

Zusammenfassung des Vortrags „Aktuelle und zukünftige Entwicklungen der Soziotherapie“ im Rahmen des Festsymposiums „20 Jahre pro mente: kijufa“

Mag.(FH) Emanuel R. Wirnsberger, BSc MSc

Mag. Markus Heinz

Einleitung

Im Rahmen des Vortrages wurde einleitend zunächst auf das in der Soziotherapie konzeptionell festgelegte Stufenmodell der Betreuung eingegangen. Dabei wurde erläutert, dass Jugendliche die Stufen Wohngemeinschaft, betreutes Innenwohnen sowie betreutes Außenwohnen entweder als Ganzes durchlaufen können oder aber einzelne der Stufen variabel nutzen können. Im ersten Fall kann der/die Jugendliche etwa im Falle auftretender Krisen auch einen Schritt auf die bereits bekannte und erfolgreich gemeisterte Stufe zurückgehen, um eine Stabilisierung herbeizuführen. Unabhängig davon, welche Stufe der/die Jugendliche durchläuft, steht ein Bezugsbetreuer/ eine Bezugsbetreuerin zur Seite, um ein hohes Maß an Kontinuität und Stabilität sicherstellen zu können. Die Stufe des betreuten Außenwohnens ist insbesondere für jene Klienten/Klientinnen konzipiert, die bereits über ein höheres Maß an Selbstständigkeit verfügen und mit einer Betreuungsleistung von sechs Wochenstunden ihr Auslangen finden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Stufen des betreuten Außenwohnens bisweilen auch, aufgrund mangelnder Betreuungsalternativen, für Jugendliche mit hohem Hilfebedarf in Anspruch genommen wurden, welche aufgrund einer nicht gegebenen Gruppenfähigkeit (häufig im Zusammenhang mit einer Suchtgiftproblematik) nicht länger in einer Wohngemeinschaft betreut werden konnten. Dabei wurde augenfällig, dass für jene Fälle ein Betreuungsausmaß von sechs Wochenstunden gewöhnlich unzureichend ist.

Ergebnisse der Evaluation

In weiterer Folge wurden im Vortrag einige wesentliche Ergebnisse der internen Evaluation angeführt (welche sich z.T. mit den Ergebnissen der externen Evaluation des Betreuten Wohnens / Betreuten Außenwohnens decken). Daraus folgernd wurden bereits zwei Bereiche identifiziert, in welchen Optimierungsbedarf besteht. Zum einen handelt es sich dabei um den Bereich der Ziele (Zielfestlegung, Operationalisierung von Zielen, Überprüfen und Dokumentieren der Zielerreichung). Zum anderen wurde nach der Evaluation die Notwendigkeit der Aktualisierung / Differenzierung der Zielgruppen erkannt.

Ziele (Operationalisierung, Festlegung, Synchronisation, Dokumentation)

So kam die Evaluation der Soziotherapie zum Ergebnis, dass sich die Jugendlichen nur mäßig an die, zumeist im Rahmen von Helferkonferenzen, vereinbarten Ziele erinnern können. Darüber hinaus gilt es, um eine Ziele-Diffusion zu vermeiden, die Zielvorstellungen des/der Jugendlichen, der Sozialarbeiter/innen, der Einrichtung sowie der Obsorgeberechtigten bestmöglich zu synchronisieren – unterschiedliche Zielvorstellungen unterschiedlicher Akteure verunmöglichen nicht selten ein gemeinsames Vorgehen zum Wohle des/der Jugendlichen. Ziele des/der Jugendlichen sind daher gemeinsam mit dem Bezugsbetreuer/ der

Bezugsbetreuerin im kleineren Rahmen (abseits der Helferkonferenzen) zu erarbeiten und festzulegen, globale Ziele, wie etwa das Erreichen eines positiven Schulabschlusses sind dabei in Etappenziele aufzugliedern, die dem/der Jugendlichen erreichbar erscheinen. Die mit dem/der Jugendlichen erarbeiteten Etappenziele sind mit allen in den Betreuungsprozess eingebundenen Akteuren transparent und regelmäßig abzustimmen, um ein gemeinsames Vorgehen sicherstellen zu können. Abgeleitet von den Evaluationsergebnissen wurde mit Jahresbeginn 2018 zur Festlegung und Überprüfung individueller Ziele das Instrument der Goal Attainment Scale¹ als fixer Bestandteil des kontinuierlichen Evaluierungsprozesses verankert. Dabei werden mittels eines Katalogs von Zielbereichen, der sich an der ICF-Systematik orientiert, bis zu drei individuelle Ziele für einen Zeitraum von 6 Monaten operationalisiert und handfest überprüfbar gemacht. Durch das gemeinsame Erarbeiten und Vereinbaren von eng umrissenen Zielen kann die Gefahr einer Überforderung der Klienten/innen hintangehalten werden, zudem kann nicht nur die Motivation des/der Jugendlichen, sondern auch die Motivation der Hilfeleistenden dergestalt erhöht werden.

Zielgruppen

Im Bereich der Zielgruppen besteht insofern Optimierungsbedarf, als dass sich aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen auch entwicklungspsychopathologische Veränderungen des Klientels abzeichnen. Es lässt sich beobachten, dass ein verhältnismäßig leichter Zugang zu illegalem Suchtmitteln und damit einhergehend die (tendenziell steigende) Zahl der jungen Menschen mit Suchtgiftproblematik zu neuen Herausforderungen in der Betreuung führen; häufig lassen sich Jugendliche mit Suchtproblemen nicht ohne weiteres in stationären Wohneinrichtungen (bisweilen ist es auch aufgrund eines gewissen Gefährdungspotentials für andere Klienten nicht intendiert) betreuen. Weiters erkennen wir eine ebenfalls in der Tendenz anwachsende Gruppe von Jugendlichen, die aufgrund einer kumulativen Häufung von psychosozialen Risikofaktoren als „hard-to-reach“ Jugendliche definiert werden können²; jenseits ihrer meist schweren entwicklungspsychopathologischen Auffälligkeiten sind diese Jugendlichen vor allem dadurch charakterisiert, dass sie herkömmlichen Hilfeangeboten sehr ablehnend gegenüberstehen und sich von gesellschaftlichen Institutionen generell keine Unterstützung mehr erwarten. Es handelt sich hier um Jugendliche, in denen die einzelnen Risikofaktoren (Deprivation, Vernachlässigung, Traumatisierung, Suchtgiftproblematik, psychiatrische Vorbelastung in der Familie, vielfach erlebte Beziehungsabbrüche, familiäre Verlusterlebnisse und vieles mehr) einander auf so ungünstige Weise verstärken, dass sich auf Hilfeangebote nicht mehr einlassen können und mitunter in aufsuchender Art, aber jedenfalls auf intensive Weise unterstützt werden müssten. Aus unserer Sicht wird es in Zukunft notwendig sein sich verstärkt, mittels der Bereitstellung spezieller Betreuungsformen, pädagogisch und therapeutisch um diese Jugendlichen zu bemühen, möchte man nicht eine (unerreichbare) Gruppe von „not-to-reach“ Jugendlichen entstehen lassen.

¹ Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo J.E. (Hrsg.). (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. Lawrence Erlbaum.

² Baruch, G, Fonagy, P. & Robins, D. (Hrsg.). (2007). *Reaching the Hard to Reach*. Evidence-based funding Priorities for Intervention and Research. John Wiley.

Multidimensionale Familientherapie (MDFT)

Um der Veränderung der (Entwicklungs-)Psychopathologien und dem Umstand, dass eine Zielgruppe „hard-to-reach“-Jugendlicher in steigender Zahl existiert, Rechnung zu tragen, wurde im Vortrag auf ein evidenzbasiertes, ambulantes Therapieprogramm (MDFT – Multidimensionale Familientherapie) eingegangen, welches speziell für drogenabhängige aber auch delinquente junge Menschen entwickelt worden ist und bereits 2017 beim Fördergeber konzeptuell eingebracht wurde. Ziel dieses Programmes ist die Mitberücksichtigung und Einbindung der unterschiedlichen Lebensbereiche des jungen Menschen – der Klient/die Klientin wird hier nicht getrennt von seinem/ihrem Umfeld betrachtet, Beziehungen zu Eltern, Beziehungen zu Peers, Beziehungen zu Lehrern/Lehrerinnen werden hier in den Therapieprozess miteingebunden – positive Entwicklung in nur einem der Lebensbereiche kann kaum gelingen, wenn andere (problematische) Lebensbereiche unbehandelt und ausgeklammert werden. Die Vorstellung dieses Therapieprogramms war im Wesentlichen dem Zwecke dienlich, auf eine nötige Erweiterung der Hilfeleistungsangebote von jungen Menschen hinzuweisen.

Zusammenfassung

In der soziotherapeutischen Arbeit müssen globale Ziele mittels Goal Attainment Scale auf Etappenziele heruntergebrochen werden. Ziele sind sodann in verstärktem Ausmaß unter allen beteiligten Akteuren zu synchronisieren, regelmäßig zu reflektieren, zu überprüfen und zu dokumentieren. Im Bereich der Zielgruppen muss der Fokus auf individuelle und für den Klienten/die Klientin maßgeschneiderte Formen der Hilfeleistung gerückt werden, ein junger Mensch ist dabei niemals getrennt von seinem Umfeld zu betrachten. Die Unterstützung von „hard-to-reach“-Klientel benötigt in größerem Ausmaß aufsuchende Hilfeleistungsformen – ein hochgradig geeignetes, evidenzbasiertes ambulantes Therapieprogramm wäre hierfür die multidimensionale Familientherapie (MDFT).