

Wer diagnostiziert die Diagnosen?
Was müssen wir erkennen, um passend helfen zu können?
(Umgang mit sozialen Diagnosen bei "schwierigen" Jugendlichen)

Ingmar Freudenthaler

Symposiumsbeitrag zur 3. Fachtagung
SOZIALE DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION
6. und 7. Mai 2010 in Bernried am Starnberger See

Grüß Gott, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!
Wie ich im Programmheft bereits kurz ausgeführt habe, haben gerade in meinem Arbeitsfeld der Jugendwohlfahrt oder Jugendhilfe, wie es bei Ihnen in Deutschland heißt, die Klienten bereits viele Diagnosen. Aufgestellt wurden diese im Laufe der Zeit von Lehrern, Psychiatern, Psychologen, Pädagogen, Sachverständigen, Richtern, Polizisten, der Ortsgemeinschaft, den Klienten selber (über sich und die anderen) und - in meinem Bereich - jedenfalls auch bereits von einem oder mehreren SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt. Diese "Jugendwohlfahrtsdiagnose" wird bei uns in Oberösterreich unter KollegInnen "40/2er" (abgeleitet vom beschreibenden Paragraphen im oberösterreichischen Jugendwohlfahrtsgesetz 1991) genannt und bedeutet, dass (etwas verkürzt gesagt) *es sich um einen besonders schwierigen Jugendlichen ab 11 Jahren handelt, der nicht mehr daheim wohnen darf/soll*. Alle an diesem Prozess Beteiligten haben Wahrnehmungen, was/wer schwierig ist und haben dazu Ideen, was zu tun ist, die professionellen Helfer, die Gesellschaft, aber auch die KlientInnen. So erklärt sich der Titel meines Symposiumsbeitrages mit den Fragen: Wer diagnostiziert die vielen Diagnosen? Was müssen wir erkennen, um passend helfen zu können und wie können wir mit sozialen Diagnosen bei sogenannten schwierigen Jugendlichen umgehen. Ich werde anhand von vier Schaubildern den Fragen nachgehen:

1. Wo wird sozial diagnostiziert, wo findet Soziale Diagnose statt? Also: Was ist der Gegenstand meiner Betrachtung?
2. Wer diagnostiziert die Diagnosen? Wer diagnostiziert mit welchem Fokus, welcher Blickrichtung?
3. Diagnosen und Komplementaritäten. Wie werden Diagnosen bewertet, welche Verschränkungen sind erkennbar, welche Aussagen lassen sich zu Wahrheit und Klarheit von Diagnosen machen?
4. Diagnosen bei schwierigen Jugendlichen mit den Fragen: Was macht sie schwierig, zu was führt das und was brauchen sie?

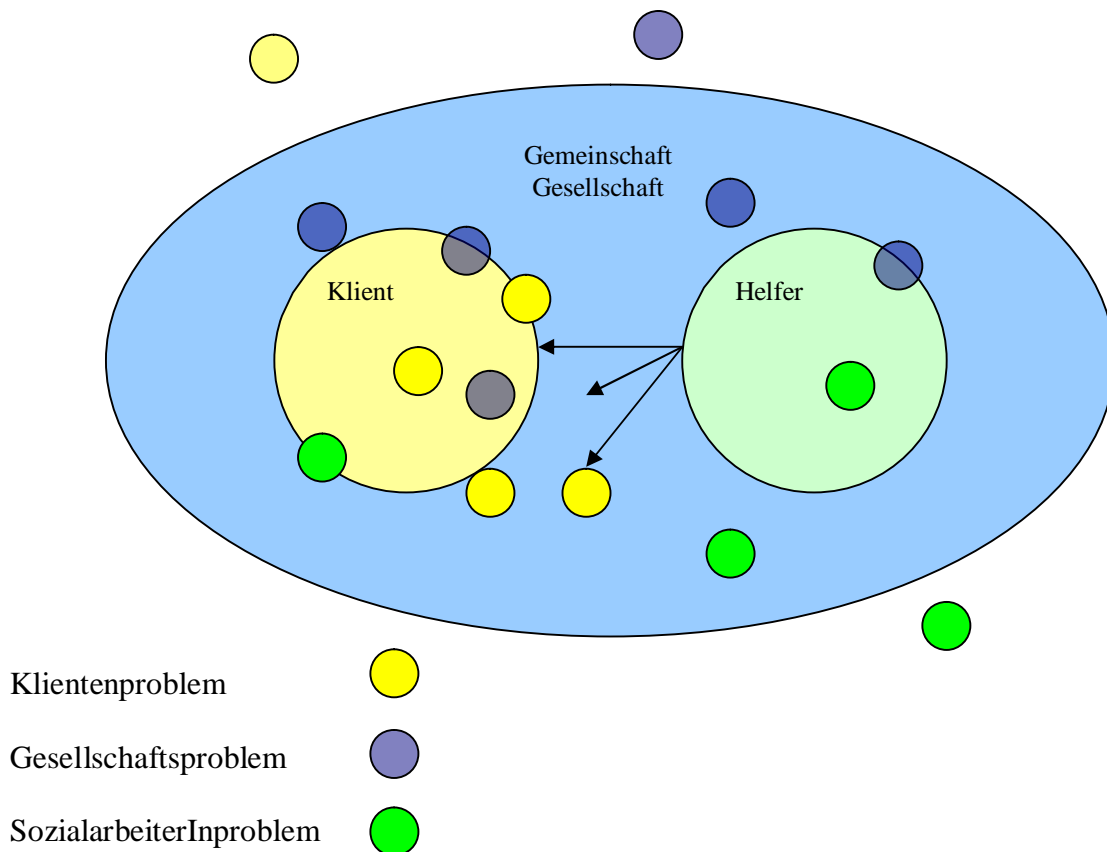
1) Wo wird sozial diagnostiziert (Gegenstand der Betrachtung)?

Beginnen wir mit ein paar kurzen allgemeinen Aussagen zum Gegenstand meiner Betrachtung: In einer Definition über Soziale Arbeit aus dem Jahr 2004 heißt es:
Die Profession Sozialer Arbeit setzt sich ein für sozialen Wandel, die Lösung von Problemen in menschlichen Beziehungen, sowie die Befähigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlergehen zu fördern. Gestützt auf Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme interveniert Soziale Arbeit an den Stellen, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Wechselwirkung stehen.

Das bedeutet, dass Sozialarbeit ohne Menschen in individueller und gemeinschaftlicher Betrachtung nicht denkbar ist. Das wird auch deutlich, wenn wir uns die beiden Worte *Sozial* und *Arbeit* genauer ansehen: *Sozial*: Übersetzt mit lat. socius (= gemeinsam, verbunden, verbündet) bezeichnet wechselseitige Bezüge als eine Grundbedingtheit des Zusammenlebens, insbesondere des Menschseins und kann mit *die menschliche Gesellschaft*,

Gemeinschaft betreffend beschrieben werden. *Arbeit* als sozialwissenschaftlich-philosophische Kategorie gesehen, erfasst alle Prozesse der bewussten schöpferischen Auseinandersetzung des Menschen mit der Natur und der Gesellschaft. Das bringt uns zu dem Versuch einer Definition: *Sozialarbeit ist eine die menschliche Gesellschaft, Gemeinschaft betreffende bewusste schöpferische Auseinandersetzung mit der Natur und der Gesellschaft.* Oder etwas fokussierter: *Sozialarbeit ist eine bewusste schöpferische Auseinandersetzung mit der Natur und der Gesellschaft, die den wechselseitigen Bezug "Klient – Gemeinschaft" / Gesellschaft betrifft.*

Sehen wir uns dazu die Grafik an:



Menschen erzeugen durch ihr "*Sosein*" Wirkung(en) bei sich selber und in der Gemeinschaft. Das müssen natürlich nicht immer Probleme sein. Wenn die Wirkungen aber als Probleme verstanden werden, sind diese und die Zwischenräume zwischen Klient und Gemeinschaft das Beobachtungsfeld (Gegenstand) der Sozialarbeit. In der Zeichnung als der blaue Hintergrund dargestellt. Als Problem, das *durch Sozialarbeit* gelöst werden soll (dargestellt als kleine färbige Kreise im blauen, gesellschaftlichen Hintergrund), wird ein *Sosein* gesehen, wenn die Wirkung, die das *Sosein* erzeugt, von den Vorstellungen (Werten, Moralvorstellungen, Regeln etc.) der Gemeinschaft abweicht und diese Gemeinschaft (auch gegen den Willen bzw. "Einsicht" des einzelnen) korrigierend, verändernd einwirkt bzw. einwirken möchte. Mit Fokus auf den *Klienten* bedeutet das: Wenn *er* Probleme hat, die Wirkungen in der Gemeinschaft und Gesellschaft zeigen, z. B. Randalieren. Wir können davon Klientenprobleme unterscheiden, die Therapie oder ein Seelsorgegespräch/Beichte erfordern (kleine blaue Kreise innerhalb des Klienten bzw. außerhalb der Gemeinschaft). Mit Fokus auf die *Gesellschaft* bedeutet das: Wenn *sie* Probleme hat, die Wirkung beim Klienten zeigen,

z. B. Fremdenfeindlichkeit. Beispiele zur Abgrenzung, also Gesellschaftsprobleme, die (auch) andere Institutionen fordern, sind demnach Finanzkrise (wird wohl politische Arbeit mit Bänkern erfordern), Rauchen am Arbeitsplatz (auch Ärzte sind zuständig) oder die geringe Wahlbeteiligung, die zwar ein Problem der Gesellschaft ist, welches aber möglicherweise durch Sozialarbeit nicht lösbar ist. Es ist leichter, die Gesellschaft sozial zu diagnostizieren, als diese dann von SozialarbeiterInnen zu behandeln.

Somit hat der/die SozialarbeiterIn bereits zwei mögliche Betrachtungsweisen: Die Sicht auf den *Klienten* (das *Klientenproblem*) und, was er (sein Problem) in der Gesellschaft auslöst bzw. wie diese damit (mit ihm) umgeht und die Sicht auf die *Gesellschaft* (das *Gesellschaftsproblem*) und, wie die Gesellschaft damit umgeht bzw. was sie beim Klienten auslöst.

Dann gibt es aber natürlich noch eine weitere reflexive Komponente und zwar die zusätzliche Sichtweise des *Helfers auf sich selber*. Nach dem alten Sozialarbeiterleitspruch "*alle dort abzuholen, wo sie stehen*" stellen sich folgende Fragen: Wo hole ich den *Klienten* ab und was macht er (das Problem) mit mir, wo hole ich die *Gemeinschaft* / Gesellschaft ab und was macht sie (ihr Problem) mit mir und wo hole ich *mich selber* ab, wie wirken meine Probleme auf Klient, Gesellschaft und mich selber?

Wir sind im Diagnoseprozess eng mit allen Beteiligten verwoben und die reflexive Komponente gewinnt immer mehr an Bedeutung, damit es - in Anlehnung an den US-amerikanischen Schriftsteller und Journalist Ambrose Bierce (1842-1914) - nicht dazu kommt, dass *die Soziale Diagnose die sozialarbeiterische Vermutung darüber ist, was die Auffälligkeit mit dem geringsten Schaden für den Klienten am besten verlängert*.

(Das hat ganz viel mit mir selber zu tun und erinnert mich an meine Vorrednerin, dass Diagnosemanuale Mobilität, aber auch Unveränderlichkeit schaffen können, was die Gefahr einer Stabilisierung von Hilfsbedürftigkeit in sich birgt.)

Wir sehen, dass wir jedenfalls auch für und gegen unser eigenes System arbeiten...

Aber in diesem Spannungsfeld findet eben Soziale Diagnostik statt. Ich habe das vorerst einmal so formuliert: "*Soziale Diagnose ist eine Erkenntnis im wechselseitigen Bezug Klient – Gemeinschaft/ Gesellschaft, die zu einem Ergebnis (Einschätzung) führt, was (zur Abhilfe) zu tun ist.*" Betrachten wir nun die verschiedenen "Teilnehmer" an diesem Diagnoseprozess näher.

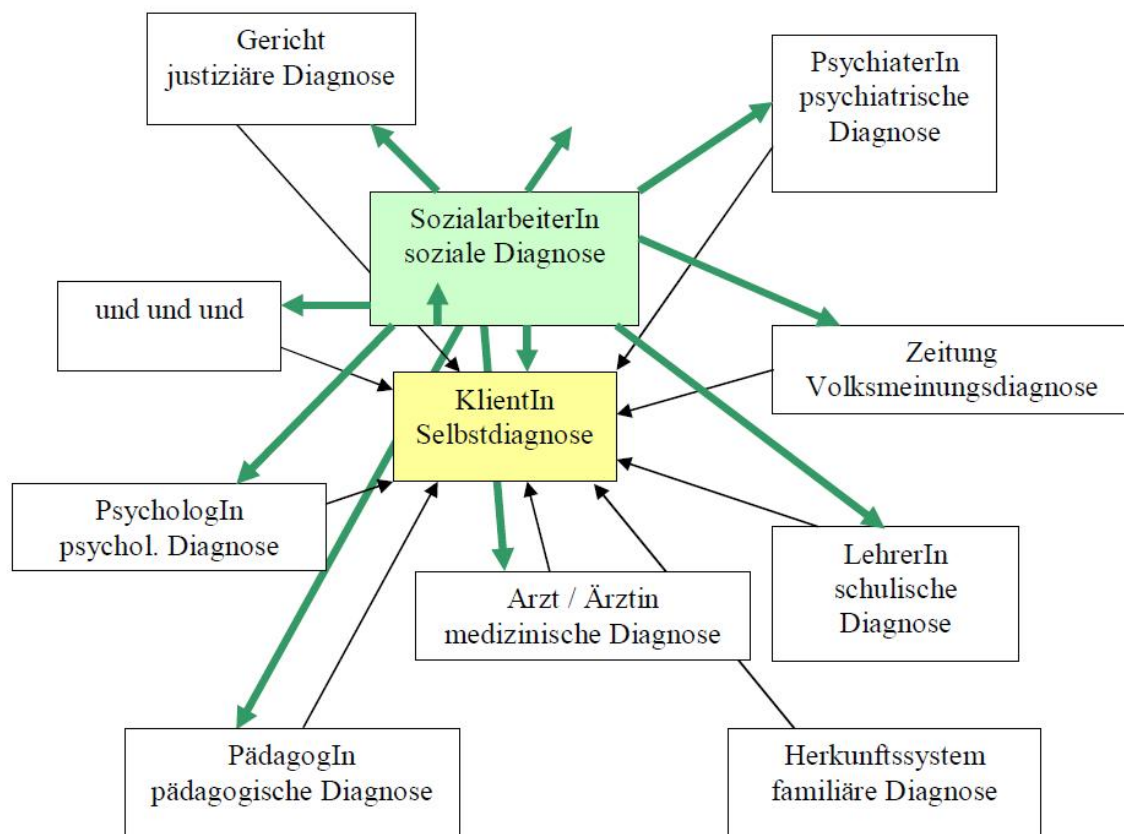
2) Wer diagnostiziert die Diagnosen (wer diagnostiziert mit welchem Fokus)?

Über den Gedanken, dass sich die Soziale Diagnose als ein dynamischer Prozess darstellt und sie im Dialog aller daran Beteiligten verhandelt werden sollte, schreibt der Sonderpädagoge und Leiter des Instituts für Praxisforschung, Beratung und Training bei Hirnschädigung in Witten Carsten Rensinghoff in einer Rezension auf das Buch zur Sozialen Diagnostik (das nach der letzten Soziale Diagnose Tagung 2008 in St. Pölten entstanden ist) Folgendes:

"Hieraus folgernd wage ich, in Anlehnung an Watzlawicks „man kann nicht nicht kommunizieren“ (ders. 2010), die - noch zu überprüfende – Hypothese, dass man nicht nicht diagnostizieren kann. Derartigen Prozessen sind wir doch in der Begegnung mit den oder dem Anderen ständig unterworfen. Also bedienen wir uns doch ständig irgendeines diagnostischen Verfahrens."

Aus der Praxis in meinem Arbeitsbereich kann ich interessiert bestätigen, dass nicht nur ich als Sozialarbeiter, sondern alle, die in Kontakt mit meinen Jugendlichen sind (von LehrerInnen, bis ÄrztenInnen, von HausmeisterInnen bis Gastwirten, von der Bürgermeisterin bis zum Pfarrer) diagnostizieren und viele von ihnen auch gleich die Antwort mitliefern, was auf Grund der Diagnose (ihrer Erkenntnis nach) nun zu tun ist: Z. B. den Ort verlassen, in Haft kommen, ab ins Heim, in eine andere Schule, Lokalverbot, Therapie etc.

(Im Schaubild sichtbar als Pfeile, die von den jeweiligen Institutionen auf den Klienten gerichtet sind).



Und was machen SozialarbeiterInnen? Sie, die meiner Überzeugung nach dazu berufen sind (wie oben beschrieben), sozial (also die Gemeinschaft betreffend) zu diagnostizieren? Sie versuchen (etwas salopp formuliert) „die Diagnosen zu diagnostizieren“. Sie versuchen die Erkenntnisse zu sammeln, in Beziehung zu stellen und daraus eine neue soziale Erkenntnis und folglich, sofern es ein Problem gibt, einen weiteren (sozialen) Lösungsvorschlag zu beschreiben (sichtbar durch die Pfeile in alle Richtungen). Die Soziale Diagnose ist somit keine weitere klientenzentrierte Fachdiagnose, sondern eine Zusammenschau und die daraus gewonnene neue Erkenntnis betreffend Klient, Gesellschaft und Helfer. Noch einmal anders gesagt: SozialarbeiterInnen diagnostizieren, erkennen durch eine Sicht auf den Klienten die Gesellschaft und sich selber. Für meine vorhin erwähnte Definition von Sozialer Diagnostik kann also erweiternd gesagt werden, dass für SozialarbeiterInnen die Soziale Diagnose eine Erkenntnis im wechselseitigen Bezug Klient – Gemeinschaft/Gesellschaft, *und eben sie selber* ist, die zu einem Ergebnis/Einschätzung) führt, was zur Abhilfe zu tun ist. Dabei sind (um es mit der in Münster lehrenden Hiltrud von Spiegel zu sagen) das *Wissen, Können* und vor allem die *Haltung* des Diagnostizierenden von wesentlicher Bedeutung.

Gestatten Sie mir dazu an dieser Stelle einen kurzen Ausflug in die Moral bzw. Ethik der Sozialarbeit, also zur Haltung des Sozialarbeitenden, da diese hier eine besondere Rolle spielt. Dazu möchte ich etwas pointiert formulieren: In der Sozialarbeit hat die Moral nichts verloren. Wir sollten vielmehr Sorge tragen, dass die Sozialpädagogik/Sozialarbeit sich nicht immer mehr zu einer "Moralpädagogik"/"Moralarbeit" verkürzt, sondern der Ethik als Korrektiv der Moral wieder mehr Raum geben. Moral engt ein (gut/schlecht – richtig/falsch). Ethik weitet oder anders: "*Ethik würdigt die Unterschiede in einem kritischen Zusammenhang*" wie der österreichische Philosoph Christian Metzner in der Zeitschrift Impulse aus dem Jahr 2009 dazu schreibt. Dazu passend auch der vom 2002 verstorbenen österreichischen

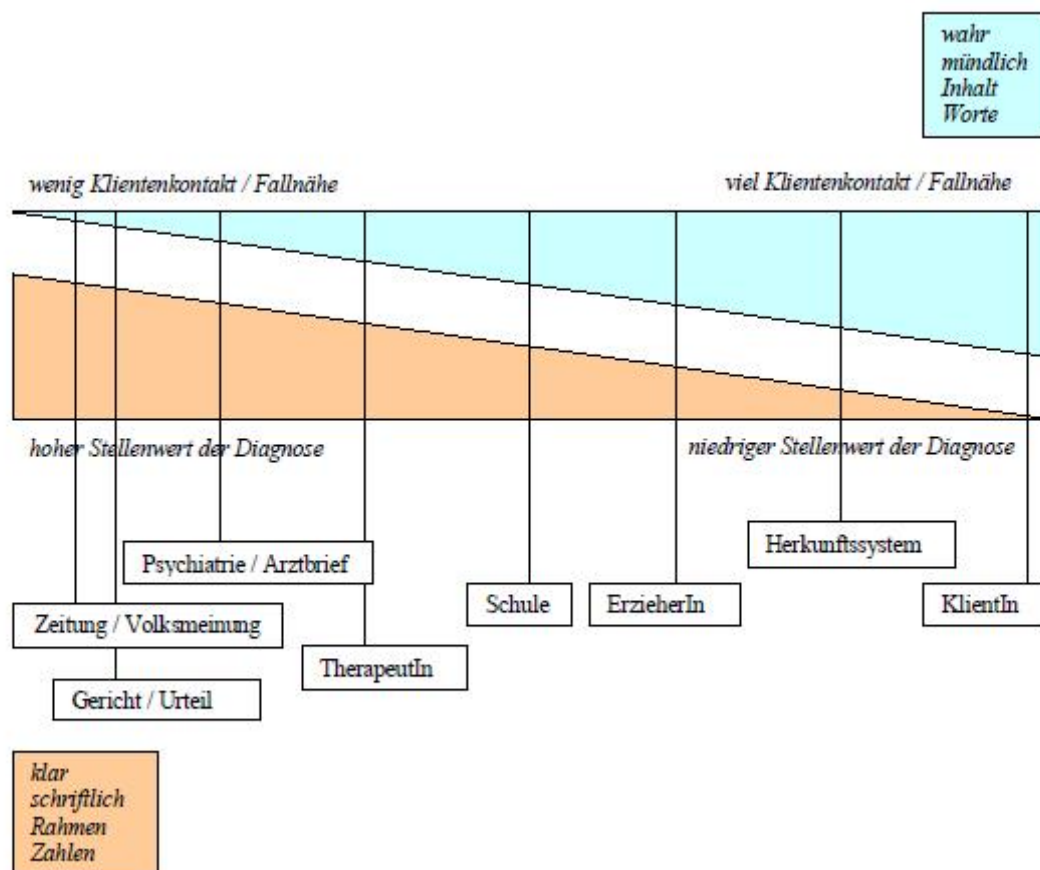
Physikers Heinz von Förster formulierte ethische Imperativ: "*Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst.*" (- Also kein Entweder - oder). In diese Richtung geht auch eine Aussage von Michael Winkler (Professor an der Uni Jena) in einem aktuellen Aufsatz mit dem treffenden Untertitel "*Die Soziale Arbeit findet ihre Klientinnen unter ihren eigenen Mitgliedern!*", in dem er schreibt: "*Die Sozialpädagogik (Anm. Soziale Arbeit) hat sich zunehmend darauf eingelassen, lebendige, konkrete Menschen vornehmlich als Risiko zu betrachten, sie mit formalisierten Beobachtungsbögen zu beschreiben, nach Kategorien in ihrer Gefährlichkeit zu klassifizieren, um die auszusondern, die jenes Treatment noch verdienen, mit dem sie wieder funktionsfähig gemacht werden sollen.*" Alles deutliche Absagen, nicht nur an moralische Befindlichkeiten, sondern auch an eine (einengende) Klassifizierung, die ja auch Thema dieser Tagung ist. Wer fragt aber in diesem Zusammenhang nach Inhalten, wie Glück oder Wohlbefinden und nicht nur nach Verwaltung der Klienten? Noch einmal dazu Winkler: "*Die SozialtechnologInnen sind verbreitet, die Schmutzarbeit jedoch möchten nur wenige machen. Business ist angesagt. Wer nach Wohlbefinden und Glück fragt, Menschen zu einem guten Leben verhelfen, beraten und unterstützen, ja pädagogisch tätig sein will, gilt als hoffnungslose/r IdealistIn.*" Interessant und tröstlich dazu ist, dass es eine erste Studie aus 2009 über *Wohlbefinden* von Kindern und Jugendlichen im Heim gibt. (Vorgestellt ua. von Irmgard Schroll-Decker, Hochschule Regensburg, in der Zeitschrift "Unsere Jugend"). Die Aussagen sind für Kenner der Szene wenig überraschend, aber die Tatsache, *dass* jemand danach fragt, ob sich die Kinder in Heimen auch *wohl fühlen* und es ein Qualitätsmerkmal ist, wenn sie das tun, ist schon ein Schritt in eine andere Richtung!

Noch eine Anmerkung zum Thema Reflexion, also auf eine der Kernkompetenzen (und vorher erwähnte Sichtweise) der helfenden Berufe, nämlich über sich selber und den Klienten (z.B. in Intervision, Supervision, Teamkonferenzen) zu reflektieren: Dazu möchte ich Schiller in einem Brief an Goethe aus dem Jahr 1799 zitieren: "*Auch ist nicht zu leugnen, dass die Empfindung der meisten Menschen richtiger ist als ihr Raisonement. Erst mit der Reflektion fängt der Irrtum an.*" Die Aussage, ca. 100 Jahre bevor es in Österreich institutionalisierte Sozialarbeit gegeben hat, finde ich bemerkenswert. Sie ist letztlich eine kritische Hinterfragung an unsere oftmaligen "vernünftigen" Überlegungen, die in "wilde Hypothesenbildung" ausarten. Der Ausspruch könnte, in die heutige Zeit und in Bezug auf Sozialarbeit gesetzt, lauten: *Erst mit unserem Nachdenken über eine "Klientensituation" fängt der Irrtum an...* Auch Steve de Shazer, der berühmte Kurzzeittherapeut (und damit sind wir wieder im Heute) hat dazu sinngemäß einmal gemeint: "*Wenn man eine Hypothese hat, sollte man sich in eine Ecke verziehen und warten, bis der Anfall vorüber ist.*" - Und vielleicht noch ein abschließendes Zitat zur Diagnose, also unserer Erkenntnis und ihrer Treffsicherheit: "*Die meisten Diagnosen stimmen mit an Wahrscheinlichkeit grenzender Sicherheit.*" (Gerhard Kocher, *1939, Schweizer Politologe). Aber trotz aller Unwägbarkeiten und Probleme mit dem Erkennen müssen wir (wenn wir Soziale Diagnostik nicht völlig ablehnen) uns trauen, es dann auch zu tun. *Selber* zu diagnostizieren mit *unseren* Werkzeugen (z.B. einem Hausbesuch) *unserem* Wissen, Können und ethischen Ansätzen! Oder, wie es der Wiener Gesundheitspsychologe Gerald Kastner sagt, der an die Adresse der Helfer schreibt: "*Die eigene Ohnmacht im Einzelfall sollte nicht zum häufigen Gebrauch anderer Ordnungssysteme – Medizin, Justiz, klassifizierende Psychodiagnostik, ethische und sozialutopische Ideologien u.v.m. – führen. Wir geben mit solchen Schritten unsere Handlungsmöglichkeiten preis.*" Das leitet nahtlos zur nächsten Folie über:

3) Diagnosen und Komplementaritäten - wie werden Diagnosen bewertet?

Das Wort *Komplementarität* hat Niels Bohr, der dänische Physiker und Nobelpreisträger, (1885 - 1962) geprägt. Es ist eine Bezeichnung aus der Quantenphysik. Bohr hat sich ua. dem

Phänomen der Teilchenphysik gewidmet, nämlich, dass Ort und Geschwindigkeit eines Teilchens nicht zugleich messbar (erfahrbar) sind. Je genauer ich den *Ort* eines Teilchens kenne, desto weniger Information habe ich über die *Geschwindigkeit* und umgekehrt. Die Quantenphysik hat das als Heisenbergsche Unschärfebeziehung definiert. N. Bohr hat dazu eben den Begriff der Komplementarität eingeführt. Bohr hat neben seinen physikalischen Forschungen auch versucht, Erkenntnisse aus der Quantenphysik für das tägliche Leben zu beschreiben. Ein berühmter Satz von Bohr, der mir sehr passend im Rahmen der Sozialarbeit und der darin stattfindenden Diagnostik erscheint, ist: *"Wahrheit und Klarheit eines Ausdrucks sind zueinander komplementär."* Er (Bohr) meint damit: Je klarer ein Ausdruck ist, desto weniger wahr ist er und umgekehrt, je wahrer ein Ausdruck ist, desto unklarer wird er. Wie passt das in unser Thema der Sozialen Diagnose? In meiner Arbeit als Sozialarbeiter, der im Rahmen der Jugendwohlfahrt für Jugendliche zuständig ist, bei denen in der Vergangenheit viele Hilfen nicht die erhoffte Wirkung gezeigt haben, die aber (weiterhin) auf Grund ihres Sozialverhaltens eine intensive Betreuung brauchen, stellt sich oft die Frage, wie mit der Vielzahl an bereits gestellten Diagnosen umgegangen werden soll. Gibt es *richtige(re)/falsche(re)* Diagnosen? Gibt es ein Ranking? Welche Erkenntnis von welcher Profession mit der sich daraus ergebenden Intervention (Behandlung, Maßnahme) ist zu bevorzugen? Wie ist jede Diagnose im speziellen Fall zu bewerten und vor allem eine typisch österreichische Frage: Darf man das überhaupt??? (*Dürfern'S denn das...?*) Wir kommen hier nun zu meiner Eingangshauptfrage: Wer diagnostiziert die Diagnosen? Also, wie gehen wir mit den Diagnosen, mit den verschiedenen Wahrnehmungen um? Was müssen wir erkennen, um passend helfen zu können und ist das dann die einzig wahre soziale Diagnose, die einzig wahre tiefe Erkenntnis? Da kann uns N. Bohr mit seinen Aussagen zu Wahrheit und Klarheit hilfreich sein. Schauen wir uns einmal die Folie genauer an:



- Von links nach rechts nimmt der Balken *Stellenwert* der Diagnose ab und der Balken *Klientenkontakt* (Beziehung) zu. Die Meinung der Zeitung ist sehr gewichtig, obwohl oft kein Kontakt zum Klienten besteht. Das Urteil (Erkenntnis) des Gerichts hat große Bedeutung, auch wenn nur ein Kontakt (im Gerichtssaal) zum Klienten stattgefunden hat. Ein psychiatrisches Gutachten findet nicht selten nach einem einzigen Klientenkontakt statt und die gestellte Diagnose hat große Wirkung auf Klient, aber auch SozialarbeiterIn. Im anderen Fall haben oft die Erkenntnisse der Mutter oder des Erziehers, die viel Kontakt (Fallnähe) und Beziehung zum Jugendlichen haben und dadurch ein differenziertes Bild vom Jugendlichen schildern, oft wenig (fachlichen) Stellenwert.
- Von links nach rechts nimmt die *Schriftlichkeit* ab und die *Mündlichkeit* zu. Je mehr Schriftlichkeit vorherrscht, desto bedeutsamer werden die Aussagen. *Wer schreibt, der bleibt*" hat einmal der Linzer Psychologe Alfred Klinglmair formuliert.
- Im linken Bereich befindet sich das Reich der *Zahlen* und rechts das der *Worte*, des Dialogs. In Zahlen gegossen, bekommen Erkenntnisse mehr "Griffigkeit".
- Links erleben wir mehr *Verwaltungsarbeit* – rechts eher *Beziehungsarbeit*
- Von links nach rechts werden Ausdrücke (dürfen wir schon sagen Diagnosen?) *wahrer* dafür weniger *klarer* – nach links wird es (für Helfer und Klient) immer *richtiger* – nach rechts immer *passender*.

"*Wahrheit und Klarheit eines Ausdrucks sind zueinander komplementär*" haben wir oben mit Niels Bohr formuliert. Die Auswirkungen dieser Komplementaritäten (dieser Verschränkungen) auf die Hilfen, Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte, die sich a. G. der Diagnosen und ihrer Aussagen zu Beziehung, Wichtigkeit etc. machen lassen, sind auf dieser Folie nicht mehr dargestellt. Aber: Folgern wir weiter, dass Klarheit und Wahrheit einer *Hilfe* (die sich aus einer sozialen Diagnose ergibt) komplementär sind, würde das bedeuten, dass nicht jede Hilfe, die für uns *klar* ist (klar beschreibbar ist), auch für den Klienten *wahr* (hilfreich) ist. Wenn man diesen Gedanken weiterführt, könnte Folgendes eintreten: Je näher (passgenauer) wir beim Klienten sind, desto weiter sind wir von einer z. B. durch Kennzahlen, Rahmenrichtlinien definierten Klarheit entfernt. Das trifft vermutlich auch für jede durch Zahlen beschriebene Klassifikation zu. Und umgekehrt, je klarer wir z. B. mit ISO 9002 einen Fall abbilden, desto unwahrer (unstimmiger) wird es für den Klienten. Das bedeutet letztlich, dass wir uns immer wieder entscheiden müssen, ob wir beim Diagnostizieren bzw. Hilfeplanen mehr *Klarheit oder Wahrheit* haben möchten. Eine große zentrale Frage bleibt aber offen: *Was ist wahr*, sei es für den Klienten oder Helfer? Und, ist nicht jede Diagnose bzw. Konzept zur Hilfe, das nicht *wahr* ist, automatisch *falsch*? Auch diese Komplementarität hat N. Bohr elegant philosophisch zu lösen versucht, in dem er sagt: "*Das Gegenteil einer jeden Wahrheit ist falsch, jedoch ist das Gegenteil einer tiefen Wahrheit wieder eine tiefe Wahrheit.*" Mit dieser Haltung wird der Spielraum von Sichtweisen und natürlich der daraus resultierenden Sozialarbeiter-Interventionen für uns und unser Klientel zumindest verdoppelt. Kommen wir zur letzten Folie mit dem Titel:

4) Diagnosen bei schwierigen Jugendlichen

Ich habe hier einmal ohne Anspruch auf Vollständigkeit Aussagen zu drei Fragen aufgelistet: *Was (welches Verhalten) macht Kinder und Jugendliche schwierig? Wozu führt das? Was brauchen sie?* Also einmal ganz klassisch klientenzentriert, wie das LehrerInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, aber auch SozialarbeiterInnen oder PädagogInnen machen.

Was macht sie schwierig?

- hoher Zeitaufwand der Helfer – Klienten "haben wenig Zeit" für die Helfer
- sind aggressiv
- beschäftigen viele Helfer – beschäftigen sich aber nicht mit ihnen
- spalten, agieren
- sind rücksichtslos gegenüber sich und anderen
- sind nicht in Gruppen integrierbar (Schule, Heim, Vereine)
- brechen Kontakte (zu Helfern) ab – tauchen ab
- konsumieren (illegale) Substanzen
- werden wiederholt straffällig
- haben wiederholt Kontakte zur Jugendpsychiatrie / Heilpädagogik
- zeigen uns (Gesellschaft / Helfer) Grenzen auf

Wozu führt das?

- werden in Familien / im Herkunftssystem (Gemeinschaft) nicht mehr toleriert
- fallen aus Tagesstruktursystemen heraus
- Ruf nach Korrektur / Anpassung / Erziehung / Ausgrenzung / Kontrolle / Bestrafung

Was brauchen sie?

- Modelle an den Berührungspunkten von Psychiatrie, Jugendwohlfahrt, justiziärer Verantwortung und Gemeinwesen (Netzwerk)
- Beziehungsqualität (Präsenz)
- ein Klima von Transparenz / Eskalationsvorbeugung / Selbstkontrolle / Ambiguitätstoleranz
- zum geeigneten Zeitpunkt, die Möglichkeit Traumata aufzuarbeiten
- Verfügbarkeit von Lernfeldern (zur Bildung)
- Schaffung von Perspektiven im Leben (wie geht es weiter)
- lange - auf Dauer angelegte Angebote (Beharrlichkeit)
- *Wissens- Handlungs- und Haltungskompetenz* bei den Helfern (verstehende, den Kindern vertrauende Helfer mit "heiterer Gelassenheit")
- Lobbing von der Gesellschaft
- sorgsame Soziale Diagnostik im Sinne *gesellschaftlicher Erkenntnis*

Quellen:

Aussagen von Helfern (Sozialarbeitern, Pädagogen, ...) in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen der Vollen Erziehung in OÖ
Hiltrud von Spiegel: (Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit)
Vortrag von Prim Werner Leisnering: Linz, Okt. 2009
Vortrag von Prof. Haim Omer: Puchberg, März 2010

Nehmen wir da ein paar heraus: *Klienten haben wenig Zeit für die Helfer – sind aggressiv – sind daher nicht mehr toleriert – es folgt der Ruf nach Korrektur – sie brauchen Beziehungsqualität, Schaffung von Perspektiven im Leben.* Nun können wir uns dazu fragen: Wie gehen wir mit diesen Erkenntnissen über "schwierige" Jugendliche um? Was heißt die Soziale Diagnose "*schwierig*", was macht unsere Jugendlichen schwierig? Wer oder was ist dabei schwierig oder lt. Definition im Österreichischem Wörterbuch: schwer/mühsam? Was ist so mühsam an unserer Arbeit mit "mühsamen Klienten" oder sind *wir* es, die mühsam sind? Könnte man vielleicht in Anlehnung an den provokanten Ausspruch "*Pubertät ist die Zeit, wo die Eltern schwierig werden*" sagen: "*Auffälligkeit ist der Zeitpunkt, wo die Gemeinschaft oder vielleicht sogar Helfer schwierig/mühsam werden?*" Kann man die Aussagen zu den schwierigen Kindern und Jugendlichen somit auch auf die Gesellschaft und den Helfer (als Beteiligter in der Sozialen Diagnostik) übertragen? Also: Was macht die *Gesellschaft* oder *mich* als Sozialarbeiter schwierig und wo sind wir somit gefordert, uns zu

(be)mühen – (redlich mühen)? Es geht vielleicht nicht bei allen Aussagen, aber bei vielen! Und die Erkenntnis, was *uns* schwierig macht, zu was das führt und was *wir* brauchen, ist nicht so unterschiedlich zu den der Jugendlichen. - Also: *Gemeinschaft/Helfer haben wenig Zeit für die Klienten – sind aggressiv – Gesellschaft/Helfer werden daher (vom Klienten) nicht mehr toleriert – Ruf nach Korrektur – und sie brauchen Beziehungsqualität, Schaffung von Perspektiven im Leben/für die Zukunft etc.*

Ich möchte kurz zusammenfassen:

Meine Ausgangsdefinition zur Sozialen Diagnose war: *"Soziale Diagnose ist eine Erkenntnis im wechselseitigen Bezug "Klient – Gemeinschaft"/Gesellschaft, die zu einem Ergebnis (Einschätzung) führt, "was (zur Abhilfe) zu tun ist."* Wir haben gesehen, dass es Sinn macht, dazu auch die Diagnostizierenden und ihre Anteile an der Sozialen Diagnose, die sinnvollerweise im Dialog mit Gesellschaft und Klient verhandelt wird, sich genauer anzusehen: Moral/Ethik, Auftrag der Gesellschaft, Politik, Wirtschaft etc. Der Ansatz, Soziale Diagnose, tatsächlich als Erkenntnis in diesen wechselseitigen Bezügen zu sehen, also ganz konsequent auch immer wieder zu erkennen, zu thematisieren und danach zu handeln, dass hier der *Klient*, jedoch dort die *Gemeinschaft* oder ich als *Sozialarbeiter* etwas brauche (z.B. eine etwas andere Einstellung zum Problem) ist meines Erachtens wesentlich, um als SozialarbeiterIn handlungsfähig (und wahrscheinlich auch gesund) zu bleiben. Es kann schon einmal helfen, meine Moralvorstellung von einem "richtigen Leben" etwas herunterzuschrauben und mein Jugendlicher hat auf einmal kein Problem mehr. Ein sehr berühmtes Beispiel, dass das auch in anderen Bereichen so ist, hat der leider bereits verstorbene österreichische Kommunikationswissenschaftler und Philosoph Paul Watzlawick bei einem Vortrag in Österreich vor Jahren erwähnt. Er meinte sinngemäß: *"Als die Homosexualität (1992) aus dem ICD der WHO entfernt wurde, wurden Millionen Menschen mit einem Schlag gesund. So einen Heilerfolg hätte ich gerne auch mal..."* Schließen möchte ich mit einem Zitat von Hary Merl. Er gilt als Begründer der österreichischen Familientherapie und beschreibt eine Grundhaltung, die nach seiner Ansicht nach zu den zentralen Einstellungen von Sozialarbeitern, generell von Helfern im, wie er es formuliert, "öko-systemischen Denken" ist und das uns hier natürlich an den bereits zitierten Heinz von Förster, aber auch Niels Bohrs Ausführungen zu Wahrheit und Klarheit erinnert: *"Es gibt immer mehr Lösungen als Probleme!"*

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Verwendete Literatur:

Ethik in der Sozialen Arbeit –Darstellung der Prinzipien. (2004) Generalversammlung International Federation of Social Workers / International Association of Schools of Sozial Workers, in Adelaide, Australien,

von Förster, Heinz 2008 Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Heidelberg

Freudenthaler, Ingmar: 2009: Von der Sozialen Diagnose zur Entscheidung. In: Soziale Diagnose – Sozial Issues Peter Pantucek, Dieter Röh (Hg.) 2009 Seite 435

Freudenthaler, Ingmar: 2006: Hilfenplanung bei "schwierigen Jugendlichen". In: Soziale Diagnose. Methoden zur Standortbestimmung von Kindern und Jugendlichen. Amt der Oö. Landesregierung 2008 Seite 46

Kastner, Gerald (2009) in der Zeitschrift soz.päd Impulse Hollabrunn - 4 / 09 Seite 36

Landesgesetz vom 3. Juli 1991 über die Jugendwohlfahrt (Oö Jugendwohlfahrtsgesetz 1991 – Oö JWG 1991)

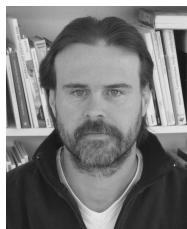
Metz ,Christian (2009) in der Zeitschrift Impulse 4/09 Seite 9

Rensinghoff, Carsten. Rezension vom 15.01.2010 zu: Peter Pantucek, Dieter Röh : Perspektiven sozialer Diagnostik. Lit Verlag (Münster) 2009. 473 Seiten. ISBN 978-3-643-50074-8. In: socialnet Rezensionen unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/8972.php>, Datum des Zugriffs 16.07.2010.

Schroll-Decker, Irmgard, Müller, Thomas, Wesemann Anna (2009) In "Unsere Jugend", 61 Jg S. 490-504

Winkler Michael 2010 in sozialpädagogische Impulse 1/2010 Seite 12 und 13

Zeilinger, Anton (2005): Einsteins Schleier. Die neue Welt der Quantenphysik. München.



DSA Ingmar Freudenthaler

Geb. 1965, Dipl. Sozialarbeiter, Zusatzausbildungen in systemischer Familienarbeit und Mediation. Seit 1989 Sozialarbeiter beim Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Jugendwohlfahrt im Bereich "Volle Erziehung". Verschiedene Lehr- und Vortragstätigkeit in der Sozialpädagogenaus- und weiterbildung.

Kontakt: ingmar.freudenthaler@ooe.gv.at