

„Mit dem Regenschirm unter die Dusche.“

Die traumpädagogische und traumtherapeutische Arbeit in der Therapeutischen Mädchenwohngruppe Myrrha

1. Einführung:

Das Thema unseres Fachtages zum 25-jährigen Jubiläum der Myrrha lautet „Konfrontation versus Stabilisierung- Wie viel Verrücktheit darf sein?“. Dem gehen, wie Frau Thiel bereits Eingangs berichtete, 25 Jahre Weiterentwicklung und etliche Veränderungen des Konzeptes voraus.

Das Konzept lebt von denjenigen, die in der Myrrha arbeiten und von denen, die die Myrrha bewohnen.

Ich habe lange überlegt, wie ein Vortrag über die Myrrha aussehen kann.

Unter „normalen Umständen“, wenn es also nicht um Verrücktheit geht, rede ich von den 8 Plätzen, der rund-um-die-Uhr-Betreuung, dem gemischtgeschlechtlichen Betreuungskonzept, den zwei Therapeutinnen, dem therapeutischen Milieu und unserer langjährigen Erfahrung mit dem Umgang mit sexualisierter Gewalt und Traumafolgestörungen.

Aber heute möchte ich Sie nicht mit den „Hard Facts“ langweilen, sondern vor allem etwas über unsere Haltung, unsere Interessen und den theoretischen Hintergrund erzählen. Ich werde dabei auch auf die traumtherapeutische und traumpädagogische Arbeit im Alltag und in der Therapie, sowie die Teamzusammensetzung unter dem Geschlechteraspekt eingehen. Es soll dabei deutlich werden, dass es in der Arbeit um ein traumasensibles Verständnis geht, welches im Alltag häufig ein Aushalten von verhaltensoriginellen Bewältigungsstrategien beinhaltet.

Unsere grundsätzliche Haltung ist dabei, die vorhandenen Ressourcen der Mädchen zu unterstützen, so dass „posttraumatisches Wachstum“ und biographische Bildungsprozesse ermöglicht werden, da die Bewältigung des Traumas neben dramatischen Folgeerscheinungen häufig zur Entwicklung besonderer Kompetenzen führt.

Dabei kann die Anschaffung eines Regenschirmes von eklatanter Bedeutung sein, wie ich später noch ausführen werde. Dieser Blickwinkel ermöglicht uns eine gezieltere Unterstützung anstelle destruktiver Opferfixierung. Die Mädchen sollen lernen, Überlebensgeschichten, statt Opfernarrative zu erzählen.

2.Verrücktheit:

Die relativ schlicht daherkommende Frage „Wie viel Verrücktheit darf sein?“, die wir uns wahrscheinlich alle täglich mehrmals bei unserer Arbeit und auch außerhalb des Arbeitszusammenhanges stellen, beinhaltet viele weitere. Es schließen sich Fragen an, die so klingen könnten wie: Wie viel Verrücktheit ist notwendig, um verrückten Lebensumständen etwas zu entgegnen? Wie viel Verrücktheit braucht ein junges Mädchen, um unter widrigsten Umständen zu überleben, diese überhaupt zu ertragen? Was ist Verrücktheit überhaupt? Wer sind wir, zu bestimmen, was ein zu verrücktes Verhalten ist? Sind wir nicht manchmal sogar etwas neidisch?

Die Antworten in unserem System Myrrha sind nicht eindimensional. Ich sage „System Myrrha“, weil es sich aus systemischer Sicht aus vielerlei Bezügen, Kontexten und Haltungen zusammensetzt und dabei ein Netzwerk von Beziehungen kreiert, die gemeinsam tragen- manchmal mehr, manchmal weniger gut. Unsere konstruktivistische, politische, feministische, manchmal widerständige und gleichzeitig angepasste Haltung macht die Arbeit nicht einfacher.

Wir reduzieren keineswegs die Komplexität. Aber es geht uns auch nicht darum, einfache Antworten auf invalidisierende Lebensumstände zu finden!

Spannend an der Arbeit mit Traumatisierten ist der Einfallsreichtum der Symptome, die sich zeigen können. Diese Symptome sind oft Hinweise darauf, was ursprünglich geschehen ist und wollen uns etwas mitteilen. Dieses zum Teil szenische Verstehen des Traumatischen im Alltag, das „übersetzen“ der Symptome vor dem Hintergrund, was real passiert ist, ist meines Erachtens eine sehr wichtige Technik zwischen Stabilisierung und Konfrontation. Manchmal ist diese Übersetzung einfacher, wie im Fall eines Mädchen, die real bei einem Wohnungseinbruch in ihrem Zimmer vergewaltigt wurde und nun in der Folge bei uns in der Einrichtung einen Mann sieht, der sie nachts in ihrem Zimmer aufsucht, bedroht und ihr Selbstverletzungen befiehlt.

Hier lässt sich einerseits diagnostizieren, dass es sich um ein Täterintrojekt handelt, andererseits versteht sich die Szene von selbst vor dem Hintergrund der Traumatisierung.

Manchmal ist die Übersetzung allerdings kniffliger, wie bei dem Mädchen mit dem Regenschirm, die uns später noch begegnen wird.

Interessant an der Arbeit mit Traumatisierten ist außerdem die Freiheit, den politischen Raum mitzudenken, ja sogar die absolute Notwendigkeit, gesellschaftliche sowie kulturelle Umstände, strukturelle Gewalt und Machtkonstellationen zu thematisieren. Diese kritische, kontextbezogene Arbeitsweise ist in der Therapie und Pädagogik in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr zurückgetreten hinter individualisierten Störungskonzepten, die Betroffene und Helfer_innen immer mehr vereinzeln, anstatt zu solidarisieren.

3. Geschichte:

Unsere Haltungen zu unserer Arbeit und zu Verrücktheit sind untrennbar mit der Geschichte der Klassifikation psychischer Störungen verbunden. Diese ist lang und von Ausschluss, Verwahrung, Asylisierung, Folter und Vernichtung gezeichnet. Damit erinnere ich an Überlegungen, die nicht neu sind. Sie haben ihre Wurzeln unter anderem in der Antipsychiatriebewegung und der Heimkampagne, deren kritische bis ablehnende Haltung gegenüber der Psychiatrie und den Heimen sich zwischen 1955 und 1975 in Westdeutschland, parallel zur Entwicklung des ICD (des Internationalen Klassifikationssystems Psychischer Störungen) und der Psychopharmakologischen Behandlung entwickelte. Kritikpunkte der Antipsychiatriebewegung bezogen sich auf die psychiatrischen Kliniken, das Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie auf die Frage der sozialen Bedingtheit der Klassifizierung psychischer Krankheiten.

Die wichtigsten Forderungen der Heimkampagne bestanden in der Differenzierung und Dezentralisierung von Einrichtungen, der Reduzierung der Gruppengröße, der gesellschaftlichen Ächtung repressiver Erziehungsmaßnahmen sowie der Verbesserung der Qualifizierung des Personals.

Dabei wurden nicht nur die Missstände in psychiatrischen- und Heimeinrichtungen angeprangert, sondern sie wurden als solches grundlegend in Frage gestellt.

Eine kritische Bewegung gegen die Ausgrenzung von Andersartigkeit bzw. sogenannter Verrücktheit von Kindern- und Jugendlichen in der ehemaligen DDR ist mir nicht bekannt. Deshalb habe ich Manfred May von der Thüringer Anlauf- und Beratungsstelle für ehemalige DDR-Heimkinder angeschrieben. Er schreibt mir zurück: „Für die ehemalige DDR sind mir keine Widerstands- oder Protestbewegungen gegen Heime bekannt. Selbst der bei jeder Heimeinweisung eröffnete Weg der Beschwerde, die aber keinerlei aufschiebende Wirkung gehabt hätte, ist nach meinen Beobachtungen sehr selten gegangen worden. Häufiger waren Eingaben der Eltern nach ‚möglichst weit oben‘, also Einzelaktionen von Eltern ihre Kinder

betreffend. Von den Kindern und Jugendlichen selbst werden sehr häufig individuelle Ausbruchsaktionen, mitunter auch Massenausbrüche genannt.“ Kritik gab es immer wieder durch das Ministerium für Volksbildung (MfV) an zu geringen Heimkapazitäten und selten auch an den Zuständen.

Grundsätzlich wurde die Heimerziehung in der DDR als, in die damaligen Gesellschaftsverhältnisse eingegliederte, fortschrittliche Umerziehung verstanden, man erlebte sich also inhaltlich auf dem progressiven Weg unter den besonderen politischen Umständen des sozialistischen Erziehungsverständnisses. Wir hören inzwischen vereinzelt die Geschichten der Mütter und Väter aus diesen Einrichtungen, deren Töchter jetzt bei uns leben. Sie trauen sich vorsichtig aus der Stigmatisierung als Verrückte/Schwererziehbare/Kriminelle und den eigenen Schuldgefühlen heraus und lassen uns teilhaben an ihren nie erzählten Geschichten. Die so entstehenden mehrgenerationalen Familiennarrative zum Thema außerfamiliäre Unterbringung sind oft sehr aufschlussreich und helfen den Mädchen, ihre eigenen Geschichten einzuordnen.

Dem Voraus ging die Geschichte des Nationalsozialismus. Bei einem Ausflug mit den Myrrhamädchen zur Mahn- und Gedenkstätte des ehemaligen Konzentrationslagers für Frauen Ravensbrück veranschaulichte die Veranstalterin es so drastisch, dass genau unsere Mädchen früher dort inhaftiert und ermordet worden wären. Nur etwa anderthalb Kilometer entfernt vom Lager Ravensbrück befand sich nämlich das Mädchen-Konzentrationslager Uckermark. Seit seiner Eröffnung im Mai 1942 wurden darin Mädchen im Alter zwischen 16 und 21 Jahren aus rassenhygienischen Gründen inhaftiert. Sie galten als kriminell und schwer erziehbar. Die Verflechtung zwischen Sozialarbeit, Jugendhilfe, Nationalismus und KZs und die mangelnde Reflektion darüber ist erschreckend.

Schaut man kurz noch weiter zurück auf die Geschichte der Frauen und Mädchen, landet man unwillkürlich bei der Stigmatisierung von Frauen als Verführerinnen, Hexen und Verrückte, aus denen später Hysterikerinnen und, überspitzt gesagt, in der Neuzeit Borderlinerinnen wurden. Ich erinnere an die Salpêtrière, ein Krankenhaus in Paris, das Ende des 19. Jahrhunderts das Mekka der gynäkologisch definierten Studien zur Hysterie war. Dort waren 4000 Frauen eingeschlossen. Den öffentlich zur Schau gestellten, fotografisch dokumentierten Patientinnen – die mitunter auch perfekte Schauspielerinnen in ihrer Rolle als Hysterikerinnen gewesen waren – und ihren behandelnden, ausschließlich männlichen Ärzten, war eigens ein Fotostudio auf dem Gelände gebaut worden. Auf den Fotos sehen Sie die eigenartig verdrehten und zum Teil erotisierten Posen, die heute als dissoziative Zustände klassifiziert werden würden. Die spektakuläre Vorstellung von Krankheitsanfällen überstieg alle Erwartungen. So wurde die Klinik zu einem Schauspiel, zur Erfindung der Hysterie. Verstoßen identifizierte sie sich sogar mit etwas wie einer Kunst, ganz nahe beim Theater und der Malerei. Auch Sigmund Freud pilgerte in diese Klinik und war kurze Zeit Assistent von Jean-Martin Charcot, genannt Napoleon der Hysterie. Charcot war aber eben auch Begründer der modernen Neurologie, Gründer der ersten Neurologischen Abteilung in Europa und Erfinder der klinischen Hypnose.

4. Entwicklung:

„Alles ist erleuchtet“ im Lichte der Vergangenheit und es gibt keinesfalls ausschließlich Schatten. Alle Polarisierungen führten zu Entwicklungen, so auch zu differenzierten psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten, neuen Klinikkonzepten und aus der Antiheimkampagne und der Frauenbewegung entwickelten sich Orte wie die Myrrha, von denen ich die Mädchen am Handy sagen höre „ich bin grad zu hause“. Die 8 oder 9 Mädchen, die bei uns ein sogenanntes „zu Hause auf Zeit“ finden, bringen sehr unterschiedliche Verrücktheiten mit.

Ihre Symptome sind oft schlau, funktional und ausgeklügelter als alles, was wir ihnen entgegen setzen können.

Und wir versuchen, eine gemeinsame Sprache, eine Verständigung darüber zu finden, in welcher Form sich Alltag meistern lässt, welche Grenzen unser System Myrrha hat und welche die Mädchen. Daran entfachen sich oft Diskussionen, im Team, als auch mit den Mädchen. Wieso behandelt Ihr die eine so, die andere anders? Wir sagen, weil wir es können, und das tun wir auch! Die sehr individuellen Prozesse sind hilfreich für die Entwicklung der Mädchen, auch das individuelle Aushandeln von Möglichkeiten.

Wir begeben uns auf die Suche nach sogenannten „Turning Points“, nach Punkten, an denen sich etwas verändern kann. Wir stellen uns die Frage, was es braucht, damit sich etwas verändert und solche „Wendepunkte“ erreicht werden können.

Dabei gehen wir keinesfalls strukturlos vor, auch wenn sich manchmal erst, wie in der Chaostheorie begründet, aus einem scheinbar chaotischen Zustand eine Struktur bildet und erst durch einen vermeintlichen Systemzusammenbruch ein neuer Aggregatzustand erreicht werden kann. Unsere Professionalität speist sich weder aus Beliebigkeit, noch aus Kompaktlösungen. Woraus dann?

5. Konzeptionelle Schwerpunkte:

Um das traumatherapeutische Konzept zu realisieren, arbeiten bei uns zwei Therapeutinnen, die die pädagogische Arbeit mit einer Verhaltenstherapie und einer analytisch orientierten Kunsttherapie begleiten. Die Therapien finden wöchentlich im Einzelsetting statt und sind für die Mädchen verbindlich.

Wir verstehen auffälliges Verhalten vor dem Hintergrund unseres traumapädagogischen Konzeptes als Traumafolge, arbeiten damit möglichst ressourcenorientiert, transparent und vorhersehbar. Wir schaffen einen ‚sicheren Ort‘ explizit für Mädchen, der Schutz vor Retraumatisierung bzw. Traumareaktivierung bietet. Dabei sind Wertschätzung und Partizipation, Spaß und Freude vor dem Hintergrund eines stabilen Beziehungsangebotes die Grundbausteine der alltäglichen Betreuung.

Realisiert wird das traumapädagogische und -therapeutische Milieu durch die innere Haltung der betreuenden Bezugspersonen, sich innerhalb eines Systems zu bewegen, in dem erzieherische und therapeutische Arbeit nicht konkurrierend nebeneinanderstehen, sondern miteinander verzahnt und solidarisch sind.

Warum arbeiten wir nun in einer reinen Mädchenwohngruppe, deren Auftrag es ist, ein Schutzraum zu sein, mit Frauen UND Männern im Team?

Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten und ich versuche mich darin, die Gedanken, die sich mein Kollege Lars Grimme dazu in seiner Abschlussarbeit zum Thema „Nicht-weibliche* Perspektiven in die Mädchenarbeit“ gemacht hat darzustellen. Dabei geht es vor allem darum, die Perspektive eines männlich sozialisierten Menschen in die Arbeit mit Mädchen einzubringen und damit die Geschlechtsperspektive etwas zu hinterfragen, vielleicht zu „verrücken“. Der verwendete Begriff ‚*männlich sozialisierter Mensch*‘ soll darauf verweisen, dass Menschen, die männlich sozialisiert sind, nicht zwangsläufig in die Kategorie ‚*Mann*‘ einordnet werden können oder wollen. Die grundlegende Frage ist auch hier für uns: „Wie viel Verrücktheit darf sein?“, um starre Geschlechterrollen, -zuschreibungen und -kategorien aufzubrechen.

Die Begründungen für die Geschlechtsspezifität der Myrrha haben sich immer wieder verändert. Die Myrrha wurde nicht als Mädchenarbeitsprojekt gegründet, sondern als Schutzeinrichtung. Sie war nicht unmittelbar in die politische feministische Szene eingebunden, war ihr gegenüber aber solidarisch. Die Geschlechtsspezifität wurde je nach den gerade in der Myrrha tätigen Mitarbeiter_innen und deren jeweiligen Weiterüberlegungen in der Fachöffentlichkeit begründet. Diskussionen über Geschlecht gab es erstmals innerhalb des Teams Anfang der 90er Jahre, als es den ersten männlichen Nachtdienst geben sollte. Das BB-Team war nicht immer in

der Anzahl von Frauen dominiert, es gab Zeiten, in denen es ausgeglichen und in denen es umgekehrt war.

Schaut man auf die Geschichte der geschlechtersensiblen Pädagogik, wurde sie zum Ende der 90er Jahre um den Begriff Crosswork (pädagogische Überkreuzarbeit) erweitert. Crosswork bedeutet, dass in der pädagogischen Situation extra mit einem gegengeschlechtlichen Gegenüber gearbeitet wird:

Ein Mann arbeitet beispielsweise mit einer Mädchengruppe, eine Frau mit einer Jungengruppe oder ein Mann und eine Frau arbeiten gemeinsam mit einer Mädchengruppe.

In diesem Verständnis gibt es allerdings zwei eindeutige und unterscheidbare Geschlechter und der Begriff geht von einer Einheitlichkeit innerhalb der Geschlechtergruppen aus. Kritisiert wurden daran die starren Identitätskonzepte. Es wurde auf die Flexibilität und Prozesshaftigkeit von geschlechtlichen Identitäten hingewiesen.

Die Mädchenarbeit hingegen richtet sich ausschließlich an Mädchen und wird zudem ausschließlich von Frauen geleistet. Somit sind Weiblichkeit und Mädchen-Sein/Frau-Sein die entscheidenden Merkmale, um in den Kreis der Mädchenarbeit eintreten zu können. Allein das weibliche Geschlecht stellt demnach das wesentliche Qualitätsmerkmal für die pädagogische Arbeit mit Mädchen im Rahmen der Mädchenarbeit dar.

Welche Begründungen gegen Männer in der Mädchenarbeit sind nun in der Praxis zu finden? Es wird oft davon ausgegangen, dass Mädchen mit Frauen besser über sich selbst und ihre Themen sprechen könnten, dass Mädchen von Männern keine Unterstützung bei der Ausbildung einer weiblichen Identität bekommen und dass diese sich nicht weitreichend genug in sie hineinsetzen könnten. Als besondere und finale Beispiele werden dann die Themen ‚Sexualität‘ und ‚sexualisierte Gewalt‘ angeführt. Männliche Mitarbeiter werden als potenzielle Täter eher in Betracht gezogen als Frauen bzw. gibt es die Befürchtung, sie könnten eher potenzielle Täter sein. Daraus resultiert die Vorstellung und die Sorge, dass gegenüber Männern schneller ein Missbrauchsvorwurf im Raum steht. Die Potentiale einer nicht-weiblichen* Perspektive bleiben unerkannt und werden somit verspielt.

Ohne die Frage abschließend zu beantworten, müssen männlich sozialisierte Menschen in der Mädchenarbeit einiges mitbringen: Professionalität und Selbstreflexion, das Wissen um männliche und weibliche Sozialisationsprozesse sowie um Männlichkeits- und Weiblichkeitskonstruktionen, die Fähigkeit, gesellschaftliche Geschlechterverhältnisse zu reflektieren sowie weitere gesellschaftliche Machtverhältnisse im Blick zu behalten.

Wir versuchen, den Mädchen den Kontakt mit Männern und mit nichttraditionellen Geschlechter- und Lebenskonzepten ermöglichen. Das Team ist sich der verschiedenen Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen sowie Geschlechterrollenzuschreibungen bewusst und reflektiert diese im pädagogischen Alltag.

Der gleichberechtigte Umgang im gemischtgeschlechtlichen Team hat zudem einen Vorbildcharakter. Inhaltlich kann die Arbeit mit einem männlichen Bezugsbetreuer hilfreich sein, wenn die erfahrene (sexualisierte) Gewalt der Mädchen von Frauen ausgeübt wurde.

Der Blick auf die Zusammensetzung unseres Teams sowie auf die spezifische Zielgruppe - Mädchen unter dem Geschlechteraspekt zeigt, dass es auf auch konzeptioneller Ebene nicht um das eine (Myrrha) oder das andere (Wohngruppen, die mit Mädchen und ausschließlich Frauen arbeiten) geht, sondern um ein solidarisches Miteinander von geschlechtshetero und -homogenen Konzepten sowie eine emanzipatorisch-feministische Grundhaltung.

6. Zielsetzung und Arbeitsweise:

Entscheidend für eine Aufnahme ist, ob ein Mädchen von unserem Konzept profitieren kann. Wichtig ist uns, dass (sexualisierte) Gewalt und Traumata von Anfang an kein Tabu sind. Wir

fragen im Aufnahmeprocedere offen nach Erlebnissen, die aber an dieser Stelle nicht vertiefend besprochen werden. Wir versuchen, für das Erlebte einen potenziellen Raum zu öffnen. Es darf eine Sprache dafür geben, sofern das Mädchen dies möchte. Wir drängen jedoch keinesfalls zu Antworten.

Gemeinsam mit den Mädchen wird eine verbindliche Alltagsstruktur erarbeitet, die jedoch oftmals an passenden traumasensiblen (schulischen) Angeboten scheitert. Daneben liegt der Schwerpunkt auf dem gemeinsamen Gruppenerleben.

Ein Gruppenabend findet im Wechsel mit unserem sexualpädagogischen Projekt statt. Da die selbstbestimmte Sexualität eine zentrale Entwicklungsaufgabe in dieser Altersgruppe und vor allem bei Mädchen mit Erfahrungen in Form von (sexualisierten) Grenzüberschreitungen ist, begegnen wir diesem Thema mit einem sexualpädagogischen Konzept. Wir wollen den Mädchen Wissen vermitteln, um die Sicherheit im Umgang mit sich selbst und anderen zu stärken und dadurch Schutz vor (erneuter) sexualisierter Gewalt zu bieten. Dazu gehört, den Mädchen eine positive Haltung zu ihrer eigenen Sexualität und ihrem Körper zu vermitteln.

Nicht zuletzt möchten wir, dass die Mädchen ein eigenständiges Leben außerhalb von psychiatrischen und sozialpädagogischen Institutionen führen können. Dabei beziehen wir die Familien und das soziale Umfeld mit ein. Dazu gehört eine machtsensible, familientherapeutisch orientierte Familienarbeit. Trotz unserer Grundhaltung, die Familie als System zu sehen, steht der Schutz der Mädchen vor weiteren Schädigungen im Vordergrund. Kontaktverbote sind beispielsweise nötig, wenn nahe Bezugspersonen oder Eltern zum Täter_innenkreis gehören bzw. selbst Täter_innen geworden sind. An diesen Schnittstellen entstehen oft Widersprüche zwischen einer systemisch allparteilichen Haltung und der Parteilichkeit den Mädchen gegenüber.

7. Der Regenschirm- Falldarstellung:

„Mit dem Regenschirm unter die Dusche.“, so der Titel meines Vortrags über die Myrrha. Das Mädchen mit dem Regenschirm, das diesen Titel prägte, lebte zwei Jahre in der Myrrha. Sie entwickelte viele verschiedene Möglichkeiten, um ihren Alltag bewältigen zu können und sich vor der Realität zu schützen. Vieles lebte sie in ihrer Fantasiewelt aus, aber der Regenschirm war real und ihr alles andere als peinlich. Majestätisch trug sie ihn, würde ich fast sagen.

Die Realität war bis zum Einzug in der Myrrha von unzähligen sexualisierten Übergriffen innerhalb der Familie, jahrelanger sadistischer Gewalt durch Erzieher_innen während einer Unterbringung in einer WAB-Gruppe und einer hartnäckigen Stigmatisierung als verrücktes Mädchen, das nur erfundene Geschichten erzählt, geprägt gewesen. Vor zu vielen Reizen und zu viel Realität verbarg sie sich unter einem Regenschirm, den sie oft mit sich herumtrug und in allen möglichen und unmöglichen Situationen aufspannte. Beispielsweise aß sie unter dem ‚Schutz‘ des Regenschirms mit uns zu Abend, nahm mit ihm am Gruppengeschehen teil und ging sogar mit ihm unter die Dusche.

Wir verstanden ihre psychiatrischen Störungen, ihre kreativen Strategien und ihr Bindungsverhalten als Folge ihrer schweren Traumatisierung. Wir fanden sie barfuß im Schnee rauchend, ohne ein Gefühl für die Kälte. Haarschnitte gab es ausschließlich selbstgemacht, weil sie zu unangenehme Haarschneideerfahrungen als Bestrafungsaktion durch Erzieher_innen gemacht hatte.

Den schmalen Grat zwischen einem traumasensiblen Vorgehen und einer angemessenen Alltagsanforderung zu finden, war nicht leicht. In der Arbeit mit ihr ging es deshalb häufig darum, ihre Verhaltensweisen auszuhalten und an verschiedensten Stellen – in der Schule, bei den anderen Mädchen und auch bei uns im Team – für Verständnis für ihr Verhalten zu werben, um dem Mädchen genug Raum und Zeit zur Verfügung zu stellen, an ihren Themen arbeiten und weitere Entwicklungsschritte gehen zu können. Die Arbeit mit ihr war nur möglich,

in dem wir immer wieder neue kreative Methoden entwickelten, die genauso ungewöhnlich waren, wie ihre eigenen Überlebens- und Bewältigungsstrategien.

Ihr den Regenschirm zu nehmen, wäre das falsche Signal gewesen. Statt dessen schenkten wir ihr einen neuen Schirm, den sie irgendwann einfach nicht mehr benutzte.

Wir dekonstruierten den Regenschirm dadurch, dass ihr zum ersten Mal geglaubt wurde und sie einen sicheren Ort fand.

Nicht zuletzt muss sich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen immer wieder in Erinnerung gerufen werden, dass deren Leben nicht ausschließlich aus Vernachlässigung und Gewalt besteht, sondern sie gleichzeitig Kinder und Jugendliche sind, die sich nach Alltag und Normalität sowie Spaß und Freude sehnen.

Und wir brauchen für unsere Arbeit, neben einer Haltung, sehr viel Humor und Leichtigkeit!

9. Psychiatrische Diagnosen:

Fast alle Mädchen bringen eine psychiatrische Diagnose mit, wenn sie bei uns einziehen. Deshalb möchte ich zum Schluss auch kurz etwas zu unserer Haltung dazu sagen.

Insgesamt betrachten wir die psychiatrischen Diagnosen, die die Mädchen bekommen haben, nicht als Wahrheiten. Wir erleben einerseits, dass Diagnosen verhandelbar sind und andererseits eine Entlastung sein können. So ist der Gebrauch von Diagnosen manchmal nützlich, manchmal deren Auflösung. Gehen die Mädchen in die Notaufnahme des Krankenhauses, um die Wunden versorgen zu lassen, die durch SVV entstanden sind, bekommen sie meistens die Diagnose „Borderline- PSK-Störung“.

Dies geschieht im Rahmen einer notfallmäßigen Regelversorgung, meist ohne psychiatrische Tiefenschärfe der in der Notaufnahme behandelnden Ärzt_innen, die diese in ihrem Kontext auch nicht benötigen. Wenn die Mädchen die Diagnose auf dem Entlassungsschein sehen, entstehen viele Fragen, die sie mit uns diskutieren. Es lässt sich erklären und muss aber auch erklärt werden, warum Kliniken überhaupt Diagnosen vergeben müssen, nämlich damit die Krankenkasse die Behandlung übernimmt, weil ohne Krankheit keine Behandlung. Ebenfalls erklären lässt sich, warum ein Arzt in der Notaufnahme gelernt hat, dass ein Mädchen oder eine junge Frau an einer Borderline- PSK-Störung leidet, wenn sie sich selbst verletzt. Die Mädchen verstehen solche Zusammenhänge aber erst dann, wenn wir sie begleiten und uns mit ihnen in Aufarbeitung von Klinikaufhalten besprechen. Dabei erlebe ich es gesundheitsförderlich, dass wir in der stationären Jugendhilfe keine Diagnosen vergeben müssen, weil wir zwar damit arbeiten, aber an einem anderen Punkt ansetzen können. Unser Verständnis ist ein systemisches. Wir versuchen, die Mädchen, deren Familien und auch das medizinische/sozialpädagogische Versorgungssystem als Ganzes zu sehen. Änderungen des Einzelnen führen automatisch zu Veränderung des gesamten Systems und umgekehrt. So macht weder Verteufelung in Form von Spaltung und Abwertung des Gegenübers Sinn, noch Idealisierung.

Wir bewegen uns teilweise in verschiedenen Kategoriensystemen, müssen einander aber kennen und gegenseitig die jeweilige Fachsprache verstehen, um den Klientinnen, Patientinnen oder Familien hilfreich sein zu können. Dabei ist es wichtig, sensibel für die psychische Störung als Interaktionsprozess mit der Umwelt zu bleiben und die diagnostische Klassifizierung, also das ICD-10, als unbefriedigende, aber hinreichend akzeptable Grundlage für den Dialog zu sehen. Es muss in unserer Arbeit manchmal um Reduktion von Komplexität in Form einer Diagnose gehen. Dabei bleibt es wichtig, nicht in eine kollektive Problemtrance zu verfallen, sondern Lösungsideen zu entwickeln und nach Ausnahmen zu suchen.

Der Einfluss von Profilierungswünschen, sogenannter evidenzbasierter Forschung und des Kapitals ist dabei im kritischen Blick zu behalten. Beispielsweise gibt es eine Enge Verzahnung

der Pharmaindustrie mit der WHO und den Gremien zur Festlegung neuer psychischer Störungen im DSM-V und ICD-11.

Das ist mitzudenken, wenn wir darüber sprechen, wie stark die psychischen Störungen angeblich in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit zunehmen.

Genauso wichtig erscheint mir, dass die Mädchen nicht zwingend mit dem Paragraphen 35a des KJHG untergebracht werden müssen, was heißt, dass ihnen eine preisintensive Eingliederungshilfe durch das Jugendamt gewährt wird, weil sie von seelischer Behinderung bedroht sind. Diese drohende seelische Behinderung muss durch einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten attestiert werden. Meiner Meinung nach impliziert eine Traumafolgestörung nicht, dass ein Mädchen dadurch stigmatisiert werden muss, dass sie von seelischer Behinderung bedroht ist. Hier bleiben doch weiterhin die Unterschiede klar, nämlich dass sie hilfebedürftig wurde, weil sie in einem invalidisierenden Umfeld zu leben gezwungen war.

Unter dem Aspekt unseres Fachtages Verrücktheit vs. Normalität ist die Einteilung und Verwendung der Kategorie Behinderung kritisch zu sehen: Wer oder was ist behindert? Wer behindert eigentlich wen? Und wer entscheidet darüber, was als behindert definiert wird?

Unter bestimmten Bedingungen können Diagnosen also dazu beitragen, die Anzahl der Lösungen für ein Problem zu erhöhen und den Informationsfluss beschleunigen.

Psychiatricus zu Systemicus (frei nach de Shazer): „Angenommen, es würde eines Nachts, wenn Sie schlafen, ein Wunder geschehen und Ihr Problem mit psychiatrischen Klassifikationen ist gelöst. Was wäre dann?“

Es gäbe die Myrrha nicht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!