

"Umgang mit Widerstand im Kontext der Fachberatung"

Vortrag gehalten am 2. Fachtag für "insoweit erfahrene Fachkräfte" nach § 8a/ 8b SGB VIII des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung am 16.07.2015

Widerstandskonzepte bildeten ursprünglich einen zentralen Bestandteil psychoanalytischer Theorie. Demnach bezeichnet "Widerstand" ein sich Sträuben von Menschen gegenüber Einflüssen anderer, das für den Menschen selbst nicht rational begründbar ist.

Das als Widerstand bezeichnete Phänomen wurde von Freud erstmals so benannt zur Charakterisierung von widerstrebenden Handlungsmustern. Er stieß nach A. Schreyoegg (2015) in der Psychotherapie mit seinen sog. hysterischen Patientinnen wiederholt auf Hindernisse, die sich als "Nicht-Können oder- Wollen" äußerten. Die Patientinnen hatten etwas "vergessen" oder beschönigten Ereignisse oder Erinnerungen. Das Konzept des Widerstandes diente Freud zur Beschreibung der widerstrebenden Handlungsmuster, die sich auf dem Hintergrund frühkindlicher, traumatischer Beziehungserfahrungen der Patientin in einer neuen Situation wiederbelebten, und wie ehemals zu innerer Spannung und Vermeidung der jetzigen Situation führten.

Was Freud zunächst als unüberwindbare feindliche Barriere zwischen sich und der Patientin empfand, wurde für die Psychoanalyse zum zentralen Diagnostikum.

Beim klassischen Widerstandskonzept wird postuliert, daß aktuelle Beziehungen durch frühere Erfahrungsmuster überlagert werden im Sinne eines sich Wehrens gegen Andere. Damit werde der Mensch auf seine frühkindlichen Erfahrungen reduziert(Schreyoegg,s.o.).

Widerstand wird als pathogenes Phänomen interpretiert, das ausschließlich durch die intrapsychische Dynamik eines Menschen erzeugt werde, d.h. dass es sich um ein innerpsychisches Phänomen handele. Es werde von Freud nicht wahrgenommen, daß ein sich Wehren von Menschen auch als Schutzmaßnahme aus subjektiven oder objektiven Gründen berechtigt sein mag. Es werde bei diesem Konzept leicht übersehen, dass Widerstand im Sinne von Gegenwehr durch den aktuellen Interaktionspartner erzeugt sein kann, und sich ein Mensch aus subjektiven Gründen berechtigterweise gegen dessen Interventionen wehrt.

Weiterhin gerät aus dem Blick, daß auch das soziale Umfeld bzw. eine spezifische Situation, in der eine Interaktion stattfindet, bei einer/m Interaktionspartner/in Widerstandshaltungen erzeugen kann.

Nach Schreyoegg blieb bereits innerhalb der Psychoanalyse die ausschließlich pathologisierende Bestimmung von "Widerstand" als Entwicklungshemmnis nicht unwidersprochen. So habe z.B. Maslow das klassische psychoanalytische Widerstandskonzept einer kritischen Analyse unterzogen. Die überwiegend an Pathologien und damit defizitorientierte Sicht verstelle den Blick für das existentielle Bedürfnis des Menschen nach Sicherheit. Erst aus einer Haltung, die diesem Bedürfnis Rechnung trage, d.h. Widerstand als legitime menschliche Seinsform begreift, könne eine Subjekt-Subjekt-Beziehung entstehen, in der sich Widerstand erübrigt oder von selbst auflöst.

Rogers schenkt dem Widerstandsphänomen im Rahmen seiner klientenzentrierten Therapie insofern wenig Beachtung, als er annimmt, dass es sich in einer Subjekt-Subjekt-Beziehung von selbst auflöst.

Moderne klienten-zentrierte Therapeuten beschreiben in der Folge Widerstand konsequent als "Beziehungswiderstand", und damit als interpersonales Phänomen, das sich zwischen KommunikationspartnerInnen abspielt.

Entsprechend postuliert Watzlawick zum Thema Widerstand in der Kommunikationstherapie: Grundlage der Behandlungsmethode sind nicht hypostasierte innerpsychische Prozesse, sondern beobachtbare Muster von Interaktionen, also Muster der Kommunikation zwischen Menschen.

Kommunikation findet nicht nur zwischen KlientIn und TherapeutIn im therapeutischen bzw. beraterischen Kontext statt, sondern auch auf der Ebene der Professionellen, nämlich im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte. Drückt sich Widerstand von KlientInnen in Form von Sprachlosigkeit über Unausprechliches gegenüber den BeraterInnen aus – im Fachjargon als mangelnde Kooperationsbereitschaft bezeichnet - dann kann man vermuten, dass sich vergleichbare Formen der Sprachlosigkeit im HelferInnensystem widerspiegeln werden. Klient/innen haben nicht selten – vor allem in einem Zwangskontext – Angst vor den Interventionen der Jugendhilfe, auch wenn sie als Unterstützungsangebote formuliert sind, und meinen subjektiv, manchmal auch objektiv, sich schützen zu müssen.

Betrachten wir Fachberatung als einen interpersonalen Prozess in einem bestimmten Kontext, der geprägt ist von Interaktions- und Kommunikationsmustern zwischen verschiedenen Fachleuten, können wir Widerstand als Phänomen verstehen, das sich auch auf der Ebene der Professionellen in Form von Sprachlosigkeit widerspiegeln kann als Folge der zugrundeliegenden Beziehungsdynamik zwischen den Teilnehmer/innen. Auch diese haben nicht selten das Gefühl, dass sie sich vor Angriffen schützen müssen und gegen mehr oder weniger offen ausgesprochene Schuldzuweisungen wehren müssen.

Der Fachberatung nach § 8a liegt die diagnostische Urteilsbildung auf der Basis vorliegender oder eigens erhobener psychologischer Daten über Personen oder Sachverhalte zugrunde mit dem Ziel, eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen und mit geeigneten Mitteln abzuwenden. Da es sich dabei um einen subjektiven Bewertungsprozess handelt, soll die Entscheidungsfindung im Zusammenwirken mehrerer Fachleute vorgenommen werden.

Gleichwohl unterscheiden sich die verschiedenen AkteurInnen hinsichtlich ihres möglichen Beitrags zur Entscheidungsfindung, da ihnen unterschiedliche Informationen zugänglich sind, und hinsichtlich des Grades an Verantwortung. So kann sich eine eigene Dynamik von Widerstand entwickeln. D.h. es können Widerstände seitens der am Fall Beteiligten entstehen als Folge der Beziehungsdynamik aufgrund von Rivalitäten oder Kompetenzfehlzuschreibungen, die zu Dissonanz führen und damit die Gefahr bergen, mehr oder weniger schwerwiegende Einschätzungsfehler zu produzieren.

Unter Einschätzungsfehlern verstehen wir nach Kindler (2007,S.94) "gravierende Fehleinschätzungen von Gefährdungslagen durch Fachkräfte in Verbindung mit wenig aussagekräftigen... oder falsch angewandten Einschätzungshilfen (z.B. Unterschätzung des Risikos bei Kindesmisshandlern mit antisozialen Entwicklungsmerkmalen, die prognostisch anders zu betrachten sind als die häufigere Untergruppe der Überforderungsmisshandler)".

Seitens der beteiligten Fachkräfte kann es zu einem sog. "cognitive shut-down" kommen, d.h. dass, neue wichtige Informationen nicht berücksichtigt werden, wenn eine Hilfeentscheidung einmal gefallen ist, ebenso wie zu sog. "Groupthink"- Phänomenen, d.h. der wechselseitigen Immunisierung gegen berechtigte Zweifel an der Richtigkeit von Teamentscheidungen in der kollegialen Beratung. Es kann weiterhin Informationsverluste an Schnittstellen geben, z.B. zwischen Kinderarzt und Jugendamt, ebenso wie Verantwortungsdiffusionen z.B. zwischen Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes und den in der Familie eingesetzten Fachkräften eines Freien Trägers, als auch Kompetenzfehlzuschreibungen zwischen verschiedenen Institutionen". (Kindler, s.o.).

Auch mangelnde Kenntnis der unterschiedlichen Arbeitsweisen von Fachkräften kann zu schwerwiegenden Missverständnissen führen. Die Schwierigkeiten hängen jedoch nicht nur mit den verschiedenen Aufgaben, den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und den unterschiedlichen

Fachsprachen zusammen, sondern auch mit verschiedenen Grundhaltungen, in denen sich Überzeugungen und Normen ausdrücken, die meist nicht einer gemeinsamen Reflexion unterzogen werden (Bartels,2014). Besonders im Zusammenhang mit sexueller Ausbeutung von Kindern spiegelt sich das Dilemma der Betroffenen auf der Eben der beteiligten Fachleute wider. Auch sie verfügen häufig nur über begrenzte Sprach-und Handlungsmöglichkeiten bei der Konfrontation mit dieser Problematik. Das Redeverbot, dem betroffene Kinder unterworfen sind, und die Gefühle von Ohnmacht lassen auch Professionelle manchmal verstummen angesichts der Not der Kinder. Manche KollegInnen erleben ihre eigene Betroffenheit nicht als besondere Qualifikation, sich in die Situation der Kinder besonders gut einfühlen zu können, sondern haben eher Angst, eigene Gefühle auf das Kind zu übertragen.

Zur Verdeutlichung des Gesagten soll dem Fall einer jungen Frau nachgegangen werden, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt durch ihren Großvater und körperliche Gewalt durch ihren Stiefvater erlitten hatte. An ihrem Beispiel soll dargestellt werden, wie Sprachlosigkeit gegenüber dem Unaussprechlichen es verhindert hat, dass sie sich in einer extremen Belastungssituation adäquate Hilfe suchen konnte, und die Situation sich dramatisch zuspitzte.

Die Analyse basiert auf der Beobachtung des Strafverfahrens gegen die junge Frau im Hauptverfahren und in der Revisionsverhandlung. Daher ist sie naturgemäß retrospektiv, und die Schlussfolgerungen basieren auf meinen fachlichen Hypothesen. Im Strafverfahren kamen sie nicht zur Sprache.

Die Mutter war angeklagt worden, da sie ihren schwerstkranken Sohn nicht mehr gepflegt und ernährt habe, und seinen Tod damit – so die Anklage – vorsätzlich herbeigeführt habe. Der Junge war das zweitälteste von drei Kindern der jungen, alleinerziehenden Mutter. Im Alter von ca 8 Jahren traten bei ihm erstmals Symptome einer seltenen, genetisch bedingten Stoffwechselerkrankung auf. Diese Erkrankung geht mit einem schweren neurologischen und körperlichen Verfall einher und führt infolge einer Nebenniereninsuffizienz unweigerlich zumTode.

Die Familie war dem Jugendamt als sog. Multi-Problemfamilie bekannt. Der Kindergarten, den die kleine Schwester besuchte, ebenso wie die Schule, die der älteste Junge besuchte, hatten sich bereits verschiedentlich an den ASD gewandt. Der Junge habe ein Aufmerksamkeitsdefizit in Verbindung mit einer hyperkinetischen Störung, und auch die kleine Schwester sei auffällig in ihrem Verhalten. Während die Schwester in einer spezialisierten Beratungsstelle angebunden war, war der Junge in Beratung in der Psychologischen Beratungsstelle, wo auch sporadisch Gespräche mit der Mutter stattfanden. Sporadisch deswegen, weil sie häufig die Termine absagte. Grund für die Anmeldung der Schwester in der spezialisierten Beratungsstelle war der Vorwurf gegenüber dem Bruder, dass er seiner Schwester gegenüber übergriffig geworden sei.

In den letzten Monaten war es zu einer Verschlechterung des Zustandes des kranken Jungen Marco gekommen. Die Schule teilte mit, dass Marco zunehmend schlechter höre, dass er an Wahrnehmungsstörungen leide und nicht mehr gut laufen könne. Die behandelnde Kinderklinik setzte die Mutter ein wenig später in Kenntnis, dass Marco infolge der schweren Erkrankung nicht mehr lange zu leben habe. Zu dem Zeitpunkt ging es Marco schon so schlecht, dass er nicht mehr selbständig essen konnte und mit einer Magensonde ernährt werden musste.

Da die Mutter immer für den Jungen da sein wollte und ihn zuhause pflegen wollte, wurde sie in der Handhabung der Magensonde unterwiesen, worin sie sich nach Aussage der behandelnden Ärztin im Strafverfahren recht geschickt erwies. Sie zeigte im Krankenhaus, dass sie in der Lage war, den Jungen zu waschen, zu windeln und zu füttern. Zu ihrer Entlastung wurde seitens des ASD eine sozialpädagogische Familienhilfe eingesetzt, die sich um die beiden anderen Kinder kümmern sollte, damit die Mutter sich ausschließlich um den schwer kranken Jungen kümmern konnte. Als sich der Zustand des Jungen dramatisch verschlechterte, wurde der Mutter seitens des Jugendamtes nahe gelegt, den Jungen in einem Kinderhospiz betreuen zu lassen. Dies lehnte die Mutter ab, ohne ihre Beweggründe dafür vermitteln zu können.

Sie wusste, dass ihr Kind sterben werde, und so lange wollte sie es bei sich behalten. Sie beharrte darauf, dass sie das Kind zuhause versorgen könne. Der Unterbringung des todkranken Jungen in dem Hospiz konnte sie nicht zustimmen, da es die Herausnahme des Kindes aus der Familie bedeuten würde. Tatsächlich schien sie über ausreichende Resilienz zu verfügen, was sie bereits in der Klinik unter Beweis gestellt hatte. Auf das Ausmaß des körperlichen und des neurologischen Verfalls des Jungen mit all den erschütternden Begleiterscheinungen war sie jedoch nicht vorbereitet.

Da sie Hilfe weder fordern noch annehmen konnte, blieb sie in ihrer Sprachlosigkeit, ihrem Schmerz, ihrer Verzweiflung und ihrer Wut über den bevorstehenden Tod des Kindes allein. Die auswegslose Situation konnte sie vermutlich nur ertragen, indem sie ihre Gefühle abspaltete, um den Schmerz und die Trauer nicht wahrzunehmen. Angesichts des drohenden Bindungsverlustes muss es bei ihr zu einer akuten Belastungsstörung gekommen sein. Damit einhergehend kam es möglicherweise zu einer Retraumatisierung ihrer in der Kindheit erlittenen sexuellen Gewalt mit der Folge der gefühlsmäßigen Erstarrung und Betäubung, die sie sprach- und handlungsunfähig machte.

Vom HelferInnensystem unbemerkt, stellte sie allmählich die hygienische Versorgung und die Ernährung des Jungen ein. Keiner durfte das Zimmer von Marco betreten, keiner durfte ihr helfen. Als der Junge Wochen später auf Drängen seiner Urgroßmutter schließlich von einem Amtsarzt besucht und sofort in die Klinik eingewiesen wurde, war er schon extrem abgemagert und in einem desolaten Allgemeinzustand. Kurze Zeit später verstarb er.

Auch wenn es zunächst so schien, als ob die Mutter über die erforderlichen Ressourcen für die Pflege und die Versorgung von Marco und für die Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod des Jungen verfüge, muss man davon ausgehen, dass es angesichts der totalen emotionalen Überforderung der Mutter auf dem Hintergrund ihrer Biographie zu einer posttraumatischen Belastungsstörung kam. Aus der damit verbundenen traumatischen Zange gab es für sie keinen

Ausweg außer Erstarrung (freeze) und damit zu einem Zusammenbruch ihrer Überlebensstrategien.

Hätte das Helferinnensystem die drohende Katastrophe früher erkennen können?

Aus der Biografie der jungen Frau waren dem HelferInnensystem folgende Risikofaktoren bekannt:

Frühe (teenage-) Schwangerschaft mit 16 Jahren. Infolgedessen kein Schulabschluss und keine Berufsausbildung, und einen acht Jahre älteren Partner, der nicht verlässlich war, da er alkoholabhängig war. Im Lauf der nächsten Jahre dann die beiden anderen Kinder, obwohl die Partnerschaft schwierig war, und die finanzielle Situation dramatisch. Das Umfeld der Familie war wenig unterstützend und die eigenen Ressourcen gering. Es kam zu Wohnungsäumung, Trennung vom Partner, Problemen mit den Kindern, die schon früh in Kindergarten und Schule auffällig wurden. Nach dem Auszug des Vaters der Kinder begann die Mutter eine Beziehung zu einem jüngeren Mann, der aus ähnlich prekären Verhältnissen kam wie sie, und ebenfalls keine Hilfe für sie darstellte. Er war vermutlich drogenabhängig, jedenfalls handelte er in ihrer Wohnung mit Drogen. In der Beziehung kam es zu Gewalttätigkeiten, vermutlich auch in Gegenwart der Kinder.

Was möglicherweise nicht allen bekannt war, aber zumindest eine Hypothese des Psychologen des einen Sohnes war, war, dass die junge Frau in ihrer Kindheit Opfer von sexualisierter Gewalt geworden war. Wäre seine Hypothese Gegenstand einer kollegialen Hypothesenprüfung geworden, hätte die pathologische Persönlichkeitsentwicklung der jungen Frau im Sinne einer strukturellen Dissoziationsstörung als Bedingungsvariable für eine mögliche Retraumatisierung in den Fokus der Hilfeplanung geraten können. Dies wäre ein gewichtiger Anhaltspunkt dafür gewesen, dass sie gar nicht in der Lage sein konnte, die extreme Belastung durch den nahenden Tod des Kindes zu bewältigen, auch wenn es so schien, als verfüge sie über die erforderlichen Kompetenzen.

Die Null- Hypothese hätte aus fachlicher Sicht lauten müssen, dass es zu einem unlösbaren Bindungskonflikt und zum Zusammenbruch der mühsam erworbenen Überlebensstrategien kommen werde infolge der in ihrer Kindheit erlittenen sexuellen Traumatisierung. Die Alternativhypothese hätte lauten können, dass sie über ausreichende Resilienz verfüge, um die Extremsituation mithilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen.

Nach M. Huber (2007) kann jedoch eine Bindungsschädigung infolge sexualisierter Gewalt durch eine Bindungsperson zu einer schweren Bindungsstörung und einer phobischen Angst vor Bindung bei gleichzeitig extremem Bedrohungsgefühl führen, wenn ein erneuter Bindungsverlust droht.

Die Mutter wirkte rein äußerlich auf ihr Umfeld, als ob sie genügend Ressourcen für die Alltagsbewältigung habe. Dabei wird übersehen, dass eine Komplextraumatisierung in früher Kindheit zu einer Aufspaltung (Dissoziation) führen kann in eine anscheinend normale Persönlichkeit (ANP), die für das Funktionieren im Alltag zuständig ist und eine Emotionale Persönlichkeit (EP), die dem Überleben in extremen Lebensumständen dient. Aus Angst vor den traumatischen Erinnerungen und den damit verbundenen Gefühlen entwickelt die anscheinend normale Persönlichkeit Amnesien bezüglich des Traumas (Huber s.o.), d.h. sie spaltet ab und flüchtet sich gleichsam in Gleichgültigkeit und Sprachlosigkeit.

Frauen, die als Kind sexuelle Gewalt erfahren haben und damit Gefahr laufen, eine wie Huber es nennt, strukturelle Dissoziationsstörung zu erleiden, sind nach Fergusson (1997) signifikant früher als Gleichaltrige in sexuelle Aktivitäten involviert, sie haben häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr und frühe (Teenage-)Schwangerschaften und begehen häufiger Substanzmissbrauch. Risikofaktoren, die in der Vorgeschichte der Mutter von Marco gehäuft auftraten. Ihre eigenen Erfahrungen mit Menschen, die nicht vertrauenswürdig sind, machten es ihr vermutlich unmöglich, sich in ihrer Verzweiflung Hilfe zu suchen, bzw. Hilfe seitens der Jugendhilfe anzunehmen. Die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen hat sie nur widerstrebend angenommen, nicht für sich, nur für die beiden Kinder. Sie selbst konnte ihre Not nicht artikulieren,

war sprachlos, was ihre eigenen Bedürfnisse anging.

In den HelferInnenkonferenzen war die Sprachlosigkeit der Mutter, aber auch ihr Widerstand gegenüber geeigneten Maßnahmen immer wieder Thema. Aber sei es aus unausgesprochenem Ärger über ihre mangelnde Kooperationsfähigkeit oder Respekt vor ihrer Entscheidung angesichts der tödlichen Erkrankung von Marco, wollte oder konnte man den Jungen nicht gegen ihren Willen aus der Familie herausnehmen, um ihn in einem Kinderhospiz unter zu bringen. War im HelferInnensystem aufgrund des Verhaltens der Mutter auch so etwas wie Sprachlosigkeit entstanden, so dass man sich unausgesprochen darin einig schien, dass die Situation angesichts des sicheren Todes des Kindes keinen Eingriff ins Elternrecht zuließ?

Wenn es den BeraterInnen gelungen wäre, die eigene Betroffenheit und die damit einhergehende Sprachlosigkeit zu überwinden, dann hätte es vielleicht auch gelingen können, die Mutter dahingehend zu befähigen, dass sie ihren Ängsten Ausdruck verleihen kann und und letztlich eine Ansprechpartnerin innerhalb des Hilfesystems akzeptiert. Da im HelferInnensystem dieser Fall nicht als sog. 8a-Fall betrachtet wurde, wurde auch keine insoweit erfahrene Fachkraft hinzu gezogen. Das ist nachvollziehbar, denn es wäre im Fall von Marco makaber gewesen, bei diesem sterbenden Kind zu prüfen, ob Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen. Die Chance der Insofa wäre es allerdings gewesen, als einzige nicht am Fall Beteiligte, und damit nicht unmittelbar Betroffene, die Prozessmoderation zu übernehmen und Fragen in Form von Hypothesen zu stellen, die zu einem anderen Ergebnis hätten führen können.

So entschied sich nach dem Tod von Marco die Kinderklinik, gegen die Mutter Anzeige zu erstatten wegen unterlassener Hilfeleistung, nachdem sie zunächst das Jugendamt dazu aufgefordert hatte, diesen Schritt zu tun. Nach einigem Zögern schloss sich das Jugendamt dieser Entscheidung an, sodass es zu einem Ermittlungsverfahren kam. Gegen die Mutter wurde seitens des Gerichts der Vorwurf erhoben, sie habe rechtswidrig und schuldhaft gehandelt. Die Anklage ging davon aus , dass sie mit der Pflege des Jungen überfordert war. Das habe sie erkennen müssen, und demzufolge

hätte sie sich mehr Hilfe holen müssen.

Bei der nun folgenden kritischen Reflexion soll nicht der Eindruck erweckt werden, es seien Fehler bezüglich der jeweiligen Aufgabenstellung seitens der beteiligten Institutionen gemacht worden. Es ist vielmehr meine Absicht zu analysieren, wie die professionelle Zusammenarbeit trotz der erwähnten Widerstände hätte optimiert werden können. Retrospektiv stellt es sich so dar, dass es zu Informationsverlusten infolge ungenügender Kommunikation an Schnittstellen, z.B. zwischen Kinderklinik und Jugendamt gekommen sei. Zwar hatte der ASD alle möglichen Jugendhilfemaßnahmen für die Familie installiert und konnte annehmen, dass die Kinderklinik sich ihrerseits um die medizinische Versorgung des Jungen kümmerte, aber faktisch gab es keine ambulante medizinische Versorgung. Auch scheint es zu Verantwortungsdiffusionen (Kindler, 2007) zwischen den Fachkräften des ASD und den in der Familie eingesetzten Fachkräften des Freien Trägers gekommen zu sein, die ihren Auftrag wohl zu Recht in den Hilfen zur Erziehung der beiden anderen Kinder sahen.

Das Zusammenwirken von Akteuren aus verschiedenen Arbeitsfeldern kann aufgrund ihrer unterschiedlichen und teils gegensätzlichen Interessen, ihrer manchmal unklaren Aufträge zu einem Ringen um Deutungshoheit zwischen den Beteiligten führen. Demzufolge werden wichtige Informationen nur unzureichend kommuniziert und laufen Gefahr, verloren zu gehen oder ganz unberücksichtigt zu bleiben, wie z.B. die Äußerung des Psychologen, dass es sich bei der Anforderung an die Mutter um eine "mission impossible", also eine unlösbare Aufgabe, handele. Diese Äußerung fand sich zwar in den schriftlichen Notizen einer Mitarbeiterin des ASD, war jedoch in den HelferInnenkonferenzen unberücksichtigt geblieben.

So hatte im konkreten Fall jede Institution von der anderen erwartet, dass sie ihre Aufgabe schon erledigen werde. Es hatte zahlreiche Hilfeplankonferenzen gegeben, ein hypothesengeleiteter Bewertungsprozess unter Einbeziehung einer nicht am Fall beteiligten Fachkraft hatte wie gesagt nicht stattgefunden, ebensowenig wie eine gemeinsame Einschätzung der Gesamtsituation durch Jugendamt und Klinik, bzw. einem niedergelassenen Kinderarzt. Möglicherweise hatte eine Kompetenzfehlzuschreibung seitens der Kinderklinik gegenüber dem Jugendamt stattgefunden

insofern, als sie erwartet hatte, dass der ASD sich um die ambulante medizinische Versorgung mit Sondennahrung etc. kümmere.

In Anbetracht der Komplexität des Falles wäre es durchaus angemessen gewesen, in Anlehnung an das Verfahren nach § 8a SGB VIII seitens des ASD eine psychologische Fachberatung in Anspruch zu nehmen mit dem Ziel, Kommunikations- und Kooperationsfehler zu vermeiden. Ihre Aufgabe hätte darin bestanden, einerseits den Prozess zu strukturieren und andererseits spezifisches Fachwissen über mögliche Folgen für die Entwicklung von Kindern einer sexuell missbrauchten Mutter einzubringen. Sie hätte anregen können, eine medizinische Fachberatung einzuladen, die das HelferInnensystem über den Verlauf und den Ausgang der tödlichen Erkrankung des Jungen und der damit verbundenen extremen Belastung der Mutter hätte aufklären können. Vielleicht hätte die Entstehung von Widerständen bei allen Beteiligten damit verhindert werden können.

Die psychologische FachberaterIn kann als methodische Vorgehensweise die Generierung und Überprüfung von Hypothesen vorschlagen, um widerstandsprovokierende Frage- Antwortspiele zu verhindern, mit dem Ziel, im Sinne von Maslow eine Subjekt-Subjekt-Beziehung in der HelferInnenkonferenz herzustellen.

Hypothesen sind psychologische Fragen in Form von Aussagen, d.h. die Hypothese bezeichnet eine als wahr angenommene Aussage, die als Grundlage eines Diskurses dient. Ein Diskurs ist nach Habermas aufgebaut auf bestimmten Normen, wie z.B. der prinzipiellen Gleichheit der TeilnehmerInnen und der prinzipiellen Problematisierbarkeit aller Meinungen. Damit stellt die Hypothese ein Mittel zum logischen Gliedern einer Situation dar und ist eine plausible Erklärung *vor* der strengen Verifikation eines Sachverhaltes. Sie dient der Entdeckung und Erfindung von wahren Sachverhalten. Als hypothetisches Konstrukt kann sie zu Untersuchungen Anlass geben, die ohne ihre Formulierung nicht zustande kämen.

Dabei gilt es, in der 1. Phase Null-und Alternativhypothesen bezüglich einer möglichen Gefährdung für die Entwicklung von Kindern aufzustellen, und diese in einer 2. Phase auf Plausibilität hin zu

überprüfen. Erfahrungsgemäß findet in Teambesprechungen ähnlich wie in Fachberatungen nicht selten eine Bewertung gleich im ersten Schritt statt, eher auf der Folie des gesunden Menschenverstandes als auf der Folie einer bestimmten Referenztheorie. D.h., was man sich vorstellen bzw. nicht vorstellen kann, entscheidet über Beibehaltung oder Verwerfung einer Hypothese.

Wissen ist das Ergebnis des Erfindens der Wirklichkeit, nicht das Abbild einer objektiv vorliegenden Wirklichkeit. Das bedeutet vereinfacht ausgedrückt: Jeder erfindet seine Wirklichkeit. Und wahr ist, was vom jeweiligen Betrachter wahr-genommen wird. Da aber jeder Akteur seine eigene Referenztheorie im Hinterkopf hat, ist es Aufgabe der Insofa, dies ohne Wertung und mit Respekt vor der Meinung des Anderen transparent zu machen und damit eine gemeinsame Gefährdungseinschätzung zu ermöglichen, auch wenn die Fallverantwortung letztlich bei der Fallverantwortlichen Fachkraft bleibt. Man könnte für die Aufgabe der Insofa das Metaprinzip der therapeutischen Behandlungsmethodik nach Bandler und Grinder formulieren als Zusammenspiel zwischen "pacing" und "leading", d.h. etwa: Im Gleichschritt mitgehen, spiegeln, bzw. einen Pfad finden und führen.

Wesentlicher Aspekt der Fachberatung ist die systematische Gewinnung von Information unter Einhaltung von Qualitätsstandards, um die bestmögliche Entscheidung zu treffen. Nun kann natürlich in einer sog. Fachberatung viel Information zusammen getragen werden, die mehr oder weniger relevant ist hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung und die zu vielen Nachfragen einlädt. Dies führt in der Praxis nicht selten dazu, dass wie oben bereits erwähnt, die Informationen schon in der ersten Phase der Gewinnung aufgrund der entstandenen Beziehungsdynamik bewertet werden, d.h. beibehalten oder verworfen werden, bzw. unberücksichtigt bleiben, ohne sie einer systematischen Überprüfung unterzogen zu haben.

Die endgültige Entscheidung über die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz eines Kindes vor Gefahren für seine Entwicklung muß die fallverantwortliche Fachkraft dann auf der Basis der

gewonnenen Erkenntnisse sozusagen prognostisch treffen, wohlwissend, dass diese durchaus fehlerbehaftet sein kann.

Welche Möglichkeiten - außer den Fallbesprechungen, die man als narrativ bezeichnen könnte, stehen ihr zur diagnostischen Urteilsbildung zur Verfügung mit dem Ziel der höchstmöglichen Fehlerminimierung, ohne dass die Beziehungsdynamik zwischen den TN das Ergebnis beeinflusst? Zunächst sollte im Team der Fallverantwortlichen eine Dringlichkeitseinschätzung vorgenommen werden. Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, bleibt unter Umständen keine Zeit für einen langwierigen diagnostischen Prozess. Eine Gefährdungseinschätzung auf der Basis von Hypothesengenerierung und – prüfung sollte dennoch in jedem Fall vorgenommen werden, um falsch-positive ebenso wie falsch-negative Entscheidungen weitgehend zu vermeiden.

Versteht man den diagnostischen Prozess nach Krohne und Hock (2007) im Rahmen eines handlungstheoretischen Modells als Arbeitsprozess mit einer Rückmeldungsschleife, der erst mit Erreichen des Zielkriteriums abgeschlossen ist, dann gliedert sich dieser Prozess in 7 Phasen:

1. Phase: Eingangsdaten z. B. Fragestellung
2. Phase: Hypothesenbildung und – bearbeitung
3. Phase: Hypothesenbeurteilung
4. Phase. Planung der Datenbeschaffung
5. Phase: Planung des praktischen Teils
6. Phase: Praktische Umsetzung
7. Phase: Prüfung der Praxis

Phase 1 : Klärung der Fragestellung

Phase 2 : Hypothesenbildung und -bearbeitung, d.h. psychologische Beschreibung der Ursachen der Situation und Definition der Situation, auf die hin geändert werden soll (Zielkriterium)

Phase 3: Hypothesenbeurteilung, d.h. kann die Frage der 2. Phase nicht präzise beantwortet werden, was in der Praxis häufig vorkommt, nutzt man diese Phase, um zu mehr Information zu gelangen

Phase 4: Planung der Datenbeschaffung, z.B. Fragebögen, psychologische Testverfahren, Berichte von Kita, Schule, Kinderarzt etc.

Phase 5: Planung der Praxis, d.h. Planung der praktischen Umsetzung

Phase 6: Praktische Umsetzung

Phase 7: Prüfung der Praxis, d.h. Verläuft die Praxis in Übereinstimmung mit der Hypothese?

Gibt es Verbesserungen im Laufe der Intervention? Wurde das Zielkriterium erreicht?

Wenn nicht, muss die Schleife neu durchlaufen werden, z.B. wenn plötzlich zusätzliche Informationen dazukommen.

Implikationen des Modells:

Diagnostische Auswertungen von Daten haben den Charakter von hypothetischen Interpretationen.

Sie werden erfunden, provisorisch als gültig angenommen, beurteilt, geprüft, beibehalten oder verworfen. Datenbeschaffung ist hypothesengeleitet, auch psychologisches Testen. Prüfungs- und Entscheidungsprozesse werden klar definiert, ebenso wie die Hypothesenbildung und die Planung der Datenbeschaffung. Die Formulierung diagnostischer Hypothesen ist damit die Grundvoraussetzung zur Einleitung der praktischen Phase. Ziele sollten so formuliert werden, dass sie zu erreichen sind.

P. Van den Bergh (2005) postuliert, Diagnostik müsse zielgerichtet sein insofern, als dass sie nicht nur beschreibt, klassifiziert oder erklärt, sondern auch Hinweise für eine handlungsorientierte Ausgestaltung der Hilfeleistung geben kann. Demnach hat sie sich auf die Faktoren der Informationsbeschaffung zu beschränken, die für Interventionen von Relevanz sind. Das Vorgehen entspricht im Wesentlichen dem oben beschriebenen Phasenmodell insofern, als die Analyse einer Problemsituation zum Aufstellen von Hypothesen führt, die meist deduktiv aus relevanten Referenztheorien, also den Theorien, die von Bedeutung sind, gewonnen werden. Die im Anschluss daran operationalisierten Hypothesen müssen so formuliert werden, dass sie die fallverantwortliche Fachkraft zu einer diagnostischen Aussage zu befähigen, die als Grundlage ihrer Interventionen dient.

Widerstand in der Fachberatung kann zusammenfassend dadurch vermieden werden, dass:

Rollen, Funktionen und Erwartungen zu Beginn der Fachberatung geklärt werden, d.h. dass

mögliche Rollenkonflikte zwischen den Aufgaben der am Fall Beteiligten und einer Insofa angesprochen werden, z.B. bezüglich Verantwortungsaufteilung zwischen Gesprächsführung und Prozessmoderation

Dadurch, dass unterschiedliche Einschätzungen (Dissens) als Chance begriffen werden, andere Sichtweisen wahrzunehmen

Dadurch, dass nicht unendlich viel Information gesammelt wird, obwohl eigentlich doch schon Alles gesagt worden ist, und sich keine neuen Perspektiven ergeben haben (Vermeidung von Redundanz)

Dadurch, dass individuelle Beiträge nicht unberücksichtigt bleiben oder unterzugehen scheinen

Dadurch, dass unter Empathiestress stehenden BeraterInnen ermöglicht wird durch eine respektvolle Atmosphäre sich nicht einer Sprache der Intellektualisierung zu bedienen, die Ottomeyer (2011) als Rückzug hinter einer "Blank-screen -"Fassade bezeichnet

Dadurch, dass die Fachberatung als interpersonaler Prozess verstanden wird, der zielgerichtet und handlungsleitend sein soll

Dadurch, dass die Methode der Hypothesengewinnung von allen TN als gewinnbringend verstanden wird insofern, als sie eine prinzipielle Problematisierbarkeit aller Themen und Meinungen ermöglicht, und damit eine prinzipielle Gleichheit der TeilnehmerInnen im Maslowschen Sinne trotz aller Unterschiedlichkeit ermöglicht

Dadurch, dass Qualitätsstandards eingehalten werden, indem gesetzliche Grundlagen aus dem Bundeskinderschutzgesetz umgesetzt werden, z.B. Vereinbarungen zwischen dem Öffentlichen Träger und den Freien Trägern

Widerstand entsteht dann nicht, wenn alle TN sich als gleichwertig wahrnehmen können!

Literaturhinweise:

- Bartels, Verena (2014): Eine gemeinsame Sprache finden für Unaussprechliches.
In: Menne, K./ J.Rohloff(Hrsg.): Sexualität und Entwicklung
Beltz Juventa
- Fergusson,David M; Horwood,L.John; Lynsky,Michael T (1997): Childhood Sexual Abuse,
Adolescent Sexual Behavior and Sexual Revictimisation.
In: Child Abuse and Neglect, Vol. 21, Nr. 8
- Freud,Sigmund zit. Nach www.schreyoegg.de/content/view55/35/
- Huber, Michaela (2007) Trauma und die Folgen.
Michaela-huber.com/files/vortraege/trauma_und_die_folgen.pdf
- Kindler,Heinz(2007) Prävention von Vernachlässigung im Säuglings-und Kindesalter.
In: Ziegenhain,Ute, Fegert, Jörg M.(Hg.): Kindeswohl und Vernachlässigung
München;Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Krohne,M. Und Hock,H.W.(2007): Psychologische Diagnostik und Anwendungsfelder.
Kohlhammer Verlag
- Ottomeyer,K.(2011): Traumatherapie zwischen Widerstand und Anpassung.
Journal für Psychologie Jg. 19 Ausgabe 3
- Schreyoegg,A.: Widerstandskonzepte in der Supervision.
www.schreyoegg.de/content/view/55/35/
- Van Den Bergh,Peter M (2004).: Psychosoziale Diagnostik in der niederländischen Kinder-und
Jugendhilfe.
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53(2004), S.637-651

