

Sozialpädagogische Begleitung behandlungsunwilliger Klienten

M. Burig / Dipl. Sozialpädagoge
Abteilung für Sicherungsverwahrung
Justizvollzugsanstalt Bautzen

Vorbemerkungen

Als ich die Anfrage von Frau Hinz erhielt, über dieses Thema zu sprechen, war ich mir etwas unsicher, was ich an Einblicken bieten könnte, die für Sie mehr als eine Aufzählung von Beschwerden und Besonderheiten in der Arbeit mit Sicherungsverwahrten ist.

Bei der Ideenfindung wurde recht schnell deutlich, dass ein Blick aus zwei Gründen lohnenswert erscheint. Zum einen ist der Abteilung für Sicherungsverwahrung die Besonderheit eigen, dass es im Vergleich zu anderen stationären wie ambulanten Therapieformen keine oder nur begrenzte Möglichkeiten gibt, die Therapie bzw. die Zusammenarbeit - sei es einvernehmlich oder ohne gemeinsamen Entschluss - aufkündigen zu können. An dieser Stelle fallen mir ausschließlich Unterbringungssituationen wie die nach §63 StGB oder bei sehr langfristig inhaftierten Gefangenen ein, welche gemeinsame Schnittmengen mit der Unterbringungsform der Sicherungsverwahrung bilden. Dadurch entsteht notwendigerweise das Erfordernis, auch mit den Klienten zu arbeiten, die genau an dieser Zusammenarbeit kein Interesse haben. Das stellt die sozialpädagogischen Interventionen vor besondere Heraus- und Anforderungen.

Zum Zweiten lohnt sich die Auseinandersetzung mit diesem Arbeitsfeld, weil damit Einblicke in einen recht eigenständigen und isolierten Bereich sozialpädagogischer Berufspraxis einhergehen.

An dieser Stelle sei vorweggenommen, dass Behandlungsunwilligkeit in unserer Abteilung kein einheitliches Muster hat, sondern sich höchst unterschiedlich ausdrückt.

Vielseitige Ausgangssituationen und diverse Störungsbilder, gemischt mit unterschiedlichen Bedürfnis- und Motivlagen sorgen für eine heterogene Gruppe von Unterbrachten, die alle eine Gemeinsamkeit haben - in der Behandlung nicht sonderlich konstruktiv mitzuwirken. Dabei kann ich bereits vorwegnehmen, dass

der therapeutische "Totalverweigerer" nicht den Regelfall darstellt. Die meisten Untergebrachten befinden sich doch in irgendeiner Weise in Kontakt zu einem Mitarbeiter der Abteilung. Die Qualität der Mitwirkung und vor allem die zugrundeliegenden Motive sind allerdings recht unterschiedlich.

In den Vorgesprächen mit meinen Kolleginnen wurde deutlich, dass es ganz unterschiedliche Auffassungen zu fehlender Behandlungsbereitschaft gibt, dass der angewendete sozialpädagogische Methodenkatalog sich individuell gestaltet und in der Umsetzung wiederum von verschiedenen Faktoren abhängt. Außerdem wird die Bewertung der eigenen Arbeit mit den Klienten und der dabei auftretenden Schwierigkeiten recht unterschiedlich wahrgenommen. Ich möchte daher darauf hinweisen, dass meine Ausführungen zu einem wesentlichen Teil meinem eigenen, subjektiven Urteilsvermögen entsprechen.

Im heutigen Vortrag scheint es sinnvoll, folgende vier Gesichtspunkte näher zu betrachten.

Zunächst besteht das Erfordernis, sich ein klareres Bild davon zu machen, welche Klienten wir mit dem Begriff der Behandlungsunwilligkeit in Verbindung bringen. Das heißt, wer sind eigentlich diese Untergebrachten? Welche Störungsbilder begegnen uns mit ihnen? Welche Motive treiben sie an oder gerade nicht an und gibt es möglicherweise Ursachen der fehlenden Behandlungsmotivation, die außerhalb der individuellen Psychopathologie der Untergebrachten liegen?

Zum Zweiten erscheint es mir hilfreich, kurz ein paar Ausführungen zur Sozialpädagogik allgemein vorzunehmen und anschließend zu betrachten, wie deren Methoden in der Praxis der Sicherungsverwahrung Anwendung finden. Außerdem soll ein vorsichtiger Blick auf die Methoden und Interventionen erfolgen, die sich als förderlich erwiesen haben.

Anschließend möchte ich darüber sprechen, welche Schwierigkeiten in der Anwendung sozialpädagogischer Methoden bei Untergebrachten mit fehlender Therapiemotivation entstehen.

Zum Abschluss möchte ich Konsequenzen und Erfordernisse ableiten, die sich aus der sozialpädagogischen Intervention mit Untergebrachten ergeben, die sich in der Behandlung wenig compliant verhalten.

1. Ausdrucksformen fehlender Behandlungsmotivation

Bevor unsere Klienten zu uns kommen, haben sie in ihrem Leben bereits einen Großteil der zur Verfügung stehenden Hilfsangebote durchlaufen - genannt seien hier Kinderheime, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Sozialtherapien, Maßregelvollzugsbehandlungen sowie ambulante und stationäre Therapien.

Aktuell befinden sich in der Sicherungsverwahrung 34 bzw. bis Ende Oktober dieses Jahres 36 Männer. Bei gut einem Drittel dieser Klienten sprechen wir von einer sich unterschiedlich ausdrückenden Behandlungsresistenz.

Die Untergebrachten weisen in der Regel narzisstische, dissoziale, paranoide, emotional instabile sowie psychopathische Wesensmerkmale auf, welche auf Suchtmittelproblematiken, Intelligenzminderungen und Erkrankungen aus dem psychotischen sowie maniformen Formenkreis treffen.

Die Folgen sind

- eine verminderte bzw. fehlende Fähigkeit zu Introspektion,
- fehlende Gruppen- und Absprachefähigkeit
- Fehlende oder mangelhafte Akzeptanz der Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen - Beschwerden gegen Regeln und Abläufe.
- fehlende Veränderungsmotivation
- eine destruktive Grundhaltung, gepaart mit Suchtmittelkonsum
- diese ist zum Teil auch begleitet von gewaltvoller Unterdrückung anderer Untergebrachter und des Handelns mit Betäubungsmitteln
- fehlendes kritisches Selbstbild und Abwesenheit von Leidensdruck
- Darüber hinaus ist von Bedeutung, dass das Durchschnittsalter unserer Klienten bei 53 Jahren liegt. Altersbedingte Negativeffekte - zunehmende Rigidität, Vergesslichkeit, gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, Unerreichbarkeit für neue Handlungsmuster nehmen zu.

Es gibt aber auch eine fehlende Bereitschaft zu Veränderung, deren Ursprung nicht in der Psychopathologie der Klienten liegt:

Aufgrund der langjährigen Unterbringungen in staatlichen Institutionen entstehen erhebliche Hospitalisierungseffekte. Bei den meisten Fällen kann man von einer Institutionssozialisation sprechen. Damit geht aus meiner Sicht oft eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten einher und es entwickelt sich ein fehlender

Realitäts- und Alltagsbezug. Dieser ist ein wesentlicher hemmender Faktor bei der Förderung von Dissonanzen bzgl. der eigenen Fähigkeiten und den Anforderungen an ein Leben in Freiheit. Das erschwert die Etablierung einer Motivation, überhaupt andere Perspektiven auf die eigenen Person und die eigenen Probleme zuzulassen. Dazu gehört auch die Gewöhnung an eine stets vorhandene und zumeist umsorgende Struktur, aus der eine Anspruchshaltung erwächst, die die Klienten auch in eine Abhängigkeit bringt. Es ist keine Übertreibung an dieser Stelle von einer erworbenen bzw. „erlernten Hilflosigkeit“ zu sprechen, die sowohl für einen Mangel an Bewältigungsoptimismus als auch für Bequemlichkeit sorgt. (vgl. Wendt, 2015)

Ein weiterer problematischer Gesichtspunkt sind die häufigen Beziehungsabbrüche, die im Lebens- und Unterbringungsverlauf mit den Wechseln zwischen den entsprechenden staatlichen Institutionen einhergehen. Unsere Klienten, die ohnehin erhebliche Bindungsstörungen aufweisen, sahen sich in den jeweiligen Unterbringungen mit häufigen Wechseln von Bezugspersonen konfrontiert, auf professioneller Ebene wie auch unter den Klienten selbst. Das führte unweigerlich zu einem Misstrauen in die Stabilität von sozialen Beziehungen und zu einer fehlenden Überzeugung, dass sich nochmalige, auf Vertrauen abzielende Beziehungsarbeit lohnen könnte.

Ein weiterer Förderer von Behandlungsunwilligkeit ist aktiv praktizierter Suchtmittelmissbrauch. 12 der aktuell 14 behandlungsunwilligen Klienten haben eine Suchtmittelproblematik, wobei wir bei mehreren Untergebrachten von aktivem Konsum ausgehen. Grundsätzlich weisen etwas mehr als zwei Drittel aller Untergebrachten eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose auf. Durch den Konsum von Suchtmitteln kommt es unweigerlich zu subkultureller Beschaffung, Handel, finanziellen Abhängigkeiten unter den Untergebrachten und letztendlich auch zu Bedrohungslagen und Handgreiflichkeiten.

Darüber hinaus ergeben sich durch die Intoxikation Verhaltensbesonderheiten (Impulsivität, Aggressivität, stark fluktuierende Bedürfnislagen, Antriebslosigkeit, etc.), die eine authentische Auseinandersetzung mit Therapieinhalten unmöglich machen oder zu kritischen Gesundheitslagen führen können.

Gründe für fehlende Änderungsmotivation aus der Sicht der Klienten

Wenn wir über fehlende Kooperation im Behandlungsprozess sprechen, möchte ich auch den Versuch wagen, deren Gründe aus der Perspektive der Klienten zu beschreiben. In der mehrjährigen Arbeit in der Sicherungsverwahrung wurden für mich folgende Haltungen und Beweggründe wiederkehrend deutlich.

- Eine Entlassung aus der Sicherungsverwahrung in die Gesellschaft stellt für einige Untergebrachte keinen Anreiz dar. Vielen unserer Klienten fehlt es an einem extramuralen sozialen Bezugssystem. Familienangehörige sind entweder verstorben oder haben sich abgewendet. Freundschaften, so sie je bestanden haben, existieren aufgrund der langen Zeit der Inhaftierung nicht mehr. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich stark verändert. Darüber hinaus hat man es sich auch irgendwie eingerichtet und fühlt sich in dem institutionellen Versorgungssystem wohl.
- In diesem Zusammenhang bestehen z.T. erhebliche Unsicherheiten bis hin zu Ängsten gegenüber der unbekannteren Außenwelt.
- Es besteht zum Teil ein Unrechtmäßigkeitsempfinden bzgl. der SV-Unterbringung, damit auch gegenüber der Behandlung unter ihren organisatorischen und rechtlichen Umständen. Dazu gehören sowohl die Leugnung der tatsächlichen Begehung zum Teil aller in der Biografie verurteilten Straftaten als auch die Behauptung der Unterbringung in einem "Unrechtsstaat" und die damit fehlende Legitimation des verhängten Freiheitsentzuges.
- Die veränderte Situation des Antritts der Sicherungsverwahrung und der Umgang damit sorgen selbst für Resignation. Es fehlt an konkreten und realistischen Lebenszielen und Perspektiven.
- Darüber hinaus fördern eine wahrgenommene Eintönigkeit und Langeweile im Alltag sowie die Begegnung mit den immer gleichen sozialen Kontakten Antriebslosigkeit. Viele Untergebrachte kennen sich zuweilen seit Jahrzehnten aus vorangegangenen Inhaftierungen. Das sorgt nicht immer nur für Vertrautheit und Sicherheit sondern vor allem für Spannungen und Monotonie in der Kontaktgestaltung. Daraus entstehen Rückzugstendenzen, was Interventionen in der Gruppe erschwert. An diesen nehmen Untergebrachte mitunter schon deshalb nicht teil, allein, weil gegenüber

anderen Teilnehmern Antipathien und Konflikte bestehen.

Institutionelle Verstärker von fehlender Mitwirkungsbereitschaft

Es gibt aber auch institutionell bedingte Faktoren die - wenn nicht gleich Ursache - zumindest zu einer Verstärkung der behandlungsunwilligen Haltung führen.

- So wird nicht nur von Seiten der Untergebrachten die Aufgabe der eigenen Motivierung auf die Behandler übertragen. Ein Zusammenspiel aus gesetzlichen Fixierungen im Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz, zeitweisen Forderungen von Rechtsanwälten und gerichtliche Entscheidungen sorgen zusätzlich für eine Verschiebung der Verantwortung an der Mitwirkung weg vom Untergebrachten hin zu den behandelnden Fachkräften. Auf die Schwierigkeiten, die dadurch in der praktischen Arbeit entstehen, werde ich unter dem Punkt 4 noch näher eingehen.
- Bei destruktiven Untergebrachten gibt es nur überschaubare Interventionsmöglichkeiten, da aufgrund baulicher Gegebenheiten keine Binnendifferenzierung möglich ist. Bereits in meiner Tätigkeit im Maßregelvollzug habe ich Erfahrungen gesammelt, wie schädlich es sein kann, wenn es keine bauliche Möglichkeit gibt, bei Bedarf therapiewillige von behandlungsunwilligen Patienten zu trennen und wie förderlich sich andererseits die Schaffung von Differenzierungsmöglichkeiten zumindest auf die zu Therapie bereiten Patienten auswirken kann.
- Darüber hinaus fördern die guten und komfortablen Unterbringungsbedingungen aus sich heraus eine Versorgungshaltung bei den Untergebrachten und verzerren den Blick auf die tatsächlichen, später zu erwartenden extramuralen Lebensrealitäten. Das führt wiederum dazu, dass zwar der Behandler die Notwendigkeit zur Verbesserung der Alltagsfähigkeit sieht, nicht aber der Untergebrachte selbst, einfach weil es an einem Referenzmodell fehlt. Hierzu gehören die gute finanzielle Ausgestaltung, die fehlende Heranziehung zur Kostenbeteiligung, ein Mangel an Verpflichtungen, die teilweise Verfügbarkeit von kostenfreien Freizeitmöglichkeiten. Ressourcen wie Strom, Wasser, Heizung unterliegen zusätzlich einer gewissen Verschwendungsmentalität.

Auswirkungen auf die Behandlungsatmosphäre

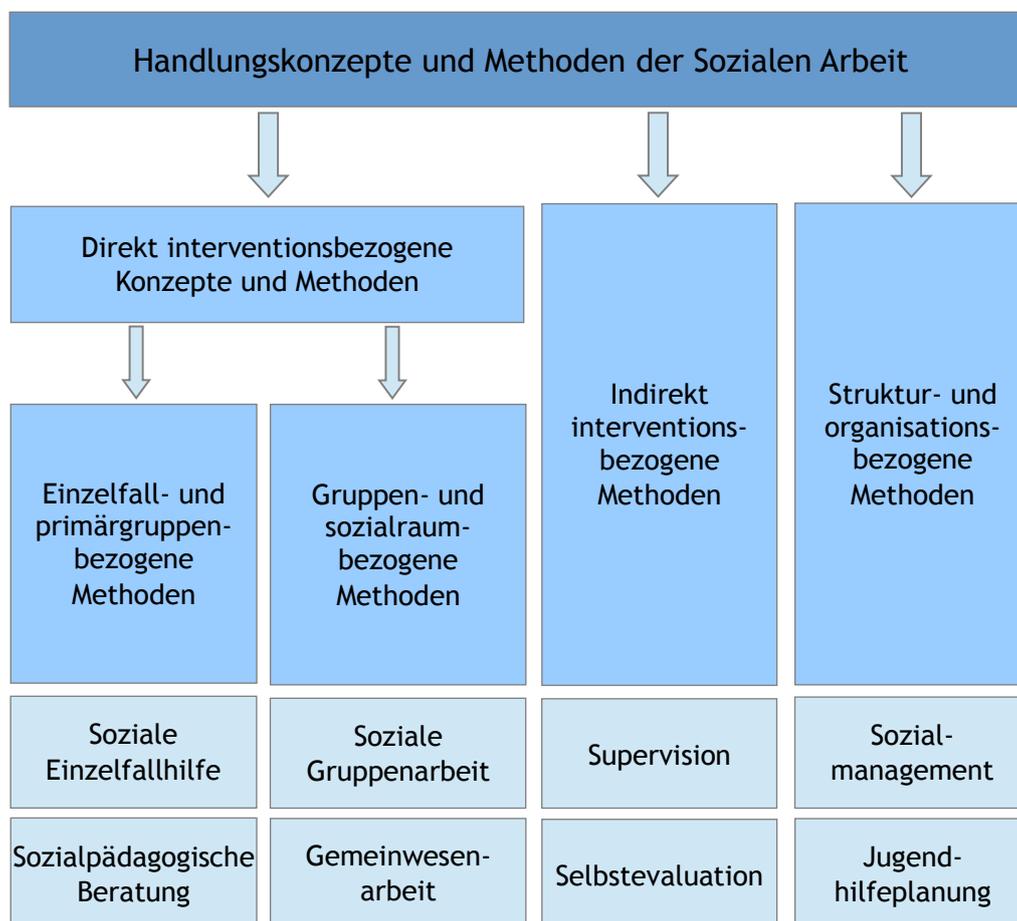
Die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Behandlungsatmosphäre liegen auf der Hand.

- Es kommt zu Störungen im stationären Klima, was Einfluss auf die Behandlung hat. Konflikte mit anderen Untergebrachten sind regelmäßige Begleiter in den Einzelgesprächen, wodurch sich die Zuwendung therapeutischer Themen verzögert, da die Klärung von Störungen Vorrang hat.
- Destruktive Verhaltensweisen sorgen bei ambivalenten Untergebrachten für eine Negativtendenz.
- Behandlungsinteressierte Untergebrachte haben zum Teil die Notwendigkeit der doppelten Buchführung, in Therapiemaßnahmen erwünschtes prosoziales Verhalten zu zeigen um sich danach im problematischen Stationsalltag (nach Feierabend der Fachdienste) dissozialer Abgrenzungsmuster zu bedienen.

2. Methoden der Sozialen Arbeit / Sozialpädagogik - in Theorie und Praxis

Wenn wir über sozialpädagogische Begleitung sprechen, dann lohnt ein kurzer Blick auf die Basismethoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Am ehesten kann man in der Sicherungsverwahrung von Klinischer Sozialarbeit sprechen, die Verhaltenstherapeutische und Suchttherapeutische Verfahren sowie Techniken des Psychodramas einbezieht. Damit findet die Intension des Gesetzgebers auch Entsprechung.

In der nachfolgenden Übersicht sind die Basismethoden nach Galuske (2009) abgebildet. Dieser unterscheidet zwischen *Direkt interventionsbezogenen Konzepten und Methoden*, *Indirekt interventionsbezogenen Methoden* und *Struktur- und organisationsbezogenen Methoden*.



Indirekt interventionsbezogene Methoden finden in der Sicherungsverwahrung beispielsweise in Form von Supervisionen (Fallsupervision, Teamsupervision), Interventionen und Fallbesprechungen Anwendung. (vgl. Methoden und Instrumente der Sozialen Arbeit II, IUBH Internationale Hochschule GmbH, 2019)

Struktur- und organisationsbezogene Methoden drücken sich in Form von Behandlungsplanung, Konzepterstellung und -fortschreibung, Implementierung neuer Behandlungsmaßnahmen, Beschaffung von therapeutischen Materialien in Verbindung mit der Beantragung und Inanspruchnahme von Haushaltsmitteln aus.

Beide Methoden sollen heute nicht vertiefend erörtert werden. Gewinnbringender erscheint die Betrachtung der direkten Arbeit mit den Klienten, den auftretenden Erschwernissen und deren Umgang.

Sozialpädagogische Einzelfall- und primärgruppenbezogene Methoden in der Sicherungsverwahrung

Grundsätzlich findet im Rahmen der Sozialen Einzelfallhilfe zunächst erst mal ganz klassische Sozialarbeit Anwendung. Die Klärung sozialrechtlicher, ökonomischer und Versorgungsfragen, spielt vor allem in der Aufnahmesituation und bei der Wiedereingliederung eine Rolle. Während der Unterbringung selbst sind sozialadministrative Inhalte seltener anzutreffen (Untergebrachte haben keine Wohnung, in der Regel keine Bankkonten, keine Versorgungsverträge mit externen Dienstleistern).

Klienten, die an einer deliktorientierten Behandlung kein Interesse haben, nehmen in der Regel zumindest dieses Unterstützungsangebot in Anspruch. Darin liegt eine Chance, in Beziehung mit den Untergebrachten zu treten und ein Interesse an Zusammenarbeit und Kooperation aber auch Alltagsfähigkeit zu fördern.

Doch von welchen Methoden sprechen wir konkret, die sich im Hinblick auf die Behandlungsunwilligkeit als förderlich gezeigt haben?

- Im Rahmen der Beziehungsgestaltung begegnen wir den Klienten ausgesprochen zugewandt, verständnisvoll und interessiert. Komplementäre Beziehungsgestaltung ist ein wesentlicher Bestandteil des Methodenrepertoires und orientiert sich an der Schwere der Beziehungs- und Bindungsstörung.
- Die Beziehungsgestaltung erfolgt dabei individuell, engmaschig und kontinuierlich. Von der Aufnahme bis zur Entlassung behalten die Untergebrachten dieselben Fachdienste. Wir haben täglich Kontakt zu den Untergebrachten und soweit es die zeitlichen Ressourcen zulassen, begleiten wir sportliche und Freizeitaktivitäten. In der Beziehungsgestaltung geht es

einerseits darum, eine möglichst vertrauensvolle und belastbare Arbeitsbeziehung aufzubauen. Jegliche konstruktiven Kompetenzen der Untergebrachten werden verstärkt. Es geht dabei um eine wohlwollende Begegnung auf Augenhöhe, die korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen soll. Konkret geht es um die Erfahrung von

- Zuverlässigkeit und Beständigkeit in der Beziehung
- Aushalten von Schwankungen und Belastungen ohne Beziehungsabbrüche bei Konflikten
- sowie Beziehungsgestaltung als Modell für sozial kompetentes Auftreten

Sanktionsfreie Beziehungsgestaltung ist von Bedeutung. Beispielsweise treffen wir in der Behandlung mit Suchtkranken - unter vorheriger Absprache von klaren Voraussetzungen - Regelungen, dass praktizierter Konsum offen angesprochen werden kann ohne sanktioniert zu werden. Das ist eine notwendige Bedingung, um über den Konsum sowie dessen Funktionalität tatsächlich in einen vorwurfsfreien und offenen Austausch zu kommen. Dadurch können vorhandene Ambivalenzen aufgedeckt und für die Förderung von Abstinenzmotivation zugänglich zu machen.

- Wir nutzen das Konzept der *Motivierenden Gesprächsführung*, um vorhandene Ambivalenzen zu verstärken und kognitive Dissonanzen aufzudecken. Es geht hierbei um einen Austausch, welche defizitären Verhaltensweisen eigenen konstruktiven Zielsetzungen im Weg stehen. Darüber hinaus sollen Widersprüche zwischen den eigenen Erwartungshaltungen an die Außenwelt und den tatsächlichen Lebensbedingungen bewusst gefördert werden. Über Change-Talk und Modelllernen wird angeregt, alternative Verhaltensweisen auszuprobieren, die der angestrebten Zielerreichung näher kommen.
- Bei Untergebrachten, die kein Interesse an deliktorientierten oder suchtpräventiven Maßnahmen haben, bieten wir an, uns mit Fragen der Gewinnung von Zufriedenheit und Gesundheit im Alltag zu beschäftigen. Sprich: Was können wir gemeinsam tun, um bestmöglich Lebensqualität und Alltagsfähigkeit zu bewahren und auszubauen? Wo ergeben sich Unzufriedenheiten, Perspektivlosigkeit und Resignation?
- Wir begleiten Untergebrachte auch in Ausführungen, um außerhalb des stationären Settings in einen Austausch zu kommen und diese unter

freiheitlichen Bedingungen zu erleben.

- In der Arbeit mit den Klienten erfolgt die Einbindung der Prinzipien des Empowerment. Im Hinblick auf diese Ressourcenarbeit ist es hilfreich, zu bewahrende sozial erfolgreiche Persönlichkeitseigenschaften zu benennen, um die Befürchtung abzufedern, „komplett umgekrempt zu werden“.
- Insbesondere in der Aufnahme phase kann die Unterstützung der Klienten beim Umgang mit der veränderten Lebenssituation für die Beziehungsgestaltung ganz wesentlich sein. Ich versuche die Klienten in der Phase, die mit Orientierung, Unsicherheit und materieller Absicherung verbunden ist, engmaschig zu begleiten. Ich biete ihnen an, das Gebäude sowie Gelände zu zeigen, informiere über Abläufe, über Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und die jeweiligen Ansprechpartner.
- Eine weitere Methode ist die Klientenzentrierte sowie alltags- und lebensweltorientierte Beratung nach Rogers. Hierbei geht es um die Förderung und Entwicklung von Selbstakzeptanz, Identifizierung von Problemursachen, Entdecken von Veränderungspotenzialen und Vornehmen einer bewussten Abwägung und Treffen von Entscheidungen.
- Letztendlich erscheint mir die permanente Vergegenwärtigung hilfreich, dass nicht die Methode den Ablauf der Intervention bestimmt, sondern das Problem in Verbindung mit den entsprechenden Lebensumständen.

Gruppenbezogene sozialpädagogische Methoden

Soziale Gruppenarbeit kommt vor allem in drei Bereichen zur Anwendung.

Behandlungsgruppen

Das ist zunächst die Durchführung von behandlerisch orientierten Gruppen beispielsweise der Alkohol- und Drogenrückfallpräventionsgruppe oder der so genannten Praxisgruppe, bei der es um das Kennenlernen der Außen- und Behördenwelt geht.

Diese Gruppen werden von behandlungsunwilligen Klienten aber kaum in Anspruch genommen.

Die Initiierung von therapeutischen Gruppen gestaltet sich aufgrund des hohen Misstrauens, der wenig ausgeprägten Gruppenfähigkeit und Befürchtungen vor Beschämung schwierig. Hier ist es wichtig, im Vorfeld längerfristig eine Bereitschaft

zur Teilnahme aufzubauen und Sorgen sowie Ängste aufzufangen.

Erlebnispädagogische Maßnahmen

Zum zweiten bieten wir erlebnispädagogische Maßnahmen an, bei denen es u. a. um die Förderung von

- Selbstbewusstsein
- Ausdauer und Durchhaltevermögen
- Integration in die Gruppe und Zurückstellen der eigenen Interessen zugunsten des Gruppenerfolgs geht.
- Darüber hinaus erfolgt die Vermittlung eines ausgewogenen Lebensstils und konstruktive Freizeitgestaltung (STAR, GLM)

Die große Distanz zum Lebensalltag kann hierbei helfen, sich auf Neues einzulassen, gewohnte Denk- und Verhaltensmuster zu durchbrechen und in die eigene Lebenswelt zu übertragen. (vgl. Heckmair/Michl, 2008; Northoff, 2012; Galuske, 2009). Beispiele für solche Maßnahmen sind Aktivitäten wie Fahrradtouren, Wandern, Paddeln, Skifahren, Museumsbesuche etc.

Gruppenangebote im Rahmen des Wohngruppenvollzugs

- Wohngruppenbesprechung
- gemeinsame Aktivitäten (Weihnachtsfeier, Ostern, Grillen)
- Angehörigenfest

Erfolgreich gestalteten sich Gruppenmaßnahmen immer dann, wenn die Gruppe ein gemeinsames und vor allem persönliches Ziel verfolgt. Ein schönes Beispiel ist das jährliche Angehörigenfest einer Wohngruppe, weil es die einzige Gruppenmaßnahme ist, an der stets alle Untergebrachten teilnahmen und in dessen Rahmen ein freundliches und sozial kompetentes Miteinander herrschte. Im Umgang miteinander waren die Teilnehmer darüber verbunden, gemeinsam mit den Angehörigen einen schönen Tag zu erleben. In diesem Rahmen brachten sich bisher alle Untergebrachten ein, auch die, die sonst in der Behandlung nicht oder nur unzureichend mitwirken.

3. Herausforderungen für die sozialpädagogische Arbeit

Bei den Erschwernissen, die bei der Anwendung sozialpädagogischer Interventionen auftreten, nehme ich Bezug auf die eben vorgetragenen Methoden. Deren Umsetzung gestaltet sich trotz aller Individualisierung unterschiedlich erfolgreich. Ich habe mich bemüht, die Faktoren zu illustrieren, die mir als gravierendste Belastungen erscheinen.

Die komplementäre Beziehungsgestaltung kann ein durchaus anstrengendes Unterfangen sein, da die Bedürfnisse nach Zuwendung und besonderer Aufmerksamkeit nie gestillt werden können, das bekannte Fass, das nie voll wird. Damit muss eine erhebliche Ausdauer aufgebracht werden, beispielsweise selbst bei den absurdesten Schilderungen von Klienten nicht in konfrontative Gesprächstechniken zu verfallen. Stattdessen ist es sinnvoll, die Erläuterungen wohlwollend zur Kenntnis zu nehmen, dabei weder abzuwerten noch zu verstärken. Dennoch besteht die Gefahr, in der Zusammenarbeit meine innere Beteiligung sowie Anteilnahme zu verlieren und mit der Zeit abzustumpfen und gleichgültig zu werden.

Wir begegnen täglich den immer gleichen Geschichten, den immer gleichen Reaktionsweisen auf die ebenso übertragbaren Situationen.

Die Verhaltensbesonderheiten der Klienten, die häufig mit Abwertung, Misstrauen, Widerstand und erheblicher Aggressivität einhergehen, innerpsychisch selbst regulieren zu müssen, ist in zweierlei Hinsicht problematisch. Zum einen verlangt die Regulierung ein erhebliches Maß an Kraft, Geduld und eigenem Gleichgewicht. Sie verlangt eine Energieleistung die eigentlich für die therapeutische Arbeit erforderlich oder gut brauchbar ist und die es im Alltag letztendlich auf alle Untergebrachten zu verteilen gilt.

Zum Zweiten ist die immer professionelle und zugewandte Reaktion auf destruktive Verhaltensweisen eigentlich ein ebenso lebensfremdes Muster, denn sie entspricht nicht einer realistischen und gesunden menschlichen Reaktion auf derartige Verhaltensanomalien.

Zuweilen entsteht schon der Eindruck, dass Untergebrachte von positiver Zuwendung nicht in dem Maße profitieren, wie wir uns das wünschen. Wir haben

umfangreiche Erfahrungen sammeln können, dass so genannte Vollzugs erleichterungen nicht zu einer erhöhten Mitwirkungsbereitschaft führen. Insbesondere bei dissozialen Persönlichkeiten, sind Vergünstigungen oft einfach nur zusätzliche Möglichkeiten gewesen, noch besser mit Suchtmitteln handeln oder andere Untergebrachte bedrohen zu können. Im leichtesten Fall jedenfalls werden die Vergünstigungen nicht im Sinne eines Anreizes oder einer Belohnung für positives Verhalten gesehen, sondern eher als eine Zuwendung, die ohnehin rechtmäßig zustehe und nicht vorenthalten werden dürfe.

Wie schon erwähnt, begegnen wir hin und wieder der Haltung, dass die Stagnierung des Behandlungsprozesses auch dem Umstand zugeschrieben wird, seitens der Behandler nur noch nicht die richtige Methode gefunden zu haben, wie der Betroffene denn nun motiviert werden könnte. Diese Haltung verkennt, dass eine Änderungsmotivation grundsätzlich beim Betroffenen entstehen muss. Sie verstärkt die (dissoziale) Überzeugung, vor dem eigenen Engagement doch erst mal von der Institution versorgt werden zu müssen und legitimiert diese möglicherweise sogar juristisch. Damit Motivation entstehen kann, muss der Betroffene allerdings selbst eine Handlungstendenz entstehen lassen wollen. Gleichzeitig muss er noch einen Wert in dem angestrebten Ziel sehen und der Überzeugung sein, das Ziel auch erreichen zu können.

Häufig wird Zielen, die Untergebrachten formulieren, vorschnell eine Änderungsmotivation zugeschrieben. Ebenso verhält es sich mit Leidensdruck. Das erstere bedeutet zunächst nur, dass jemand Bedürfnisse, Sehnsüchte und Wünsche formuliert. Das Zweite heißt, dass der Klient unter den Konsequenzen seines Handelns leidet. Die Umsetzung der Zielvorhaben und das Abhelfen bei Leidensdruck wird jedoch meist im Außen, bei den anderen Verantwortlichen, verortet. Das hindert die Klienten letztendlich daran, selbst Verantwortung zu übernehmen. Die gesetzliche Forderung nach noch mehr, noch spezialisierterer, noch intensiverer sowie individuellerer Behandlung unterstützt möglicherweise dieses Verharren in dem Prinzip, die Ursache des eigenen Handelns extern zu verorten.

Dabei beinhaltet Änderungsmotivation immer, dass eine Person akzeptiert, dass sie selbst durch ihr Verhalten in wesentlichem Maße zu den Problemen beiträgt, und

dass sie selbst etwas tun kann und tun muss, um die Probleme zu lösen. (vgl. Sachse, Langens, et al., 2012)

Damit dieser Änderungsprozess überhaupt gelingen kann, bedarf es allerdings verschiedener Voraussetzungen, die unsere Untergebrachten häufig eben nicht mitbringen. Insbesondere bei auftretender Komorbidität - bspw. einer Kombinationen aus einer Intelligenzminderung, einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, einem psychotischen Krankheitsbild in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit und die dadurch eigentlich kaum vorhandene Fähigkeit zur Introspektion - ist es fast unmöglich, die eben genannten Erkenntnisprozesse in Gang zu setzen.

Das heißt auch, dass die Entwicklungsmöglichkeiten der beschriebenen Klienten einfach derart stark begrenzt sind, dass Veränderungsprozesse - sofern sie überhaupt stattfinden - sehr lange dauern.

In der sozialen Gruppenarbeit gestalten sich das hohe Misstrauen der Klienten untereinander, die geringen sozialen Kompetenzen bei gleichzeitiger Fixierung auf die eigenen Interessen schwierig. Dazu kommt noch ein Unterhaltungsanspruch, der die Übernahme von Eigenverantwortung erschwert. In Wohngruppenbesprechungen verfolgen Untergebrachte häufig dann ein gemeinsames Ziel wenn es um das Beschweren und die Erteilung von Aufgaben an den Moderator geht. Bei der Fokussierung auf Gruppenprozesse, schwindet die Teilnahmebereitschaft an diesen freiwilligen Besprechungen.

Ein Merkmal insbesondere bei behandlungsunwilligen Untergebrachten ist die Neigung, subjektiv wahrgenommenes "Fehlverhalten" oder Aussagen des Behandlers ähnlich einer Rabattkarte zu sammeln und später bei Gerichten, externen Trägern und Sozialkontakten verzerrt dargestellt gegen den Mitarbeiter zu verwenden. Diese Verhaltensmuster können bei den Behandlern Absicherungsverhalten und Misstrauen befördern, welches die für die Behandlung eigentlich erforderliche Aufmerksamkeit ablenkt und Ressourcen verbraucht. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass man in der Gegenübertragung gegenüber dem Klienten den inneren Ausgleich und das aufrichtige Interesse an der Zusammenarbeit verliert.

Ein letzter Aspekt, der die Arbeit mit den Klienten vor Herausforderungen stellt ist, dass die unterbreiteten aufrichtigen Beziehungsangebote austauschbar scheinen und eher mit Zurückweisung und Abwertung beantwortet werden. Auf institutionell bedingte Behandlerwechsel wird häufig zwar mit Enttäuschung, Ärger oder auch Empörung reagiert. Allerdings geht damit häufig eher die Befürchtung einher, in der Behandlung zurückgeworfen zu werden und nochmal von vorne beginnen zu müssen.

4. Konsequenzen und Erfordernisse für die eigene Arbeit und Abschluss

Doch welche Konsequenzen, welches Fazit und welche Erfordernisse ergeben sich aus den beschriebenen Problemkonstellationen?

Wichtigstes Mittel erscheint mir die Salutogenese, das heißt aktiv auf die eigene Gesundheit zu achten und für die Sicherung der Arbeitsfähigkeit Sorge zu tragen. Das ist aus meiner Sicht eine entscheidende indirekte Intervention, um das Interesse an der Behandlung dieser speziellen Klienten zu behalten und authentische Beziehungsgestaltung auch langfristig zu ermöglichen.

Das Erfordernis von Supervision, Intervision, Weiterbildung und regelmäßige Selbst-Evaluation ist für ein professionelles Handeln eine so obligatorische Voraussetzung, dass sie nach keiner eingehenden Erörterung verlangt.

Ähnlich ist es mit der Reflexion der eigenen beruflichen Rolle und dem regelmäßigen Austarieren der angemessenen Nähe und Distanz in der Beziehungsgestaltung. Dieser Punkt ist zwar eine ebenso unabdingbare Voraussetzung für den Berufsalltag. Leider ist dieses Vorgehen nicht so leicht institutionalisierbar, da sie nicht an feste Termine und die Wahrnehmung anderer Dienstleistungen gekoppelt ist. Sie ist viel mehr eine weiche Methode, die ein Maß an Selbstdisziplin voraussetzt, um sich im fordernden Berufsalltag ausreichend Zeit zum Reflektieren einzuräumen.

Insbesondere bei Untergebrachten mit einem Hang zu Beschwerden ist es notwendig, sich rechtlich abzusichern. Das kann bspw. durch lückenlose und rechtssichere Dokumentation, durch kollegiale Beratung und letztendlich durch ein professionelles Auftreten gegenüber dem Untergebrachten erfolgen.

Das Vorhalten einer intramuralen Binnendifferenzierung erscheint mir besonders wichtig, um die motivierten Klienten vor destruktiven Untergebrachten zu schützen sowie zu entlasten und eine Behandlungsatmosphäre vorzuhalten. Sie könnte die Verfügbarkeit von Suchtmitteln zumindest erschweren und Anreize geben, regelkonformes Verhalten zu zeigen.

Eine stückweise Rückverlagerung der Motivierungsverantwortung hin zum Problemträger wäre wünschenswert. Sie könnte eine Basis sein für die Übertragung von mehr Eigenverantwortung auf den Klienten. Sie würde diese Eigenverantwortung zumindest betonen und damit für alltagsrealistischere

Verhältnisse sorgen.

Rein aus Sicht der Alltagspraxis gesprochen wäre es zudem hilfreich, wenn sich die natürlich immer begrenzten behandlerischen Ressourcen (Personal, Gruppen, Rahmenbedingungen) auf die Untergebrachten konzentrieren könnten, die an einer Behandlung - nicht nur formal - mitwirken wollen.

Mit meinem Abschluss möchte ich für die Sichtweise werben, dass es Grenzen für die Erreichbarkeit für sozialpädagogisches Handeln gibt.

Denn nur wenn unsere Angebote aus der Sichtweise des einzelnen Betroffenen sinnvoll und die Anstrengung wert sind, wird eine Kooperation zwischen Klient und Fachdienst zustande kommen. Diese Erkenntnis verweist auf den Begriff des „Klienten als Co-Produzenten“ wie ihn Galuske (2009) geprägt hat. Er kennzeichnet die Abhängigkeit des Gelingens sozialpädagogischer Interventionen von der Kooperation der Klienten. (vgl. Methoden und Instrumente der Sozialen Arbeit I, S. 24, IUBH Internationale Hochschule GmbH, 2019)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!