

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 53 (1982)
Heft: 7

Artikel: Vom Unterschied zwischen Erziehen und Heilen : erziehungsschwierige Jugendliche zwischen Klinik und Jugendheim
Autor: Knutson, Harald V.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809895>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vom Unterschied zwischen Erziehen und Heilen

Erziehungsschwierige Jugendliche zwischen Klinik und Jugendheim

Von Dr. Harald V. Knutson, Leiter der Beobachtungsstation der Jugendstätte Gfellergrut Zürich

Von der Klinik ins Jugendheim

Verschiedentlich werden Klienten in die einem Jugendheim angegliederte Beobachtungsstation für erziehungsschwierige männliche Jugendliche eingewiesen, die direkt aus einer Psychiatrischen Klinik in diese offene sozialpädagogisch orientierte Institution übertraten. Meine Erfahrungen als Leiter der Beobachtungsstation der Jugendstätte Gfellergrut in Zürich zeigen, dass durch die auftragsmässigen, institutionellen, personellen und konzeptuellen Unterschiede zwischen einer (klassischen) psychiatrischen Klinik und einem offenen Erziehungsheim des Typus Justizheim grosse Unterschiede in der «Behandlung» der (selben) Klienten bestehen.

Die «Überforderung» des Pflegepersonals

Wenn Jugendliche, die eine oder mehrere der zur Indikationsgrundlage einer möglichen Einweisung und Aufnahme in einem Jugendheim gehörenden Verhaltens- und «Störungsmerkmalen» aufweisen (1), durch bestimmte «Verhaltensweisen» (2) zwangsläufig in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen werden – obwohl sie von ihrem «Störungsbild» als ganzes her gar nicht in solche Institutionen gehörten –, dann können sich oft erhebliche Probleme im Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten und -anomalien dieser Menschen für das Betreuungs- und Pflegepersonal ergeben. Dass Psychiatrieschwestern und -pfleger mit solchen Jugendlichen, die alle eigentlich für die Um- und Mitwelt schwierige dissoziale Verhaltensweisen aber nicht primär psychiatrische Krankheitsbilder oder -symptome zeigen, während der Betreuungs- und der Behandlungsdauer schnell an den Grenzen ihrer «Behandlungsmöglichkeiten» kommen, ist nicht verwunderlich.

Heimeinweisung und Klinikaufenthalt

Am Beispiel von Jugendlichen, die wegen Selbstmordversuchen in Psychiatrische Kliniken eingewiesen wurden, will ich einige Schwierigkeiten im Umgang mit solchen «Patienten» darzustellen versuchen. Ich spreche hier ausschliesslich von Jugendlichen, die entweder direkt in eine stationäre Beobachtungsstation oder in ein Jugendheim hätten eingewiesen werden sollen – was sich aber durch den Suizidversuch zeitlich hinausschob – oder die erst nach einer wegen Selbstmordversuchs notwendig gewordenen, ärztlichen Einweisung in eine Psychiatrische Klinik durch ihre Verhaltensweisen die Aufmerksamkeit des sie betreuenden Personals, des klinikeigenen Sozialarbeiters, der Behörden usw. derart auf sich zogen, dass erstmals der Ge-

danke einer Einweisung in eine sozialpädagogische Institution erwogen wurde. Letztere waren meistens schon seit längerer Zeit – oft schon seit Beginn der Schulpflicht – derart verhaltensauffällig und behandlungsbedürftig, dass eine Heimeinweisung «objektiv» längst stattfinden können; dass solche Einweisungen von den Eltern, Bezugspersonen und/oder den Behörden bis zu diesem Zeitpunkt der Klinikeinweisung verhindert, kaschiert oder «verschleppt» werden konnten, hängt von den verschiedensten Faktoren ab (3).

Obwohl die hier zu beschreibende Klientengruppe eine unter vielen ist, die ebenfalls von der Psychiatrischen Klinik in ein Jugendheim kommen kann, schienen mir ihre Aufälligkeiten besonders beachtenswert zu sein, weil sie das Betreuungspersonal schnell und massiv überfordern und als Folge einer unbewussten «Erkenntnis» dieser «Überlegenheitssituationen» tyrannisierend und terrorisierend gegenüber dem Pflegepersonal werden kann. Diese Ausführungen sollen unter anderem auch dazu dienen, den je verschiedenen Zugangsmodus, der bei diesen Klienten angewandt wird – «Pflegen-Betreuen» und «Erziehen-Resozialisieren» –, herauszustreichen.

Problemkreise der schwierigen Jugendlichen

Interessanterweise zeigen viele Jugendliche, die wegen Suizidversuchen in eine Klinik eingewiesen wurden und dann anschliessend in ein Jugendheim kamen, ähnliche Verhaltensmerkmale auf (4). Dies gilt auch für Jugendliche, die schon im Heim waren und eines Suizidversuches wegen vorübergehend in eine Klinik eingewiesen werden mussten. Es ist klar, dass auch andere «Gruppen» von Jugendlichen ebenfalls verhaltensauffällig und schwierig für das Pflegepersonal einer Psychiatrischen Klinik sind und ebenfalls diese hier zu beschreibende Merkmale «tragen»; dennoch sind es meistens Selbstmordversuche, die als deutliche «Zeichen» und «Etiketten» den ganzen «Störungskomplex» hervortreten lassen.

Einige typische Problemkreise solcher Jugendlicher seien im folgenden dargestellt.

- Oft besteht ein gestörtes, problematisches und/oder ambivalentes Verhältnis zur eigenen Mutter (Stiefmutter, Adoptivmutter). In den meisten Fällen besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dieser Beziehung und dem Suizidversuch (dass die Rolle des Vaters genauso mitentscheidend war für die Konstellation «Verhältnis zur Mutter–Beziehungsstörungen–Suizidversuch», ist klar).
- Die Mutter scheint ihrerseits oft ein distanziert-kühles Verhältnis zu ihrem Sohne zu haben; hier zeigen sich Abstufungen und Mischformen von der beziehungsmässigen, erzieherischen und persönlichen Überforderung,

bis zum Desinteresse am «Gedeihen» und an der «Entwicklung» des eigenen Kindes und seiner bewussten oder unbewussten Ablehnung.

- Der Jugendliche wurde meistens erzieherisch inkonsequent behandelt, so dass nebst «erzieherischer» und Verwöhnsverwahrlosung sich auch eine Unsicherheit entwickelte, wie nun die zwischenmenschlichen Beziehungen geknüpft werden und auch aussehen «müssten».
- Die Frustrationstoleranz ist meistens sehr tief; Ausleben des Lustprinzipes, egoistisches «Verlangen» von Vorteilen und egozentrisches Gebaren stehen als Auffälligkeiten im Vordergrund.
- Durch die früh erfahrene und erlebte Unsicherheit und «Unberechenbarkeit» der Beziehungen zu den Bezugspersonen haben sich oft Merkmale einer «Verräter-Persönlichkeit» (siehe Richter, 1962) eingestellt: Die Jugendlichen spielen ihnen nahestehende Personen untereinander aus, verbinden sich mit den einen gegen die anderen, um dann umgekehrt die «Verbündeten» zugunsten der anderen wieder zu verlassen.
- Sie sind grossen, zum Teil plötzlich eintretenden Stimmungsschwankungen unterworfen; sie können ihre Gefühle oft nicht kontrollieren und «definieren».

Formen des «Fehlverhaltens» in der Klinik

Im Betrieb und im Tagesablauf der Klinik, die in einem gewissen Sinne einen Schonraum gegenüber der sozialen, real-weltlichen und beruflichen «Aussenwelt» (Realität) darstellt, können sich (mit dem Hintergrund der erwähnten und anderen Persönlichkeitsmerkmalen und -problemen) wiederum Schwierigkeiten und Überforderungssituationen für das Betreuungspersonal ergeben (5):

- Sie fordern ein Bedient-Werden und ein Umsorgt-Werden in dem Ausmass und zu Zeitpunkten, die sie selber für «geeignet» erachten. Obwohl die «Spital-Atmosphäre» dies mit sich bringt, wirkt sich dies besonders bei verwöhnt-verwahrlosten und die Realität stets fliehenden Jugendlichen eher negativ aus. Hier können Krankheitsgewinn, Wut und Rachegefühle gegenüber den Bezugspersonen, Ärger und Enttäuschung über sich selber und/oder über das Misslungen-Sein des Suizides (6) usw. sich als Erklärung aufdrängen. Dieses egoistische Mobilisieren des sie betreuenden Personals zum eigenen Interesse kann schnell zu einer Form der Machtausübung und des Tyrannisierens ausarten (7).
- Sie werden distanzlos, frech, beleidigend und anmassend gegenüber den Betreuungspersonen, vor allem gegenüber jungen Schwestern; nebst den offenbar werdenden Schwierigkeiten im Beziehungs- und Kontaktbereich zeigen sich hinter dieser Distanz- und Respektlosigkeit Verliebtheits- und Hass-Liebe-Problematiken, die wohl eigentlich ihren Bezugspersonen (hauptsächlich der Mutter) gelten, in der Klinik aber ausgetragen werden; dass sich normale pubertäre und adoleszente Sexualproblematik hiermit vermengt, ist ja weiter nicht erstaunlich.
- Sie nützen die Zuwendung und Betreuung der Schwestern «für ihre Sache» derart aus, dass sie abwechselnd von einer liebevollen, passiven, dankbaren, sympathiebekundenden Haltung plötzlich in ein forsches, distanzloses, bedrängendes, anmassendes, zum Teil bedrohliches Auftreten überwechseln. Dieses unberechenbare «Hin-und-Her» verunsichert natürlich die Betreuungs-

16. September 1982

Schaffhausen erwartet die VSA-Veteranen

Bald schon ist es wieder so weit: Das diesjährige Treffen der VSA-Veteranen steht schon in Sicht! Das Organisationskomitee, das auch in den vorher gegangenen Jahren mit Auszeichnung seines Amtes gewaltet hat, trifft jetzt alle nötigen Vorbereitungen, damit in Schaffhausen die noch junge Tradition der Veteranenzusammenkunft sich weiter festigen kann.

Liebe Veteranen!

Sie werden am 16. September 1982 in der schönen Munotstadt einen interessanten und frohen Nachmittag verleben. Die Einzelheiten des Programms sind im Mai-Heft des Fachblatts «Schweizer Heimwesen» gedruckt erschienen. Wenn Sie die persönliche Einladung schon bekommen haben, sollten Sie nicht lange zögern, den Anmeldetalon abzuschicken. Zögern Sie nicht, nach Schaffhausen zu fahren! Sie werden am 16. September im Restaurant «Schützenhaus» auf der Breite mit Freuden erwartet.

personen und kann schnell Angst und Unsicherheit, das sofort ausgenutzt wird, auslösen.

- Plötzlich kann trotziges, sich-weigerndes Verhalten gegenüber notwendigen Massnahmen, Anordnungen usw. auftreten: Sturheit, Uneinsichtigkeit, «kindliches» Trotzen und Beleidigtsein begegnet den Betreuern. So ziehen diese Jugendlichen die Aufmerksamkeit in einer Art und Weise auf sich, dass sich ihre ganze Umwelt – was sie eigentlich erreichen wollten – mit ihnen abgeben «muss».
- Oft verbinden sie sich mit anderen Patienten, identifizieren sich mit ihnen (dies geschieht oft bei besonders labilen, haltschwachen und -suchenden Jugendlichen), nehmen «Gewohnheiten» von diesen an (Verhaltensauffälligkeiten, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum usw.) und üben mit diesen zusammen zum Teil ein «Terrorregime» in ihrer Abteilung aus.

Das pädagogische «Niemandsland»

Diese Jugendlichen gehören grundsätzlich zu den Klienten, die man in Jugendheimen betreut. Sie sind, abgesehen von Spezialfällen, wie gesagt keine Patienten für eine Psychiatrische Klinik und sollten daher, sobald dies medizinisch und pädagogisch verantwortbar ist, in eine adäquاتere Institution überwechseln. Die Psychiatrische Klinik ist für diese Jugendlichen geradezu kontraindiziert; wenn das konventionelle Jugendheim für sie schon eine Notlösung darstellt, so zeigt sich die Klinik als eine doppelte Notlösung.

Durch den Suizidversuch aber – um bei unserem Beispiel zu bleiben – haben sie in besonderer Weise einerseits eine «Erweiterung ihrer Rolle und Problematik» erfahren, und andererseits ein «Verhaltensmerkmal» gezeigt, dass sie vom Krankheitsverständnis und vom Selbstverständnis der

Medizin in unserer Gesellschaft her gesehen in medizinisch-psychiatrische Betreuung verwiesen werden. Die Verschiedenheit der Aufgabenbereiche, der «Behandlungsmöglichkeiten» und -mittel in Klinik und Jugendheim – der ganze Unterschied zwischen «Patient» und «Zögling», zwischen «Betreuen und Heilen» und «Erziehen und Verändern-Resozialisieren» – wird hier sozusagen aufgehoben, denn diese Jugendlichen gehören zu beiden Institutionen: Die Klientengruppe gehört in ein Jugendheim oder unter der Betreuung von pädagogisch-psychologischem Fachpersonal; das Verhalten «Suizidversuch», «Suiziddrohung» kann (aus verschiedenen pädagogischen, medizinischen, gruppendiffusiven und vor allem gesellschaftspolitischen Gründen) meistens nicht in einem Jugendheim adäquat angegangen werden. Somit begibt sich der verhaltens- und erziehungsschwierige Jugendliche in ein «Niemandsland», in einen Bereich der «Unangehbarkeit». Dieses Phänomen scheint, so glaube ich, bei einigen Klienten und Klientengruppen zum Krankheits- und Persönlichkeitsbild zu gehören (8). Dass dieses unbewusste Sich-Begeben in einen Bereich, zu dem «niemand» Zugang hat, für sie ein Schutz vor allzugrossen Konfrontationen mit der Realität, mit klar definierbaren Beziehungsangeboten (die ihnen Angst bereiten) und mit normativen Auseinandersetzungen ist, konnte ich oft bestätigt finden. Diese «Kategorie» von Jugendlichen spürt irgendwie, dass sie diesem Druck nicht standhalten, eventuell persönlich zusammenbrechen würde, und mobilisiert somit unbewusst diverse Schutzmechanismen (dieses Fehlverhalten hat einiges mit dem zu tun, was ich als uneigentliche Verzweiflung, als «unbewusste» Verzweiflung an der Wirklichkeit beschrieben habe – vgl. Knutson, 1980). Dass diese Jugendlichen ganz besondere Aufmerksamkeit verdienen, und dass man diese sorgfältig und auf einer pädagogisch speziellen Art angehen muss, ist klar. «Komplex» werden sie in jeder Institution sein.

Dieses Sich-Begeben in eine «Zone der Unangehbarkeit» scheint mir ein immer häufiger anzutreffendes und zu beobachtendes Phänomen bei schwierigen Jugendlichen im Jugendheim zu sein, denen man mit den herkömmlichen Mitteln der Jugendheimerziehung nicht gerecht werden kann. Auch wenn meines Erachtens durchaus gesellschaftspolitische und zeitlich-epochal bedingte Weltanschauungen und «Haltungen» für das häufigere Auftreten dieses – so scheint mir – «Krankheitsbildes» verantwortlich sind, und auch wenn eine «Pädagogik des Niemandslandes» noch zu schreiben ist, scheint mir die alte, heute fast vergessene und ihres philosophischen und religiös-ethischen Hintergrundes wegen leider in Verruf geratene Heilpädagogik dazu imstande zu sein, die Brücke zwischen Klinik und Heim, zwischen Pfleger und Erzieher schlagen zu können.

Konventionelle erzieherische Verhaltensmassnahmen

Abschliessend möchte ich einige Verhaltensmassnahmen gegenüber diesen Jugendlichen aus der Sicht der Heimerziehung ausführen; die jeweilige Diskussion einiger dieser Punkte soll die unbefriedigende Situation und Lage aufzeigen, in der sowohl das Pflegepersonal als auch der Heimerzieher steckt. Ich erhebe auch hier keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es geht mir hier darum, einige der «klassischen» und konventionellen «Reaktionsweisen» und Interventionstechniken des Erziehers eines Jugendheimes (zum Beispiel der Jugendstätte Gfellergrut in Zürich) auf Verhaltensweisen (wie sie oben beschrieben wurden) dieser Klienten aufzuzeigen. Ich möchte nochmals betonen, dass die gegebenen Beispiele des «Reaktionsrepertoirs» im höchsten Masse ungenügend sind, um diesen Jugendlichen gerecht zu werden. Bei realistischer Prüfung der vorhandenen Möglichkeiten des konventionellen, im Sinne eines künstlich-arrangierten, jugendgemässen Erziehungsmilieus muss man sagen, dass die «Erfolgsquote» des Gelingens einer persönlichen, sozialen, beruflichen und/oder legalen Integration dieser Jugendlichen in unserer Gesellschaft sehr tief liegt; wohlgemerkt, dies würde, so glaube ich, nicht so sein, wenn das erzieherische «Repertoire» ausdifferenziert, flexibler und Entwicklungsfähiger in bezug auf die Interventionsmuster und -möglichkeiten beim bestehenden Erziehungskonzept des Heimes eingesetzt werden könnte. In einem ersten Schritt entspräche dies der oben angetönten «Brücke» und Zusammenarbeit zwischen Klinik und Heim. Die heutigen Reaktionsweisen sind aber sowohl in der Klinik als auch im Jugendheim für die «Behandlung» dieser Jugendlichen mit ihren «Störungen» inadäquat.

- Diesen Jugendlichen gegenüber muss man klar und deutlich ein distanziertes Verhältnis haben (nicht emotional, sondern in der Behandlungsweise und in der «Präsentation» der eigenen Rolle und Funktion); es muss ihnen klar sein, dass eine – im gewissen Sinne – Autorität aufgrund einer Fachkompetenz vorliegt zwischen ihnen und dem Betreuungspersonal.
- Bei schweizerischen Klienten ist das Beachten der herrschenden «Sie/Du-Regelung» von einer nicht zu unterschätzenden Wichtigkeit: Das Betreuungspersonal darf sich nicht von ihnen duzen lassen, da sich schnell und leicht – nebst der Distanzlosigkeit – ein Verlust des oft nötigen normativen Angehens einspielt.
- Besonders bei labilen und haltlosen Jugendlichen ist das klare und deutliche Strukturieren des Tagesablaufes sehr wichtig. Diese Klienten brauchen sehr viel Zeit, denn oft fehlt ihnen die Fähigkeit zur elementaren Alltagsbewältigung. Durch sorgfältiges Führen ermöglicht man ihnen kleine Erfolgserlebnisse, die sie dringend brauchen. Das zu fordern und zu errichtende «Moratorium» (welches eine Klinik kaum darstellen kann), «worin» heilpädagogische und therapeutische Hilfemaßnahmen auf geeigneter Weise die «Flucht aus der Realität» abstoppen und ein Zurückführen zur Realität sukzessive ermöglichen könnten, benötigt, wie gesagt, Zeit, Möglichkeiten und gesellschaftliche Interessen, die alle noch zu «fehlen» scheinen.
- Sobald die hier beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten auftauchen, müssten den Jugendlichen die in der Klinik oder Abteilung geltenden «Normen» (9) und Regelungen mitgeteilt oder repetiert werden. Sofern es in einer solchen Institution möglich ist, sollten Sanktionen und Konsequenzen – so wie diese in der Jugendheimerziehung verstanden werden – für grobes, «normwidriges» Verhalten und für Nichteinhaltende geltender Regelungen (auch für Verletzungen der persönlichen Integrität und Ehre der Betreuer) angekündigt und auch durchgeführt werden. Unterlässt man dies, so können sie schnell das Gefühl bekommen, das Betreuungspersonal sei eigentlich überfordert und handlungsunfähig, und dass man deshalb weitermachen «darf».

- Bei vermehrten und gravierenderen disziplinarischen Schwierigkeiten und bei Unangehbarkeit derselben von Seiten der Schwestern sollte in der Regel sofort interveniert werden. Oft kann dies – in verfahrenen Situationen – nur von einer hierarchisch übergeordneten Person gemacht werden (gemäß «gesundem Menschenverstand» und «konventionellem Denken und Handeln» müsste dies geschehen; bei unseren Klienten wird dies aber keine mittel- und längerfristigen Erfolge zeitigen können. Kurzfristig kann hiermit wohl «Ruhe und Ordnung» hergestellt werden, aber dies dient meistens nur dazu, die eigene Ohnmachtssituation gegenüber den «nichtvorhandenen», geeigneten «Behandlungsmöglichkeiten» klarer und hilfloser zu sehen).
- Wenn sich diese Jugendlichen mit anderen, eventuell normativ und/oder psychiatrisch schwierigen Patienten liieren und sich so ihre Verhaltenschwierigkeiten noch unangehbarer machen, sollten die «Partner» getrennt werden; diese Trennung kann eine räumliche, zeitliche oder abteilungsmässige sein. Oft kann, je nach Konstellationen und je nach verfolgtem «Ziel» der «Liierten», schon ein Wechsel der Betreuungspersonen eine Änderung schaffen. Es ist sowieso äusserst problematisch, wenn man Jugendliche mit Erwachsenen in der gleichen Abteilung zusammenlegen muss. Dies gilt im gleichen Masse auch für den Strafvollzug (Strafanstalt). Man sieht oft, dass Erwachsene «pädagogische» Ansprüche und Wirksamkeiten gegenüber den Jugendlichen an den Tag legen; dies kann oft verheerende Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Jugendlichen haben.

Konklusion: Erweiterungen der Möglichkeiten und Erneuerungen im Jugendheim

Der Umgang mit diesen Klienten bereitet – dies muss man sagen – den Fachleuten im Erziehungsheim erhebliche Schwierigkeiten. Sie sind hier in einem gewissen Sinne in die Randzonen des «Heimdaseins» verbannt. Das Erleben des Nicht-Angehen-Könnens gerade dieser Klienten, die oft zwischen Klinik und Jugendheim pendeln, verleitet die Erziehungs- und Betreuungsbeteiligten leider oft dazu, sich gegenseitig den «Schwarzen-Peter» zuzuschieben. Am Ende kann nicht selten ein stigmatisierter, negatividentifizierter Jugendlicher vor uns geradezu «liegen», der «gebrochen» in die Welt hinein entlassen wird. Auch wenn ich glaube, dass diese Jugendlichen (unabhängig von den eher «punktuellen» Verhaltensweisen, die eine vorübergehende Einweisung in eine Klinik nötig machen) nicht in eine Jugendpsychiatrische Klinik gehören (10), kann man doch nicht verlangen, dass das psychiatrische Pflege- und Betreuungspersonal Erfahrungen in der Jugendheimerziehung haben sollte.

Ich glaube, dass besonders schwierige Probleme im Umgang und in der Betreuung von solchen und anderen eingesetzten Jugendlichen, die nicht ihrer Pathologie wegen in eine Klinik gehören, dorthin aber dennoch für eine zeitlich begrenzte Dauer eingewiesen werden mussten, in Zusammenarbeit mit Spezialisten der Jugendheimerziehung und von jugendpädagogischen und -psychologischen Fragen gelöst werden müssten. Inadäquate pädagogische Behandlung in einer Klinik kann sowohl die nötige Motivationsarbeit und die Vorbereitungen für eine eventuell notwendige Einweisung in einer stationären Beobachtungsstation

und in einem Jugendheim erschweren (11) als auch ein komplettes «Kapitulieren» des Jugendlichen angesichts der andersartigen und ihm «härter» erscheinenden Methoden, Erziehungsmassnahmen und Normen des Jugendheimes mitsichführen. Dieses «Kapitulieren» kann sich unter anderem als Arbeitsboykott, Flucht aus der Institution, Suiziddrohungen und -versuche, disziplinarische Ausschreitungen, Drogenkonsum usw. zeigen.

Psychiatrische und andere Kliniken, die sich mit diesen hier beschriebenen oder ähnlichen pädagogischen Problemen (auch wenn es für sie «fachfremde» Probleme sind) befassen müssen, ohne diese adäquat und befriedigend lösen zu können, sollten, wie gesagt, zum heutigen Zeitpunkt Fachleute herbeiziehen, die ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen könnten.

Der erste Schritt zu einer «richtigeren» Behandlung dieser «Niemandsland-Bewohner» bedingt eine gesellschaftspolitische Einstellungsänderung, wie auch ein ethisches Umdenken aller beteiligten «Helfer» (Gesellschaft, Klinik, Jugendheim). Folgendes Postulat möchte ich aufstellen: Diese Klienten müssten vom Jugendheim getragen werden können, denn die psychiatrische Klinik ist für sie grundsätzlich kontraindiziert; das Jugendheim müsste somit mit der stetigen Möglichkeit eines Suizides (12) leben und «arbeiten» lernen (und dürfen!). Diese Jugendlichen brauchen dringend unsere Hilfe, und ich bin der Meinung, dass wir ihnen diese nicht versagen dürfen.

Anmerkungen

- 1 Unter anderem Verwahrlosung, Suchtgefährdung, Alkohol- und Drogenproblematik, «Opfer» familiärer Zerrüttung und von Milieuschädigungen, neurotische, psychopathische und kriminelle Entwicklungen usw. Zu den Aufnahmekriterien und zu pädagogischen Schwierigkeiten bei schwierigen Jugendlichen, vgl. auch Knutson, 1981 und 1981a.
- 2 Zum Beispiel Selbstmorddrohungen, Selbstmordversuche, Bedrohung und tätliches Angreifen von Personen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, Tötungsdelikte usw.
- 3 Familiendynamische Konstellationen, ehren- und prestigemässige Überlegungen, Erb- und finanzielle Spekulationen, behördliche Nachlässigkeit und Inkompétence usw. Man muss sich im klaren sein, dass familiendynamische Interessen die Arbeit mit diesen Jugendlichen beim Nicht-Vorhandensein einer klaren Einweisungsgrundlage im Jugendheim völlig zu nichts machen können. Ich bin der Meinung, dass jeder Mensch ein Recht auf Erziehung hat; da die Gesellschaft gewissen Institutionen und Fachleuten die Befugnis und den Auftrag zur «Korrektur» und Nacherziehung (im Falle des Erziehungsheimes) gegeben hat, haben diese «Befugten» auch die Pflicht, die optimale Grundlage für die Ermöglichung ihrer Arbeit zu fordern.
- 4 Selbstverständlich können auch andere Jugendlichen, die aus anderen Gründen in eine Klinik kamen, mit diesen Merkmalen «behaftet» sein (sehr oft erweisen sich auch Jugendliche, die wegen Krankheit, Operationen oder aus psychosomatischen Gründen Krankenhausaufenthalte machen müssen, für das Krankenpersonal als sehr schwierig). Es scheint mir aber besonders bei diesen auffällig zu sein, da sie emotional meistens eine besondere Behandlung erfahren, und auch eine solche in ihren Erwartungshaltungen, die sich vom ganzen «Störungsbild» her erklären lassen, auch erwarten. Dies ist der Grund, weshalb ich mir erlaubt habe, hier von einer «Klientengruppe» zu sprechen, wobei nicht psychiatrisch-diagnostische Gesichtspunkte für eine Klassifizierung relevant sind, sondern die durch die beobachtbaren Verhaltensauffälligkeiten notwendig erscheinenden erzieherischen, sozialpädagogischen und verhaltenstherapeutischen Massnahmen.

- 5 In den Empfindungen und Vorstellungen dieser Jugendlichen werden sie hier behütet, umsorgt und verwöhnt, was natürlich «Auslöser-Ganzheiten» von regressiven und fröhkindlichen Verhaltensweisen sein können (dass sie oft ein Verwöhnt-Werden auch dringend nötig haben, spielt hier keine Rolle).
- 6 Zu einem etwas anderen, «positiven» Verständnis des Selbstmordes, das bei diesen schwierigen und «kranken» Jugendlichen oft auch miterücksichtigt werden muss, vgl. unter anderem Guggenbühl, 1979, und Hillman, 1966. Oft bleibt einigen Menschen nur noch der Tod als letzter Sinn im Leben.
- 7 Aus Reaktionen auf diese Verhaltensweisen können sich bei Menschen in allen helfenden Berufen oft «gefährliche Behandlungsmassnahmen» einstellen: Die eigene Machtposition wird mobilisiert und «ausgelebt», die Angst vor der Veränderung und vor dem eventuellen Entgleiten des Schutzbefohlenen aus der Einflussdomäne bei jeweils eigener – erkannter oder unbewusster – Persönlichkeitsproblematik sind einige Formen hiervon. Zu diesem Thema vgl. unter anderem Guggenbühl, 1971, und Schmidbauer, 1977.
- 8 Dieses Phänomen ist im Jugendheim auch sehr oft bei «Drögeln» zu beobachten; diese begeben sich ebenfalls oft in eine Zone der «Unangehbarkeit», so dass für sie eine (erwünschte) beziehungsmässige, ideologische und oft auch pädagogische Isolation entsteht.
- 9 Auf den wohl ganz andersartigen Begriff der Norm in der psychiatrischen Klinik (als im Jugendheim) sei hier nicht näher eingegangen.
- 10 Bei den Einweisungskriterien und bei der Einweisungspraxis könnten sich ähnliche Probleme und Schwierigkeiten ergeben, wie ich das in bezug auf die geschlossenen Durchgangsheime für Jugendliche beschrieben habe (Knutson, 1981a). In solchen eher medizinisch organisierten Institutionen könnten sich eventuell auch Probleme mit der Handlungs- und Behandlungskompetenz des pädagogisch-psychologischen Fachpersonals zeigen, vgl. auch «Umstrittene ...», 1981.
- 11 Oft können sich bei längeren Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken und beim Nicht-Aufgeben dieser Verhaltensauffälligkeiten falsche Erwartungen in bezug auf den zukünftigen Aufenthalt im Jugendheim bilden.
- 12 Ob es sich um Suiziddemonstrationen (wie sie oft bei verwahrlosten Jugendlichen anzutreffen sind) oder um misslungene, «echte» Suizidversuche (die eher bei Neurotiker vorkommen) handelt, sei einerlei.

Literaturangaben

- Guggenbühl, A.: Macht als Gefahr beim Helfer; Karger, Basel, 1971.
- Guggenbühl, A.: Tragik und Möglichkeiten von Selbstmordkrisen; Vortrag im Zyklus «Sinnerfahrung in einer bedrohlichen Welt». Sommersemester 1979, C.-G.-Jung-Institut, Zürich (Separatdruck).
- Hillman, J.: Selbstmord und seelische Wandlung; eine Auseinandersetzung; Rascher-Verlag Zürich, 1966.
- Knutson, H.V.: Selbstsein und Verzweiflung; Dissertation der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich, 1980.
- Knutson, H.V.: Erziehungsmassnahmen gegenüber schwierigen dissozialen Jugendlichen; SBS (Fachblatt für den Schweizerischen Berufsverband dipl. Sozialarbeiter und Erzieher), Sozialarbeit, 5, 1981, pp. 2–5.
- Knutson, H.V.: Gedanken zur Problematik der geschlossenen Durchgangsheime; VSA (Fachblatt für Schweizerisches Heimwesen), 10, 1981, pp. 442–462.
- Richter, H.-E.: Zur Psychopathologie des Verräters; Nervenarzt, 33. Jhg., 12, 1962, pp. 532–538.
- Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer; über die seelische Problematik der helfenden Berufe; Rowohlt-Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1977.
- Umstrittene Klinik für Kinder und Jugendliche; Praktische Psychiatrie (Fachblatt für das Pflegepersonal), Juli/August 1981, pp. 239–246.

**Vereinigung der Heimleiter VSA-Region Zürich
Vereinigung der Heimerzieher VSA-Region Zürich**

Einladung zu einer Herbsttagung

Montag, 6. September 1982, in der Paulus-Akademie in Zürich.

«Kind im Heim – Kinder ohne Heimat?»

In unserer vierten gemeinsamen Tagung wollen wir das kindzentrierte Denken und seine personalen Beziehungen in den Mittelpunkt stellen.

Programm

- 09.15 Beginn mit gemeinsamem Kaffee
 09.45 Eröffnung der Tagung (Tagungsorganisator R. Bartl)
 10.00 Referat von Herrn Dr. E. Bonderer «Zur Beziehungs- und Bindungsproblematik von Heimkindern»
 10.45 Pause
 11.00 Erste Gruppengespräche
 12.00 Mittagessen
 13.30 Zweite Gruppengespräche
 15.15 Teepause
 15.30 Schlussdiskussion mit dem Referenten

Die Tagung wurde von Erziehern und Heimleitern aus Jugendheimen vorbereitet. Zu dieser Tagung sind Erzieherinnen und Erzieher wie auch alle Heimleiterinnen und Heimleiter aus allen Heimen herzlich eingeladen.