

# **"...bin ich gewillt, ein Bösewicht zu werden"**

Dissoziale Störungen und Delinquenz im Kindes- und Jugendalter

VTS

- 3 -

Nov/Dez 2011

Hans-W Saloga

Forstenrieder Allee 152 ~ 81476 München

saloga@kj-psychotherapie-saloga.de

Psychoanalytische Psychotherapie mit dissozialen/delinquenten Jugendlichen ist immer dann indiziert, wenn alles andere nicht mehr hilft. Der psychoanalytische Psychotherapeut steht in diesen Fällen, so könnte man sagen, von vornherein auf verlorenem Posten, und das ist der beste Platz, den es gibt, denn hier gibt es nichts mehr zu verlieren, vielleicht aber doch noch etwas zu gewinnen. Der psychoanalytische Psychotherapeut kann gar nicht scheitern, weil alle anderen schon gescheitert sind, und natürlich kann er auch nichts versprechen. Das einzige, was er in die Waagschale werfen kann, ist seine Bereitschaft, es mit den schwierigsten Fällen aufzunehmen und dabei an dem Glauben daran festzuhalten, dass auch in diesen Fällen Entwicklungen möglich sind. Er kann und braucht keinen Erfolg zu garantieren, seine Arbeit ist, nicht immer, aber in vielen Fällen, ein letzter Versuch. Wohin dieser Versuch führen wird, ist nicht vorauszusehen. Leicht vorauszusehen ist aber, wie es weitergehen wird, wenn dieser Versuch nicht unternommen wird oder scheitert. Das Ziel der psychoanalytischen Psychotherapie kann - in diesem Zusammenhang - darum nur negativ bestimmt werden: Sie ist der oft unmöglich und aussichtslos erscheinende Versuch, das Voraussiehbare doch noch abzuwenden.

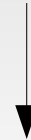
# Fremdmotivation

- *behandlungstechnisches* Problem



technische Neutralität und Distanz

oder *emotionale Reaktion* des  
Therapeuten



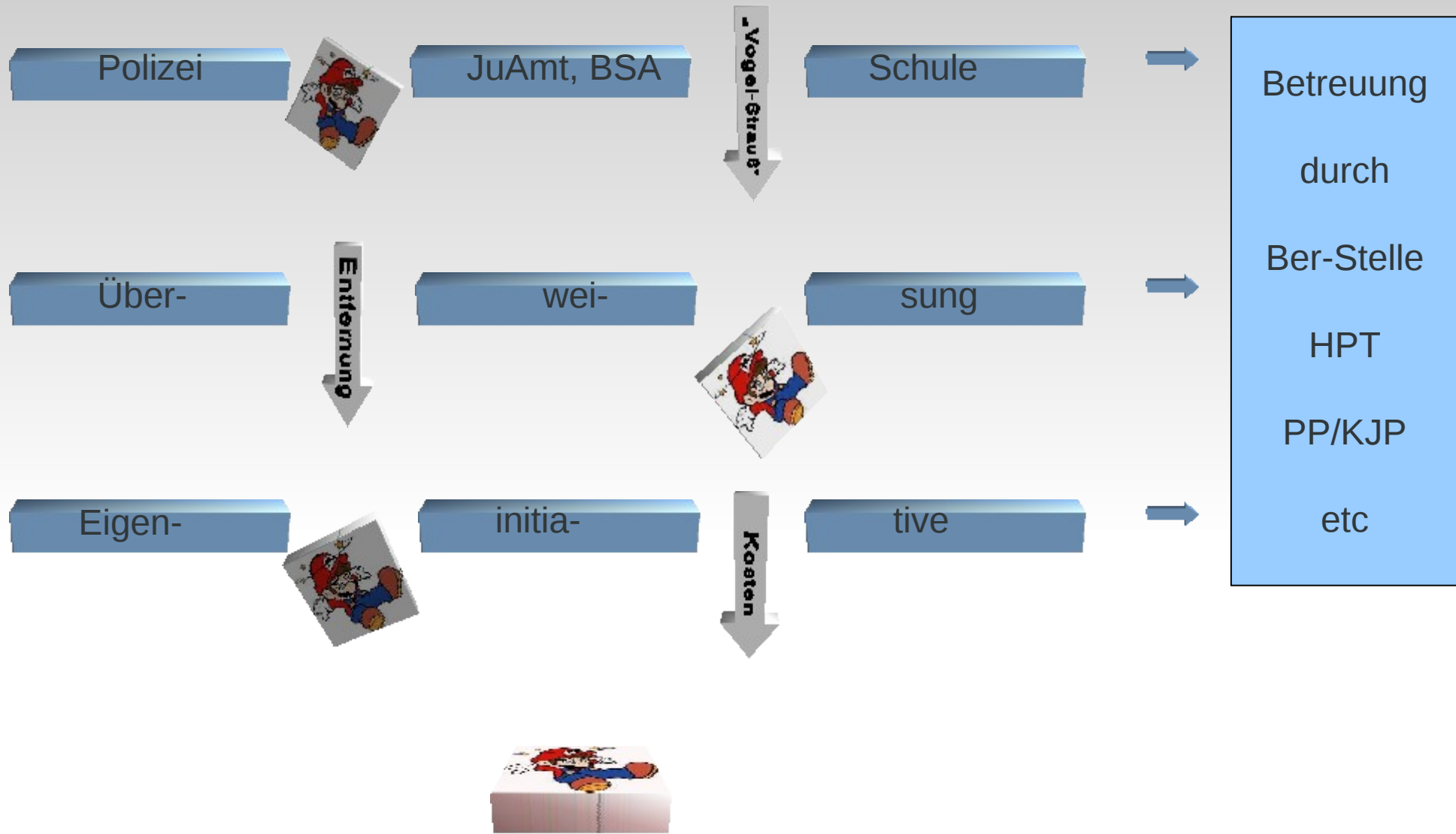
persönliche Gegenübertragungsgefühle ?



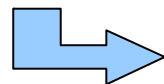
Abwehrmechanismus der Verkehrung ins  
Gegenteil

Besinnen wir uns auf technische Neutralität und Distanz,  
dann...

- Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen
- stark aggressiv besetzte Selbst und Objektbilder  
(Gewalt als Opfer **und** als Täter/in destruktiver Aggression)
  - Nähe bedingt Angst, sich oder den Therapeuten zu zerstören  
(Aktualisierung destruktiver Aggressionsproblematik)
- Wunden früherer traumatisch erlebter Beziehungserfahrungen,  
Enttäuschungen und Verletzungen in Beziehungen
  - Befürchtung der Wiederholung in der therapeutischen Beziehung
- narzisstische Störung
  - schwerste Kränkung durch Eingestehen von Insuffizienz und Ohnmacht
- Therapeut auf Verlässlichkeit und Tragfähigkeit prüfen

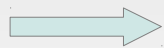


**Nicht erreichbar auf herkömmliche Weise !**



**Andere Wege suchen !**

## Jugendlichenarbeit



**Um Erziehung zu ermöglichen, muss zuerst die Ich-Störung behoben werden !**



**Nicht von den Kids enttäuscht sein !**

**Stabilität vermitteln**, die die Kids kennen lernen und auf die Probe stellen dürfen, in die sie Vertrauen entwickeln und mit der sie herumspielen können. Äußere Stabilität anfangs vorgeben, allmählich heranzuführen – bis zu Selbstübernahme.

**Es wäre grausam, von deprivierten Kindern von Anfang an das zu erwarten, worauf sie am allerwenigsten Hoffnung setzen !**

- Kinder mehrerer Eltern -- soziale Elternschaft
- „Wir haben uns bemüht und es nicht geschafft, jetzt kommt der/die und kann/macht/weiß alles besser !“

Kränkung der Eltern <---> falsche Selbstüberschätzung der  
Betreuer  
(alle sind (hilflose) Opfer des Abwehr- und Widerstandssystems  
der Kids)

## **Entängstigung**

- Über hilfreiche Beziehung Möglichkeiten schaffen, Hilfe anzunehmen
- Über ein Akzeptieren der sozialen und persönlichen Gegebenheiten eine Basis für Zusammenarbeit herstellen

## **Erstkontakte**

im umgekehrten Sinn

im gewohnten, weniger angstmachenden Umfeld

als ungefährlich zu erleben → Therapeut als ungefährlich wahrnehmen



- Wir haben eine Haltung zu entwickeln, die es uns ermöglicht, einem Patienten Hilfe anzubieten, auch wenn er nicht in der Lage ist, in einer uns verständlichen Weise seinen Wunsch nach einer Behandlung zum Ausdruck zu bringen.

→ Schaffung eines Arbeitsbündnisses  
Arbeit an der sozialen Realität  
Arbeit an der psychischen Stabilität  
Arbeit an der Übernahme von Verantwortung für die Taten

# ***Niveaus der Verleugnung I***

## 1. Die Tat selbst wird verleugnet

- *„das ist nicht geschehen, das wurde nur eingeredet“*
- Ziel: Realität einer Tat zulassen

## 2. Die Täterschaft wird verleugnet

- *„das ist passiert, aber ich war das nicht!“*
- Ziel: Täter an den Ort der Tat bringen

## 3. Tat und Täterschaft werden anerkannt, aber Erinnerung abgestritten

- *„Ich soll da was gemacht haben...“*
- Ziel: dem Filmriss eine Stimme geben

## 4. Tat und Täterschaft werden anerkannt, aber einem abgespaltenen Teil zugeordnet

- *„Das war ein dunkler Teil in mir, so bin ich sonst gar nicht“*
- Ziel: an der Abspaltung arbeiten

# ***Niveaus der Verleugnung II***

## 5. Minimalisierung und Bagatellisierung

- *„Es war ja gar nicht so schlimm! Das ist aber nicht passiert!“*
- Ziel: Rekonstruktion des Tatablaufs

## 6. Rationalisierungen

- *„Die wollte doch auch! Der/die hat doch freiwillig mitgemacht!“*
- Ziel: Änderung der Motivationslage, Verleugnung aufheben

## 7. Die Tat wird aus der Biographie oder aktuellen Lebensumständen des Täters erklärt

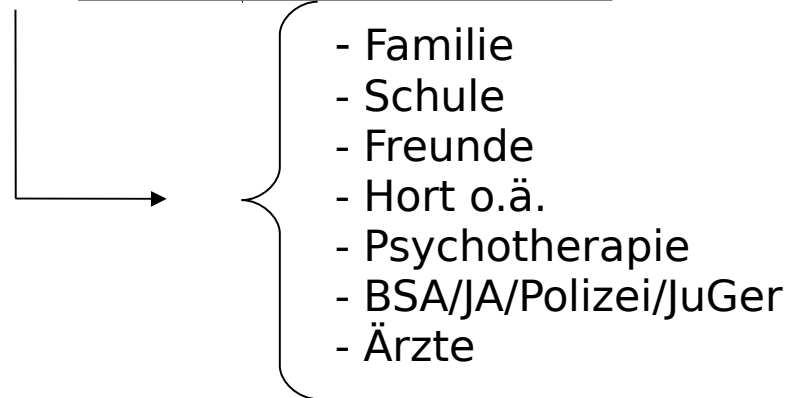
- *„Ich habe die Tat begangen, weil meine Kindheit/Jugend/Ehe so schlecht waren!“*
- Ziel: Übernahme der Verantwortung durch das Ich, „übergriffige Identität“

## 8. Die Folgen für das Opfer werden geleugnet

- *„Das Opfer hat doch Kontakt zu mir bis heute. Wir sehen uns und die/der grüßt immer ganz freundlich!“*
- Ziel: Folgen für das Opfer erkennen, Umdeutung in Realität überführen

# ***Therapie mit dissozialen Kindern und Jugendlichen***

- Spezielle therapeutische Probleme
- Eigene (auch familiäre) Motivation der Kids
- Fremdmotivation (Lehrer, Eltern, Sozpäd, Justiz)
- Soziale Schwierigkeiten
- Agieren im sozialen Umfeld
- Therapeutische Arbeit an und mit der sozialen Realität ?



- Eigene Ansprüche

# ***Schlussfolgerungen für effektive Intervention***

Maßnahmen müssen flexibel und umfangreich genug sein, um die Korrelate antisozialen Verhaltens auf vielen Ebenen in der Umwelt des Jugendlichen zu beeinflussen.

Interventionen müssen individualisiert werden, um Ineffizienz zu vermeiden und auf die einzigartigen Stärken und Schwächen des Jugendlichen und der Familie einzugehen.

Behandlungen müssen Bezug zur natürlichen Umgebung haben (zu Hause, Schule, Gemeinde, Einrichtungen der FH), damit die Systeme sich so verändern können, dass prosoziale Aktivitäten unterstützt und jugendliche Aggression gedämpft wird.

- Arbeitsbündnis erstes „Therapieziel“, nicht voraussetzende Bedingung
  
- Stabiles Arbeitsbündnis
  - verlässliche Beziehung
  - für den Therapeuten bindend,
  - nicht Selbstzweck
  - gemeinsame Ziele (nicht meine, nicht deine),
  - fester Rahmen der Therapie,
  - unerschütterliche Haltung,
  - Abmachungen besitzen Verbindlichkeit,
  - Gewährleistung der Therapie.
  - Flexibilität ermöglichen.

Grenzsetzungen als strukturierende Maßnahmen planen und durchführen ?

Strukturierenden Sinn einer Maßnahme erklären,  
sorgfältige Beachtung und Bearbeitung negativer  
Übertragungsentwicklung,

heftige aggressive Konfrontationen immer kontraproduktiv ?

# ***Therapeutische Modelle***

A) Multisystemische Therapie

B) Denkzeit-Training

C) Bifokales Arbeiten



# Multisystemische Therapie

Eine intensive (geringe Fallzahlen), umfassende (verschiedene Risikofaktoren angehende) gemeinde- und familienbezogene Behandlung, die jugendliches Problemverhalten vermindern und teure Fremdunterbringung vermeiden soll.

Betrachtet Erziehungsberechtigte als Schlüsselpersonen, um positive therapeutische Ergebnisse bei den Jugendlichen zu erzielen - Erziehungsberechtigte werden gestärkt, effektiver mit ihren Jugendlichen umzugehen.

Integriert evidenzbasierte Interventionen (z.B. strategische and strukturelle Familientherapie, kognitiv-behaviorale Therapie).

Verwendet eine umfangreiche Qualitätssicherung, um Behandlungsgenauigkeit zu unterstützen.

# Denkzeit-Training

„Eins-zu-eins-Methode“, d.h., ein ausgebildeter Pädagoge („Trainer“) arbeitet mit einem Jugendlichen über eine längere Zeit (40 Sitzungen) zusammen.

*Denkzeit* zielt auf die Förderung bestimmter, „sozialkognitiver“ Fähigkeiten, die als Schutzfaktoren gegen Delinquenz bekannt sind

*Denkzeit* ist als Manual ausgearbeitet, das vom Jugendlichen und Trainer durchgearbeitet wird.

Der Jugendliche soll lernen, Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen, auch wenn er in ungünstigen sozialen Kontexten lebt. Dazu erwirbt er während des Trainings neue kognitive Kompetenzen.

Die Haltung des Trainers: zugewandt, aber auch fordernd und verlässlich, aber auch klar abgegrenzt.

Das Training ist in kleine Schritte eingeteilt, der Jugendliche erlebt immer wieder Erfolge, und er kann das Gelernte in seinem Alltag unmittelbar anwenden.

# Bifokales Arbeiten

Dissoziale Jugendliche und  
Jugendliche mit schwerer Über-Ich-Problematik

Aufgrund von erheblichen Defekten in den Ich-Funktionen  
ist es ratsam  
von den vielfältigen sozialen Problemen auszugehen



aktiv in soziales Leben eingreifen  
**UND zugleich**  
anhand des Materials  
an Widerstand, Abwehr und Übertragung arbeiten

## Wie soll das gehen?

Patienten mit Partialobjektbeziehungen, d.h.  
Partialobjektübertragung,  
d.h. Eingreifen kann leicht als narzisstische Gratifikation oder  
böartige Versagung erlebt werden

Auswirkung auf die Übertragungsbearbeitung durch das  
Eintreten des Therapeuten in eine konkrete soziale Rolle

# ***Entwicklung in zwei Schritten***

- 1) Wie kann der Jugendliche sich jetzt zu größerer eigener Zufriedenheit fortentwickeln ?  
Ziel 1: Erkenntnis, dass er sich so verhält, um sich nicht klein und ohnmächtig fühlen zu müssen.
  
- 2) Welche Erfahrungen haben den Jugendlichen in die jetzige Lage gebracht und was kann er daraus lernen ?  
Ziel 2: Durch Bearbeitung und Integration eine stabile, konfliktfähige Persönlichkeit zu erreichen.

## **Schritt 1:**

Zur Wahrung des stabilen Arbeitsbündnisses kann der Jugendliche den Therapeuten in subjektiver Weise „verwenden“, der Therapeut verzichtet vorerst auf Übertragungsdeutungen.

Verzicht, aktuelle Äußerungen, Handlungsweisen oder Gefühlszustände in bezug auf die Biographie zu besprechen.

Trotz Wissen, vorerst keine Hypothesen über biographische Belastungen anbieten.

Aber:

Aktionen nicht zu Mitagieren werden lassen  
(Ersatzbefriedigung !)

Gefahr der Manipulation der Übertragung beachten  
(Spaltungsübertragung)

## **Schritt 2:**

Bezug zur Biographie herstellen, biographische Belastungen betrachten.

Intensive Reflexion von Übertragung und Gegenübertragung. Manipulative Aktionen erkennen und im jeweiligen Kontext benennen.

Bearbeitung der jeweils aktuellen Partialobjektübertragung.

Agieren !

## ICD-10: F60.2

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und **herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere** gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten **erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig**. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine **niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen** für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einen **Konflikt mit der Gesellschaft** geraten ist.



## DSM IV: 301.7

a) Es besteht ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen

Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert

Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen

Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert

Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer

Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen

Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierungen äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat.

b) Die Person ist mindestens 18 Jahre alt

c) Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar

d) Das antisoziale Verhalten tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auf