z280: Eltern wahrnehmen, wertschätzen. Schlüssel weil ihre Auffassung, ihre Einstellung und Haltung gegenüber dem Helfersystem beim Kind repräsentiert ist.

	sind.			Bezugsperson war, eigentlich nicht stattgefunden. Eine Mutter war selbst geistig beeinträchtigt. Beim zweiten Jugendlichen hat die Mutter die Zusammenarbeit auf sture Art und Weise verweigert.		Z295: braucht viel Aufwand. Z425: Schaffen des Bewusstseins im Umfeld des Jugendlichen, dass eine Zusammenarbeit unabdingbar ist (Beistände, Eltern)
Einfluss auf Betreuungsarbeit	Z301: manchmal scheiterte die Arbeit mit dem Jugendlichen dort, wo das System nicht mitmachen wollte. Z343: man spürt die Haltung der Eltern beim Jugendlichen Z359: wenn man die Eltern mit einbeziehen würde, sozusagen eine Familienbegleitung.	Z302: ist die Elternarbeit unterstützend, gewährleistet dies, schwierige Situationen besser zu meistern. Sind sie nicht unterstützend, oft Zusammenarbeit mit dem Jugendlichen schwierig.	Z306: schlecht funktionierende Elternarbeit beeinflusst den Betreuungsalltag extrem. Die Jugendlichen spüren, wenn die Eltern nicht dahinter stehen oder der Beistand. Z295: Eltern und wir sind uns einig, wo wir hinwollen, ungefähr gleiche Zielrichtung. Z324: Bereitschaft zur Zusammenarbeit, im Aufnahmevertrag geregelt. Minimum muss vorhanden sein. Aber bei nur min. Bereitschaft ist es schwierig. Kann nicht erwarten, dass sie die gleiche Problemsicht haben wie ich.	Z342: Ideal wäre, wenn sie mitarbeiten würden, ernsthafte Gespräche zulassen, sich selbst reflektieren und die Bereitschaft zeigen, sich selbst zu ändern.	S3Z327: Bei einem Jugendlichen habe ich die Elternarbeit..	Z283: Eltern wahrnehmen, wertschätzen. Schlüssel weil ihre Auffassung, ihre Einstellung und Haltung gegenüber dem Helfersystem beim Kind repräsentiert ist.
Betreuung:						
Sonderpädagogische Betreuung	Z266: „im richtigen Moment oder Situation die richtige pädagogische Möglichkeit aus dem Köcher zeihen“ ist die Herausforderung. Z276: man merkt, dass man das richti-	Z250: ressourcenorientiert und lösungsorientiert. Und das systemische. Z253: Auftragsklärung ist wichtig. Z255: obenstehendes sind für sie Grundpfeiler, dann	Z116: zu Beginn geschlossene Gruppe, das hat Spannungen gebracht. Gefühl der Entlastung, seit die Gruppe geöffnet ist, da man sich nicht mehr dagegen stellen muss wenn ein Jugendlicher gehen will.	Z258: Erlebnispädagogik hilft, da haben sie die Möglichkeit, sich zu erfahren, Grenzen kennen zu lernen, Möglichkeiten auszutesten und Wirksamkeit kennen zu lernen. Z272: das	2Z254: Und auch, dass der Auftrag klar ist: um was geht es überhaupt, wer möchte was von wem. S1Z425: ich finde es schwierig, dass sie so viele Ausweichmöglichkeiten haben	Z149: dissoziales Verhalten und Agieren steht im Vordergrund. Grosse Herausforderung für die Sonderpädagogen. Aber auch ihr Kerngeschäft. Umgehen mit Grenzverletzungen, die Jugendlichen

	ge gemacht hat, wenn es gut läuft, manchmal erst nach einem Feedback Wochen später. Das eigene Gefühl und die Erfahrung helfen zudem. Z253: Erlebnispädagogik wird in Lagern und Projektwochen gemacht. Z258: Jugendliche reagieren sehr gut darauf. Z262: man merkt es erst eine Zeit später, wenn sie davon sprechen Z327: Der Faktor Zeit, da diese begrenzt ist. Brauchen pädagogisch hochgeschultes Personal. Z411: Den Jugendlichen Glücksgefühle und Erfolgserlebnisse ermöglichen zu können. Ihren Horizont zu erweitern. Fertigkeiten zu lehren, die sie nicht kannten. Die Möglichkeit, einzelne Aspekte mit ihnen anschauen zu können. Z177: Ich denke, dass was heute alles topaktuell ist, oder, dass sind auch unserer Themen. Die hast du überall. Z25: Die Entwicklungsaufgaben sind	„verhebts“ am ehesten. Z325: Stufenplan, einheitliche Pläne. Alltagsgeschichten, aber auch Sozialkompetenz, Eigenkompetenz. Z395: dass es Grenzen gibt, wo wir Ausschlüsse machen müssen. Frage der Nachhaltigkeit: wie verhebt das was wir in dieser kurzen Zeit bewirken? schwierige Klientel, braucht die engen Strukturen, aber mühsam sich durchzusetzen. Z406: grösste Herausforderung, zu erfassen, um was es bei dem Jugendlichen geht, was er braucht und dass dann umsetzten zu können. Das einem da auch immer Grenzen gesetzt sind, von den Möglichkeiten des Jugendlichen her oder von den Eltern. Das bestmögliche zu machen. Z413: intensivere Gestaltung, da immer jemand hier ist der Zeit hat. Zusammenarbeit mit Psychiaterin, Faktoren, die positiv und begünstigend sind in der Arbeit mit diesen Jugendlichen.	Keine Gewalt mehr anwenden. So haben sie die Möglichkeit, deeskalierend zu arbeiten, weil die Jugendlichen im Notfall gehen können. Z190: Lösungsorientiertes Arbeiten ist im Alltag noch schwierig, aber es ist die Grundhaltung. Z263: Stufenmodell ist wirklich hilfreich. Ohne Stufenplan zu Beginn der Buebenegg wenig Motivation vorhanden, viel schwieriger. Mit Stufenplan können die Jugendlichen das greifen. Dient als Motivation und ist relativ neutral. Z354: wir sind oft draussen in Lagern und kochen selbst. Z396: sehr heterogene Personengruppe (IQ 50 bis ø), schwierig, so gemeinsame Aktionen durchzuführen, allen Interessen gerecht zu werden. Dynamik der Gruppenkonstellation. Zeitfaktor, offener, mehr Freiheiten wäre eine Entlastung für die Jugendlichen. Zeit macht auch die Schwierigkeit aus, eine gute Beziehung	lösungsorientierte Arbeiten, dass man ihnen zutraut, dass sie selber über sich Bescheid wissen, Experten sind und selbst wissen, wie man Probleme löst. Unsere Rolle ist dort, dass wir ihnen die Probleme vor Augen führen und reflektieren. Mit unseren Alltagsanforderungen und Gruppenregeln konfrontieren wir sie mit ihren Problemen. Z310: häufig bei Austritt fallen die Jugendlichen wieder in die alten Muster zurück. Z410: Schwierigkeit, dass sie schwierige Verhaltensweisen zeigen. Besondere Massnahmen brauchen was die Betreuung anbelangt (bestimmte Teamgrösse, Autorität). Dass ihnen die geistigen Mittel fehlen, zu reflektieren. Das sie Schwierigkeiten haben, Verhalten zu steuern, zu kontrollieren, zu reflektieren, zu überlegen. Z420: das man als Betreuungsperson nicht so sehr mit intellektuellen Mitteln arbeiten kann. Man muss eine grosse Verhal-	S3Z425: Diese Heterogenität in der Gruppe... S3Z281: Was ich wirklich hilfreich finde ist das Stufenmodell... S1285: Im richtigen Moment oder in der richtigen Situation ...	an eine realistische Einschätzung von ihrem Verhalten heranzuführen. Konfrontation mit den Schwierigkeiten die es im Zusammenleben gibt und dort immer wieder Motivation für eine Veränderung schaffen. Auch das Sozialisationsdefizit oder bisheriger Mangel an erzieherischer Struktur aufzuholen. Z460: alle Beteiligten leisten Grosses im sonderpädagogischen Team. Z250: Jugendliche mit externalisierenden Störungen Z410: Komplexe Problematik, die man in ihrer Vielgestaltigkeit wahrnehmen soll um ihnen gerecht zu werden und eine Lösung zu finden

	individuell bei jedem Einzelnen.	Z53: sehr individuelle Entwicklungsaufgaben wegen Heterogenität der Personengruppe ausser Struktureinhaltung der Wohngruppe	aufbauen zu können. Lokalität als Schwierigkeit. Z411: ganzen Schwierigkeiten sind im Prinzip auch die Herausforderungen. Z412: Herausforderung, die Schwierigkeiten so zu akzeptieren, was sie nicht ändern können. Z420: enger Betreuungsschlüssel ergibt mehr Möglichkeiten	tens- und Handlungssicherheit haben. Beziehungsgestaltung ist eine Herausforderung (professionell aber trotzdem bedeutungsvoll). Z25: Entwicklungsaufgaben liegen praktisch immer in Verhaltensauffälligkeiten Z26: oft liegt es auch am Umfeld, dass dieses nicht tragfähig ist und man es therapieren müsste.		
Psychiatrische Betreuung aus Sicht der Sonderpädagogen		Z366: sehr wichtig. Medikamentöse Behandlung, neutrale Person, die von aussen kommt, aber trotzdem die ganze Situation kennt. Mit der die Jugendlichen reden können, Dampf ablassen.	Z369: für sie ist konsiliarisch arbeitende Psychiaterin ein wichtiger Rückhalt, da noch nicht so erfahren. Z370: bringt einen anderen Blickwinkel z.B. in die Elterngespräche, mehr Berufserfahrung in Gesprächsführung, auch den medizinischen Blick auf die Dinge. Deckt das therapeutische ab, was wir nicht abdecken können. Z380: zuständig für Medikation, froh, nicht einen externen Arzt beiziehen zu müssen. Sie ist vernetzt im Ganzen. Kennt alle Beteiligten.	Z385: für meine Arbeit bin ich froh um einen psychiatrischen Input, wenn ich mir z.B. ein Verhalten nicht erklären kann. Da ist es hilfreich, wenn es eine Person ist, die den Jugendlichen auch kennt.	S3Z409: Ich finde es sehr wichtig, dass die Kinder- und Jugend...	
Betreuung	Z48: Grenzen in der psychiatrischen Problematik bis zu der wir adäquat betreuen können Z86: diagnostische Phase in der Eintrittsphase, den Jugendlichen von sonderpädagogischer und jugenpsychiatrischen Seite her kennen lernen, Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen und eben					

	die psychiatrische Diagnostik. **Ankerbeispiel**: Z88: Hier ist der Aspekt der Diagnostik sehr wichtig... Z92: meine Aufgabe die ganze Information zu beschaffen, Einholen von Berichten. Gespräche mit den Eltern führen, geographische und psychiatrische Hindernisse (wenn Eltern selbst beeinträchtigt sind). Schauen, mit welchen Personen sie sprechen kann um etwas über die Entwicklungs- und Lebensgeschichte zu erfahren. Häufig sind Jugendlichen schon ausgedehnt abgeklärt worden an anderer Stelle. Allfällige Medikation anpassen. Z134: Mehrfachproblematik der Jugendlichen: konstitutionelles Problem im Sinne einer geistigen Behinderung, Lernbehinderung. Ein ungewöhnliches Leistungsprofil. Psychosoziale familiäre Beziehung die im Zusammenhang mit ihren Verhaltenauffälligkeiten stehen, mit ein Grund für die Platzierung. Und psychiatrische Problematik. **Ankerbeispiel** Z 133: Es geht darum, der Komplexität.... Z143: Verbale Einschränkungen, können oder wollen Infos z.T. nicht geben. Schwierigkeit. Z165: ungewöhnliche Konstellationen. Psychiatrische Exploration kann ziemlich schwieriges Unterfangen sein. Z183: Deshalb ist die Diagnostik so wichtig: gewissen Grad die Grenze von unserem Angebot ausloten. Bei BPS z.B. weil sonderpädagogischer Ansatz u.U. zu unflexibel ist Z198: keine Psychotherapeutin, das sprengt den Rahmen der Möglichkeiten. Z214: dort wo sie es indiziert finden, ausserhalb der WSG eine Psychotherapie in die Wege leiten. Z230: vermehrter Psychotherapiebedarf durch intensives Seelenleben aber eingeschränkte Möglichkeiten mit Schwierigkeiten und Konflikten umzugehen. Z236: Sonderpädagogik übernimmt einen wichtigen Teil der Psychoth. Bei Störungen des Sozialverhaltens müssen sich beide Disziplinen zusammentun, Psychotherapie im Alleingang ist nicht indiziert, da der Jugendliche sonst alle gegeneinander ausspielen kann. In Praxis noch immer viele Meinungen das geistig behinderte nicht Psychotherapiefähig sind... **Ankerbeispiel:** Z242: Ich teile diese Auffassung nicht.... Z244: Arbeit mit System und die soz.päd. Seite sind unabdingbar. Z248: psychotherapeutischer Ansatz muss vernetzt sein, systemisch und letztlich milieutherapeutisch. Z415: Spezialisiertes, interdisziplinäres Angebot, welches milieutherapeutisch, systemisch und psychotherapeutisch orientiert sein soll **Ankerbeispiel:** Z258: die Arbeit mit seinem System und die sozialpädagogische... Z449: Psychotherapeutisch, Chance, dass sich die Jugendlichen nachhaltig stabilisieren.					
Zeit	Z401: Der Faktor Zeit ist eine Schwierigkeit da diese begrenzt ist. Z422: Tagtäglich 100% hier sein, da Jugendlichen schnell wechseln. Den Überblick zu behalten und den Fokus zu setzen ist die Herausforderung.	Z395: Auch die Nachhaltigkeit von dem was wir machen: es ist meistens sehr eine kurze Zeit, es ist vielleicht ein Jahr, maximal eineinhalb und dass ist so eine kurze Zeit in einem Leben von so einem Jugendlichen	Z251: Vorteil ist, dass Buebenegg einfach mehr Zeit hat als andere Gruppen. Z337: Zeitfaktor schwierig, sind beziehungsgestört, sollen sich auf zeitlich begrenzte Beziehung einlassen. Jugendlichen bräuchten mehr Zeit. Kritikpunkt am	Z351: Jugendliche sollten wir einfach standardmässig zwei Jahre aufnehmen können, damit eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden kann.	S1Z403: Die Jugendlichen bräuchten mehr Zeit.. S3Z366: das ist eine so kurze zeit... S2Z458: Für mich stellt sich hier die Frage der Nachhaltigkeit...	Z103: kein definitiver Entscheid über Aufenthaltsdauer, setzt Ziele und passt die Aufenthaltsdauer diesen Zielen ungefähr an: wie lange der Jugendliche braucht, um die Ziele zu erreichen. Z109: diese Jugendlichen brauchen ein-

	Z400: dass ich nicht konstant sein kann. Dass sie viele Ausweichmöglichkeiten haben.		ganzen Projekt, zu wenig Zeit.			fach mehr Zeit.
Umgang mit Konflikten	Z118: Machen verbale Drohungen oder Angriffe nichts aus, solange sie nicht auf der Familienebene angreifen. Das gehe ihm nahe. Aber sonst nicht bedrohlich für ihn. „Es ist so: Verständnis haben für ihre Situation, aber es haut mich nicht aus den Schuhen.“	Z73: versuchen, ruhig und sachlich zu bleiben und hinzustehen für etwas. Lösungsorientierter Ansatz steht für sie an oberster Stelle. Z105: bei zu massiven Drohungen werden Aufenthalte abgebrochen, es kann nicht sein, dass Mitarbeitende sich nicht mehr wohl fühlen, dort liegt die Grenze. Z111: ist sehr individuell, kommt auch darauf an, wie es einem selbst geht. Z129: Im Nachhinein immer versuchen, zu verstehen, warum es zu einem Konflikt gekommen ist. Hauptaspekt. Z155: bei Drohungen sage ich klar, dass das nicht geht und der Jugendliche sonst gehen kann.	Z115: je mehr sie sich als Team gefunden haben, je klarer sie auftreten, desto einfacher wird es. Z147: ich versuche, in die Metaebene zu gehen. Im Nachhinein muss ich viel reflektieren, brauche die Teamsitzung als Forum. Hilft auch, zu denken, dass sie letztlich für sich selbst verantwortlich sind. Z153: Es nicht persönlich nehmen: sie können es nicht besser. Z169: hängt wieder mit der Grundbeziehung zusammen. Wir müssen sehr klar sein in diesen Momenten, aber deeskalierend.	Z. Schwierig. Stellt sich dir Frage, was für Mittel man den Jugendlichen entgegensetzen kann. Nicht die gleichen Mittel, da sie merken sollen, dass Aggression und Gewalt kein adäquates Mittel ist um sein Recht zu vertreten. Z145: Abschreckung durch Autorität um sich selbst zu schützen und viel Geduld sind nötig. Z172: versuchen, das inadäquate Konfliktverhalten durch ein konstruktives zu ersetzen. Z: kommt darauf an, wie ernst er es nehmen muss. Geht zur Leitung oder dann zur Polizei (einmal bei Telefonbedrohungen).	S1Z119: Ich sage immer: wenn sie mir Arschloch sagen... S2Z88: Dass man wirklich versucht, mit dem Jugendlichen zusammen.... S3Z157: Ich versuche, in die Metaebene zu gehen...	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Z389: die ist mustergültig, sehr gut, wegen dem persönlichen Engagement das dahinter steckt.	Z335: sehr gute Zusammenarbeit, gute Unterstützung und Coaching. Z354: viele unterschiedliche Sichtweisen, die reinkommen durch Interdisziplinarität. Gerade	Z248: manchmal mühsam in Teamsitzungen, aber vor allem eine Ressource. Jeder guckt ein bisschen anders hin und etwas anderes sieht. Z363: viele	Z394: für den Jugendlichen ist die Interdisziplinarität auch wichtig, dass er merkt, wir ziehen alle am gleichen Strick. Man gibt ihm dadurch auch Wichtigkeit.	S3Z387: Durch die Interdisziplinarität gibt es viele Sichtweisen...	Z236: Sonderpädagogik übernimmt einen wichtigen Teil der Psychoth. Bei Störungen des Sozialverhaltens müssen sich beide Disziplinen zusammentun, Psychotherapie

		für diese Gruppe wichtig wegen Beobachtungscharakter, bei diesen Jugendlichen, die an verschiedenen Orten Schwierigkeiten haben und sehr komplex sind. Z357: Man kann gut reflektieren, jeder bringt seine Sichtweise herein.	Sichtweisen, Problem der Einigung, aber Vorteil, dass man mehr sieht.			im Alleingang ist nicht indiziert, da der Jugendliche sonst alle gegeneinander ausspielen kann. Z443: Durch ihre Übersetzungsarbeit bezüglich den psychischen und psychodynamischen Hintergründen von der Problematik der Jugendlichen für das Betreuungsteam Verständnis und Motivation zu schaffen. **Ankerbeispiel** Z455: Die interdisziplinäre Zusammensetzung aus Psychiatriepflege.. **Ankerbeispiel** Z460: Ich denke, das sonderpädagogische Team leistet Grosses...
Buebenegg						
WSG Buebenegg	Z239: vom Team her gut, ansonsten ausbaubar, Diskussion 365 Tage und Örtlichkeit. Z241: es wäre gut, die Jugendlichen zu isolieren, nicht mitten in der Institution zu sein, damit die Jugendlichen nicht so abgelenkt wären. Z249: auf einer Alp müssten sich die Jugendlichen mehr auf sich selbst konzentrieren.	Z338: Räumlichkeiten sind sehr schlecht, mitten im Kuchen. Keine Möglichkeit, rauszugehen ohne mitten im Areal zu sein. So fehlt die Möglichkeit für die Jugendlichen, draussen herumzutoben oder zu arbeiten.	Z242: grosses Team, Nachteil = viele unterschiedliche Haltungen. Kann auch ein Nachteil sein. Viele Möglichkeiten, mit uns zu spielen. Vorteile= viele Menschen bringen viele Ressourcen mit.	Z350: Ressourcen in der Buebenegg zufrieden, abgesehen von der Zeit. Z354: ich denke, den Jugendlichen ist wohl, gut aufgehoben, machen gute Fortschritte.	S4Z378: Ich denke auch, wir können den Jugendlichen das bieten... S2Z394: Was sehr schlecht ist sind die Räumlichkeiten...	Z39: Grenzen in der psychiatrischen Problematik die wir adäquat betreuen können Z453: braucht ein besonderes Engagement und auch ein besonderes Ausbildungs- und Weiterbildungsprofil. Das Profil des Einzelnen, das er mitbringt, die interdisziplinär Zusammensetzung aus Psychiatriepflege, Sozialpädagogik, Heilpädagogik mit einem

						therapeutischen Anspruch und das Zusammenwachsen von einem Behandlungsteams ist noch einmal ein anderer Aspekt. Es ist etwas neues, das dort entsteht und überhaupt den Umgang miteinander und die Entwicklungsbereitschaft von einem solchen Team als ganzes ist ganz entscheidend, als milieutherapeutische Einheit.
Idealvorstellung	Z250: Örtlichkeit in einem Haus, wo die Jugendlichen selbst heizen und koch müssten, könnten Erfolgserlebnisse geschaffen werden für die Bildung des Selbstvertrauens. Z376: die Jugendlichen brauchen eine verlässliche Beziehung, nicht eine Beziehung auf Zeit. Z377: weg aus grossen Institutionen mit solchen Jugendlichen, Beziehung anbieten, verlässlich sein, wenig Leute.	Z330: findet, auf einer solchen Gruppe sollten nur ausgebildete Personen arbeiten, da sehr komplexe Thematik und anspruchsvolle Arbeit Z345: ein Haus irgendwo, dass weg ist von allem, wo sie rumtoben und schreien können und es niemanden stört. Vielleicht sogar ein Garten.	Z349: Haus irgendwo ganz anders, da hier mitten im Sumpf. Das ganze rauspacken und mehr Zeit haben. Selbstversorgung machen	Z363: Ähnlich wie Überlebenscamp, mehr erlebnispädagogische Grenzerfahrungen schaffen. Damit die Jugendlichen mehr in die Situation kommen, zu handeln und sich danach selbst zu reflektieren. Noch mal soviel Personal um mit den Eltern zu arbeiten, den Eltern zu geben was sie brauchen, die Lage zu stabilisieren, das Zusammenführen von Eltern und Jugendlichen eins zu eins zu begleiten.	S3Z440: Wir werden das nicht ändern können. Vielleicht kommen wir auch mal so weit...	

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: