



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Bachelor Arbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Beratungsformen im Rahmen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

vorgelegt von Franziska Lorenz

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0404-9

Erstprüfer: Prof. Dr. Bräutigam

Zweitprüfer: Prof. Dr. Müller

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
2.1 geschichtlicher Hintergrund	3
2.2 Definition und Aufgaben	5
2.3 Der stationäre, teilstationäre und ambulante Bereich	6
2.4 Eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Herausforderungen und Chancen	7
3. Die Beratung in der Sozialarbeit	9
3.1 Begriffsdefinition	10
3.2 Vom Problem zur Beratungsstelle	11
3.4 Der Sozialarbeiter im Beratungsverhältnis	12
3.3 Das Beratungsgespräch	14
4. Kinder- und Jugendpsychiatrie als Handlungsfeld der sozialen Arbeit ...	16
4.1 Aufgabenbereiche von Sozialarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	18
4.1.1 Den Fall verstehen	20
4.1.2 sozialarbeiterische Zugänge und Instrumente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	21
4.2 Beraterische Aufgabe von Sozialarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	22
5. Fazit	25
6. Quellenverzeichnis	27

1. Einleitung

Verhaltensauffällige Kinder. Warum werden sie so betitelt? Was macht sie so auffällig und wodurch entsteht dieses „Auffallen“? Was erlaubt es fremden Menschen andere als verhaltensauffällig, gar als psychisch krank zu stigmatisieren?

Diese Frage stellte ich mir bereits vor dem Studium und weckte vorerst mein Interesse an der Sozialmedizin. Im Laufe des Studiums konnte ich mir über dieses Themengebiet Wissen aneignen und es mit dem Thema der Beratung in der sozialen Arbeit verbinden.

Im Rahmen meines Studiums zur Sozialen Arbeit absolvierte ich mein 12-wöchiges Praktikum in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Einrichtung bietet besondere stationäre Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche in Krisen oder mit länger andauernder Störung.

In dieser Zeit stellte sich mich immer wieder die Frage nach den genauen Aufgabenbereichen eines Sozialarbeiters, denn von Station zu Station waren die Aufgaben verschieden und die Handlungsnotwendigkeit definierte jeder anders. Deshalb geht es in dieser wissenschaftlichen Arbeit darum, die Frage nach den Aufgaben der Sozialen Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie nachzugehen.

Doch bevor es um die Bearbeitung der Fragestellung geht, sollen vorab die Begrifflichkeiten „Verhaltensauffälligkeit“ und „psychisch krank“ definiert werden. Für den Begriff „Verhaltensauffälligkeit“ gibt es bisher keine gesetzte Definition. Eine von vielen Definitionen ist die nach Seitz:

„Bei Verhaltensauffälligkeiten handelt es sich um Abweichungen des Erlebens und Verhaltens einer Person von einer Norm. Die Abweichung von der Norm hat eine negative Qualität. Verhaltensstörungen sind Auffälligkeiten, die in einer Funktionsstörung des Person-Umwelt-Bezuges begründet liegen“ (vgl. Stein 2003, S. 6, Internetquelle).

Die Definition von der Begrifflichkeit „psychisch krank“ ist ebenso umstritten, wie die der Verhaltensauffälligkeit. Dies beginnt bereits bei der Auffassung von „krank“ oder „gesund“. Jedoch umfasst die Wortgruppe „psychisch krank“ in dieser wissenschaftlichen Arbeit, die psychischen Verhaltensstörungen

klassifiziert nach dem ICD-10, welches von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird.

Die Erwartungen an die Sozialarbeit, gefährdete, insbesondere verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche zu erreichen, ist hoch. Es sollte immer auch ein Blick auf die sozialen, psychosozialen, psychologischen und sozioökonomischen Hintergründe geworfen werden, um den Fall in seiner Komplexität zu verstehen. Verschiedenste Zugänge und Instrumente finden hierbei ihre Anwendung. Der Betroffene benötigt individuelle Hilfen, um auf absehbare Zeit eine Besserung der Problemlage zu erreichen. Die interdisziplinäre Kooperation in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Voraussetzung, um das meist sozial verstrickte System eines Klienten zu analysieren und bestmögliche Hilfen anzubieten.

Das Thema ist im Kontext der Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und der Beratung der Sozialen Arbeit andererseits zu betrachten.

Zu Beginn wird die Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie beleuchtet (vgl. Kap. 2). Die Entstehung (2.1), Definition und Aufgaben (2.2), die verschiedenen Unterbringungsmöglichkeiten (2.3) und die Interdisziplinarität (2.4) sind Mittelpunkt des Abschnittes.

Separat dazu wird die Beratung in der Sozialen Arbeit betrachtet (vgl. Kap. 3). Hierbei geht es um die Definitionen (3.1) und der Problementstehung (3.2). Anschließend wird der Sozialarbeiter im Beratungsverhältnis (3.3) und das Beratungsgespräch (3.4) erläutert. Im 4. Kapitel geht es um die Klärung der Frage nach den Aufgabenbereichen eines Sozialarbeiters in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei nochmals unter Aufgaben und den beraterischen Aufgaben unterschieden wird. Ein Fazit der aufgeführten Fragestellung erfolgt im 5. Kapitel.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird darauf hingewiesen, dass die männliche Bezeichnung „Sozialarbeiter“ und „Berater“ Anwendung finden, wobei natürlich Männer, sowie Frauen gemeint sind. Ebenso verhält es sich mit dem Begriff „Jugendlicher“ und „Klient“. Im Rahmen dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass eine Person oder ein Sozialsystem aus eigenem Entschluss Hilfe sucht.

2. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Institution Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im folgenden Abschnitt näher beschrieben und erläutert. Hierbei geht es darum die Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie zu charakterisieren, welche Aufgaben und Ziele verfolgt werden und den Aufbau dieser Institution zu erläutern. Schwerpunktmäßig bezieht sich der Abschnitt auf die unterschiedlichen Professionen, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzufinden sind und auf den sich daraus ergebenden Herausforderungen und Chancen.

2.1 geschichtlicher Hintergrund

Vorerst soll geklärt werden, wie diese Form der Unterbringung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstanden ist.

Bereits im 17. Jahrhundert legte man ein Augenmerk auf Menschen, Familien und Kinder die „auffällig“ waren. Es waren die armen, verkommenden und verwahrlosten Familien, die blinden oder taubstummen Kinder oder die sogenannten „zuchtlosen“ Kinder.

Die ersten Anfänge für eine Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen im 19. Jahrhundert. Der Psychiatriehistoriker Harms bezeichnet die ergänzende Veröffentlichung „Die psychischen Störungen im Kindesalter“ von Emminghaus, als Wiegestunde der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Baumann u.a. 1994, S. 30). Zunächst wurde viel über das Thema diskutiert und spekuliert was die Gründe für eine psychische Störung sein könnten, sodass sich zwei Thesen gegenüber standen. Zum einen definierte der französische Psychiater B.A. Morel, dass Degenerationen krankhafte Abweichungen vom normalen menschlichen Typ, erblich übertragbar sind und sich progressiv bis zum Untergang entwickeln (vgl. ebenda S. 30). Degeneration meint hier eine vom ursprünglichen Zustand abweichende negative Entwicklung oder den körperlichen, geistigen Verfall (URL: Duden 2013).

Wiederum war Emminghaus davon überzeugt, dass die Bestimmungen und Klassifikation des Irreseins, wie sie die Psychiater bei Erwachsenen entwickelten, nicht ohne weiteres auf Kinder übertragen werden könnten.

Kindliche Psychosen sind dann vorhanden, wenn die geistigen Gefühle und das Vorstellen, das Begehren und Streben zugleich erheblich und besonders für längere Dauer alteriert sind, sodass die Wiederkehr des regelmäßigen Zustandes verzögert ist (vgl. ebenda S. 31). Als erste deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die 1864, von Heinrich Hoffmann, gegründete Kinderabteilung an der Frankfurter „Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische“ zu nennen (vgl. ebenda S. 34).

In der nachfolgenden Zeit wurden mehrere Lehrbücher und Zeitschriften über das Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie veröffentlicht.

1911 wurde an der Wiener Universität eine heilpädagogische Abteilung zur Behandlung hirnnorganisch- und verhaltensgestörter Kinder, von Erwin Lazar, eröffnet.

Die erste selbstständige Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde allerdings von Otto Löwenstein, im Jahre 1926 in Deutschland gegründet.

Ein Tiefschlag für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen war die Herrschaft des Nationalsozialismus. In dieser Zeit mussten mehrere namenhafte Psychiater das Land, aufgrund jüdischer Stammesangehörigkeit, verlassen. Zudem starben tausende von Kindern mit psychischer Störung aufgrund von Hunger und Mangelernährung. Weiterhin wurden drastische Gesetze eingeführt, wie beispielsweise 1939 das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, welches die Zwangssterilisierung von Personen mit folgenden Diagnosen zur Folge hatte: angeborener Schwachsinn, zirkuläres Irresein, Schizophrenie, erbliche Blindheit und ähnlichem (vgl. Warnke/Lehmkuhl 2011, S. 6).

Im Jahre 1939 wurde in Leipzig die „Kinderpsychiatrische Arbeitsgemeinschaft“ initiiert und im darauffolgendem Jahr gründete sich in Wien die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ (vgl. Warnke/Lehmkuhl 2011, S. 5).

In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich dieses Fachgebiet immer weiter. Es wurden Gesellschaften gegründet wie zum Beispiel die „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“.

1991 gab es im vereinten Deutschland 111 stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Specht/Anton 1995, S. 17).

Die genaue Anzahl der vorhandenen Einrichtungen heutzutage ist nicht aufzuzeigen, da nochmals zwischen stationär, teilstationär und ambulant zu unterscheiden ist. Zudem müsste man zwischen alleinstehenden Einrichtungen oder an Kliniken angebotenen Einrichtungen unterscheiden.

2.2 Definition und Aufgaben

In der heutigen Zeit nehmen Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland an der Pflichtversorgung teil und sind Bestandteil des allgemeinen Gesundheits- und Krankenhauswesens und somit in die allgemeine Krankenhausplanung einbezogen.

Nach den Gesetzesgrundlagen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dem SGB V sind die Kinder- und Jugendpsychiatrien, Einrichtungen in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten und Behinderungen des Kindes oder Jugendlichen diagnostiziert, geheilt oder gelindert werden. Zudem wird die altersgerechte Unterbringung und Verpflegung gewährleistet (vgl. ebenda S. 31). Eine anerkannte Definition für Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen ist die der Ärztekammer. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychisch, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen, sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (vgl. ebenda S. 11). Die Aufgaben einer psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche sind somit die Erkennung und Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen oder Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt (vgl. ebenda S. 30).

2.3 Der stationäre, teilstationäre und ambulante Bereich

Weiterhin ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil eines Versorgungssystems, welches eine stationäre, teilstationäre oder eine ambulante Betreuungsmöglichkeit umfasst. Diese Vielfalt ist in jeder Hinsicht notwendig, um den Kindern und Jugendlichen ein spezifisches und umfassendes Hilfeangebot zu gewährleisten.

Ein Prinzip der Kinder- und Jugendpsychiatrie lautet, dass Diagnostik und Therapie so ambulant wie möglich erfolgen sollten (vgl. ebenda, S.31).

Der ambulante Bereich ist jeder Klinik direkt zugeordnet. Die Diagnostik, die Beurteilung des Schweregrades und die Indikationsstellung therapeutischer Maßnahmen werden durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet. Andererseits dient der ambulante Bereich zur Fortführung der Therapie nach dem stationären Aufenthalt eines Kindes oder Jugendlichen.

Die teilstationäre Behandlung ist dann sinnvoll, wenn eine ambulante Behandlung des Betroffenen nicht ausreicht, eine vollständige Herausnahme aus dem sozialen Umfeld und eine Ausprägung der vorhandenen Störung es nicht notwendig machen. Bei dieser Form der Unterbringung ist das Kind oder der Jugendliche lediglich tagsüber in der Einrichtung.

Die stationäre Unterbringung eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen sieht einen mehrwöchigen Aufenthalt vor, wobei darauf zu achten ist, diesen Aufenthalt so kurz wie möglich zu halten. Gründe für diese Art der Unterbringung sind dann gegeben, wenn ambulante oder teilstationäre Hilfen erfolglos waren oder wenn diese zu Beginn bereits wirkungslos scheinen. Wird eine Störung bei dem Betroffenen durch die Familie oder dem sozialen Umfeld aufrechterhalten oder verschlimmert, ist es notwendig eine stationäre Unterbringung zu empfehlen. Die Behandlung wird interdisziplinär im Rahmen eines ärztlich verantworteten Behandlungsplanes durchgeführt. Eine Behandlung meint hier die Diagnostik und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen, die alle Patienten in unterschiedlichen Umfang benötigen. Grundlage hierbei ist die Diagnose nach ICD 10 (The International Classification of Diseases), dem Internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, welches ein Standard-Diagnose Tool für Epidemiologie,

Gesundheitsökonomie und klinische Zwecke ist. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben.

Durch die interdisziplinäre Kooperation von Fachkräften kann folgendes Leistungsangebot wahrgenommen werden. Die ärztliche Diagnostik und Therapie, die Betreuung und Führung durch den Pflege- und Erziehungsdienst, psychologische Diagnosen und Therapien, Logopädie, Heil- und Sozialpädagogik, Psycho-, Physio-, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie. Weiterhin wird mit Institutionen im Gesundheitsbereich, im Jugendhilfebereich, im Sozialhilfebereich, im Bildungsbereich, im Gesundheitsbereich und auch mit den Sorgeberechtigten und dem Kind selbst zusammengearbeitet. Entscheidend hierfür ist die gemeinsame Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, die in intensiver Kooperation zwischen der Klinik und dem Jugendamt erfolgen sollte. Der Kontakt zum Jugendamt wird vom Sozialarbeiter aufrechterhalten. Der Betroffene und der jeweilige Erziehungsberechtigte sind dabei aktiv zu beteiligen (vgl. Brünger 2004, S. 357).

Die Entlassung von Kindern und Jugendlichen erfolgt zu den Eltern oder - nach Hilfeplanung mit dem zuständigen Jugendamt - in ambulante, teilstationäre oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen. Diese Entscheidung sollte allseitig getragen werden.

2.4 Eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Herausforderungen und Chancen

Die genaue Durchführung einer Therapie kann in dieser Arbeit nicht erläutert werden. Jedoch sollen einige Wesensmerkmale und insbesondere die Zusammenarbeit der einzelnen Fachkräfte und die sich daraus ergebenden, Herausforderungen und Chancen beschrieben werden. Die Behandlung im Rahmen einer stationären Unterbringung gliedert sich grob wie folgt: Die Aufnahme / Anamnese, Untersuchungen und die medizinische Diagnostik werden durchgeführt. Nachdem folgt der Klinikalltag mit den entsprechenden störungsspezifischen Behandlungsformen. Diese einzelnen Behandlungsphasen findet man in der Praxis, so voneinander abgegrenzt, natürlich nicht vor, sie überschneiden und vermischen sich (vgl. Klees/Witte 2006, S. 214).

Die Stationskonzepte sind von der therapeutischen Ausrichtung der Klinik geprägt. Vorwiegend sind verhaltenstherapeutische, familientherapeutische und tiefenpsychologische Konzepte anzutreffen (vgl. Brünger 2004, S. 258).

Wie bereits erwähnt bietet die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine breite Vielfalt von Experten an, die direkt vor Ort tätig sind und somit die Einbeziehung in den Therapieplan des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen, vereinfacht wird. Um eine Therapie erfolgreich zu behandeln, ist es notwendig mehrere Behandlungsmaßnahmen durchzuführen. Oftmals erfolgt die Kooperation aller Beteiligten unter einem leitenden psychotherapeutischen Gesichtspunkt, der Aufgabenspezialisierung, den detaillierten Informationsaustausch unter verantwortlicher Kompetenz, sowie die bewusste Handhabung eines spezifisch wissenschaftlich - empirisch fundierten Konzeptes und eines gemeinsam angestrebten Therapieziels (vgl. Schydlo 1997, S. 432).

Der Begriff Interdisziplinarität in einer Klinik wird oftmals verwendet ohne dass es eine klare Beschreibung, gar eine Definition dafür gibt. Deshalb sollte von einer Kooperation und Zusammenarbeit gesprochen werden. Hierbei werden verschiedene Individuen mit unterschiedlichen Ausbildungen und Hintergründen integriert und arbeiten zusammen als definiertes System. Das Team arbeitet regelmäßig zusammen an einer Lösung von Patientenproblemen, die zu komplex sind, um durch lediglich eine Berufsgruppe gelöst zu werden.

Psychiatrische Institutionen sind trotz, vielleicht sogar auch wegen, positiver Entwicklung noch immer schwer durchschaubare soziale Gebilde mit häufig unklaren Aufträgen, Zielen und Zuständigkeiten. Hinzu kommt eine oft hohe Emotionalisierung sämtlicher Abläufe durch ständige Auseinandersetzung mit existentiell betroffenen und verstörten Menschen. Somit spielt sich therapeutisches und sozialpädagogisches Handeln in vielfach vernetzten und hochdynamischen Konstellationen ab, die durch einen einzelnen kaum kontrollierbar sind. Genau diese Unsicherheit und Unbestimmtheit setzt bei den Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität, Kooperations-, Absprache- und Abgrenzungsfähigkeit, Anpassungsbereitschaft und emotionale Stabilität voraus (vgl. Trost 2002, S. 409). Ebenso ist es eine Herausforderung wichtige Informationen über Patienten, Abläufe und ähnlichem, lückenlos dem gesamten Team mitzuteilen. Sogenannte Teamsitzungen oder Besprechungen sind zeitaufwendig, aber ausschlaggebend für das Gelingen der kooperativen Arbeit

(vgl. Warnke/Quaschmer 1997, S. 447). Weiterhin ist es von Bedeutung getrennte Praxisphären zu besitzen, um den jeweils anderen zu achten, seine Arbeit und die eigene Profession schätzen zu können. Teilweise entstehen in einer Klinik Machtverhältnisse. Durch die Vielfalt der Fachkräfte ist es möglich, dass es bei einer Beurteilung eines Patienten, zu verschiedenen Problemdefinitionen und Einschätzungen kommen kann. Daher ist es von Vorteil, wenn die Mitarbeiter sich auf einheitliche Grundsätze geeinigt haben und die Effektivität von Therapiemethoden nicht an ihrem therapeutischen Anspruch, sondern an ihrer Durchführbarkeit und Wirksamkeit gemessen wird (vgl. Martin 1997, S. 433).

Ist eine Basis der Zusammenarbeit geschaffen worden, ist es vorteilhaft verschiedene Fachkräfte in eine Diskussion, über die weitere Vorgehensweise einer Therapie, mit einzubeziehen. Somit können weitere effektive Handlungsmöglichkeiten entstehen, auf denen sich das Team letztendlich gemeinsam einigt.

Besonders bei der Klärung einer vielfältigen, geradezu multilateralen Problematik ist die Kooperation notwendig (vgl. Melzer 1978, S. 144).

Nur wenn das gesamte Team an einer respektierenden und funktionierenden Zusammenarbeit interessiert ist, bietet die Kooperation innerhalb der Klinik Vorteile. Wenn dies nicht der Fall ist und die Kooperation, die Absprachen und die Arbeitsabläufe nicht aufeinander abgestimmt sind, bringt es in einem Team Unruhe herein und es kann nur weniger qualitativ gearbeitet werden.

3. Die Beratung in der Sozialarbeit

Seit ca. 1920 etablierte sich die spezialisierte Beratung für Erziehung, Familien, berufliche oder soziale Fragen. Die Beratung ist heutzutage ebenso wie Erziehen, Vermitteln, Organisieren, Helfen oder Betreuen eine zentrale Tätigkeit der sozialen Arbeit. Verschiedenste Angebote und Varianten haben sich immer mehr verbreitet (vgl. Belardi 2005, S.147).

Zu Beginn wird der Begriff Beratung definiert (3.1), um ein inhaltliches Verständnis für die weitere Arbeit zu erlangen.

Da das Thema Beratung sehr umfangreich ist und oftmals im jeweiligen Kontext gesehen werden muss, werden einige Definitionen angeführt woraus sich letztendlich ein Resümee ableiten lässt.

Anschließend geht es um die Definition eines Problems und der Entstehung dessen. Welche Hürden Sozialarbeiter und Ratsuchende in einer Beratung zu überwinden haben und welche Problematiken entstehen können werden anschließend erläutert. Abschließend werden grobe Richtlinien des Verlaufs einer Beratung angeführt.

3.1 Begriffsdefinition

Nach Houben ist die Beratung:

..als Entscheidungshilfe in Krisensituationen zu sehen, wobei dies voraussetzt, dass keine manifeste Neurose oder eine andere psychische Erkrankung vorliegt, da in Beratungsgesprächen nicht die therapeutisch bedeutsame Übertragungsbeziehung entstehen kann (vgl. Zeller 1987, S. 73).

Dietrich (1991) beschreibt Beratung wie folgt:

„Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“ (Dietrich 1983, S.2).

Schwarzer und Posse definieren die Beratung folgendermaßen:

Beratung ist „(...) eine freiwillige, kurzfristige, oft nur situative, soziale Interaktion zwischen Ratsuchenden (Klienten) und Berater mit dem Ziel, im Beratungsprozess eine Entscheidungshilfe zur Bewältigung eines vom Klienten vorgegebenen aktuellen Problems durch Vermittlung von

Informationen und/oder Einüben von Fertigkeiten gemeinsam zu erarbeiten“ (vgl. Schwarzer/Posse 1986, S. 634).

Anhand dieser Definitionen ist Beratung als Unterstützung der Klienten in Problemlagen zu sehen. Der Berater hat die Aufgabe durch kommunikative Mittel bei dem Betroffenen einen Prozess in Gange zu bringen, der den Klienten dazu befähigt, seine aktuelle Problemlage einschätzen zu können und mithilfe des Beraters Hilfestellungen und Möglichkeiten der Lösung dessen, zu erarbeiten. Sozusagen ist Beratung ein gezieltes und kontrolliertes fachliches Verhalten einer zur Beratung legitimierten und somit kompetenten Person, das die Aufhebung der Ratlosigkeit, von Problemen und Konflikten durch methodische Interaktion anstrebt (vgl. Melzer 1978, S. 142).

3.2 Vom Problem zur Beratungsstelle

Doch wie entsteht zunächst diese Ratlosigkeit bei den Betroffenen? Wann wird das Problem, als ein Problem angesehen?

Kurt Ludewig versteht unter einem Problem jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht, schwierig, hinderlich, falsch oder störend usw. und veränderbar wertet, das heißt es für veränderungsbedürftig und -fähig hält (vgl. Kleve 1996, S. 105). Die Anlässe für Menschen eine Beratung aufzusuchen bestehen meist aus mehreren Problemen, wie beispielsweise in der Partnerschaft, in der Familie, in der Schule und im Beruf. In der heutigen Zeit muss der Alltag immer mehr „ausgehandelt“ werden. Es müssen Abstriche gemacht werden, sei es im Beruf, in der Freizeit oder gar in der Familie. Die meisten Menschen leben unter hohem Druck und erfahren häufiger Stresssituationen in ihrem Alltag. Zum Beispiel scheitert jede dritte Ehe und jedes fünfte Kind wächst in einer Ein-Eltern-Familie auf. Die dadurch entstehenden Beziehungsprobleme und psychischen Erkrankungen sind enorm. Nicht allein die Kommunikations- und Beziehungsprobleme wirken belastend, hinzu kommen meistens materielle und finanzielle Sorgen, Schulprobleme der Kinder oder die allgemeine Überforderung durch fehlende Kompetenzen (vgl. Belardi 2005, S.147). Dieses auffällige Verhalten wird an den Unauffälligen gemessen und stigmatisiert, das heißt als regelwidrig dargestellt. Diese Regelwidrigkeiten sind

Hilfebedürftige Zustände, die der Beratung und der wirtschaftlichen Hilfe bedürfen, da angenommen wird, dass sich Hilflöse nicht selbst helfen können. Diesen Zustand gilt es zu entkommen, indem ein Prozess von der Abhängigkeit zur Unabhängigkeit erfolgt. Der Begriff Abhängigkeit meint hier ein Element der Hilfebedürftigkeit. Durch wachsende Eigenbefähigung wird die Hilfebedürftigkeit geringer, wobei totale Selbstständigkeit eine idealistische Wunschvorstellung bleibt (vgl. Melzer 1978, S. 83).

3.4 Der Sozialarbeiter im Beratungsverhältnis

„Im Gegensatz zum helfenden Beruf des Arztes oder Psychiaters besitzt der Sozialarbeiter keine höhere soziale Statusposition. Die berufliche spezifische Neigung Verantwortung für andere zu übernehmen, sich fordern und überfordern zu lassen entspricht dem historischen „Berufsethos“ von Sozialarbeit auf „Selbstverzicht“, das heißt dass keine „narzisstische Befriedigung“ in der Beziehung zum Klienten sattfinden kann“ (vgl. Zeller 1987, S. 43).

Der Sozialarbeiter ist in seinem Beratungshandeln dadurch gekennzeichnet, dass er für ein meist undeutlich abgegrenztes Feld zuständig ist. Ein Berater ist vorerst für alle Krisen und Konflikte seiner Klienten zuständig. Niemand fragt vorher, ob er das Anliegen mit seinen beraterischen Ressourcen abdecken kann, denn eine einheitliche Konzeption von psychosozialen Konflikten liegt nicht vor. Kennzeichnend ist eher der ausgewählte Umgang mit den unterschiedlichsten Ansätzen und die Institution in dem die Beratung angeboten wird. Beispielsweise dem Alltagswissen, Informieren, gesprächstherapeutische Momente, Elemente vom systemischen Ansatz. Fachkräfte allerdings bezeichnen ausgewählte Beratungsmethoden meist als die 'Methodentrias'. Diese Methodentrias meint die klassischen Methoden der Sozialen Arbeit die einzelne Konzepte (Ansätze) verfolgt: soziale Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit.

Ein Hindernis für Sozialarbeiter kann der Mangel an methodischen Kenntnissen darstellen oder institutionelle Beratungsbedingungen lassen ausgedehnte Beratungsgespräche nicht zu (Wartelisten oder ähnliches). Dadurch kommt es oft zu den Anschein Konfliktprozesse nur ansatzweise anzuregen und auffangen zu

können (vgl. ebenda, S. 38). Ein weiteres Merkmal in der Beratung ist das Handeln nach bewährten Verhaltensmustern. Grundsätze wie -das haben wir schon immer so gemacht-, zeigen eine Denk- und Verhaltensweise nach stereotypen Modellcharakter, bei der jede Situation nach dem Muster vom Alten und Bewährten gehandhabt wird. Dies schafft eine Möglichkeit sich einer individuellen Verantwortung zu entziehen. Um solch eine „Abfertigung“ zu verhindern, sollte der Berater in der Lage sein, von seinen installierten Normen und Werten abzuweichen. Er muss sie zugunsten neuer Beurteilungskriterien in Frage stellen und es ist nur dann lernbar, wenn derjenige positive Erfahrungen mit Veränderungen gemacht hat (vgl. Melzer 1978, S. 97).

Zu Beginn einer Beratungssituation kann man von einer Asymmetrie der beiden Gesprächspartner ausgehen, das heißt die Beziehung ist zunächst einmal, im Hinblick auf den Gegenstand der Beziehung, ungleich. Der Ratsuchende mutet sich zu, unter Verzicht auf einen Teil seiner Eigenkontrolle, sich auf die Fremdsteuerung des Beraters, soweit erforderlich, zu verlassen. Für den Berater bedeutet dies seine Hilfestellungen, auf die vom Ratsuchenden, erwartete Einstellung abzustimmen. Um die Wiederherstellung der „Mündigkeit“ des Klienten zu erreichen, soll und darf der Berater, solange und soweit unvermeidbar, den Vertrauensvorschuss annehmend manipulieren.

Jeder Berater besitzt dem Klienten gegenüber einen Informationsvorsprung. Dies begünstigt ein Machtgefälle, bei welchem der Berater nicht alle Informationen, Gedanken und Überlegungen mitteilt. Durch gezieltes Befragen der Klienten werden Informationen herausgefunden. Dieses diagnostiziert werden wirkt häufig sehr verunsichernd auf Klienten (vgl. ebenda, S. 40). Um diese Abhängigkeit der Ratsuchenden etwas zu verringern und eher Gleichwertigkeit der Gesprächspartner zu erlangen, sollte die Beziehung und Bedingung gemeinsam reflektiert und auf die Abhängigkeit klar hingewiesen werden. Dies geschieht auch durch klare Absprachen über Ziele der Gespräche, Zeiten und Vorgehensweisen (vgl. ebenda, S. 62 f.).

Die Beratungstätigkeit von Sozialarbeitern bedeutet oftmals eine kurzfristige Bewältigung relativ unverbunden auftauchender Probleme, da eine langfristige Veränderung von Beziehungen meistens nur in einer Therapie möglich ist. Denn es muss berücksichtigt werden, dass Beratung in sehr vielen Fällen keiner tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderung gleichkommen kann.

Hierzu dient die Überweisung an Therapeuten oder eine spezielle Fachausbildung vom Berater (Drogenberatung, Eheberatung usw.). Zu beachten ist jedoch, dass die Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie fließend sein können, wenn institutionelle Bedingungen und Fachkompetenz des Beraters gegeben sind.

Sozialarbeiter unterstützen Klienten beispielsweise durch positive Zuwendung, besonders in angstbesetzten Situationen, in welchen die Bedrohung durch Realängste oder durch Schuldgefühle herabgesetzt werden soll (vgl. Zeller 1987, S. 64). Situationsgerechtes Handeln ist davon abhängig, wovon der Berater seine grundlegenden Wertvorstellungen und Legimitationen bezieht. Die sogenannte „philosophische Haltung“, dies meint die grundsätzliche Lebenseinstellung. Kennzeichnend ist ebenso, dass die kurzfristige Perspektive die einzelnen Handlungsschritte (Methoden) festlegt, und zwar zunächst in Richtung auf die aktuelle Situation des Klienten (vgl. ebenda S. 46).

In der Praxis muss also versucht werden, die aktuelle Problematik des Klienten so einzugrenzen, dass gegenwärtige Gefühle und Konflikte Gegenstand der Beratung sind. Aus dieser Begrenztheit heraus ergibt sich eine Konzentrierung auf das Wesentliche. Allerdings sollte es dem Klienten selbst überlassen sein, welche Probleme er als gegenwärtig ansieht.

3.3 Das Beratungsgespräch

Bevor der Versuch unternommen wird einen groben Verlauf einer Beratung zu beschreiben, gilt es vorab einige Schwierigkeiten zur Entwicklung eines Dialogs zu benennen. Eventuelle Sprachbarrieren, der Zeitfaktor oder Vorerfahrungen, Erwartungen und Ängste beiderseits können es erschweren einen Dialog aufzubauen. Weiterhin besitzen beide Parteien meist keine gemeinsame Erlebnisbasis, da sie häufig aus unterschiedlichen sozialen Umfeldern kommen. Das meint, dass die Anmeldung, die Durchsetzung und die Verarbeitung von Konflikten oftmals verschieden sind. Auch Widersprüche in allgemeinen Normen und gesellschaftlichen Werten können Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit hervorrufen (vgl. ebenda S. 61).

Zeller fasst 1987 die formalen Prozessstrukturen der Beratungskonzepte von Hege (1974) und Houben (1975), sowie der klientenzentrierten Gesprächsführung folgendermaßen zusammen: Zu Beginn sollte das Problem konkret definiert und die bisher unternommenen Lösungsversuche dargestellt werden. Anschließend geht es um die klare Definition des Ziels, deren Durchführung und Aufrechterhaltung.

Im ersten Gespräch versucht der Berater durch emotionale Zuwendung Kontakt mit dem Klienten aufzunehmen. Der Berater hört sich das Problem an und stellt vorwiegend Verständnisfragen, um sich von der ersten Wahrnehmung nicht täuschen zu lassen. „*Denn nach unserer Wahrnehmung richten wir uns in der Beratung*“ (vgl. Melzer 1978, S. 122). Im ersten Kontakt ist es zudem möglich, schnelle Hilfen für den Klienten einzuleiten, beispielsweise die Beantragung finanzieller Unterstützung. Nach diesem Gespräch wird sich herausstellen, ob die Beratung weiter fortgeführt wird und anschließend eine Arbeitsabsprache stattfinden kann. Denn wie bereits erwähnt, ist es vorteilhaft dem Klienten mit in das Vorgehen des Beraters einzubeziehen, so dass er Vertrauen entwickeln und sich als ein Teil des Beratungsprozesses fühlen kann. Die Beziehung zwischen Berater und Klient kann strukturiert werden. Die Grenzen und Besonderheiten der Beratungsinstitution und die angewandte Methodik des Beraters kann offengelegt werden (vgl. Zeller 1987, S. 78 f).

Kann der Berater die reale Situation des Klienten verstehen, beginnt der Prozess des Nachdenkens und Vergleichens. Es sollte überlegt werden, welche Rechtsnorm, welche Anspruchssituation, welcher pädagogische und psychologische Erkenntnishintergrund passt. Der Berater versucht Konflikte und Problemlagen aufzugreifen und einzugrenzen.

Das Eingrenzen ist davon abhängig, inwieweit der Klient den Berater seine Probleme und Gefühle offenbart und er es zulässt über das Problem zu sprechen. Ist deutlich geworden, was der Klient warum erreichen möchte und was er selbst dazu beitragen kann, so bleibt es zu klären was der auslösende Faktor ist.

Im Laufe einer längerfristigen Beratungssituation baut der Ratsuchende Vertrauen auf, welches ihm befähigt eine Beziehung herzustellen. Vertrauen meint hier eine Situation so einschätzen zu können, dass sie einem eher hilft als schadet. Durch diese Art der Beziehung ist es ihm möglich Zusammenhänge

seiner Konflikte zu finden, Veränderungen anzunehmen und diese im alltäglichen Leben umsetzen zu können.

Das Herausarbeiten der Gründe von beispielsweise Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit oder von Unwirtschaftlichkeit ist oftmals problematisch und sehr kritisch. Hierbei gilt es den Freiheitsraum des Klienten zu achten, sobald der Berater Fragen zum persönlichen und intimen Leben stellt. Am Ende der Gespräche sollte gemeinsam versucht werden Verlauf und Ergebnisse zusammenzufassen. (vgl. Melzer 1978, S. 124).

Ist die Veränderung seines Verhaltens oder seines sozialen Umfeldes positiv für seine gegenwärtige Lebenslage, sollte der Berater diese, durch weitere Gespräche, stabilisieren. Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass in der Sozialen Arbeit keine genaue Methode anzuwenden ist. Denn wie bereits erwähnt ist der Berater dadurch gekennzeichnet, dass er meist für ein undeutlich abgegrenztes Feld zuständig ist. Der Sozialarbeiter ist vorerst für alle Krisen und Konflikte seiner Klienten zuständig.

Die Praxis Sozialer Arbeit ist erheblich älter als ihre Theorieproduktion und auch unter Handlungsdruck stehende Sozialarbeiter, tun alles andere als nach Methodenkompetenz Ausschau zu halten. Sie beweisen ihre Kompetenz gerade darin, so zu Handeln wie es eben geht (vgl. Müller 1993, S. 46).

4. Kinder- und Jugendpsychiatrie als Handlungsfeld der sozialen Arbeit

In den ersten Abschnitten ging es einerseits um die Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und andererseits um die Beratung in der Sozialen Arbeit. In diesem Abschnitt gilt es nun beides zusammenzuführen und die Einrichtung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit zu betrachten.

Klinische Sozialarbeit ist als fachliche Spezialisierung der Sozialen Arbeit zu verstehen, qualifiziert für beratende und behandelnde Aufgaben. Klinische Sozialarbeiter sind „spezialisierte Generalisten“ und doch Teil der sozialen Arbeit. Somit vertreten sie ebenfalls das professionelle Selbstverständnis Menschen in sozialer Not durch methodisch fundiertes Handeln zu unterstützen und zu befähigen, ihr Leben und Zusammenleben selbst zu bestimmen und Partizipation

und Aktivität besonders jenen Menschen zu ermöglichen, die aufgrund sozialer oder gesundheitlicher Ausgrenzungsprozesse benachteiligt sind (vgl. Geißler-Piltz u.a. 2005, S. 15).

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen und ist in der Psychiatrie -Personalverordnung gesetzlich geregelt. Die Sektion klinische Sozialarbeit der DGSA (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit) definiert klinische Soziale Arbeit als... *„Expertenschaft für soziale beziehungsweise psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention. Grundsätzlich gehören dazu klinisch-sozialarbeiterisches Bedingungs- und Interventionswissen und Handlungskompetenzen auf der Basis methodisch geschulter Fähigkeiten und Fertigkeiten, außerdem Forschungskompetenz und eine ethisch fundierte professionelle Identität. Klinische Sozialarbeit bedeutet also keine medizinische Engführung und auch keine Therapeutisierung, sondern betont die Alltags- und Lebensweltorientierung im Sinne der (psycho-)sozialen Beratung und Behandlung“* (vgl. ebenda S. 99). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Arbeitsfeld an der Schnittstelle zwischen Medizin und Psychologie, Sozialwissenschaften und Pädagogik hat schon immer eng mit Angehörigen sozialer Berufe zusammengearbeitet. Innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen spielen Heil- und Sozialpädagogen, Diplom-Sozialpädagogen und Sozialarbeiter eine wichtige Rolle in der diagnostisch-therapeutischen Kette. Sozialarbeiter sollten dennoch eine eigene Position im Fadenkreuz zwischen pädagogischen, therapeutischen, sozialen und juristischen Aspekten finden. Dies verlangt eine gute Ausbildung, Beziehungsfähigkeit, Berufs- und Lebenserfahrungen und eine ständige Selbstreflexion im Team mit den anderen Berufsgruppen.

In einer Kinder- und Jugendpsychiatrie begegnen Sozialarbeiter komplexen Problemen und deren Auswirkungen, mit denen sie sich professionell auseinandersetzen müssen. Psychische Krankheiten und Störungen von Kindern und Jugendlichen mit Folgen sexueller, emotionaler und physischer Gewalt, mit Folgen von Migration, mit Suizidversuchen, mit Alkoholismus und Drogenmissbrauch, sowie mit den Folgen für Familien und Angehörige. Daher ist das Tätigkeitsfeld nicht nur enorm groß, umfasst es doch alle Problembereiche der psychosozialen Beratung und Behandlung von Gesundheitsstörungen, es

wandelt sich überdies beständig und ist je nach Kultur und Gesellschaft verschieden ausgeprägt (vgl. ebenda S. 14).

4.1 Aufgabenbereiche von Sozialarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen werden in einem sozialen Bezugssystem wahrgenommen, das neben der Kernfamilie und der Gruppe der Gleichaltrigen auch Kindergarten, Schule, Lehrstelle, sowie Vereine umfasst. Diese Beziehungen sind in gesellschaftlichen Strukturen eingebettet, die durch unterschiedliche Einkommens- und Lebensverhältnissen gekennzeichnet sind. Somit ist es selbstverständlich, dass nicht nur an der Bearbeitung intrapsychischer Konflikte angesetzt werden kann, wenn gleichzeitig die reale Lebenssituation eines Kindes durch schwerwiegende Belastungen charakterisiert ist (vgl. Schmeck 2004, S. 256).

Die Aufgabenstellung klinischer Sozialarbeit ist psychosoziale Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention. Um problembezogen und zielgenau beraten und behandeln zu können, wird die klassische Methodentrias (s. Kap. 3.4) im Interesse der Versorgungsoptimierung erweitert.

Die Sozialarbeit ist nicht die medizinisch-somatische Betrachtungsweise, sondern der besondere lebensgeschichtliche Weg des Patienten zu seiner Krankheit, die Lebensereignisse im Vorfeld der eigenen Krankheit unter Einschluss seiner Lebenswelt und Lebenslage zum Zeitpunkt des Auftretens der Krankheit und die Berücksichtigung möglicher Folgen, die sich aus diesem gesamten Komplex für des Patienten Fähigkeiten, seine persönliche Zukunft so weit wie möglich eigenständig zu gestalten, ergeben. Sozialdiagnose, Sozialprognose (aktuelle und zukünftige Bewältigung von Lebensanforderungen und -perspektiven) und praktische soziale Hilfen gelten als die kennzeichnenden Merkmale klinischer Sozialarbeit. Der psychiatrische Sozialdienst leistet weiterhin 'Persönliche Hilfe' gemäß § 8 Bundessozialhilfegesetzbuch und § 11 SGB I mit den Methoden, Arbeitsformen, Verfahren und Techniken der Sozialarbeit. Die Aufgaben beziehen sich auf aktuelle, persönliche und soziale Probleme des Patienten im Zusammenhang mit seiner Erkrankung. Persönliche Hilfe meint hier das

Eingehen einer helfenden Beziehung mit dem Patienten, einer Auseinandersetzung mit und das Erkennen von seiner aktuellen Konfliktlage, sowie das Erarbeiten, das Angebot und die Vermittlung von Lösungsmöglichkeiten (vgl. Hey 2000, S. 235 ff). Die Sozialarbeit koordiniert die sozialpädagogischen und umfeldbezogenen Maßnahmen mit der Jugend- und Sozialhilfe. Die Maßnahmen im sozialen Umfeld sind sozialpädagogische Familienhilfen oder Fremdplatzierungen in Pflegefamilien oder Wohngruppen, Kontakte und Absprachen mit Selbsthilfegruppen, sowie mit Kontakt- und Beratungsstellen, Veränderungen der schulischen Betreuung, Absprachen mit Polizei, Gerichten und Einrichtungen der Bewährungs- und Jugendgerichtshilfen und organisatorische Veränderungen in den Lebensumständen (familiäre Betreuung, Rollen- und Arbeitsverteilung und ähnlichem). Weiterhin übernimmt der Sozialarbeiter die Aufgabe der Angehörigenarbeit, die Organisation von „Elterntagen“ in der Einrichtung, die Durchführung und Dokumentation von Hausbesuchen und Schulbeobachtungen, die Organisation von und die Teilnahme an Helferrunden und Hilfeplangesprächen und das Training sozialer Kompetenzen in Einzel- oder Gruppenkontakten. Nicht zuletzt gilt es für den Sozialarbeiter in Fällen, in denen soziale Kompetenzen, wie zum Beispiel die Fähigkeit zu schreiben, grundsätzlich oder krisenbedingt beeinträchtigt sind, das Handeln der Betroffenen zu substituieren, beispielsweise durch die Erstellung notwendiger Anträge. Zudem sind die besonderen Kenntnisse der Sozialarbeiter da einzusetzen, wo die notwendigen Kompetenzen bei den Betroffenen nicht als lebensweltlich verfügbare Fähigkeiten vorausgesetzt werden können. Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen sollen zugänglich gemacht werden, welche sich die Betroffenen nicht selbst erschließen können, wie beispielsweise Angelegenheiten im sozialrechtlichen Bereich. Die Zielsetzung, nach der deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. 1998, ist die Ergänzung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Krankenhaus durch fachliche Hilfen für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben. Der Sozialdienst greift diese Probleme auf und trägt zu ihrer Lösung bei (vgl. ebenda S. 234 ff).

4.1.1 Den Fall verstehen

Doch um die sozialpädagogischen Hilfen einzusetzen, muss man den Fall analysieren. Es gilt den Patienten in seinem sozialen Umfeld zu sehen und seine vorhandene Problematik zu definieren, um die Hilfen zielgerichtet einsetzen zu können. Bei der Durchführung sollte man sich fragen welche Funktion und welche subjektive Logik eine bestimmte Handlungsstrategie in der Lebens- und Bildungsgeschichte eines Kindes hatte und aktuell hat. Sozialpädagogisch werden ihre Verhaltensweisen vor allem über ihre Funktionen verstanden, denn Symptome haben Ursachen und Wirkungen, wobei die Wirkung sehr vieldeutig sein kann. Handlungen wie zum Beispiel stehlen, weglaufen, sich entziehen oder lügen sind erst so zu verstehen, dass deutlich wird, welche subjektiv sinnvolle Funktion sie in der Überlebensidee und im Handlungsrepertoire eines jungen Menschen haben und hatten. Um Kindern oder Jugendlichen nun aber Angebote zum Um- und Neulernen erfolgreicher und sozial respektierter Überlebensstrategien zu machen, ist es notwendig an den individuellen Sinnkonstruktionen junger Menschen anzuknüpfen. Diese Sinnkonstruktion, die Widersprüche, Spannungen und Brüche in der Lebens- und Lerngeschichte die ein Kind oder Jugendlicher erfahren musste, gilt es zu 'entschlüsseln'.

Zu bedenken ist wiederum, dass sozialpädagogische Beurteilungen immer einen hypothetischen Charakter haben der zwingend überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden muss. Sozialarbeiter können ihre Einschätzungen nicht an klaren Störungsbildern mit einer konkreten Diagnose festmachen, wie es in der Medizin der Fall ist (vgl. Ader/Schrapper 2004, S. 91 f). Deshalb ist eine dialogische Auseinandersetzung mit den anderen Professionen für die Leistung effektiver Hilfe notwendig (vgl. Trost 2002, S. 138).

Die Diagnosen der verschiedenen Disziplinen, wie der Psychologie oder Medizin, sind zu beachten. Die Einschätzungen werden sorgfältig zur Kenntnis genommen und mit Blick auf die gestellten Aufgaben, Pflichten und Tätigkeitsoptionen ausgewertet (vgl. Ader/Schrapper 2004, S.87). Durch das Zusammentragen unterschiedlicher Sichtweisen kann die Komplexität eines Falles entfaltet und eine fachliche Einschätzung gewonnen werden, in der sorgfältig alle fallbezogenen Informationen berücksichtigt wurden. Wesentlich für einen Behandlungserfolg ist zudem, dass das sozialarbeiterische Handeln in ein

therapeutisches Gesamtkonzept eingebunden ist und sich alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einem gemeinsamen Behandlungsziel verpflichtet fühlen

4.1.2 sozialarbeiterische Zugänge und Instrumente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Um eine fachlich fundierte Hypothese über die Problemlage aufstellen zu können und eine notwendige Interventionsstrategie zu erörtern, ist die Erarbeitung einer Basis, durch folgende beschriebene Zugänge und Materialien, notwendig. Den Zugang bekommt man durch verschiedene Instrumente, die angewandt werden können. Um eine Problemlage in seiner Komplexität zu verstehen, ist es vonnöten drei gleichwertige Zugänge zu betrachten. Hierbei geht es um die Lebenssituation und der Lebensgeschichte, Selbstaussagen des Betroffenen und seiner Angehörigen und die bereits erfahrene Hilfgeschichte.

Um die Situation und die Lebensgeschichte zu verstehen gilt es gesammelte Daten und Fakten, sowie Einschätzungen und Bewertungen anderer systematisch zu sammeln und zu verarbeiten. Beeinträchtigungen und Gefährdungen, individuelle und umfeldbezogene Ressourcen, sowie Aufträge und Erwartungen werden geklärt. Die Informationen werden in der biographischen Anamnese und der Familien- und Sozialanamnese zusammengefasst. Problematisch hierbei ist die Trennung vom Bedeutsamen und vom Nebensächlichen. Instrumente wie zum Beispiel Erfassungs- und Auswertungsraster, Genogramme oder Fragenkataloge finden hier Anwendung.

Um sich einen aussagekräftigen Eindruck des Problems zu verschaffen, ist es notwendig das soziale Umfeld zu betrachten um das störende Verhalten zu verstehen. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es durch Gespräche, Hausbesuche, Schulbeobachtungen die Selbstaussagen, die Erfahrungen und Deutungen anderer Menschen zu sammeln und zu verstehen. Es geht darum die Perspektive zu wechseln und andere Sichtweisen hervorzubringen. Bedeutsam hierbei ist die gewählte Gesprächsform, welche Raum für Erzählungen öffnen soll, um die Gefahr des Ausfragens zu vermeiden. Nur so kann der Eigen-Sinn und die

Funktion biographischer Strategien und Muster der Lebensbewältigung gemeinsam „rekonstruiert“ werden (vgl. Ader/Schrappner 2004, S.94 ff).

Der dritte Zugang zum Analysieren einer Problemlage ist das Zusammentragen der Informationen und Bewertungen der bereits erfahrenen „Hilfeschichte“ und des institutionellen Handelns. Maßnahmen, Übergänge und Wechsel, Diagnosen und Interventionen, Kooperationen und Konflikte, Erfolge und Misserfolge gilt es zu erfragen. Instrumente wie eine tabellarische Gegenüberstellung von Lebens- und Hilfeschichte, Kooperations- und Konkurrenzgeschichte, Identifikationen und Spiegelungen finden hier ihre Anwendung.

Gesammelte Informationen und Sichtweisen müssen daraufhin zusammengeführt, bewertet und ausgewertet werden. Dadurch kann man sozialpädagogische Handlungsvorschläge und Interventionen konstruieren (vgl. ebenda, S. 94 ff). Nachdem findet die kollegiale Beratung statt. Die gesammelten Informationen und Erklärungen werden vorerst in der Fallbesprechung dem gesamten Team und vor allem den zuständigen Psychologen oder Arzt mitgeteilt. Daraufhin werden Interventionsstrategien entworfen und dem Betroffenen mitgeteilt. Die Finanzierung muss gesichert und die Umsetzung vereinbart werden. Ebenfalls die Tätigkeit der Jugendhilfe mit Aufgaben und Verantwortungsbereichen anderer Institutionen muss koordiniert werden. Die Verständigung und Aushandlung verlangt dabei meist viel Anstrengung.

Zuallerletzt und wiederum zuerst ist es notwendig zu evaluieren. Das heißt Einschätzungen und Vorschläge, welche sich als tragfähig zeigen könnten, zu dokumentieren und vor allem systematisch auszuwerten und zu reflektieren. Diese Evaluation ist die unverzichtbare Grundlage für Kontrolle und Weiterentwicklung (vgl. ebenda, S. 96).

4.2 Beraterische Aufgabe von Sozialarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wie bereits erwähnt übernehmen Sozialarbeiter in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vielfältige Aufgaben. Die Dokumentation und Planung von Schulbeobachtungen, Hausbesuchen, Hilfeplangesprächen oder Elterngesprächen. Sie unterstützen die Betroffenen (Erziehungsberechtigte oder

Klienten) in rechtlichen und formalen Angelegenheiten, nehmen an Team- und Fallbesprechungen, Elterntagen und Supervisionen teil. Der Sozialarbeiter übernimmt einen Großteil der Beratung. Vorwiegend berät er Kinder und Jugendliche.

Die Form der Beratung ist sehr vielfältig, wobei face-to-face Begegnungen charakteristisch sind. Jedoch die Einbeziehung des Umfelds und weiterer Hilfen vonnöten ist (vgl. Geißler-Piltz 2005, S. 85). Bei Kindern findet sie eher auf spielerischer Art und Weise und bei Jugendlichen eher an ausgewählten Handlungen statt. Zudem machen Angehörige und Erziehungsberechtigte ihren Beratungsanspruch geltend. Ebenfalls berät der Sozialarbeiter Teamkollegen in beispielsweise rechtlichen Angelegenheiten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Beratungssituation meist nur als eine kurzfristige Bewältigung relativ unverbunden auftauchender Probleme zu verstehen ist. Die Aufgabe der Veränderung von Verhaltensweisen liegt oftmals beim zuständigen Therapeuten. (vgl. Kap. 3.4). Um die beraterischen Aufgaben der Sozialen Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie nochmals zu verdeutlichen dienen die zwei unten aufgeführten Aufgabenbereiche. Die Angehörigenarbeit, sowie das Training sozialer Arbeits- und Sozialkompetenzen von Kindern und Jugendlichen.

Das Training zum Aufbau sozialer Kompetenzen von Kindern verfolgt meist zwei allgemeine Ziele: Einerseits geht es darum, das Wissen der Kinder über soziale Zusammenhänge zu vermehren. Beispielsweise die Steigerung des Bewusstseins, wie das eigene Verhalten dasjenige anderer Personen beeinflusst. Andererseits sollen fehlende, beziehungsweise nur im Ansatz vorhandene, soziale Fertigkeiten aufgebaut werden. Ein Problem hierbei zeigt die fehlende Generalisierung auf die natürliche Lebensumwelt des Kindes (vgl. Quaschmer 1997, S. 351).

Zugang findet der Sozialarbeiter auf spielerische Art und Weise, zum Beispiel das Setzen klarer Regeln (einander ausreden lassen, zuhören, usw.) fördert die Kompetenz Respekt zu zeigen.

Jugendliche zeigen Störungen im Lern- und Leistungsbereich, ein geringes Selbstvertrauen, Motivationslosigkeit und geringe soziale Fertigkeiten auf, welche miteinander verknüpft sind und sich in der Biographie wechselseitig aufrechterhalten. Durch das Training sozialer Arbeits- und Sozialkompetenzen

sollen Jugendliche lernen, Probleme in Ausbildung, Beruf, Familie und Lebensplanung, sowie Konflikte mit Gleichaltrigen konstruktiv anzugehen.

Bei der Durchführung des Trainings ist es vorteilhaft, den Ablauf klar zu strukturieren und einen gemeinsamen Trainingsplan aufzustellen. Dadurch erfährt der Jugendliche Sicherheit, kann Vertrauen aufbauen und sein Verhalten verändern. Problematisches Verhalten wird mit dem Jugendlichen identifiziert und durch klar umschriebenes und einzuübendes Zielverhalten ersetzt. Dieses Zielverhalten sollte so ausgerichtet sein, dass der Jugendliche schnelle Erfolgserlebnisse erzielt. Dies kann nur gelingen, wenn das Training sich eng an der Lebenswelt und den Belastungen des Betroffenen angliedert. Der Sozialarbeiter sollte ein Verhältnis auf vertrauter Basis schaffen. Dadurch ist es ihm möglich, im geschützten Rahmen, neue und ungewohnte Verhaltensweisen auszuprobieren. Ohne das Risiko der Blamage oder der Ablehnung eingehen zu müssen. Im Training geht es wesentlich um die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, der Erhöhung von Selbstkontrolle und Ausdauer, die Schärfung des Einfühlungsvermögens, den Umgang mit dem eigenen Körper und Gefühlen, die Stabilisierung des Selbstbildes und um den Umgang mit Kritik und Misserfolgen, aber auch mit Lob und Anerkennung (vgl. Petermann 1995, S. 237 ff). Verschiedenste Kompetenzen und Problemlagen werden in Einzel- oder Gruppenkontakten be- und erarbeitet. Problemlagen können besonders für Jugendliche Themen wie Beruf und Zukunft, Familie und die eigene Verantwortung umfassen. Durch Hilfe, Begleitung und Unterstützung des Sozialarbeiters soll es den Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden sich im sozialen Leben, mit Hilfe ihres erlernten Verhaltensrepertoires, zu integrieren.

Durch eine Erkrankung eines Familienmitgliedes ist das gesamte Familiensystem langfristig und schwerwiegend betroffen. Die Folgen sind meist Scham- und Schuldgefühle sowie sozialer Rückzug. Die Angehörigen leiden unter dem Gefühl der Verunsicherung und des Überfordert seins. Dies beeinträchtigt die ganze Familie, nicht zuletzt auch durch finanzielle Belastungen. Angehörige schränken ihre Lebensweise immer mehr ein, verzichten auf Urlaub und Außenkontakten.

Realistischer als der Vorsatz „heilen“ zu wollen, ist das Ziel die sozialen Fähigkeiten aller Beteiligten soweit zu fördern, dass sie den Alltagsansprüchen gewachsen sind, ohne krank zu werden oder weitere Verschlechterungen zu erleiden. Grundlage einer sozial-klinischen Intervention ist es, die psychosoziale

und emotionale Situation der Angehörigen zu bestimmen und zu verstehen. Wenn ein Kind oder Jugendlicher in der Klinik untergebracht wird, ist davon auszugehen, dass Angehörige im Vorfeld langwierige Erfahrungen mit dem Betroffenen gemacht haben. Welche häufig bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gingen. Dennoch ist bei den Angehörigen in der Regel ein großes Fürsorge- und Toleranzpotenzial vorhanden. Familien entwickeln oftmals Bewältigungsstrategien, deren Selbsthilfepotenzial unterstützt werden sollte. Die Angehörigenarbeit sollte so ausgerichtet sein, dass die Selbststigmatisierung Betroffener und Angehöriger, welche eine schwere Erkrankung häufig als soziale Zurückweisung, Hoffnungslosigkeit, Schuld oder Bestrafung interpretieren, verringert wird. Die Aufgabe des Sozialarbeiters besteht wesentlich darin, solche Überzeugungen positiv zu beeinflussen und zu verändern. Auch die Vermittlung von Akzeptanz der Erkrankung und die Hoffnung wieder ein befriedigendes Leben aufbauen zu können, ist Teil der Aufgabe (vgl. Geißler-Piltz, u.a. 2005, S. 64 ff).

Die Mitarbeiter der Klinik sollten zudem, den Eltern mit Respekt und Anteilnahme entgegentreten und sich in die zweifelslos schwierige Situation der Eltern einfühlen, die ihr Kind der Klinik zur Behandlung übergeben haben (vgl. Martin 1997, S. 434).

5. Fazit

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein komplexes System aus verschiedenen Professionen. Die Beratung ist ebenfalls ein umfassendes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Deshalb ist es Ziel dieser Arbeit, die Frage nach den Aufgabengebieten eines Sozialarbeiters in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zu klären und die Beratungsformen darzustellen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Beratungssituation eher situativ geprägt. Der Inhalt eines Gespräches mit den Klienten kann sich stets ändern. Besonders bei der Beratung von Jugendlichen und ihren aktuellen Problemlagen. Aber nicht nur die Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen ist Aufgabe der Sozialarbeiter, auch die Beratung von Angehörigen und Teamkollegen sind Teil

des Aufgabengebietes. Die Beratung von Teamkollegen meint hier das informieren über beispielsweise rechtlichen Angelegenheiten. Eine wesentliche Aufgabe ist ebenfalls, die Herstellung und Aufrechterhaltung zu den verschiedensten Netzwerken und Institutionen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Aufgaben Maßnahmen im sozialen Umfeld, Maßnahmen mit dem Klienten (Sozialprognose, Sozialdiagnose und Bewältigung von Lebensanforderungen) und den Kontakt zu sozialen Netzwerken beinhalten (vgl. Kap. 4.1). Ziel dieser Aufgaben ist es nicht alle Probleme erkennen und bewältigen zu müssen, sondern die bestmögliche, den Umständen entsprechende Lebensqualität zu erreichen. Die Erreichung des Ziels wird allerdings erst im Laufe des Alltags sichtbar und nicht in der kurzfristigen intensiven Intervention innerhalb der Klinik.

Meinem Erachten nach leistet die Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wertvolle Arbeit. Die Sozialarbeiter stellen eine Verbindung zwischen dem institutionellen Verfahren und den Notwendigkeiten anderer Institutionen dar, wodurch auch die Hilfeplanung zugänglicher gemacht wird. Sie sorgt aber nicht nur für strukturelle Abläufe, sondern übernimmt ebenfalls einen wesentlichen Teil in der Arbeit mit dem Klientensystem. Deshalb sollte der Stellenwert eines Sozialarbeiters in dieser Institution nicht unterschätzt werden. Welches meines Erachtens nach, leider oftmals der Fall ist.

6. Quellenverzeichnis

- Ader, S. / Schrapper, C.: Sozialpädagogische Diagnostik als fallverstehende Analyse und Verständigung. Entwicklungsleitlinien, Konzepte und Anforderungen. In: Fegert, J. M./Schrapper, C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.85 - 100.
- Belardi, N.: Beratung. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5.Aufl. Weinheim/München 2005, S.147 - 149
- Brünger, M.: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. M./Schrapper, C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.355 - 360.
- Dietrich, G.: Allgemeine Beratungspsychologie. Eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung. Göttingen/Toronto/Zürich 1983
- Geißler-Piltz, B./Mühlum, A./Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. In: Homfeldt, H.-G./Mühlum, T./Mühlum, A. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Bd. 7. München 2005
- Hey, G.: Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen Personenbezogene Dienstleistungen als habilitative Ressourcen. In: Bartholomeyczik, S./Göpel, E./Görres, S./Homfeldt, H.-G./Laaser, U./Mühlum, A. (Hrsg.): Gesundheit, Pflege und Soziale Arbeit. Bd. 10 Frankfurt am Main u.a. 2000
- Kleve, H.: Konstruktivismus und Soziale Arbeit. 2Bde., Aachen 1996
- Klees, E./Witte, M.D.: Problematische Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Witte, M. D./Sander, U. (Hrsg.): Erziehungsresistent? >> Problemjugendliche<< als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Bd. 15. Baltmannsweiler 2006, S. 207-230
- Martin, M.: Stationäre Psychotherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1997, S. 430 - 438

- Melzer, G.: Methoden und Gesprächsführung in der Beratung. In: Melzer, G./ Giese, D. (Hrsg.): Die Beratung in der sozialen Arbeit. 2. Aufl., Frankfurt/Main 1978, S. 72 - 146
- Müller, B.: Wissenschaftlich denken - laienhaft handeln? Zum Stellenwert der Diskussion über sozialpädagogische Methoden. In: Rauschenbach, Th./Ortmann, F./Karsten, M.-E. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick Weinheim u.a. 1993
- Petermann, U. /Petermann, F.: Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. In: Hundsalz, A./Klug, H.-P./Schilling, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche - Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte Weinheim u.a. 1995, S. 237 - 248
- Quaschmer, K.: Hyperkinetische Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1997, S. 343 - 355
- Schmeck, K.: Bezugsdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. M./ Schrapper, C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S. 251 - 258
- Schwarzer, C. ; Posse, N.: Beratung. In: Weidenmann, B./Krapp, A. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie. München, 1986, S.631-666
- Schydlo, R: Ambulante Psychotherapie in der Praxis. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1997, S. 420 - 428
- Specht, F./Anton, S.: Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Göttingen 1995
- Stein, R.: Pädagogik bei Verhaltensstörungen. URL: http://www.fernkurshilfepaedagogik.de/service/Studienbrief_verhaltensstoerungen.pdf [Stand 21.06.2013]
- Trost, A.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Schwarzer, W. / Trost, A. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. 2. Aufl. Dortmund 2002, S. 83 - 142
- URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Degeneration#Bedeutung2> [Stand 28.05.2013]

- Warnke, A./Quaschmer, K.: Psychotherapie im teilstationären Bereich. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1997, S. 439-449
- Warnke, A./Lehmkuhl, G.: Die Entwicklung zum eigenständigen Fachgebiet. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. , Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.): Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. 4. Aufl. Stuttgart 2011, S. 5-7
- Zeller, S.: Das Beratungsgespräch in der sozialen Arbeit. 2 Bde. Bielefeld 1997