

Budde, Hildegard und Rau, Hartmut

**Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien -
Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines
Pflegeelternprojektes**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 5, S. 165-174

urn:nbn:de:bsz-psydok-28559

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Aus der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum
des Bergischen Diakonie Aprath in Wülfrath-Oberdüssel
(Leitender Arzt: Dr. med. E. E. Jungjohann)

Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien – Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes

Von Hildegard Budde und Hartmut Rau¹

Zusammenfassung

Für Kinder und Jugendliche, die nach Abschluß einer stationären heilpädagogischen psychotherapeutischen Behandlung nicht in eine Familie zurückkehren können, aber eine spezielle Betreuung in einem Kleingruppenverband benötigen, halten wir die Unterbringung in einer Pflegefamilie für indiziert.

Aus der Insuffizienz der Verfahren, mit denen die damit betrauten Stellen in der Regel Pflegeeltern suchen, auswählen und betreuen, leitet sich für uns die Notwendigkeit ab, im Rahmen eines Projektes ein spezifisches Vorgehen zur

- Auswahl und Diagnostik von potentiellen Pflegeeltern
- Zuordnung von Pflegeeltern und -kindern im Sinne einer Differenzierung
- eine Konzeption für Schulungs- und Beratungsarbeit zu entwickeln.

Während des diagnostischen Prozesses sind zum einen die Einzelpersönlichkeiten der Eltern und zum anderen die Struktur und Dynamik des Familiensystems von Interesse. Den personalen Faktoren messen wir im Rahmen des familialen Systems funktionale Bedeutung bei.

Die Differenzierung, d.h. die Zuordnung bestimmter Kinder zu bestimmten Familien erfolgt, indem Bedürfnisse und Problematik auf seiten des Kindes gegenübergestellt werden der Erziehungsfähigkeit und der Belastbarkeit der Familie. In den zwei Jahren, die seit Projektbeginn vergangen sind, haben wir über zwanzig Auswahlverfahren durchgeführt und zwölf Kinder in neun Familien untergebracht, wobei es zu einer Fehlplatzierung gekommen ist.

Das Projekt ist regional begrenzt, damit eine intensive Anbindung der Pflegeeltern an die Einrichtung erfolgen kann und die Möglichkeit zu kontinuierlicher Schulung und Beratung besteht.

Das heilpädagogisch-psychotherapeutische Zentrum ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachklinik am Stadtrand von Wuppertal. Die Einrichtung nimmt Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis vierzehn Jahren mit normaler Intelligenz mit folgenden Krankheitsbildern auf: neurotische Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter mit verschiedensten symptomatischen Ausprägungen. Psychosen im Kindesalter, primärer infantiler Autismus, Teilleistungsstörungen bzw. Hirnwerkzeugstörungen auf der Grundlage einer leichten frühkindlichen Hirnstörung. Kostenträger der Behandlung sind im Rahmen des JWG (hier liegt der Hauptanteil), der RVO und des BSHG zu finden. Ausgehend davon, daß nicht das Kind als Symptomträger allein gestört ist, sondern das gesamte Familiensystem Störungen aufweist, bauten wir unsere familienorientierte Behandlung ständig aus².

Heute arbeitet unsere Eltern- und Familienarbeit mit verschiedensten methodischen Ansätzen:

- dem interaktionellen bzw. therapeutischen Elternwochenende
- dem Elterntag

¹ Unter Mitarbeit von Gerald Jahn und E. E. Jungjohann

² Vgl. H. Rau und C. Wolf, 1980

- dem therapeutischen oder den Elterntrainingsgruppen
- der Familientherapie.

Diese Konzeption setzt eine regionale Begrenzung des Einzugsgebietes bis zu 50 km mit einem deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Nahversorgung bis zu 25 km voraus (s. Tabelle 1). Durch die intensive eltern- und familienorientierte Arbeit konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik verringert werden (siehe Tabelle 2) und die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die zu den leiblichen Eltern bzw. in die Herkunftspflegefamilien entlassen werden konnten, erhöht werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 1: Einzugsgebiet

Kinder und Jugendliche, die entlassen wurden, kamen aus einem Umkreis von

a) bis zu 25 km (Nahversorgung)	b) bis zu 50 km (Regionalversorg.)	c) über 50 km
1975 : 29%	1975 : 27%	1975 : 43%
1976 : 33%	1976 : 39%	1976 : 28%
1977 : 43%	1977 : 35%	1977 : 20% (ca)
1978 : 67%	1978 : 13%	1978 : 20% (ca)

Tabelle 2: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der entlassenen Patienten (ohne Autismus und Psychosen)

Jahr	männlich	weiblich	insgesamt	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
1975	12	5	17	2,1 Jahre
1976	15	2	17	2,0 Jahre
1977	21	5	26	1,10 Jahre
1978	27	3	30	1,9 Jahre

Tabelle 3: Aufenthalt nach der Entlassung

Die Kinder und Jugendlichen wurden entlassen

zu den Eltern, Elternteil oder Herkunftspflegefamilie	1975 : 64%
	1976 : 42%
	1977 : 50%
	1978 : 53%
in eine neue Pflegefamilie	1975 : 6%
	1976 : 6%
	1977 : 12%
	1978 : 29%
in eine andere Einrichtung	1975 : 29%
	1976 : 47%
	1977 : 38%
	1978 : 17%

Drei Gruppen von Kindern stellten uns bei der Entlassung immer wieder vor ein Problem:

- die Kinder, die keine Herkunftsfamilie haben, und die daher auch nach Abschluß der Behandlung im Rahmen von öffentlicher Erziehung weiterversorgt werden müssen und eine spezielle Betreuung in einem Kleingruppenverband benötigen,

- die Kinder, deren Eltern der Erziehungsproblematik ihres Kindes auf lange Zeit oder auf Dauer nicht gewachsen sind und die mit einer Weiterversorgung des Kindes außerhalb ihrer Familie einverstanden sind (z.B. Eltern, die an psychischen Erkrankungen leiden, Suchtkranke etc.)

- die Kinder, deren stationäre Behandlung abgeschlossen werden kann, deren Eltern aber noch im Entwicklungsprozeß stehen (Therapie- oder Trainingsgruppe).

Wir gehen davon aus, daß die ersten beiden Gruppen von Kindern auf Dauer untergebracht werden müssen, während die letzte Gruppe einen Lebensraum als „Zwischenstation“ von Klinik und Elternhaus braucht.

Im Rahmen unserer Überlegungen erschienen uns – insbesondere bezogen auf das schwierige Klientel unserer Einrichtung – sorgfältig ausgewählte Pflegefamilien als eine Lösung des Unterbringungsproblems für die Gruppen von Kindern. Wir wollten im Hinblick auf die weitere Rehabilitation dieser Kinder und Jugendlichen ein zur stationären Behandlung komplementäres, extramurales Platzangebot schaffen. Die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern der Region hatte in bezug auf Pflegeelternsuche für unser Klientel keinen Erfolg. Das machte die Entwicklung einer eigenen Konzeption notwendig, die sich an zentralen Punkten von der Praxis der Jugendämter unterscheiden mußte:

1. Pflegeeltern als Bausteine einer regionalen psychosozialen Versorgungskette

Es muß möglich sein,

- a) eine therapeutische Weiterversorgung des Kindes, soweit nötig, sicherzustellen;
- b) Kontakte zur Herkunftsfamilie, soweit sie vorhanden oder intendiert sind, aufrechtzuerhalten;
- c) den lebensgeschichtlichen Bruch für das Kind möglichst gering zu halten (kein nochmaliger Schulwechsel nur aus geographischen Gründen etc.)

Die Praxis der Jugendämter läßt aus konzeptionellen Gründen eine Berücksichtigung dieser Punkte oft nicht zu.

2. Konsequente Anbindung der Pflegeeltern an die Einrichtung

Dadurch soll erreicht werden,

- a) daß die weitere Entwicklung des Kindes beobachtbar bleibt und eventuell notwendige Interventionen schnell und unbürokratisch möglich sind;
- b) daß die Pflegefamilie als Familiensystem unterstützt und beraten werden kann und eigene Konflikte zur Sicherung der Entwicklung des Kindes aufgearbeitet werden können;
- c) daß eine Weiterbildung im Sinne von Erwachsenenbildung der Pflegeeltern in bezug auf unser spezielles Klientel möglich ist;
- d) daß andere Formen der Finanzierung möglich werden.

Die Praxis der Jugendämter weist gerade in diesen Punkten Schwachstellen auf, wie Berichte von Pflegeeltern zeigen, die in unserer Ambulanz vorstellig werden. Sie fühlen sich häufig mit den Problemen ihres Pflegekindes und noch mehr mit ihren eigenen Problemen alleingelassen.

3. Diagnostik und Differenzierung

Ziel eines längerdauernden diagnostischen Prozesses ist es, die Stärken und Schwächen

- a) der Eltern als Einzelpersonlichkeiten und
- b) des Familiensystems

zu erfahren. Mit dem so gewonnenen Wissen über die Persönlichkeit der Eltern und die Ehe- und Familiendynamik wird ein Differenzierungsprozeß eingeleitet, bei dem aus dem Kreis der potentiellen Pflegeeltern diejenigen ausgesucht werden, die aufgrund ihrer psychosozialen Entwicklungsgeschichte und ihrer Entwicklungsmöglichkeiten zu den Kindern passen. Es müssen daher Kriterien für eine Art „Verträglichkeitstest“ entwickelt werden, d.h. die Erfahrungen, die wir mit den Kindern im Verlauf der Behandlungszeit und mit den Pflegeeltern während des Auswahlprozesses gemacht haben, müssen in einer Prognose über die Möglichkeiten eines gemeinsamen Lebens dieser Menschen zusammenfließen.

Die Vermittlung eines Kindes unter dem Druck seiner Verhältnisse oder der Bedürfnisse der Pflegeeltern oder der Institution soll damit verhindert werden.

Die bislang gängige Praxis – das beweisen nicht zuletzt die Lebensgeschichten der Pflegekinder, die wir stationär behandeln mußten, – hat hier zum Teil erhebliche Mängel.

4. Berufliche Kompetenz eines Elternteils

Durch die Forderung nach beruflicher pädagogischer Kompetenz (im weitesten Sinne) mindestens eines Elternteils soll erreicht werden,

- a) daß ein pädagogisches Wissen vorhanden ist;
- b) daß die Pflegeeltern zum Erziehungsgeschehen eine affektiv kontrollierte Distanz behalten und so die spezifischen Gefahren einer Erziehung in der Kleinfamilie gebannt werden;
- c) daß die Pflegeeltern sich im Rahmen einer umfassenden Konzeption als Mitarbeiter der Einrichtung im Rahmen einer rehabilitativen Versorgungskette verstehen und nach Abschluß des Aufenthaltes eines Kindes in ihrer Familie eventuell für ein weiteres Kind zur Verfügung stehen.

In dem Pflegeeltern-Konzept, das wir aus diesen Überlegungen heraus entwickelt haben, lassen sich folgende, teilweise miteinander verzahnte Blöcke unterscheiden:

1. Anwerbung
2. Auswahl (Diagnostik)
3. Zuordnung (Differenzierung)
4. Schulung
5. Beratung.

Dieses Pflegeeltern-Projekt wird im Rahmen einer Diplomarbeit für das Fach Erziehungswissenschaft wissenschaftlich begleitet, insbesondere mit dem Ziel, diagnostische Kriterien für die Auswahl und Zuordnung zu erarbeiten. Personell wird das Projekt getragen von

1. Sozialarbeiter grad. mit Zusatzausbildung in Gestalttherapie; Tätigkeitsfeld: Auswahl, Differenzierung, Beratung, Verwaltungsarbeit.

2. Dipl. Soz. Wiss. als Elterntherapeut – individualpsychologische Ausrichtung; Tätigkeitsfeld: Auswahl und Schulung.
3. Kinder- und Jugendpsychiater – psychoanalytische Ausrichtung; Tätigkeitsfeld: Auswahl und Differenzierung.
4. Dipl. Päd. stud.; Tätigkeitsfeld: wissenschaftliche Begleitung.

Nach etwa zweijähriger Laufzeit lassen sich, entsprechend der oben beschriebenen Projektstruktur, die ersten vorläufigen Ergebnisse festhalten.

1. Anwerbung

Die Anwerbung der Pflegeeltern erfolgte über

- Jugendämter
- Kirchenkreise
- Anzeige und Artikel in einer regionalen Zeitung
- Anzeige in einer überregionalen Zeitung.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die unterschiedlichen „Erfolgsquoten“ der verschiedenen Werbeträger:

Anwerbung über	gemeldet	im Auswahlverfahren	angenommen
Jugendämter	0	0	0
Kirchenkreise	1	1	0
Anzeige und Artikel in regionaler Zeitung	16	11	4
Anzeige in überregionaler Zeitung	9	7	2
persönliche Kontakte	0	3	3

Die Verteilung der Bewerberzahlen läßt vorsichtige Schlüsse auf einen ausgeprägten Anteil an beruflicher Motivation im Rahmen der Gesamtmotivation der angenommenen Bewerber zu. Rückfragen im Rahmen eines Interviews ergaben, daß die Werbung in der Zeitung für die Eltern, die nun als Pflegeeltern arbeiten, lediglich die Funktion einer „Initialzündung“ hatte, d.h. die Eltern hatten schon längere Zeit Pläne in dieser oder zumindest ähnlicher Richtung.

2. Auswahl (Diagnostik)

Die Auswahl von potentiellen Pflegeeltern aus der Anzahl der Bewerber begreifen wir als einen längeren diagnostischen Prozeß, auf dem der Zuordnungs (Differenzierungs)-prozeß aufbaut, der mit der Vermittlung eines bestimmten Kindes in eine bestimmte Familie abgeschlossen wird. Dabei hat die Diagnostik „vorwiegend Hilfsmittelfunktion, d.h. sie steuert psychologische Fakten für eine Entscheidung bei, kann diese jedoch nicht ersetzen“³. Wir teilen an dieser Stelle die Ansicht *Alfred Langs*, der definiert:

„... allgemein heißt Diagnostik zunächst einfach: Feststellen eines Sachverhaltes, nicht notwendig über Personen. Ferner ist Diagnostik natürlich nicht Selbstzweck, sondern man diagnostiziert stets im

³ Böttcher, Seeber, Witzlack, 1974, S. 15

⁴ A. Lang in Pulver et al. 1978, S. 20

Hinblick auf etwas, insofern man je nach dem festgestellten Sachverhalt unterschiedlich mit diesem Sachverhalt umgehen wird. Psychologische Diagnostik bereitet Entscheidungen über Interventionen, Maßnahmen, Beratungen, Therapie usw. vor“.

Der Sachverhalt, der in unserem Arbeitszusammenhang von Interesse ist, ist die Eignung der Bewerber für die Aufgabe von Pflegeeltern, d.h. der Grad und die Art der Erziehungsfähigkeit.

Erziehung in der Familie als „komplexer und mehrfach bestimmter Handlungszusammenhang“⁵ wird vor allem bestimmt durch

- „die aktuelle materielle und soziale Situation einer Familie“⁶
- „die Persönlichkeitsstruktur der Eltern ... (als) subjektiv gebrochenes Ergebnis ihrer sozialen Erfahrungen“⁷
- „typische ... familiäre ... Interaktions- und Kommunikationsstrukturen der Familie“⁸.

Daher ist es unser Ziel, diese drei Bereiche im Rahmen des diagnostischen Prozesses verstehend zu erfassen. Dieses komplexe Erkenntnisinteresse erfordert ein differenziertes diagnostisches Instrumentarium.

Da für uns Daten, die ausschließlich mit psychometrischen (Test)Verfahren zu erhalten sind, nicht wichtig sind, und da eine zu starke, u.U. Angst und Abwehr erzeugende Psychologisierung des Auswahlverfahrens verhindert werden soll, führen wir mit den Bewerbern eine Anzahl von Gesprächen. Methodisch gesehen handelt es sich dabei um verschiedene Arten von Interviews. Die Vorzüge dieser Methode liegen in

1. der Unmittelbarkeit und damit der Flexibilität der Methode;
2. der Multifunktionalität der Methode (Nachfragen bei unklaren Antworten, Eingehen auf individuelle Schwerpunkte);
3. dem Breitbandcharakter der Methode (dies „allerdings auf Kosten der Fidelität“⁹ (bandwidth-fidelity dilemma)¹⁰).

Verschiedene Arten von Interviews werden im Rahmen einer „sequentiellen Strategie“¹¹ verwandt, jedoch folgen wir dabei keinem starren Schema, sondern passen unser Vorgehen jeweils dem Einzelfall an.

Eine rückblickende Analyse von zwanzig durchgeführten Auswahlverfahren mit unterschiedlichem Ausgang ergibt ein grobes Raster, das wir in einem Pfadmodell veranschaulicht haben (siehe Anhang).

Durch dieses differenzierte methodische Vorgehen sollen die Gefahren des diagnostischen Prozesses soweit wie möglich gebannt werden, auf die *Schraml* für die Persönlichkeitsdiagnostik mit aller Deutlichkeit hingewiesen hat: Die Sicherheit der Persönlichkeitsdiagnostik ist durch zwei konstituierende Gegebenheiten gestört:

- „1. Der Untersucher ist in seiner Wahrnehmung des Fremdseelischen dadurch gestört, daß er gleichzeitig Handelnder und Beobachtender sein muß.

2. Die Entfaltungsmatrix für die untersuchende Person ist die dynamische zwischenmenschliche Auseinandersetzung im Verlauf des Untersuchungsgesprächs“¹².

Diese Diagnostikrisiken sind nach *Schraml* zu reduzieren, indem unter dem Gesichtspunkt der situativen Dynamik die Aspekte der „Rolle“, der „Einstellung“ und der „Übertragung“¹³ möglichst kontrolliert werden.

Da es sich in den hier beschriebenen Prozessen nicht lediglich um die *Erfassung* und *Beurteilung* von Einzelpersönlichkeiten gemäß einem „detaillierten Anforderungsprofil“¹⁴ handelt, sondern um das möglichst umfassende *Verstehen* (mindestens) zweier Personen und ihrer Interaktionsstruktur im Hinblick auf das komplexe Geschehen von Erziehung in der Familie, ist es um so notwendiger, zum einen die oben bezeichneten Risiken unter Kontrolle zu halten und zum anderen, – da ein Anforderungsprofil nur schwerlich auspezifiziert werden kann – sich Aufschluß über die Entscheidungsdimensionen und die impliziten Normenvorstellungen in der jeweiligen Phase (vgl. Pfadmodell) zu geben.

In der ersten Phase (Erstauswahl) werden bestimmte *Basisvoraussetzungen* überprüft: Alter, Familienstand, Gesundheit, grundsätzliche Bereitschaft, wirtschaftliche und räumliche Verhältnisse, soziale oder pädagogische Ausbildung mindestens eines Elternteils. In der zweiten Phase (Kontaktphase) sind die *Motivation* und *allgemeine Kompetenzen* von Interesse, wie sie *H. Roth* in seiner „Drei-Kompetenzen-Theorie“¹⁵ als Basis der Mündigkeit dargestellt hat:

„Mündigkeit ist als *Kompetenz* zu interpretieren, und zwar in einem dreifachen Sinne:

- a) als *Selbstkompetenz*, d.h. als Fähigkeit, für sich selbst verantwortlich handeln zu können,
- b) als *Sachkompetenz*, d.h. als Fähigkeit, für Sachbereiche urteils- und handlungsfähig und damit zuständig sein zu können,
- c) als *Sozialkompetenz*, d.h. als Fähigkeit, für sozial, gesellschaftlich und politisch relevante Sachbereiche urteils- und handlungsfähig und also ebenfalls zuständig sein zu können“¹⁶.

In der dritten Phase (detaillierte Diagnostik) sind einerseits die *Einzelpersönlichkeiten der Eltern* und zum anderen die *Struktur und Dynamik des Familiensystems* von Interesse. Eine Auflistung aller in den zwanzig untersuchten Auswahlverfahren gebrauchten, diagnostisch relevanten Begriffe, Wendungen und Gesichtspunkte zeigt, daß im personalen Bereich ein deutlicher Schwerpunkt gegenüber dem familialen Bereich besteht. Für die Diagnostik der Einzelpersönlichkeit ergaben sich eine Sammlung von Begriffen, die weitgehend mit *Dorothea Rahms* Kategorienbildung für eine „prozessuale phänomenologische Diagnostik“¹⁷ übereinstimmt:

- „1. Körper
 - Bewegung
 - Atmung

¹² W. *Schraml*, 19, S.37

¹³ a.a.O. S.38

¹⁴ J.K. *Triebe*, 1976, S.21

¹⁵ E. *Cloer*, 1975, S.203

¹⁶ H. *Roth*, 1971, S.180

¹⁷ D. *Rahm*, 1979, S.103 ff

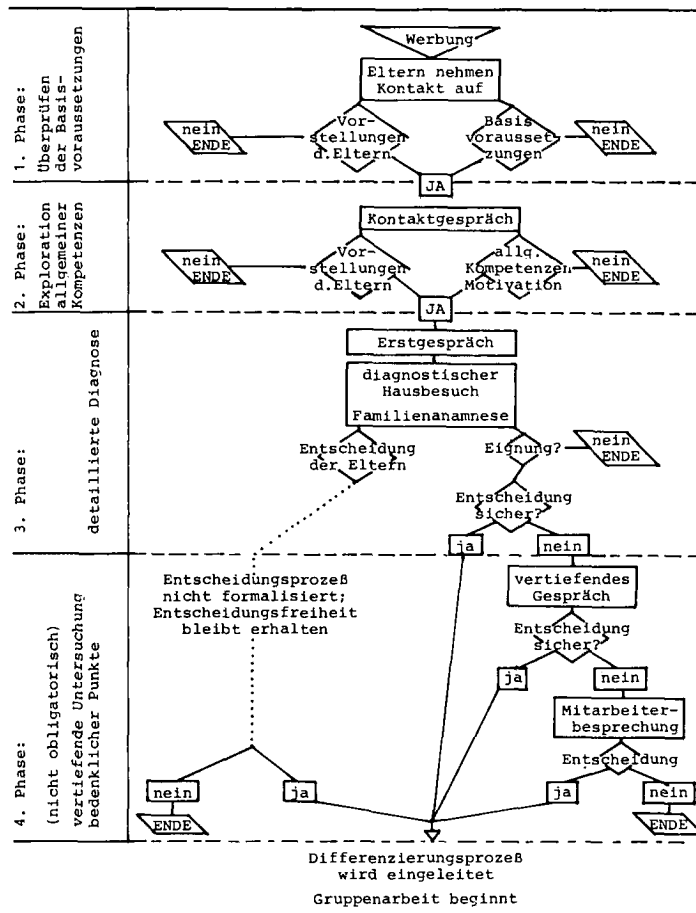
⁵ *Brandt*, *Mitscherlich* in *Schmitt-Wenkebach* 1977, S.12

^{6,7,8} *Brandt*, *Mitscherlich* in: *Schmitt-Wenkebach*, 1977, S.13 f.

⁹ J.K. *Triebe*, 1976, S.9

¹⁰ Diese Gliederung folgt *Triebe*, 1976 S.8 f.

¹¹ ebda. S.9



- Stimme
- Mimik
- Gestik
- Ausdrucksfähigkeit
- somatische Funktionsfähigkeit

2. Emotionalität

- Differenziertheit
- Intensität
- Dosierung
- Flexibilität
- emotionale Reaktionsfähigkeit
- Bandbreite emotionalen Erlebens
- Ausdruck (und Festhalten) von Gefühlen
- Form und Ort des Ausdrucks
- Adäquatheit von Emotionen
- Kongruenz von Emotionen

3. Kognitiver Bereich

- intellektuelle Fähigkeiten
- Kreativität
- kognitive Stile
- Wahrnehmung

4. Werte/Normen/Sinn

- welcher Art sind die Wert- und Normbildungen?
- wie intensiv sind sie?
- welchem gesellschaftlichen Subsystem sind sie zuzuordnen?
- welcher weltanschaulichen (ideologischen) Richtung sind sie zuzuordnen?

- welchen Stellenwert haben Werte?
- welche Einstellungen bestehen zu Leben, Liebe, Wahrheit, Sinn, Tod?

5. Lebenskontext

- engere soziale Situation (Familie/Freundeskreis)
- weitere soziale Situation (Beruf/Status/Rollen/gesellschaftliche Position/soziale Position)
- Lebensraum (Wohnung/Ort/Landschaft)
- ökonomische Situation
- epochale Situation

6. Lebenskontinuum

- Krankheiten
- Sozialisationsfelder
- Bildungs- und Lerngeschichte
- wertevermittelnde Instanzen.“

Im vierten Bereich („Werte/Normen/Sinn“) war die Frage nach der Rigidität der vertretenen Normen und Werte der dominierende Gesichtspunkt.

Der Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenz verdient u. E. stärkere Beachtung.

Die Frage nach dem „Lebenskontext“, insbesondere nach der Struktur und Dynamik der Familiengruppe, nahm in unserem Zusammenhang einen größeren Raum ein.

Als Rahmen für die Diagnostik des Familiensystems können einige der Bereiche der „Interaktionstheorie“¹⁸

¹⁸ Luthmann/Kirschenbaum, 1977, S. 29 ff.

dienen, wie sie von *Luthmann* und *Kirschbaum* dargestellt werden:

1. Die Frage nach der Art des Systems (Handelt es sich um ein offenes oder geschlossenes System? Welche Regeln und Verhaltensmuster gelten?)
2. Die Frage nach Symptomen (Gibt es Zeichen dafür, daß die Weiterentwicklung einzelner Familienmitglieder oder des Gesamtsystems unterdrückt wird?)
3. Die Frage nach Inhalt vs. Prozeß (Gibt es Diskrepanzen oder Uneindeutigkeiten im Rahmen der Interaktion?)
4. Die Frage nach Pathologie vs. Gesundheit (Gibt es „Tendenzen der Familiengruppe, gefühlsmäßig die Gesundheit der Mitglieder zu erhalten oder bestimmte Formen von Störungen zu verursachen“¹⁹?)

Darüber hinaus sind für unseren Zusammenhang die Fragen nach Dominanzverhalten in der Interaktion und nach der Homogenität der Ehe wesentlich.

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage nach der Stabilität der Ehe. Damit gelangen wir in den Bereich der prognostischen Aussagen.

Da wir niemals alle Faktoren, die das Zusammenleben einer Gruppe oder Familie bestimmen, vollständig beschreiben und ihre Zusammenhänge erklären können, sind solche Prognosen stets mit einem Unsicherheitsfaktor belastet. Unser Ziel muß es sein, diese Unsicherheit möglichst gering zu halten. Dabei dienen uns als „prognostische Kriterien“²⁰

- a) „die weitgehend von äußeren Gegebenheiten ableitbaren *phänomenalen Kennzeichen*“²¹ wie z.B. spezifische Verhalten oder spezifische Eigenarten und die Fragen nach Symptomen und nach Inhalt vs. Prozeß, und
- b) „die von der inneren Psychodynamik abhängigen *strukturellen Merkmale*“²², wie z.B. die Frage nach der Persönlichkeitsstruktur der Einzelpersonlichkeiten und die Fragen nach der Art des Systems und nach Pathologie vs. Gesundheit.

Auf der Grundlage dieser deskriptiven und prognostischen Kriterien aus dem personalen und sozial/familialen Bereich treffen wir die Entscheidung über die Annahme der Bewerber als Pflegeeltern.

Dabei haben wir festgestellt, daß die sozialen, insbesondere die familialen Gesichtspunkte die Bewertung der personalen Variablen relativieren, da wir personalen Faktoren im Rahmen eines familialen Systems funktionale Eigenschaften zuschreiben.

Insbesondere bei der Feststellung uns bedenklich erscheinender Persönlichkeitsanteile ist zu untersuchen, in welchem Maße diese personalen Faktoren (wie z.B. narzißtische oder neurotische Persönlichkeitsstrukturen eines Elternteils) das Familiensystem strukturieren und inwieweit das persönliche Wachstum einzelner Familienmitglieder ermöglicht oder behindert wird. Auf dem Hintergrund einer solchen Fragestellung ist die Bewertung einzelner Persönlichkeitsanteile nicht nur unnötig, sondern sogar störend, da eine zu frühe Bewertung die Zusammenschau aller relevanten Teile behindern kann.

Wesentlich für die weiterführenden Entscheidungen ist die Rolle und Funktion, die einzelnen Anteilen im Rahmen des Gesamtzusammenhanges zufällt. Das heißt, normative Vorstellungen kommen nicht so sehr auf der Ebene der Einzelpersonlichkeit (wenn man von einer Minimal-Norm psychischer Gesundheit als Freisein von eklatanten psychopathologischen Befunden einmal absieht), als vielmehr auf der Ebene des Familiensystems zum Tragen.

Die positive Norm, an der wir die Bewerberfamilien messen, ist die Frage, wie und in welchem Maße eine Familie für jedes Mitglied – und das heißt auch für ein eventuelles Pflegekind – Möglichkeiten bietet, „sich in einer ihm gemäßen Weise zu entfalten, produktiv und kreativ sein zu können“²³.

Dabei steht – wie *Heigl* ausführt – „die prognostische Beurteilung ... im Interdependenz-Verhältnis zur technisch-therapeutischen Konzeption“²⁴. Eine solche Einschränkung und Brechung der Objektivität im diagnostischen und prognostischen Verfahren wird in unserem Vorgehen durch die Zusammensetzung des Diagnose-Teams aus Mitarbeitern unterschiedlicher wissenschaftlicher Orientierung (analytisch, individualpsychologisch, gestalttherapeutisch) und verschiedener Interessenlagen aufgrund der weiteren Zusammenarbeit mit den Eltern (keine weitere Mitarbeit, Elterngruppenarbeit, Beratungsarbeit) in einem intersubjektiven Verständigungsprozeß so weit wie möglich aufgehoben. Durch diese Team-Zusammensetzung können die Erfahrungen und Erkenntnisse des diagnostischen Prozesses die ersten Ansatzpunkte für die spätere Gruppenarbeit und Beratung liefern.

Vor allem aber dienen die Ergebnisse des diagnostischen Prozesses als Grundlage für den nachfolgenden Differenzierungsprozeß, indem einer bestimmten Familie ein bestimmtes Kind zugeordnet wird.

3. Differenzierung

Ziel des Differenzierungsprozesses ist es, wie schon oben beschrieben, eine den Bedürfnissen des Kindes und den Fähigkeiten der Eltern entsprechende Zuordnung zu erreichen. Die Differenzierung basiert einerseits auf der Diagnose des Kindes (hier: psychiatrische Diagnose und Verhaltensbeschreibung) und zum anderen auf der oben beschriebenen Familien- und Elterndiagnose.

Aus diesen beiden Diagnosen versuchen wir, die Antworten auf jeweils zwei Fragen abzuleiten:

- a) in bezug auf das Kind:
 1. Was braucht dieses Kind zu seiner weiteren persönlichen Entwicklung?
 2. Welche spezifischen Probleme trägt dieses Kind mit sich und somit auch in eine Pflegefamilie hinein?
- b) in bezug auf die Familie:
 1. Wo liegen die Stärken dieser Familie? Welches spezifische Angebot kann diese Familie einem Kind machen?

¹⁹ ebda

²⁰ F. Heigl, 1979, S.10

²¹ ebda

²² ebda

²³ Luthmann/Kirschbaum, 1977, S.

²⁴ Heigl, 1972, S. 87

2. Was könnte diese Familie nicht verkraften, wo könnte die Integrationskraft dieser Familie leicht überfordert werden?²⁵

Diese Fragen versuchen wir in den beiden ersten Schritten des Differenzierungsprozesses zu klären. In der Vorauswahl liegt der Schwerpunkt auf der Einschätzung der Eltern- und Familiendiagnose (die Diagnostiker kennen die Kinder nicht besonders gut), während in der Hausbesprechung den Erziehern, die die Kinder seit langer Zeit kennen, die Eltern geschildert werden. Durch diese doppelte Brechung soll erreicht werden, daß sich subjektive Sympathien und Antipathien nicht verfestigen und den Differenzierungsprozeß einseitig und unkontrolliert beeinflussen.

Wir hoffen damit zu vermeiden, daß ein Kind unter dem Druck seiner Verhältnisse, der Bedürfnisse der Institution (chronischer Mangel an Pflegeeltern) oder der Bedürfnisse der Eltern vermittelt wird.

Unser Vorgehen bei der Differenzierung wollen wir anhand zweier Beispiele veranschaulichen:

Familie A.

Familie A. ist eine junge Familie (Mutter 31, Vater 28) mit zwei kleinen Töchtern (3½ und 2 Jahre).

Der Vater ist Lehrer und die Mutter war vor der Geburt der Kinder als Verwaltungsangestellte tätig. Bei einer im Prinzip traditionellen Rollenverteilung wechseln sich die Eheleute in der dominanteren Position ab. Sie erscheinen eher zurückhaltend, insbesondere im Umgang mit intensiven Gefühlen, dabei aber beständig und zuverlässig in ihrer Zuwendungsbereitschaft und -fähigkeit. Die Familie ist stark binnengerichtet, Außenkontakte, die den Verwandtschaftskreis überschreiten, werden wenig gesucht.

Familie B.

Bei Familie B. handelt es sich um eine Familie im mittleren Alter (Mutter 48, Vater 56) mit zwei Söhnen (15 und 13 Jahre).

Herr B. ist Betriebsingenieur, Frau B. war als Berufsschullehrerin und Arbeitserzieherin tätig.

In der Beziehung zwischen den Eheleuten erscheint Frau B. als der dominantere, lenkende Partner.

Sie ist der Punkt, um den sich die Familie zentriert. Sie vermag klare und sichere Strukturen zu setzen und scheut Konflikte nicht, die daraus entstehen.

Probleme und Konflikte werden in dieser Familie weitgehend verbalisiert und kooperativ und solidarisch gelöst. Zwar hat das Familienleben für alle Mitglieder einen hohen Stellenwert, jedoch besteht (nicht zuletzt aufgrund des Alters der Kinder und der beruflichen Position des Mannes) ein dichtes Netz von Außenkontakten.

Bei den Kindern, die derzeit für eine Vermittlung anstanden, handelte es sich um ein vierzehnjähriges Mädchen und einen zwölfjährigen Jungen.

Der Junge X.

X ist zu diesem Zeitpunkt zwölf Jahre alt.

Er wurde wegen dissozialer und aggressiver Verhaltensauffälligkeiten und sekundärer Schulleistungsstörungen in unserer Einrichtung behandelt.

X versucht, den Anforderungen, die an ihn gestellt werden, weitestgehend auszuweichen und sich statt dessen durch Clownerien Beachtung zu verschaffen.

In seinem gesamten Verhalten ist er deutlich abhängig von der Atmosphäre der Situation. Ihm fehlen stabile positive Identifikations- und Imitationsobjekte.

Seine Mutter, die den Kontakt zu ihrem Sohn aufrechterhält, ist mit der Unterbringung in einer Pflegefamilie einverstanden.

Das Mädchen Y.

Y ist zu diesem Zeitpunkt vierzehn Jahre alt, jedoch in ihrer gesamten Entwicklung retardiert.

Sie ist ein ängstliches zurückgezogenes Mädchen mit einem eingeschränkten Selbstbild.

In ihrem Leistungsverhalten ist sie langsam und sorgfältig und sehr bemüht, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. In der Kindergruppe hat sie Kontaktschwierigkeiten und zieht es vor, Konflikten aus dem Weg zu gehen. Mit weiblichem Rollenverhalten tut sie sich schwer.

Die Stiefmutter und der leibliche Vater, in deren Familie Y zuletzt lebte, haben den Kontakt zu ihr abgebrochen.

Wir haben das Mädchen in der Familie A. untergebracht, den Jungen in der Familie B.

Familie A's Binnengerichtetheit und zurückhaltender Umgang mit Gefühlen bietet die Gewähr dafür, daß das Mädchen in bezug auf Außenkontakte und emotionales Engagement nicht überfordert wird. Auf der anderen Seite wird Y in ihrer eher stillen und zurückgezogenen Art die Strukturen, die bei dieser jungen Familie zum Teil noch diffus sind, nicht so stark prägend beeinflussen, daß daraus Ablehnung resultieren könnte.

Durch den Altersunterschied zu den leiblichen Kindern der Pflegeeltern entfällt für das Mädchen ein großer Teil der Rivalitäts- und Wettbewerbsproblematik, die ihr in der anderen Familie u. U. hätte zu schaffen machen können.

Darüber hinaus bietet sich die Mutter in ihrem eher traditionellen Rollenverständnis als geeignetes Identifikationsobjekt für das Mädchen an, so daß es ihr möglich wird, ein besseres Verhältnis zu ihrer Weiblichkeit zu gewinnen. Zwar werden in dieser Familie die Anforderungen einer kontinuierlichen familiären Beziehung an Y herangetragen, jedoch kann es ihr diese Familie weitgehend ermöglichen, ihr Entwicklungstempo selbst zu bestimmen.

Die fehlenden Kontakte zu Y.s Herkunftsfamilie entlasten diese stark binnengerichtete Familie von dem Druck, mit der Aufnahme eines Pflegekindes zugleich intensive, problemgeladene Kontakte nach außen aufzunehmen, was bei dieser Familie leicht zu einer starken Abwehrhaltung führen könnte.

Familie B. ist dagegen viel eher imstande, die Außenkontakte, die die Aufnahme des Jungen mit sich bringen, zu verarbeiten. Aufgrund der längeren Geschichte dieser Fami-

²⁵ Dabei handelt es sich um Fragestellungen, die u. E. weiterführender als der Ansatz der „bedürfnisorientierten Erziehung“, wie er dem hessischen Modell der „Erziehungsstellen“ zugrunde gelegt ist.

lie sind die Strukturen ausgereifter und präsentieren sich einerseits für X klarer und sicherer, und sind andererseits nicht so leicht durch ihn zu verändern. Der Altersabstand zu den leiblichen Kindern der Pflegeeltern macht die Positionsbestimmung für X leichter und die Möglichkeiten, sich bestimmten Anforderungen im Familienalltag zu entziehen, werden dadurch für ihn geringer. Der Vater und die Söhne bieten ihm Identifikations- und Imitationsobjekte, die er dringend braucht.

Da X eher zum Agieren als zum Rückzug neigt, bieten ihm die verbalisierenden Konfliktlösungsstrategien in dieser Familie ein gutes Übungsfeld.

Aus den dargelegten Gründen wurden diese Kinder vor etwa 1 1/2 Jahren in diese Familien vermittelt. Die Entwicklung im Verlauf dieser Zeit hat unsere Entscheidung bestätigt.

4. Schulung

Die Pflegeeltern und die potentiellen Pflegeeltern verpflichten wir, vierzehntägig an Gruppenabenden teilzunehmen. Wir gehen davon aus, daß Erziehung, die „unter den Bedingungen der Kleinfamilie“²⁶ und „nicht mehr auf der Grundlage eines ungebrochenen kulturellen Traditionszusammenhangs“² stattfindet, aufgrund der „strukturellen Mängel der Kleinfamilie (Isolation, Desintegration, Rollenfixierung)“²⁸ und der „Perspektivlosigkeit aufgrund der Wertunterschiede in Familie und Gesellschaft“²⁹ bei allen Eltern zu einer gewissen „Erziehungsverunsicherung“³⁰ führt. Dieser allgemein beobachtbare Prozeß wird für Pflegeeltern noch verschärft

- a) dadurch, daß sie niemals lückenloses biographisches Wissen über ihr Pflegekind erreichen können und das Kind erst kennenlernen müssen,
- b) durch ihren eigenen Ehrgeiz („Bei einem Pflegekind will man alles besonders richtig machen“, wie eine Pflegemutter sagte),
- c) dadurch, daß sich die Pflegeeltern der Kontrolle durch die Institution ausgesetzt fühlen.

Aufgabe und Ziel unserer Gruppenarbeit ist es,

- a) diese Verunsicherung soweit wie möglich zu reduzieren,
- b) die eigenen Handlungsspielräume der Eltern zu erweitern³¹.

Dabei „soll nicht eine ‚richtige‘ Verhaltensweise vermittelt und gelernt werden, sondern Mut gemacht werden, pädagogisches Verhalten Kindern und sich selbst gegenüber als etwas prozeßhaftes und flexibles wahrzunehmen“³². Durch Verstehen und Beobachten sowohl der eigenen Aktionen und Reaktionen wie auch derjenigen der Kinder können die Eltern zu einem affektiv kontrollierteren Erziehungshandeln (in Normal- und Krisensituationen) gelangen. Dabei arbei-

ten wir gleichzeitig auf mehreren, miteinander verzahnten Ebenen:

- a) Erfahrungsaustausch im Sinne eines gruppendynamischen Prozesses,
- b) thematische Arbeit im Sinne von Eltern-/Erwachsenenbildung,
- c) Erlernen und Einüben von Haltungen, Handlungsweisen und Gesprächstechniken im Sinne einer Trainingsgruppe.

Unser Ziel ist es dabei, in etwa eine Gleichgewichtigkeit dieser drei Ebenen zu erreichen, da ein Überwiegen eines Gesichtspunktes jeweils spezifische Gefahren in sich trägt: vom Erfahrungsaustausch zum „Kaffeekränzchen“, von thematischer Gruppenarbeit zu einer entfremdeten Schulsituation, von Gesprächsübungen zu therapeutischer Selbstreflexion eigener neurotischer Momente ist es manchmal nur ein kleiner Schritt. Es zeigte sich jedoch, daß letztlich ein ausgewogenes Mischungsverhältnis der verschiedenen Aspekte alle Beteiligten am ehesten mit Zufriedenheit erfüllt. Unsere Erfahrungen in der zurückliegenden Zeit bestätigen den Wert eines solchen Ansatzes, bei dem eine Handlungs- und Bedürfnisorientierung, die „von der Selbstreflexion der Betroffenen ausgeht und konkrete Hilfen auf der Basis von Reflexion, Aktion und Information anstrebt“³³, verknüpft wird mit einem kognitiven Ansatz, der auf die Erweiterung des „systematischen und situativen Sozialisationswissens“³⁴ abzielt (Verknüpfung von emotionalen, handlungsorientierten und kognitiven Anteilen).

Diese These Hofstätters von der „Interdependenz von Kontakt, Sympathie und Aktivität“³⁵ und die Annahme von Dürr et al. „daß mit der Häufigkeit der Kontakte die gegenseitige Sympathie zunimmt und der gemeinsam interessierende Kommunikationsgegenstand das Zugehörigkeitsgefühl schafft“³⁶ fanden wir im Laufe unserer Arbeit bestätigt, wenn auch Ambivalenzen, wie sie Bäuerle gegenüber der Elternbildungsstätte beschreibt³⁷, nach wie vor mit unterschiedlicher Stärke bei einzelnen Teilnehmern weiterbestehen.

5. Beratung

Unverzichtbarer Bestandteil unserer Konzeption ist die kontinuierliche Beratung der Pflegeeltern bei ihrer Arbeit. Wie schon oben erwähnt, ist Ziel dieser Beratung die Unterstützung der Pflegefamilie als Familiensystem. Dieses Globalziel umfaßt verschiedene Teilziele, die der jeweiligen Situation entsprechend gewichtet werden:

Im Rahmen der Beratungsarbeit

- werden konkrete Hilfestellungen in konkreten Problemsituationen gegeben (z.B. bei Schulschwierigkeiten Kontakte mit den Lehrern aufnehmen),

³³ Schmitt-Wenkebach, 1977, S. 2 f.

³⁴ ebda

³⁵ Hofstätter, 1970, S. 164

³⁶ Dürr/Mertens/Zander in: Schmitt-Wenkebach, 1977, S. 93

³⁷ vgl. Bäuerle, 1971, S. 148. – Dabei stehen:

- Interesse vs. Schüchternheit, Unbehagen
- Einsicht, Hilfe zu brauchen vs. trotziger Stolz, es am besten zu können
- Vertrauen zum Fachmann vs. Skepsis gegenüber aller Theorie

^{26,27} Stolleis, 1978, S. 15

^{28,29} Schmitt-Wenkebach, 1977, S. 2

³⁰ ebda

³¹ Brandt/Mitscherlich in Schmitt-Wenkebach, 1977, S. 17

³² Schmid/Schmitt-Wenkebach in: Schmitt-Wenkebach 1977, S. 149

- werden *Verstehenshilfen* situativer und allgemein-theoretischer Art angeboten (Rekapitulation anamnestischer und biographischer Daten des Kindes, Übertragungsphänomene, entwicklungspsychologische und pädagogische Informationen),
- wird eine *Reflexion* des Beziehungsgeschehens in der Familie durchgeführt (Fragen: Was bedeutet das Geschehen für mich/für uns? Wie ist meine/unsere Befindlichkeit? Wie gehe ich/wir damit um?),
- werden *Möglichkeiten geschaffen*, die im Zusammenhang mit dem aktuellen Geschehen auftretenden *Eigenproblematik* zu erarbeiten und so die *Einsicht* und die *Handlungsbandbreite* zu erweitern (z.B. Eheschwierigkeiten, Umgang mit Gefühlen, persönliche Blockierungen),
- kommt dem Gespräch eine *Ventilfunktion* zu, indem es einerseits Entlastung von Schuldgefühlen, Hilflosigkeit, Streß, chronischer Enttäuschung und irrationalen Ängsten zu bieten vermag, und andererseits Sicherheit und Stärke durch das „Gefühl des Angenommenseins durch eine kompetente Person“³⁸ zu vermitteln vermag³⁹.

Diese verschiedenen Teilziele und -aufgaben würden eine inhaltliche Trennung in Supervision und Beratung rechtfertigen, wie sie in der Literatur anzutreffen ist⁴⁰.

Da es sich in unserer Praxis jedoch um einen kontinuierlichen Prozeß handelt, in dem je nach situativen Erfordernissen die Ebenen gewechselt werden, erscheint eine solche rein analytische Trennung nicht sinnvoll.

Ein derartiges integratives Vorgehen ist u.E. notwendig aufgrund der spezifischen Situation der Pflegeeltern, in der berufliches (professionelles) Handeln nicht von privatem Handeln zu trennen ist.

Die Beratungsarbeit muß sich in der Konzeption und in der Durchführung mit den spezifischen Ambiguitäten eines halbprofessionellen Arrangements, wie es Erziehung in einer Pflegefamilie darstellt, auseinandersetzen und zusammen mit den Eltern die beiden Pole Öffentlichkeit und Privatheit, Hilfe und Kontrolle auf den verschiedenen Ebenen ausbalancieren.

Dabei erweist es sich bei unserem Vorgehen als positiv, daß die verschiedenen Aufgaben im Rahmen der Beratung von einem Mitarbeiter wahrgenommen werden, der an der Kontaktaufnahme und dem diagnostischen Prozeß von Anfang an beteiligt ist.

So wird eine kontinuierliche Beziehung aufgebaut, die der Entwicklung von Vertrauen förderlich ist.

6. Kritische Anmerkungen

Abschließend wollen wir auf einige Punkte hinweisen, denen nach unserer Erfahrung Beachtung geschenkt werden muß:

1. Übergang des Kindes von der Gruppe in die Familie:

Beim Übergang des Kindes von der Gruppe in die Familie laufen sowohl aufseiten der Gruppenerzieher als auch auf

seiten der Familie Identifikationsprozesse mit dem Kind ab. Aus der Unübersichtlichkeit der Gegenübertragungsphänomene können leicht Rivalitäten und u.U. Beziehungsfallen entstehen.

2. Veränderungen im Familiensystem:

Durch die Aufnahme eines Pflegekindes treten im Familiensystem Veränderungen auf verschiedener Ebenen ein. Die altersmäßige Rangposition der leiblichen Kinder wird verändert, inhaltliche Positionen (guter oder schlechter Schüler, geschickter Bastler, Spaßmacher etc.) werden unter Umständen neu verteilt und die Interaktionsstruktur wird so mittelbar einschneidend verändert.

Darüber hinaus findet eine direkte Beeinflussung der Kinder und der Eltern statt, die den Eltern insbesondere vor der Aufnahme des Kindes und in der Anfangszeit häufig Sorgen bereitet, sich in der Regel aber als nicht besorgniserregend herausstellt. Die indirekte Beeinflussung muß sorgfältig betrachtet und bearbeitet werden.

3. Teamarbeit:

Der schwierige Prozeß der Diagnostik kann u.E. nur in echter Teamarbeit, d.h. nicht arbeitsteilig, sondern nur kooperativ bewältigt werden.

Insbesondere der Sozialarbeiter, dem später die Aufgabe der Beratung zukommt, und der Gruppenleiter, der mit den Elterngruppen arbeiten wird, müssen sich auch subjektiv dem „Diagnose-Team“ zugehörig fühlen, da sie langfristig mit den Eltern zusammenarbeiten müssen und als Vertreter der Institution (und als Anwalt der Kinder) durch die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle belastet sind. Sie müssen daher die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung von Bewerbern maßgeblich mittragen und im weiteren Verlauf kooperativ zusammenarbeiten.

4. Besonderheit des Aufgabenfeldes:

In der Beratungssituation treffen die Interessen des Kindes, der Familie, des äußeren Umfeldes (z.B. Nachbarschaft, Schule) und der Institution aufeinander.

Diese Situation verlangt vom Berater die Fähigkeit, die oben beschriebenen Beratungsebenen zu handhaben und insbesondere mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen zu arbeiten. Daher erscheint uns für diese Arbeit eine therapeutische Erfahrung und Selbstreflexion sehr nützlich. Die Einbindung in ein den Problemen der Beratung aufgeschlossenes Team innerhalb einer Institution erweist sich als hilfreich.

Summary

Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children

We tried to place children and youths who cannot return to their families after a treatment in a residential home with foster families.

The insufficient habitual way of selecting foster parents led us to develop proceedings of

- diagnostic and selection
- differentiation and matching

³⁸ Zitat aus einem Elterninterview

³⁹ vgl. *Plinke/Sell/Sell*, 1979, S. 118

⁴⁰ vgl. *Hupperts*, 1975, v. *Caemmerer*, 1975, *Plinke/Sell/Sell*, 1979

under the aspects of personality and family dynamics. For carrying the foster parents through the time we applied a special conception and program of

- parent group gathering for developping knowledges abilities of foster parents and
- supervision and counseling.

The project lasts nearly two years until now. We placed 12 children in 9 families and in one case we were mistaken. The project is regionally limited for to connect the foster families with the institution and to offer the opportunity for group gatherings and counselling.

Literatur

Bäuerle, W.: Theorie der Elternbildung. 1971 Weinheim. – Böttcher/Seeber/Witzlack: Psychodiagnostik: Probleme, Methoden, Ergebnisse. 1974 Berlin. – Brocher, T.: Gruppendynamik und Erwachsenenbildung. 1967 Braunschweig. – Caemmerer, D. v.: Praxisberatung (Supervision). 1970 Freiburg i.Br. – Cloer, E.: Kompensatorische Erziehung in der Diskussion. Pädagogische Rundschau 29/75/189–227. – Dinkmeyer/Dreikurs: Ermutigung als Lernhilfe. 1970¹ Stuttgart. – Dreikurs/Gould/Corsini: Familien-

rat. 1977 Stuttgart. – Heigl, F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. 1972 Göttingen. – Hofstätter, P.R.: Sozialpsychologie. 1970 Berlin. – Huppertz, N.: Supervision, Analyse eines problematischen Kapitels der Sozialarbeit. 1975 Neuwied und Darmstadt. – Luthman/Kirschenbaum: Familiensysteme, Wachstum und Störungen. 1977 München. – Plinke/Sell/Sell: Erziehung in der Pflegefamilie. 1979 Stuttgart. – Pulver/Lang/Schmid: Ist Psychodiagnostik verantwortbar? 1978 Bern. – Rahm, D.: Gestaltberatung. 1979 Paderborn. – Rau, H./Wolf, C.: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe. Praxis 1980/1 S. 8 f. – Roth, H.: Pädagogische Anthropologie. 1966 (Bd 1) und 1971 (Bd 2) Hannover. – Schmitt-Wenkebach (Hrsg.): Elternbildung als sozialpädagogische Aufgabe. 1977 Neuwied und Darmstadt. – Schraml, W.: Das psychodiagnostische Gespräch. In: Handbuch der Psychologie Bd 6 S. 868–897 1964² Göttingen. – Stolleis, M.: Eltern- und Familienbildung als Aufgabe der Jugendhilfe. Schriftenreihe des BMJFG 60 1978 Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz. – Triebe, J.K.: Das Interview im Kontext der Eignungsdiagnostik. 1976 Bern, Stuttgart, Wien.

Anshr. d. Verf.: Hildegard Budde, Margaretenstr. 28, 4300 Essen 11; Gerald Jahn, Emil-Barth-Str. 137, 4000 Düsseldorf 13; Hartmut Rau, Nord Erbach 25, 5603 Wülfrath; Dr. med. E. E. Jungjohann, Schönfelder Weg 38, 5603 Wülfrath-Oberdüssel.