

„Die totale Verhaltenstherapie“ – Der Ansatz „IntraActPlus“ als Legitimationsinstrument gewaltförmiger Übergriffe in Kinder- und Jugendwohngruppen

Friederike Lorenz & Fabian Kessl, Februar 2017

Zusammenfassung

Der Beitrag diskutiert anhand einer empirischen Studie das gewaltförmige Potenzial des verhaltenstherapeutischen Ansatzes IntraActPlus im Falle seiner Anwendung in stationären Intensivgruppen für Kinder und Jugendliche. Mithilfe von Hinweisen aus Erving Goffmans Analyse „totaler Institutionen“ wird dabei aufgezeigt, wie IntraActPlus mit den institutionellen Bedingungen stationärer Intensivgruppen ineinander greifen kann. Im untersuchten Fall führte der Ansatz sowohl zu einer allumfassenden ‚Verhaltenstherapeutisierung‘ des Alltags in den Wohngruppen als auch zur Verdeckung von systematischen Gewaltakten gegen die Bewohner/innen durch die Mitarbeiter/innen.

IntraActPlus¹ – so bezeichnen Fritz Jansen und Uta Streit ihren verhaltenstherapeutisch orientierten „Therapie- und Interventionsansatz“ (Jansen/Streit 2006). Im Folgenden beleuchten wir diesen Ansatz hinsichtlich seines Potenzials für seine gewaltförmige Auslegung im Kontext stationärer Hilfen für Kinder und Jugendliche². Unsere Überlegungen sind vor dem Hintergrund eines Forschungsprojektes³ zu gewaltförmigen Übergriffen durch Mitarbeiter/innen in Wohngruppen für Kinder und Jugendliche entstanden: In zwei, von einem Großteam betreuten Gruppen der stationären Eingliederungshilfe (SGB XII) diente der Ansatz des IntraActPlus als Konzept für die alltägliche pädagogisch-therapeutische Arbeit, und in dieser Funktion als Legitimationsrahmen für systematische gewaltförmige Übergriffe auf die Bewohner/innen der Wohngruppe.

Gruppenkonzept nach IntraActPlus

Das entsprechende Gruppenkonzept, das im Zeitraum der gewaltförmigen Konstellation als Leitlinie für die Arbeit des Großteams Gültigkeit hatte, war eng an zentrale Annahmen des IntraActPlus-Ansatzes angelehnt. Es bezog sich dabei insbesondere auf eine Publikation der

¹Laut der Begründer/Innen des Ansatzes ist „Intra“ von „Intranet“ abgeleitet und steht für Kommunikation, „Act“ für aktives Handeln und Veränderung und „Plus“ für die einzelnen Bausteine des Konzepts (vgl. Jansen/Streit 2006: 26).

²Wir schreiben von „stationären Hilfen für Kinder und Jugendliche“, da sich die folgenden Überlegungen auf intensivpädagogische Wohngruppen im Rahmen stationärer Eingliederungshilfe (SGB XII) und stationärer Hilfen zur Erziehung (SGB VIII) beziehen lassen.

³Es handelt sich um das Forschungsprojekt „Gewaltförmige Konstellationen in den stationären Hilfen“, das von den Autor/innen an der Universität Duisburg-Essen durchgeführt wurde. Zum Abschlussbericht des Projekts vgl. Kessl/Lorenz 2017.

Vertreter/innen des Ansatzes (Jansen/Streit 2006), aus der im Gruppenkonzept ausführlich zitiert wurde. Insbesondere die folgenden Annahmen und Methoden, die der Ansatz des IntraActPlus zugrunde legt, bildeten eine konzeptionelle Basis für die Arbeitsweise in den stationären Gruppen.

1. Ihr verhaltenstherapeutisches Grundverständnis markieren die Autor/innen Jansen und Streit im *Fokus auf Belohnung und Bestrafung*. Dementsprechend wird im Gruppenkonzept der untersuchten Wohngruppen die grundlegende Forderung zitiert: „Wir müssen lernen, Belohnung und Bestrafung völlig wertfrei zu sehen.“ (Jansen/Streit 2006: 43, Gruppenkonzept o.J.: 6). Dadurch könne sowohl günstiges Verhalten auf- als auch ungünstiges abgebaut werden, nicht zuletzt, weil Menschen im „Sekundenfenster“ belohnende und bestrafende Signale senden und empfangen könnten (vgl. Jansen/Streit a.a.O.). Bestrafung sollte deshalb auch nicht weiter negativ bestimmt und verstanden werden, da dies den „biologischen und evolutionär vorgegebenen Sachverhalten“ widerspreche (ebd.). Diese biologistische Argumentation ist für Jansen/Streit konstitutiv: „Eine Erziehung in Familie, Kindergarten und Schule oder eine therapeutische Forderung muss uneffektiv bleiben, solange die handlungssteuernden Modelle in diesem Punkt von den evolutionär gegebenen Sachverhalten abweichen.“ (ebd.).
2. In der alltäglichen Arbeit der untersuchten Wohngruppen fand dieser spezifische Fokus der Verhaltenskonditionierung seinen Ausdruck in *Stufenplänen*, die in Form des Entzugs einer bestimmten Anzahl von Klötzchen bzw. Sonnenstrahlen bei negativem Verhalten durch die Bewohner/innen umgesetzt wurden (vgl. Gruppenkonzept o.J.). Hier zeigt sich – erstens, wie die Forderung des IntraActPlus-Ansatzes, „Feedback im Sekundenfenster“ zu geben (Jansen/Streit 2006: 202), umgesetzt wird: Durch Visualisierungen mittels Symbolfiguren könnten Bezugspersonen „sekundengenaue Bestrafungen für negatives Verhalten“ oder entsprechend „Belohnungen für positives Verhalten“ geben (ebd.). Wichtig sei daher ein Handeln in „Konsequenzen“, in Form von Belohnungen oder Bestrafungen wie dem „Entzug von Dingen, die dem Kind wichtig sind“ (Jansen/Streit 2006: 193) beim Verlust aller Figuren. Im Alltag der untersuchten Wohngruppen konkretisierte sich diese Forderung z.B. in Vorschlägen, welche persönlichen Gegenstände den Bewohner/innen bei einem bestimmten Verhalten entzogen werden sollten und in verschiedenen weiteren, gewaltförmigen Interventionen; zweitens zeigt sich hier die technisch-funktionalistische Dimension des Ansatzes: „(A)n erster Stelle steht eine innere Haltung, die technisches Wissen und menschliche Beziehung zusammenbringen möchte“ (Jansen/Streit 2006: 26). Neben dem Instrumenteneinsatz (z.B. Klötzchen), zeigt sich diese Dimension auch in Bezug auf die Arbeit mit bestimmten Zielgruppen – im vorliegenden Fall in der Arbeit mit sog. geistig behinderten Kindern. Dazu heißt es bei Jansen/Streit (2006: 204): „Da man mit manchen geistig behinderten Kindern nicht sprechen kann, ist ein sauberes Arbeiten notwendig. Auf der unbewussten Ebene können sie die entscheidenden Zusammenhänge sehr wohl erfassen. Das Wegnehmen des Klötzchens kann mit einem

‘nein!’ begleitet werden.“ In der Dokumentation des Tagesgeschehens durch das damalige Großteam der untersuchten Wohngruppen wurden solche Wendungen aus der IntraActPlus-Primärliteratur wortgetreu aufgegriffen. Es zeigt sich eine Praxis der gegenseitigen Ermahnung zur Konsequenz unter den Fachkräften, etwa durch den Hinweis, dass bei einzelnen Jugendlichen ein besonders „sauberes Arbeiten notwendig“ sei.

3. Ein weiteres zentrales Instrument des IntraActPlus-Ansatzes, das sich dominant im Gruppenkonzept wieder findet, ist die „Körperorientierte Interaktionstherapie“- kurz: KIT. Diese diene dazu, „Körperkontaktblockaden“ zu überwinden und das Zulassen von Körperkontakt zu erlernen (vgl. Gruppenkonzept o.J., Jansen/Streit 2015a: 5). Die KIT steht in der Tradition der so genannten Festhaltetherapien, wie sie auf Jirina Prekobs zurückgeführt werden. Die KIT stellt dabei eine Modifizierung mit teils anderen Begründungen, aber zahlreichen übereinstimmenden Inhalten mit den Festhaltetherapien dar. Die Überarbeitungen in der Darstellung sowie der neue Titel KIT scheinen auch dazu zu dienen, die Analogie zu den Festhaltetherapien zu verdecken (vgl. Benz 2013: 130).

Die Genehmigung der Implementierung und Realisierung des Gruppenkonzeptes und damit des IntraActPlus-Ansatzes stellte das Ergebnis eines Abstimmungs- und daran angeschlossenen Genehmigungsprozesses zwischen Träger und zuständigem Landesjugendamt dar. Diese offizielle Bewilligung einer solchermaßen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Praxis macht einen nicht unwesentlichen Teil der Ermöglichungsbedingungen für die Gewaltakte aus, denen sich die Kinder und Jugendlichen als Bewohner/innen der untersuchten Wohngruppen durch das pädagogische Personal jahrelang ausgesetzt sahen.

Im weiteren Text geht es uns nun nicht darum, die einzelnen Gewaltpraktiken darzustellen oder detailliert zu analysieren. Vielmehr interessiert uns, inwieweit das verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Konzept des IntraActPlus in seiner Anwendung im Gruppenkonzept zur Legitimationsfolie für die gewaltförmigen Übergriffe auf Kinder und Jugendliche werden konnte. Zum Verständnis für die Leser/innen ist aber eingangs zumindest ein Eindruck über das Ausmaß der Gewalt zu vermitteln.

Die Gewaltausübung, denen die Bewohner/innen über mehrere Jahre in den Wohngruppen ausgesetzt waren, fand in Form alltäglicher, routinierter Praktiken statt. In den Wohngruppen wurde also ein Bedrohungsregime installiert, dem die Kinder und Jugendlichen als Bewohner/innen systematisch ausgesetzt waren. Sie mussten kontinuierlich mit Demütigungen und Drohungen sowie der Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit und anderen Grundbedürfnissen, wie der Nahrungsaufnahme, als Sanktion ihres Verhaltens rechnen. Die Umsetzung der KIT als zentralem Instrument des IntraActPlus-Ansatzes geschah nicht zuletzt in einer äußerst gewaltvollen Form durch das stundenlange Festhalten von Bewohner/innen unter Beteiligung von teils mehreren Erwachsenen und in Verbindung mit weiteren Gewaltformen.

IntraActPlus konnte dabei als effektiver Legitimationsanker der Gewaltakte der erwachsenen Mitarbeiter/innen fungieren, da die Berufung auf den Ansatz das alltägliche Tun der Mitarbeiter/innen als (verhaltens)therapeutisch ausweisen ließ. Die Praxis, die unter der Legitimationsfolie des IntraActPlus-Ansatzes vollzogen wurde, wurde so nach außen als hoch effektive Therapie präsentiert und als solche auch offensiv beworben: u.a. mittels der Vorführung vermeintlich erfolgreich therapieter, und tatsächlich gewaltvoll disziplinierter Bewohner/innen. Welche (gewaltförmige) Gestalt die alltägliche Interventionspraxis in den untersuchten Wohngruppen aufwies, wurde vor den Eltern und anderen Fachkräften aus der Einrichtung wie den kooperierenden Organisationen (wie Schulen und Arztpraxen), aber auch den Aufsichtsbehörden und dem Kostenträger allerdings verheimlicht.

Im Zuge unserer Forschungsarbeiten begegnete uns der Ansatz des IntraActPlus also in einer sehr gewaltförmigen Auslegung. Anwendung findet der Ansatz außer im Feld der stationären Hilfen u.a. durch Fachkräfte in ergo- logo- und physiotherapeutischen Praxen, Kinderarztpraxen, Beratungsstellen, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im schulischen Bereich. Entsprechend verbreitet ist der Ansatz in Online-Elternforen oder die Grundlagenliteratur von Jansen/Streit im Buchbestand öffentlicher Bibliotheken, z.B. in „unserer“ Universitätsbibliothek in Essen. Jenseits unseres eigenen Forschungsprojektes finden sich Problematisierungen und systematische Einwände vor allem aus zweifacher Perspektive: Erstens finden sich die Publikationen der Psychoanalytikerin Ute Benz (2005, 2013), in denen sie insbesondere das Instrument der KIT in den Fokus der Kritik stellt; zweitens finden sich Stellungnahmen, in denen sich kritisch auf die lerntheoretischen Implikationen des Ansatzes bezogen wird. Hinsichtlich des Einsatzes von IntraActPlus-Methoden im Kontext von Schule zielt die Kritik im Wesentlichen darauf, dass die lese- und rechtschreibdidaktischen sowie lerntheoretischen Aussagen veraltet und teilweise fehlerhaft seien. Auf pädagogischer Ebene wird kritisiert, dass die auf spezifischen behavioristischen Annahmen und Methoden der Fähigkeit von Kindern, sich Lerngegenstände aktiv, prozesshaft und ihrem individuellen Entwicklungsstand entsprechend anzueignen, entgegen stünden (vgl. Brügelmann 2009, Valentin 2009). Stattdessen würde Pathologisierungen Vorschub geleistet (vgl. Valtin 2009: 5).

Eine Einordnung des Ansatzes aus sozialpädagogischer Perspektive, und somit bezogen auf dessen Einsatz in sozialpädagogischen Kontexten, wie den stationären Hilfen, liegt bislang noch nicht vor, obwohl in den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit sowie in multidisziplinären Feldern, in denen sozialpädagogische Fachkräfte (mit) tätig sind, offensichtlich mit dem Ansatz gearbeitet wird. Mit den unseren vorliegenden Überlegungen wollen wir daher auch diese Leerstelle bearbeiten.

Außenwahrnehmungen des Ansatzes IntraActPlus und seine Umsetzung in stationären Wohngruppen für Kinder und Jugendliche

Die Etablierung des Ansatzes traf in der untersuchten Einrichtung auf eine institutionelle Rahmung, die eine Konstellation ermöglichte, die „Außenstehenden“ – Eltern, Leitungskräften,

kooperierenden Institutionen sowie Medien – weitgehend ein positives Bild über die Arbeit in den Wohngruppen vermittelte. Ja mehr noch: Ihnen wurde der Eindruck vermittelt, dass hier mit einem besonders innovativen und wirksamen Ansatz gearbeitet wird: In den Gruppen sei es gelungen, für eine mit bestimmten Diagnosen versehene und als besonders „schwierig“ geltende Klientel von Kindern und Jugendlichen, einen passgenauen Ansatz zu entwickeln und diesem entsprechend zu arbeiten, so das nach außen gezeichnete Bild. Dieses wirkmächtige Image erlaubte es, dass die alltägliche physische und psychische Gewalt in den Gruppen über Jahre hinweg verdeckt werden konnte.

Allerdings ist die Situation mit Verweis auf diesen Verdeckungszusammenhang nur teilweise beschrieben, denn in unseren Analysen stießen wir auch auf kritische Stimmen, die innerhalb der untersuchten Einrichtung von Beginn an hörbar geworden waren. Seit der Implementierung des Gruppenkonzepts auf Basis des IntraActPlus-Ansatzes wurde dieses also in der Einrichtung auch bereits diskutiert. Diese Skepsis hielt an, denn im Zeitraum der gewaltförmigen Übergriffe nahmen Mitarbeiter/innen aus Nachbargruppen vereinzelt irritierende Praktiken in den Wohngruppen war, in denen das Gruppenkonzept auf Basis von IntraActPlus Anwendung gefunden hatte – ohne dass diese Fachkräfte das Ausmaß der Gewalt kannten. Gerade in dieser ‚internen Außenwahrnehmung‘ wird aber die Legitimationsdynamik, die die Einrichtung der Gruppen unter der Flagge des spezifisch-verhaltenstherapeutischen IntraActPlus-Ansatzes erzeugen konnte, deutlich: Die skeptischen Kolleg/innen aus Nachbargruppen machten die Erfahrung, dass das betreffende Großteam seine Arbeit unter Berufung auf seine Fortbildungen im IntraActPlus-Ansatz als „therapeutisch“ auswies und sich damit von der weiterhin „nur“ als pädagogisch geltenden Arbeit der Nachbargruppen abgrenzte. (Sozial)pädagogisch waren die meisten Kolleg/innen zwar inhaltlich weiter nicht überzeugt von dem, was ihnen da als irritierende Praktiken begegnete, aber auch als kritisch beäugtes Konzept, über das sich innerhalb Nachbargruppen-Teams teilweise auch lustig gemacht wurde, hatte der Ansatz immer noch das Potenzial, die in seinem Namen ausgeübte Gewalt ausreichend zu verdecken – und dazu diente nicht zuletzt sein Labeling als „(verhaltens)therapeutisch“. Die Arbeitsweise des Teams konnte so auch von Beobachter/innen eher als fachliche Geschmacksfrage gesehen werden, von der man sich als (Sozial)Pädagog/in kritisch abgrenzen konnte, ohne die Dimension wahrzunehmen, die die Gewaltförmigkeit erreicht hatte. Der scheinbare Erfolg des Gruppenkonzeptes, der mit der Präsentation abtrainierter kindlicher Verhaltensmuster angeboten wurde, schien auch die damalige Einrichtungsleitung und die Aufsichtsbehörden davon abzuhalten, das Geschehen in den Gruppen genauer zu hinterfragen.

Vergewissert man sich dieser Ermöglichungskonstellation für gewaltförmige Übergriffe auf minderjährige Bewohner/innen stationärer Wohngruppen, nun etwas grundsätzlicher, so hilft der Blick in die institutionentheoretischen Überlegungen von Erving Goffman.

Goffmans Analysen der „totalen Institution“: eine hilfreiche Deutungsfolie

In seiner inzwischen schon 50 Jahre alten Studie „Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen“ bietet Erving Goffman (2014/1961) Erklärungen

für die Funktion einer Therapeutisierung von Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich an, weshalb seine Analysen bis in die Gegenwart immer wieder Erwähnung finden (vgl. z.B. Wolf 2010; Kunstreich/Lutz 2015). In seiner Studie entwickelt Goffman nicht nur den bekannten Begriff der „totalen Institution“, womit er eine umfassend das Verhalten der Insassen und des Personals regulierende Konstellation beschreibt, sondern analysiert auch die Bedeutung und Funktion von (medizinischen) Hilfsdiensten, Hilfe-Verhältnissen und Diagnosen in diesen institutionalisierten Kontexten (vgl. Goffman 2014/1961: 305 ff.). Unter Berücksichtigung, dass sich diese institutionellen Kontexte seit den Untersuchungen Goffmans historisch auf vielen Ebenen deutlich verändert⁴ haben und unter Berücksichtigung der theoretischen Grenzen⁵ seiner Analysen, eröffnet die Auseinandersetzung mit Goffman u.E. eine sehr erhellende Perspektive auf die Einflussmächtigkeit eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes, wie ihn IntraActPlus im Kontext stationärer Wohngruppen im untersuchten Fall repräsentiert.

Objektivierung der Bewohner/innen: ein Prinzip verhaltenstherapeutischer Intervention

Alle Bewohner/innen der untersuchten Wohngruppen hatten Mehrfachdiagnosen. Diese Diagnosen begründeten ihre Unterbringung in den nach dem IntraActPlus-Ansatz arbeitenden Intensivgruppen. Wie wichtig diese diagnostische Verortung der Bewohner/innen in den Gruppen war, symbolisiert die Auflistung von „Störungsbildern“ gleich zu Beginn des Gruppenkonzepts (o.J.: 3). Aus der Aufzählung diagnostischer Zuschreibungen wird im weiteren Konzept die Angemessenheit und Passung eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes, wie IntraActPlus, für die Gruppen abgeleitet. Die Kinder und Jugendlichen wurden somit diagnostisch homogenisiert. Diese Homogenisierung fand auch noch auf einer weiteren Ebene statt, denn über die Bewohner/innen wurde innerhalb des Einrichtungsteils als „die Autistengruppe“ gesprochen, obwohl aus dem empirischen Material und den Erinnerungen damaliger Mitarbeiter/innen aus Nachbargruppen deutlich hervorgeht, dass die Kinder und Jugendlichen sehr unterschiedliche Vorgeschichten, Fähigkeiten und Bedarfe hatten. Die konstitutive Zuschreibung eines bestimmten Störungsbildes ermöglichte aber, das ‚Wesen‘ der Bewohner/innen zu vereindeutigen und sie in einer Kategorie zu fassen, die dann die Begründung der vermeintlich notwendigen therapeutischen Bearbeitung nach sich zieht (vgl. Goffman 2014/1961: 365). Die diagnostische, wie damit verbundene sprachliche Homogenisierung der Bewohner/innengruppe war insofern organisational zweckdienlich: Der Ansatz des IntraActPlus, und hier insbesondere der Einsatz des Instrumentes der KIT konnten nun als notwendige Konsequenz in der Arbeit mit den Bewohner/innen konzeptionell platziert werden. Mit Goffman gesprochen, zeigt sich hier eine Definition des Wesens der Bewohner/innen mittels Fallgeschichten, Berichten und eben Diagnosen, dass sie

⁴Weiterentwicklungen sind u.a. die Veränderung der Stellung von Kinderrechten in Einrichtungen, ausgebauten Kontrollstrukturen innerhalb von Einrichtungen und durch den öffentlichen Träger im Sinne des Kinderschutzes, differenziertere Auffassungen von „Behinderung“ sowie die Professionalisierung des pädagogischen Personals.

⁵Klaus Wolf argumentiert, dass sich mit Goffmans Analysen die Machtinterdependenzen und Prozesse in Institutionen der Heimerziehung nur begrenzt fassen lassen (vgl. Wolf 2010: 544).

„unbeabsichtigt aber de facto zu einem Objekt der Art [werden], an dem eine [verhaltenstherapeutische] Hilfeleistung vorgenommen werden kann. Zu einem [Bewohner] gemacht werden bedeutet, in ein bearbeitungsfähiges Objekt verwandelt werden, wobei die Ironie darin liegt, daß nur so wenige Bearbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen“ (ebd. 2014: 361). Diese sehr reduzierten Interventionsmöglichkeiten fallen auch am Gruppenkonzept auf, in dem sich nicht nur durchgehend auf einen verhaltenstherapeutischen Ansatz, den IntraActPlus-Ansatz, bezogen wird, sondern auch bestimmte Perspektiven und Methoden aus diesem Ansatz zentral gestellt werden: Die KIT oder die Sanktionsinstrumente, wie die Wegnahme von Klötzchen, stehen für solche reduzierten Vorgehensweisen zur Bearbeitung sehr komplexer Verhaltens- und Belastungskonstellationen. Eine Perspektive auf die konkrete Lebenslage und die Lebensgeschichte der Bewohner/innen ist auf diese Weise ausgeschlossen (vgl. 2014/1961: 361). Stattdessen werden die zu bearbeitenden Probleme in den Kindern und Jugendlichen verortet und entsprechend auch als deren Fehlverhalten bekämpft, wie das Beispiel der „Körperkontaktblockade“ zeigt (vgl. Gruppenkonzept o.J.). Die Bewohner/innen der Wohngruppen sahen sich einer Verdinglichung als therapeutische Objekte ausgesetzt und als solche auch disqualifiziert, einen aktiven Part in der Beziehung zum Personal einzunehmen (vgl. Goffman 2014/1961: 346).

Der Bezug auf IntraActPlus ermöglichte somit im vorliegenden Fall das, was Goffman (2014/1961: 68) als ein Kennzeichen vieler totaler Institutionen herausstellt: die „Orientierung an einem idealen Verhaltensmodell“. Diese Orientierung vermittelte auch im untersuchten Fall den hauptamtlichen Mitarbeiter/innen eine scheinbar simple Handlungsfähigkeit. Die Suche nach Orientierung in einem so anspruchsvollen Arbeitsfeld, wie der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die sich nur sehr begrenzt mit Worten mitteilen, ist durchaus nachvollziehbar. Mit der Perspektive des IntraActPlus-Ansatzes schien klar benennbar, was das Problem der Bewohner/innen ist: Sie weisen demnach eine „ungünstige Eigensteuerung“ auf (Jansen/Streit 2006: 19), zeigen „unerwünschtes, selbstschädigendes Verhalten“ (Gruppenkonzept o.J.: 4) und haben „Körperkontaktblockierungen“, durch die „negative Oberziele wie Macht, Vermeidung und Bedürfnisorientierung in den Vordergrund“ rücken (ebd.:7). Auf Basis dieser vereindeutigenden Zuschreibungen schien es nun ebenso klar, wie auf diese Verhaltensmuster zu reagieren ist. Am Beispiel der so genannten Körperkontaktblockierungen gesprochen: Diese sollten durch den Einsatz der KIT aufgehoben werden, indem die Erwachsenen durch das Festhalten der Kinder und Jugendlichen in den direkten und ‚konsequenten‘ Körperkontakt gehen, um „darauf (zu) bestehen, dass es Beziehung zu ihnen aufnimmt“ (Gruppenkonzept o.J.: 13). Ganz im Sinne der interventionistischen Verhaltensregulierung, wie sie dem Modell der Festhaltetherapien zugrunde gelegt ist (vgl. Benz 2015), heißt es dazu im Gruppenkonzept (o.J.: 14): „Selbst wenn es [das Kind, d.V.] die Nähe zu vermeiden sucht, wird es von der jeweiligen Person erst aus der Umarmung entlassen, wenn eine ausreichend korrigierende Erfahrung stattgefunden hat“. Die Erwachsenen bekommen also qua konzeptioneller Vorgabe die totale Deutungsmacht zugeschrieben und die damit verbundene explizite Erlaubnis, sich mittels Körperkraft gegen den Widerstand der in diesem Moment faktisch wehrlosen Kinder und Jugendlichen durchzusetzen. Hinter all den eingesetzten Sanktionierungsinstrumenten steht

eine simple Konditionierungsidee: Die „ungünstige Eigensteuerung“ soll „positiv überlernt“ (Gruppenkonzept o.J.: 10) werden.

„Alles, was in [den Gruppen] geschieht, bedarf einer Legitimation durch die Assimilierung an oder Übersetzung in den Bezugsrahmen der [verhaltenstherapeutischen] Dienstleistung. Die alltäglichen Maßnahmen des Personals müssen als Konsequenzen von Beobachtung, Diagnose und Behandlung definiert und dargestellt werden. Für die Zwecke dieser Übersetzung muß die Realität beständig umgedeutet werden [...] Es muß ein Vergehen gefunden werden, welches der Bestrafung entspricht, und der Charakter des Insassen muß so rekonstruiert werden, daß er dem Vergehen entspricht.“, so fasst Erving Goffman (2014/1961: 365) derartige Deutungsprozesse zusammen – wenn auch bei ihm von der „Klinik“ und nicht den „Gruppen“ und von der „medizinischen“ und nicht der „verhaltenstherapeutischen Dienstleistung“ die Rede ist.

Die dargestellte Sichtweise auf die Bewohner/innen als therapeutische Objekte, die sich bestimmter Vergehen schuldig machen, worauf möglichst umgehend reagiert werden muss, wird in der Tagesdokumentation des Teams sehr deutlich. In dieser alltäglichen schriftlichen Dokumentation des Gruppengeschehens tauchen die jungen Menschen immer wieder als gefährliche, manipulierende, unberechenbare, laute, ständig zu bezwingende und zugleich aber auch als therapeutisch interessante und reizvolle Objekte auf. Die Schilderungen ihres Verhaltens in der Tagesdokumentation münden stets in teaminternen Anweisungen für eine schärfere Sanktionierung im Rahmen des „Klötzchen Ziehens“ oder in der Darstellung einer KIT, wonach die/der jeweilige Bewohner/in kooperativer gewesen sei. Die Diskussionen von Bestrafungsoptionen und die Schilderungen der KIT tauchen stets als Folge einer vorherigen Beobachtung und Verhaltensinterpretation des Personals auf, die mit diagnostisch gefärbtem Vokabular vorgenommen wird, in der aber eigentlich moralisierende Werturteile vorgenommen werden bzw. geplant wird, dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen unmoralisches Verhalten vor Augen zu führen. Goffman (2014/1961: 348) bemerkt hierzu, dass in psychiatrischen Kontexten moralische Beurteilungen vorgenommen werden, auch wenn dies negiert würde. Die soziale Ordnung in Anstalten würde durch Sanktionen aufrechterhalten. Auch wenn Psychotherapie betrieben wird, schleiche sich eine moralisierende Perspektive ein, indem Patient/innen primär mit Sünden konfrontiert würden (vgl. ebd.: 347). Damit finde ein Rückgriff auf die gesellschaftlich standardisierte Form der negativen und korrekten Sanktion statt. Zur Bestätigung des institutionellen Auftrags und der therapeutischen Rolle könnten Äußerungen von Bewohner/innen jedoch nicht unmittelbar verstanden werden, sondern müssten diagnostisch umgedeutet und abgewertet werden. Sie werden als Bestätigung des bereits diagnostizierten Zustands der Person gewertet (vgl. ebd.: 349f.).

Bedeutung von Dokumentation und Wissen über die Bewohner/innen

Goffman betont an verschiedenen Stellen seiner Untersuchungen, dass bereits der Eintritt einer Person in eine totale Institution mit Stigmatisierungen einhergehe. Die bauliche Begrenzung der Anstalt hätte die „Wirkung eines dicken und verfälschenden Prismas“ (ebd.: 2014/1961:

343): Das Verhalten der Insassen innerhalb der Institution sei daher wenig repräsentativ für ihr Verhalten an sich. Vielmehr fordere der institutionelle Kontext spezifische Verhaltensmuster, gerade auch in der Interaktion zwischen Personal und Insassen. So werde das defizitäre Bild über die Bewohner/innen, das Grundlage für die Unterbringung der jetzigen Insassen ist, dadurch verfestigt, dass vor allem „Fälle von Ungehorsam“ (ebd.: 342) dokumentiert würden. Offensichtlich ‚normales‘ Verhalten werde hingegen als Maske oder Tarnung der Insassen interpretiert, hinter der sie ihr eigentliches Wesen verbergen. Folgt man dieser Einschätzung Goffmans erweist sich der institutionelle Blick auf das Verhalten der in einer Psychiatrie oder eben in einer geschlossenen Intensivgruppe der Eingliederungs- oder Erziehungshilfe untergebrachten Menschen systematisch als Perspektive, die nicht das alltägliche Verhalten von Menschen, sondern sehr spezifische, institutionelle stark mit geformte Verhaltensmuster sichtbar macht.

Entsprechende Beschreibungen und Deutungen finden sich auch in der Tagesdokumentation des Teams, in der die Mitarbeiter/innen einander vor Täuschung und Manipulation seitens der Bewohner/innen durch vermeintlich entgegenkommendes Verhalten warnen. Die fixe diagnostische Sortierung der Insassen ‚ermöglicht‘ es den Vertreter/innen der totalen Institution aber, die „eigentliche Sicht“ auf den Patienten einzunehmen (ebd.: 356). Begründet wird die diagnostische Kategorisierung der Bewohner/innen resp. der Insassen bei Goffman aber keineswegs nur über die inner-institutionellen Beobachtungen. Ganz im Gegenteil: Die Entscheidung für eine Behandlung und Einweisung oder Unterbringung wird häufig ausführlich mit Verweis auf das zugängliche Wissen begründet, über das die Institution verfügen kann, d.h. z.B. Wissen über ihr bisheriges Tun, ihre Gefühlslage(n), über ihre Vorgeschichte und Zukunftsperspektiven. Das erlaubt den Institutionenvertreter/innen, z.B. dem psychiatrischen Personal, zu behaupten, sie hätten den „ganzen Menschen“ im Fokus (ebd.: 340).

Auch die Mitarbeiter/innen der untersuchten Wohngruppen nutzten das Wissen, über das sie in ihrer Funktion als pädagogische Fachkräfte in Bezug auf die ihnen anvertrauten Bewohner/innen verfügten, z.B. hinsichtlich der Vorlieben und Ängste der Kinder und Jugendlichen. Dieses Wissen missbrauchten sie aus ihrer machtvollen Position als institutionell und beruflich zuständige Personen heraus. Sie setzten dieses Wissen also nicht zur Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ein, was ja ebenfalls möglich wäre, sondern um ihre gewaltförmigen Interventionen gezielt zu platzieren: Sie kannten die verletzlichen Stellen der Bewohner/innen und setzten ihre Sanktionen, legitimiert als therapeutische Maßnahmen, gezielt an diesen Stellen an. Eine kritische Reflexion dieser Vorgehensweise wurde mit der diagnostisch unterstützten Kategorisierung der Bewohner/innen als prinzipiell ungehorsam und widerständig institutionell verhindert. Die diagnostische Kategorisierung wiederum bezog ihre Legitimität durch den IntraActPlus-Ansatz und die bereits im Gruppenkonzept aufgelisteten ‚Diagnosen‘, die als Experteneinschätzung legitimiert waren. Das Gewaltregime, das sich in den untersuchten Wohngruppen etablierte, verfügte damit über ein selbstreferenzielles Legitimationssystem, womit kritische Anfragen von innen wie von außen effektiv abgewiesen oder bereits im Entstehen verhindert werden konnten. Zusätzliche Stabilität erhielt dieses System dadurch, dass sich die bestehenden Diagnosen durch die alltäglichen Beobachtungen

und damit verbundenen Dokumentationen des Bewohner/innenverhaltens immer wieder zu bestätigen schienen. Diese Passungen zwischen Diagnose, Beobachtung, Dokumentation und den daraus abgeleiteten Behandlungen verweisen einerseits auf die Selbstreferenzialität einer totalen Institution als weitgehend geschlossener Konstellation; sie ergeben sich andererseits, und auch das lässt sich bereits von Goffman (2014/1961: 345) lernen, aus der Funktionslogik einer totalen Institution. Vorrangiges Ziel ist gar kein langfristiger Behandlungserfolg, wie auch die Anwendung der IntraActPlus-Methoden in den untersuchten Wohngruppen zeigt, sondern eine Stabilisierung der institutionellen Logik und Struktur: Die Sanktionsinstrumente im Sinne des IntraActPlus-Ansatzes erzeugten höchstens eine kurzfristige Disziplinierung des kindlichen resp. jugendlichen Verhaltens. Doch genau das schien von (institutionellem) Interesse, weil damit eine scheinbar gelungene (verhaltens)therapeutische Intervention vorführbar war. Insofern ist es auch nur konsequent, dass die Diagnosen und Behandlungen in solchen totalen Settings ein gerütteltes Maß an Diffusität aufweisen. Ihre Funktion ist eine spezifisch institutionelle: Sie dienen im Sinne der machtvollen Position der Hauptamtlichen dazu, die institutionellen Verhältnisse aufrecht zu erhalten. In totalen Institutionen kann, so formuliert es Goffman (2014/1961: 241), alles modifiziert, erlaubt oder verboten werden, solange sich nur eine psychiatrische Begründung dafür finde – im untersuchten Fall hieße das: eine (verhaltens)therapeutische Begründung dafür finde.

Selbstinzenierung des Personals als „Therapeut/innen“

Die Analogie zu Goffmans Studie ist insofern begrenzt, als er sich in Asyle der Psychiatrie selbst widmete, das hier diskutierte Arbeitsfeld aber das der stationären Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche darstellt. Entsprechend stehen bei Goffman auch andere Feldakteure im Zentrum des Interesses: Patient/innen und Mediziner/innen, deren spezifische gesellschaftliche Positionierung und Rollenzuweisung als traditionelle Profession, so ließe sich sagen, für Goffman eine deutliche Relevanz für seine Analysen hat. Zugleich wird im empirischen Material zu den untersuchten Wohngruppen sehr deutlich, dass dort die Auffassung, mit der Wohngruppe einen heilenden, (verhaltens)therapeutischen Rahmen für die Bewohner/innen bereitzustellen, für das Selbstverständnis des betreffenden Teams kennzeichnend war. Die Teammitglieder verstanden sich dementsprechend, unter Berufung auf ihre Fortbildung im IntraActPlus-Ansatz eben als „Therapeut/innen“ und nicht als Pädagog/innen. Immer wieder, und gerade in Entscheidungssituationen wurde sich innerhalb des Teams auf die psychologische Expertise, die der IntraActPlus-Ansatz bereit stelle, bezogen oder/und auf Absprachen mit Ärzt/innen – wobei die tatsächliche Existenz dieser Absprachen aus forschlicher Position nachträglich nicht überprüfbar sind. Insofern findet sich im untersuchten Fall, durchaus analog zu Goffmans (2014/1961: 351) Analysen, die Nutzung der psychiatrisch-ärztlichen Autorität, die in der Gesellschaft „das Muster einer rationalen und an Hilfeleistung orientierten Einstellung“ darstellt – zumindest im indirekten Einsatz. Es ist daher auch nicht zufällig, dass sich ein großer Teil des Teams der untersuchten Wohngruppen, einen psychiatrischen Duktus zu eigen machte. Das institutionelle Setting erlaubt eine derartige Kategorisierung und Platzierung der

Bewohner/innen – auch das kann Goffman (2014/1961: 262) bereits zeigen. Die Umdeutung von Handlungen und Orten als ‚therapeutisch‘ und/oder ‚medizinisch‘ dient als Erlaubnis z.B. für eine entsprechende Expertenzuschreibung der dort tätigen Personen: „Frauen, die nicht einmal so einfache medizinische Handgriffe wie eine Blutentnahme zu verrichten wissen, werden Schwestern genannt und tragen Schwesterntracht; Männer, die als praktische Ärzte ausgebildet wurden, werden Psychiater genannt. [...] Belohnungen für gutes Benehmen in Form erweiterter Rechte, an geselligen Veranstaltungen teilzunehmen werden als psychiatrische Kontrolle der Dosierung und zeitlichen Bemessung sozialer Erfahrung definiert“ (ebd.). Die institutionell formierte Interaktion zwischen Hauptamtlichen und Bewohner/innen kann damit als „*quasi* [(verhaltens)therapeutische] Dienstleistung“ verstanden und präsentiert werden (ebd.: 367; hier: „medizinisch“, nicht: „(verhaltens)therapeutisch“), ohne dass dafür ein entsprechend qualifiziertes Personal notwendig wäre. Gerade die „darauf verwandte große Geschäftigkeit zeigt, wie schwach dieser Anspruch ist.“ (ebd.): Die totale Institution ist vielfach bemüht, ihr institutionelles Selbstverständnis, im vorliegenden Fall als (verhaltens)therapeutische Wohngruppe, darzustellen. Dementsprechend finden wir in der damaligen Tagesdokumentation immer wieder Muster der Legitimation des eigenen Tuns als verhaltenstherapeutisch – also eine Rechtfertigung nach innen, ebenso wie eine starke Inszenierung in dieser Weise nach außen. Diese zeigte sich z.B. in einer aufwändigen Veranstaltung zur Eröffnung der neu konzipierten Gruppen. Bereits hier spielte die Präsentation einer scheinbar gelungenen Intervention bei einzelnen Bewohnerinnen eine zentrale Rolle. Damit soll Besucher/innen, wie z.B. Eltern oder Medienvertreter/innen, eine institutionelle Situation vorgeführt werden, die die Bedingungen einer überzeugenden therapeutischen Dienstleistung erfüllt (vgl. ebd.: 355).

Wie konnte nun aber der behavioristische Ansatz des IntraActPlus Eingang in Wohngruppen im Feld der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche finden?; oder anders gefragt: Was machte den Ansatz so attraktiv für einen stationären Hilfekontext?

Passungen zwischen konzeptioneller Perspektive und Feldstrukturen

Goffman (2014/1961: 335) zeigt, dass ein Teil des Mandats einer öffentlichen Anstalt für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen dahin geht, „die Gemeinschaft vor der durch bestimmte Formen des Fehlverhaltens bedingten Gefährdung und Belästigung zu bewahren.“ Die Gesellschaft unterstützte das idealisierende Bild über die ärztliche/psychiatrische Rolle und deren Funktion gerne, da es beruhigend sei, zu wissen, dass „diejenigen, die wir ins Irrenhaus verbannen, dort nicht bestraft sondern unter ärztlicher Aufsicht behandelt werden“ (ebd.: 351). Die Aufgabenzuschreibung an Institutionen, wie die Psychiatrie oder eben, gerade auch: geschlossene, stationäre Wohngruppen, dient also als kollektive Entlastung. Historisch seien Heilanstalten, Waisenhäuser und „Heime für geistig Zurückgebliebene“ (ebd.: 327) als Teil eines institutionellen Netzes für die Unterbringung verschiedener Gruppen sozial unbequemer Menschen entwickelt worden. In entsprechenden Anstalten fänden sich daher immer (auch)

Menschen, die in den anderen institutionellen Settings keinen Platz gefunden haben. Derartige Sachverhalte müssten aber von den Vertreter/innen der Institution übersehen, ja weg rationalisiert werden, um das Selbstverständnis der Einrichtung aufrecht zu erhalten, und damit die Annahme, vermeintlich alle in der Gruppe untergebrachten Personen sind hier richtig untergebracht (vgl. ebd.: 337). In den untersuchten Wohngruppen zeigte sich diese Funktion insofern, als diese explizit damit beworben wurden, dass hier 'besonders schwierige' Kinder und Jugendlichen untergebracht werden sollten, denen mithilfe der Methoden des IntraActPlus-Ansatzes auch noch eine erfolgreiche Behandlung angeboten werden könne. Die Zielgruppe waren damit Kinder und Jugendliche, die vorher im familiären Kontext oder eben gerade auch in anderen institutionellen Settings als nicht mehr tragbar erlebt und beschrieben wurden. Die Eröffnung des damals gültigen Gruppenkonzepts mit dem Hinweis auf die besondere Schwierigkeit der Bewohner/innen dieser Wohngruppen, die vorherige Betreuer/innen an ihre Grenzen brachten, illustriert diese institutionelle Logik der totalen Institution.

Warum wurde für diese Gruppen nun der verhaltenstherapeutische Ansatz des IntraActPlus konzeptionell ausgewählt und bewilligt? Diese Frage verweist auf eine mehrdimensionale Konstellation zwischen den Gruppen, der Einrichtung resp. deren Organisationsteilen und den Aufsichtsbehörden. Die Einrichtung wurde damals durch den Kostenträger dazu angeregt, angemessene Wohnbedingungen für „*besonders schwierige*“ Bewohner/innen anzubieten. Einige Mitarbeiter/innen eines Teams waren zu diesem Zeitpunkt, also vor der Neukonzipierung bzw. Eröffnung der Gruppen, bereits in dem Ansatz des IntraActPlus fortgebildet. Diese Mitarbeiter/innen erhielten durch die Leitungskräfte des Bereichs die Möglichkeit zur Konzipierung einer entsprechenden Intensivgruppe. Weitere Mitarbeiter/innen, die für die Intensivgruppe neu eingestellt oder aus anderen Teams abgeworben wurden, erhielten die Möglichkeit zur Fortbildung im IntraActPlus-Ansatz.⁶ Diese Fortbildungen waren aus Sicht der Mitarbeiter/innen auch deshalb attraktiv, weil dafür kein (sozial)pädagogischer Abschluss vorausgesetzt wurde. Die erworbenen Zertifikate ermöglichen dem nicht-ausgebildeten Personal fortan ihr Tun als fachlich-qualifiziertes Tun zur präsentieren, und von dem bereits pädagogisch qualifizierten Personal wurden die Fortbildungen als Aufwertung erfahren.

Ein zweiter Grund, warum der Ansatz attraktiv schien und sein Einsatz in den Wohngruppen lange Zeit unhinterfragt blieb, waren die scheinbaren kurzfristigen Erfolge: Nach kurzer Zeit konnten plötzlich angepasste Bewohner/innen vorgeführt werden. Diese faktischen Verhaltensdisziplinierungen konnten so, als „Heilung über Nacht“, als Bestätigung für die Etablierung der Wohngruppen dienen – entsprechend wurden sie zum Werbemittel, wie es laut Ute Benz (2013: 134f.) in der IntraActPlus-Szene häufiger der Fall ist. Unabhängig von der (sozial)pädagogisch nicht legitimierbaren Disziplinierungslogik, die dazuhin im vorliegenden Falle keine Nachhaltigkeit hatte, konnte jede, als positiv bewertete Veränderung des Verhaltens auf die (verhaltens)therapeutische Intervention zurückgeführt werden: „Besserungen werden

⁶Die Begründer/innen des Ansatzes bieten ein umfangreiches, mehrstufiges Seminarprogramm an (vgl. Jansen/Streit 2015 b).

stets stillschweigend den Bemühungen der Anstalt zugeschrieben, [...] so gelingt es, das medizinische Modell auch noch angesichts seiner Unfähigkeit, etwas für den Patienten zu tun, zu bestätigen“ (Goffman 2014/1961: 363).

Schließlich erwies sich der Einsatz des spezifischen (verhaltens)therapeutischen Ansatzes in den untersuchten Wohngruppen auch deshalb als attraktiv, weil die ständigen Bestrafungsdrohungen bestimmte Alltagsabläufe durch das Personal leichter durchsetzbar machten. In den Wohngruppen lebten zum damaligen Zeitpunkt einige Kinder und Jugendliche, die Betreuer/innen mitunter auch massiv körperlich angingen. Durch ihre Auslegung des IntraActPlus-Ansatzes war es den Mitarbeiter/innen des Teams möglich, sich gegenseitig die Erlaubnis auszusprechen, sich körperlich zu „wehren“ und durch den Einsatz körperlicher Gewalt die Bewohner/innen einzuschüchtern – auch um weiteren ihrer „Angriffe“ vorzubeugen. Diese konzeptionell legitimierte Möglichkeit der starken Intervention – faktisch eben auch die Legitimation des Einsatzes körperlicher Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – war vermutlich ein weiterer Grund, der den spezifisch (verhaltens)therapeutischen Ansatz für viele Mitarbeiter/innen des Teams reizvoll machte. Denn damit konnte eine Kontrolle über Gruppensituationen ⁷ gewonnen werden, die eigentlich von Unsicherheiten und Unwägbarkeiten geprägt war.

„Die totale Therapie“ und ihre Auswirkungen

Die Um- und Neudefinition der Wohngruppen zum (verhaltens)therapeutischen Raum mündete somit, so lässt sich in Anlehnung an die Figur der „totalen Institution“ bei Goffman formulieren, in eine Praxis der „totalen Therapie“. Für die Kinder und Jugendlichen in den Gruppen war es Alltag, dass die vermeintlich (verhaltens)therapeutischen Elemente jederzeit zum Einsatz kommen konnten. Alltagssituationen, wie das gemeinsame Essen, wurden so zur „Trainingsphase“. Sanktionen konnten die jungen Menschen daher jederzeit in ihren Grundbedürfnissen beschneiden. Die Interaktion zwischen dem Personal und den Bewohner/innen reduzierte sich weitgehend auf das ständige Eingreifen und Kontrollieren durch die Erwachsenen. Die Kinder und Jugendlichen mussten daher kontinuierlich damit rechnen, Gewalt in relativ willkürlicher Art und Weise zu erfahren. Alle Symptome, die sie angesichts dieser permanenten Stresssituation wiederum zeigten, wurden, in der Logik der totalen Therapie, nicht als Unzufriedenheit mit oder Leiden an der Situation gelesen, sondern als Beleg, dass sie genau dorthin gehörten, wo sie waren: in eine (verhaltens)therapeutisch

⁷Dieser Aspekt verweist darauf, dass in den stationären Hilfen Arbeitsbedingungen und Unterstützungssysteme für das Personal notwendig sind, die den tatsächlichen Anforderungen in den Gruppen entsprechen. Um dem Rückgriff auf körperliche Gewalt vorzubeugen ist es wichtig, dass sich Mitarbeiter/innen angesichts von körperlichen Angriffen durch Kinder und Jugendliche nicht allein gelassen fühlen sondern dass durch ausreichende Personalschlüssel und Reflexionsräume möglichst gewaltlose und professionelle Umgangsweisen entwickelt und ermöglicht werden können.

ausgerichtete, intensivpädagogische Wohngruppe. Die Gegenwehr von Bewohner/innen konnte damit stets als Bestätigung verstanden und zum Anlass der Verschärfung der Gewalt genommen werden. Insofern vollzog sich hier nicht weniger als eine „Hospitalisierung“, bei der die Kinder und Jugendlichen zunehmend ihrer üblichen Ausdrucksformen beraubt wurden: Schweigen, Bemerkungen resp. Kommentierungen, scheinbar unkooperatives Verhalten oder die Zerstörung von Einrichtungsgegenständen waren als Beweis der individuellen Störungen zu deuten, nicht als situative, soziale Momente, in denen Kinder und Jugendliche auf Belastungen reagierten, Stress sichtbar machten oder zeigen wollten, dass sie mit bestimmten Vorgehensweisen nicht einverstanden waren. In der drastischen Darstellung in Bezug auf die psychiatrische Anstalt illustriert Goffman (2014/1961: 292) die Logik einer derartigen Einpassung von Insassen, der Umdeutung ihres Verhaltens und der Einschränkung ihrer Einspruchsmöglichkeiten deutlich: Patienten müssen auf das zurückgreifen, was ihnen bleibt, wenn ihnen die meisten Ausdrucksmöglichkeiten verwehrt werden. Das ist u.U. nur noch ihr Körper, z.B. ihre Stimme. Agiert der Insasse aber in dieser Weise, dann greift wiederum die institutionelle Selbstreferentialität: Die Institutionenvertreter/innen werden dieses Verhalten der Insassen oder Bewohner als „Akte“ lesen, „die das Management davon überzeugen, daß die Einschließung des Betreffenden gerechtfertigt ist.“ (ebd.) Doch nicht nur selbstreferentiell ist das System der totalen Institution, sondern auch von einer sich aufschaukelnden Dynamik gekennzeichnet: Die Gewalt und die Einschränkungen bringen Verhaltensmuster hervor, die wiederum zum Anlass weiteren gewaltförmiger Interventionen werden.

Das Bemerkenswerte ist nun, dass der dokumentierte Austausch unter den Mitarbeiter/innen in den Tagesdokumentationen der untersuchten Wohngruppen zeigt, dass dennoch keineswegs Handlungssicherheit das prägende Moment war. Ganz im Gegenteil: Hier wird eine ständige Anstrengung deutlich, die Illusion über den Sinn und die Wirksamkeit der Sanktionsinstrumente, wie der KIT, aufrecht zu erhalten, ohne daraus eine tatsächliche Handlungssicherheit im Alltag der Gruppenarbeit ziehen zu können. Es kann den Mitarbeiter/innen dabei nicht entgangen sein, dass das in dieser Weise verhaltenstherapeutisch legitimierte Bedrohungsregime, das sie gegenüber den Kindern und Jugendlichen aufgebaut hatten, nur in spezifischer Weise funktional war: Die gewaltförmigen Verhaltenstrainings in den so genannten KIT-Sitzungen führten zwar zu einer zeitweisen Anpassung des Verhaltens der Bewohner/innen, doch eben nur auf Kosten der Stabilisierung des totalitären ‚Therapieregimes‘. Tatsächliche Entwicklungsprozesse konnten bei den Kindern und Jugendlichen mit den gewaltförmigen Interventionen nicht befördert werden. Wohl auch deswegen wurde die aufwändige Inszenierung des Erfolgs der Gruppen letzten Endes brüchig und damit zur Quelle für die spätere Thematisierung und Aufdeckung der Übergriffe aus dem pädagogischen Team⁸ heraus.

⁸Goffman schließt (ebd.2014: 308) das hauswirtschaftliche Personal explizit aus der Analyse aus, denn „Putzfrauen [...] treten nicht routinemäßig in direkte Kommunikation mit denjenigen, die über ihre sauberen Fußböden laufen.“ Dies könnte erklären, warum sich das hauswirtschaftliche Personal der Einrichtung seine rückblickend erinnerten kritischen Wahrnehmungen einzelner Situationen für sich behielt.

Dynamiken der gewaltförmigen Teamkonstellation

Der Anspruch der Veränderung und Optimierung aus dem IntraActPlus-Ansatz wurde nicht nur auf die Bewohner/innen bezogen, sondern wirkte sich auch innerhalb des Teams aus. Auch die Mitarbeiter/innen versuchten sich einer bestimmten Verhaltensvorstellung anzupassen bzw. dominante Teammitglieder forderten andere dazu auf. Einige der Teammitglieder versuchten, auf diese Anpassungsanforderung mithilfe der Einnahme von Medikamenten zur Konzentrationsförderung zu reagieren. Die Tagesdokumentation verweist auf eine tiefe Überzeugung von der Sinnhaftigkeit der in den Gruppen eingesetzten Methoden und einen teils religiös anmutenden Glauben an das Gruppenkonzept. Die Teammitglieder engagierten sich teilweise weit über ihre Arbeitszeiten hinaus in den Gruppen und hielten sich häufig in deren Räumen auf. Das Team wurde von Mitarbeiter/innen aus Nachbargruppen daher auch als familienähnlich wahrgenommen und mit Spitznamen, wie „die Scientologen“ oder „Sekte“, versehen. Das Team inszenierte sich als kleine, exklusive Gruppe, die sich revolutionären Prinzipien verschreibt und etwas Großes vollzieht, weshalb auch ein Engagement über die normale Arbeitszeit hinaus angemessen erscheint. Kritik von außen wurde dementsprechend auch offensiv bis aggressiv begegnet (z.B., indem Kritiker/innen aus Nachbargruppen mit einer Beschwerde bei der Leitung gedroht wurde) und innerhalb des Teams gab es offensichtlich keine Toleranz für abweichende Meinungen.

Dass gerade der Bezug auf eine verhaltenstherapeutische Konzeption, wie der IntraActPlus-Ansatz, eine solche Dynamik mit sich bringen kann, scheint nicht zufällig. Gerade die ‚Festhaltetherapie‘ KIT scheint häufig eine kollektive Begeisterung in sozialen Zusammenhängen hervorzubringen (vgl. Benz 2013) und attraktiv für Menschen in Helferberufen zu sein (vgl. Oetken 2013).

Weiterführende Überlegungen

Mit unseren Überlegungen wollten wir verdeutlichen, dass ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, wie das IntraActPlus, zur Legitimation gewaltförmiger Übergriffe auf Bewohner/innen einer Wohngruppe dienen, und zu deren Verdeckung genutzt werden kann. Damit wollen wir eine kritische Reflexion der weit verbreiteten verhaltenstherapeutischen Ansätze in Konzepten stationärer Wohngruppen der Eingliederungs- und Erziehungshilfe anregen. Eine solche Reflexion sollte nicht als Generalkritik an (sozial)pädagogisch begründbaren therapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche, die ergänzend zum Gruppenalltag stattfinden, missverstanden werden. Es geht uns vielmehr darum, Konstellationen zu problematisieren, in denen verhaltenstherapeutische Ansätze und Methoden zur maßgeblichen Orientierung in pädagogischen Wohngruppen werden, also de facto sozial- wie heilpädagogische Konzepte, Perspektiven und Begründungen substituieren. Unser Bezug auf Goffmans Analysen macht allerdings auch sehr deutlich, dass eine kritische Reflexion sich nicht auf die konzeptionell-

fachlichen Fragen beschränken darf. Verhaltenstherapeutische Ansätze agieren nicht nur als Antwortangebot in Bezug auf spezifische Verhaltensmuster von Kindern und Jugendlichen. Ihr Einsatz muss vielmehr auch auf seine institutionelle Legitimations- und Stabilisierungsfunktion hin in den Blick genommen werden.

Literatur

Benz, Ute 2005: Familientherapien und Festhalten: Gewalt und Traumatisierung. In: Psychoanalytische Familientherapie 2005, Heft Nr. 10, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 101-118.

Benz, Ute 2013: Langzeitfolgen von Festhaltetherapien. In: dies: Festhaltetherapien . Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 121-144.

Benz, Ute 2015: Traumatisierung durch Therapie. Festhaltetherapien und ihre Langzeitfolgen. In: Kessl, Fabian/ Lorenz, Friederike (Hg.): Wenn pädagogische Fachkräfte bestrafen, belohnen und festhalten – Eine kritische Reflexion verhaltenstherapeutischer Instrumente in Kinder- und Jugendwohngruppen. EREV-Themenheft 12/2015. S. 61-69.

Brügelmann, Hans 2009: Warnung vor didaktischen Allaussagen und pädagogischen Heilsversprechen! Gutachten zu Jansen, Fritz/ Streit, Uta (2006): Positiv lernen. Das IntraActPlus-Konzept. Springer Medizin Verlag: Heidelberg (2. Aufl.). und Jansen, Fritz, u. a. (2007): Lesen und Rechtschreiben lernen nach dem IntraActPlus-Konzept. Springer: Heidelberg. im Auftrag des Landesinstituts für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM).

Goffman, Erving (1961/2014): Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gruppenkonzept o.J.: Konzeption der Kleingruppe mit verdichteter Betreuung. Ohne Ortsangabe.

Jansen, Fritz/Streit, Uta (2006): Positiv lernen. Heidelberg: Springer Medizin.

Jansen, Fritz/Streit, Uta (Hg.) (2015 a): Fähig zum Körperkontakt. Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und Therapie – Babys, Kinder & Erwachsene – IAP-Konzept. Wiesbaden: Springer VS.

Jansen, Fritz/ Streit, Uta (2015 b): IAP [Website], Neuried. URL: <http://www.intraactplus.de/> (letzter Zugriff: 05.11.2015)

Kessl, Fabian/Lorenz, Friederike 2017 (Hg.): Gewaltförmige Konstellationen in den stationären Hilfen. EREV-Themenheft 1/2017.

Kunstreich, Timm/ Lutz, Tillmann 2015: Dressur zur Mündigkeit? „Stufenvollzug“ als Strukturmerkmal nicht nur von geschlossenen Einrichtungen. In: Kessl, Fabian/ Lorenz, Friederike (Hg.): Wenn pädagogische Fachkräfte bestrafen, belohnen und festhalten – Eine kritische Reflexion verhaltenstherapeutischer Instrumente in Kinder- und Jugendwohngruppen. EREV-Themenheft 12/2015. S. 17-23.

Oetken, Angelika (2013): Die Attraktivität von „Festhaltetherapien“ für Menschen in Helferberufen am Beispiel der Ergotherapie. In: Benz, Ute (Hg.): Festhaltetherapien . Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 101-120.

Valtin, Renate (2009): Stellungnahme zum Konzept IntraActPlus. Vorlage zu einem Expertengespräch im Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM).

Wolf, Klaus (2010): Machtstrukturen in der Heimerziehung. Neue Praxis 6/2010. Lahnstein: Verlag Neue Praxis.

Verfasser/innen:

Fabian Kessl, Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Bildungswissenschaften/Institut für Soziale Arbeit und Sozialpolitik, Kontakt: fabian.kessl@uni-due.de

Friederike Lorenz, aktuell tätig an der Freien Universität Berlin, Arbeitsbereich Sozialpädagogik. Promovendin an der Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Bildungswissenschaften/Institut für Soziale Arbeit und Sozialpolitik. Kontakt: friedericke.lorenz@uni-due.de

Die Autoren/innen sind Mitbegründer der Forschungsgruppe „Institutionelle Grenzsituationen und Konstellationen von Zwang und Gewalt in stationären Hilfesettings“ an der Universität Duisburg-Essen: https://www.uni-due.de/biwi/trans_soz/iggh.php