

Störungsattributionen von Jugendlichen und ihren Betreuern in pädagogisch betreuten Wohngruppen

Eine empirische Untersuchung mit dem AFKA (Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution)

Petra Göbbels, Dieter Wälte, Sabine Krönchen

Zusammenfassung

Personen stellen Krankheitstheorien auf, die unter anderem auch kausale Attributionen beinhalten. In stationären Jugendwohngruppen, dessen Klientel eine hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten aufweist, findet eine intensive Zusammenarbeit von Klient und Bezugsbetreuer statt. Die folgende Studie zeigt die Störungsattributionen sowohl der jugendlichen Bewohner als auch ihrer Bezugsbetreuer, welche jeweils hohe Ursachenzuschreibungen bei den Faktoren „Familie“ und „Selbst“ aufweisen. Darüber hinaus zeigen sich im Vergleich vor allem Unterschiede in den Kausalattributionen zwischen ambulant und stationär versorgten Jugendlichen.

Hintergrund

Attributionen (Ursachenzuschreibungen) sind laienhafte, subjektive Annahmen von Kausalzusammenhängen, die hinter beobachteten Phänomenen vermutet werden. Sie bestimmen weitgehend, wie die attribuierende Person auf das beobachtete Ereignis reagiert (vgl. Herkner, 1980). Nach Heider (1977) verhält sich jeder Mensch wie ein amateurhafter Wissenschaftler, wenn er Ursachenzuschreibungen vornimmt, um seine Umwelt und besonders das Verhalten anderer zu verstehen (vgl. Aronson et al., 2014). Attributionen haben die Funktion, Komplexität zu reduzieren sowie Orientierung und Kontrolle zu geben (vgl. Herkner, 1980). Kausale Attributionen sind für den Menschen wichtig, um sein soziales Umfeld zu organisieren (vgl. Heider, 1944). Gleichzeitig können sie auch eine selbstwertdienliche Aufgabe erfüllen. Die erlebten Situationen werden so gedeutet, dass die eigene Person und ihre Leistung positiv bewertet werden. Beispielsweise wird Erfolg der eigenen Person zugeschrieben, während Misserfolg eher auf Umweltfaktoren attribuiert wird. So bleibt das Selbstwertgefühl stabil oder wird sogar gesteigert (vgl. Aronson et al., 2014). Nach Heiders Theorie werden zwischen internalen (Ursache liegt in der Person) und externalen Attributionen (Ursache liegt in der Umwelt) unterschieden. Eine Erweiterung dieser Theorie nahm unter anderem Weiner (1994) vor, welcher die Dimensionen der Stabilität und der Kontrollierbarkeit der Ursachen hinzufügte. Die Akteur-Beobachter-Theorie nach Jones & Nisbett (1972) unterscheidet zwischen den beiden Rollen von Beobachter und handelnder

Person, welche die Attributionen beeinflusst: Beobachter schreiben Handlungen einer anderen Person eher internalen Ursachen zu, während sie eigenes Verhalten oft auf externale, situationsbezogene Ursachen zurückführen (vgl. Herkner, 1980).

Auch bei Krankheiten oder Störungen werden Attributionen aufgestellt, um Erklärungen dafür zu finden sowie das Gefühl von Orientierung zu gewinnen. Setzt sich ein Mensch mit einer Krankheit auseinander, entweder durch eigene Betroffenheit oder im Kontakt mit anderen Betroffenen, entwickelt er entsprechend des Common Sense-Selbstregulationsmodells (CSM) subjektive Krankheitstheorien über Symptomatik (Wahrnehmung), Ursachen, Folgen, Verlauf und Behandelbarkeit (vgl. Wälte, 2013). Krankheits- bzw. Störungsattributionen sind Teil subjektiver Krankheitstheorien, welche die Kausalbeziehung zwischen Ursache und Symptomen fokussieren. Die (psycho)pathophysiologische Bedeutung von Attributionen zeigt unter anderem die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1979): Bestimmte Kausalattributionen stehen mit störungsspezifischen, vor allem depressiven Symptomen in Verbindung. Depressive Menschen neigen eher zu einem internal-stabil-unkontrollierbaren Attributionsstil gegenüber negativen Lebensereignissen (vgl. Stiensmeier-Pelster, 1994). Außerdem konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass Krankheits- bzw. Störungsattributionen ein intrafamiliäres Muster aufweisen. Attributionen sind nicht auf intrapsychische kognitive Prozesse eingegrenzt, sondern erscheinen als ein systemisches Phänomen (vgl. Wälte, Kröger, 2002; vgl. Ochs et al., 2002).

Die Klientel der stationären Jugendhilfe weist eine sehr hohe Prävalenz psychiatrischer Auffälligkeiten auf (vgl. Schmid, 2010). Die Therapeutische Wohngruppe (TWG) ist die am meisten auf psychiatrische Störungsbilder spezialisierte Wohnform (vgl. Köhler-Saretzki, 2009). Reguläre Jugendhilfeeinrichtungen sind oftmals mit den besonderen Problemkonstellationen der Bewohner überfordert, weshalb die Hilfe oft scheitert, wenn psychiatrische Störungsbilder vorliegen. Dahingegen ist die fachliche Ausrichtung der TWG, die sich grundsätzlich in der Betreuungsqualität von regulären Einrichtungen unterscheidet, von großer effektiver Bedeutung für die Klienten (vgl. Gahleitner et al., 2009). Wichtige Komponente der Arbeit ist das Bezugsbetreuungssystem für jeden Klienten, welches eine intensive kommunikative Arbeit voraussetzt, um so ein entwicklungsförderndes Klima zu erzeugen. Der Bezugsbetreuer/die Bezugsbetreuerin kann ein besseres Verständnis für die Situation des jeweiligen Klienten einnehmen und positive Beziehungserfahrungen anstoßen (vgl. AK-TWG, 2009). Durch die intensive Arbeit des Bezugsbetreuers/der Bezugsbetreuerin mit den Klienten erhalten sie einen umfangreichen Einblick in deren Leben, der sowohl die Verhaltensweisen, Symptomatik, Biografie und sozialen Strukturen umfasst. Angelehnt an die Erkenntnisse, dass Attributionen ein systemisches Phänomen sind, könnten auch in diesem System aus Bezugsbetreuer/in und Klient vergleichbare Attributionsprozesse angenommen werden.

Neben den spezifischen Problemlagen der jungen Bewohner sind auch alters- bzw. entwicklungspezifische Merkmale in die Arbeit einzubeziehen, die unter Umständen mit der psychischen Symptomatik in Zusammenhang stehen können. So ist besonders das Jugendalter durch bestimmte Entwicklungsaufgaben geprägt, wozu die Umstrukturierung des sozialen Umfelds mit der Ablösung vom Elternhaus, biologische und psychische Veränderungen wie die Identitätsfindung zählen (vgl. Silbereisen, Weichold, 2012). Auch für die Attributionsfähigkeit spielt die altersspezifische Entwicklung eine entscheidende Rolle, die nach dem Modell von J. Piaget erst mit dem formal-operationalen Denken (ab ca. 12 Jahren) zunehmend entwickelt ist (vgl. Sodian, 2012). Letzteres stellt ein Einschlusskriterium für die untersuchte Stichprobe dar, um die notwendige Attributionsfähigkeit zu gewährleisten.

Fragestellung und Hypothesen

Wie in früheren Studien gezeigt werden konnte, weist zum ersten die „Heimpopulation“ eine hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten auf. Zum zweiten könnten familiensystemische Attributionsmuster festgestellt werden. Ob nun außerfamiliär betreute Jugendliche und deren Bezugsbetreuer ebenfalls ein vergleichbares Attributionsmuster ausweisen wie Jugendliche, die in ihrer Herkunftsfamilie leben, soll im Weiteren untersucht werden. Die Studie konzentriert sich auf die folgende Fragestellung:

Welche Störungsattributionen weisen Jugendliche und ihre Bezugsbetreuer in vollstationären pädagogisch betreuten Wohngruppen auf?

Das Ziel dieser Untersuchung soll sein, die Merkmale von Störungsattributionen in nicht-familiär, stationär pädagogischen Bezugssystemen empirisch zu überprüfen, was nach Kenntnissen der Verfasser in noch keiner Studie zuvor untersucht wurde. Der Bezugsbetreuer erlebt den Jugendlichen im pädagogischen Alltag, der durch eine intensive Kommunikation zwischen beiden Rollen geprägt ist. Dadurch erhält der Professionelle einen tiefen Einblick in die Lebenslage und Biografie seines Bezugsklienten und dessen Herkunftsfamilie, was ihn schließlich zu subjektiven Theorien über ihn und dessen Problemlage veranlasst. Nach Heider (1977) besteht ein Zusammenhang zwischen der Intensität des persönlichen Kontakts zwischen Personen und der Wahrnehmung einer Person bzw. den Attributionen von ihr. Demnach wird im Folgenden den Hypothesen nachgegangen:

1. Die Störungsattributionen von Jugendlichen in pädagogisch betreuten Wohngruppen zeigen im Durchschnitt das gleiche Profil wie die Fremdattributionen ihrer Bezugsbetreuer.
2. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Störungsattributionen der Jugendlichen (Selbstoperspektive) und den Störungsattributionen (Fremdperspektive) der Bezugsbetreuer.

3. Die Störungsattributionen der Indexpatienten stehen in einem Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung ihrer Beziehung zu ihren Bezugsbetreuern.
4. Die Störungsattributionen von Jugendlichen in pädagogisch betreuten Wohngruppen unterscheiden sich im Durchschnitt von den Attributionen von anderen Jugendlichen in der ambulanten psychiatrischen Behandlung und in Obhut.

Letzte Hypothese konnte im Rahmen einer Forschungsreihe zu Attributionen an der Hochschule Niederrhein geprüft werden, indem die Daten von einer Studie in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie („KJP“) sowie von einer Studie in einer Inobhutnahmestelle („Obhut“) mit den hier erhobenen Daten verglichen werden. In der Studie „KJP“ wurden die Störungsattributionen von jugendlichen Indexpatienten und ihrem Familiensystem untersucht. Die Studie „Obhut“ befasst sich mit Jugendlichen in einer Inobhutnahmestelle und ihren Kausalattributionen zu ihrer aktuellen Situation nach §42 SGB VIII.

Methode

Für die Datenerhebung wurde der Fragebogen AFKA (Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution) in zwei Versionen für Jugendliche (AFKA_I) und für Betreuer (AFKA_B) verwendet und entsprechend der Fragestellung modifiziert. Der AFKA ist ein standardisiertes klinisches Messinstrument zur Erfassung von subjektiven Überzeugungen über die Ursachen psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen, das auf dem bio-psycho-sozialen Modell basiert (vgl. Wälte, Kröger, 1998). Der erweiterte AFKA umfasst die 9 Dimensionen „Familie“, „Selbst“, „Partnerschaft“, „Stress“, „Finanzen“, „Schicksal“, „Körper“, „Sucht“ und „Peers“, dessen insgesamt 61 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „1 = gar nicht“ bis „5 = sehr stark“ zu beantworten sind. Die Zusatzfragen 2 und 3 des ursprünglichen Fragebogens flossen nicht in die Studie ein, stattdessen wurden zusätzliche Fragen zur Erfassung von soziografischen Daten, über persönliche Erfahrungen sowie zur Einschätzung der Beziehung im Bezugssystem ergänzt.

An der Studie nahmen insgesamt 12 Wohngruppen (größtenteils intensivpädagogische, -therapeutische und -heilpädagogische Gruppen) teil, die auf psychische Störungsbilder spezialisiert sind und aus unterschiedlichen Regionen in NRW und von verschiedenen Trägern stammen. In die folgende Auswertung fließen insgesamt 104 Fragebögen ein, die von 54 Jugendlichen ($n_J = 54$) und 50 Bezugsbetreuern ($n_B = 50$) beantwortet wurden.

Die 54 befragten Jugendlichen sind zwischen 11 und 23 Jahren alt (\bar{x} -Alter: 16,5 Jahre), die ein Geschlechterverhältnis von 1:2 (31% ♂ : 69% ♀) und folgende Verteilung der Schulformen aufweisen (20% Gymnasium, 17% Realschule, 17% Berufskolleg, 13% Förderschule,

11% Gesamtschule, 7% Hauptschule, 15% Sonstiges). Durchschnittlich wohnen die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung seit ungefähr 13 Monaten in der Einrichtung, dabei ist eine große Streuung der Betreuungsdauer zu vermerken, die von weniger als einen Monat bis zu 6 Jahren reicht. Die Dauer des Betreuungsverhältnisses zu der befragten Fachkraft beträgt durchschnittlich 9,4 Monate. Bei 40 Jugendlichen (74%) wird mindestens eine diagnostizierte psychische Störung aufgeführt. Die starke Spezialisierung der untersuchten Wohngruppen lässt vermuten, dass der Anteil der vorhandenen psychischen Störungen höher ist als angegeben. Schließlich kann so nur eine Untergrenze für die Prävalenz diagnostizierter psychischer Störungen in der Stichprobe angegeben werden.

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, weist die Stichprobe einen hohen Anteil an depressiven Störungen auf (F32/F33 ICD-10: 35% bzw. 19 Probanden), gefolgt von Entwicklungs- (8 Probanden) und Essstörungen (6 Probanden). Dabei wird eine hohe Komorbidität (44% der Stichprobe) deutlich, die teilweise über zwei psychische Störungsbilder hinausgeht.

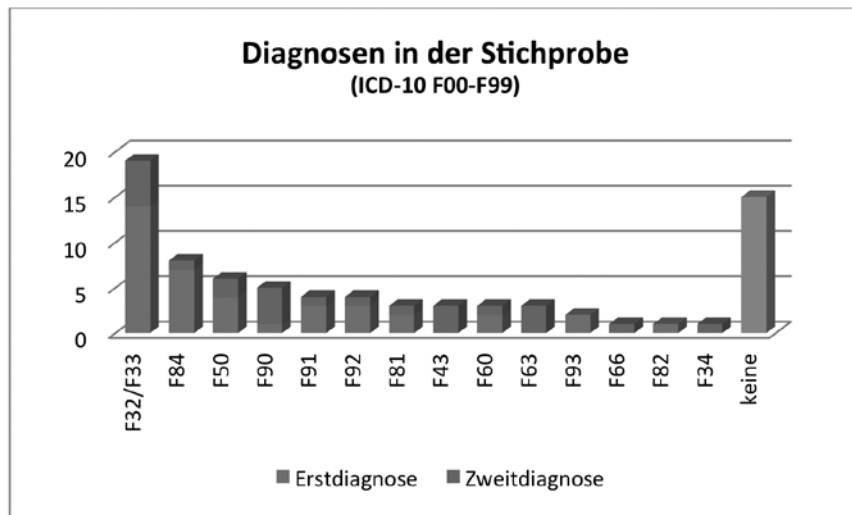


Abbildung 1: Absolute Häufigkeit der Diagnosen in der untersuchten Stichprobe

Zusätzlich werden als Vergleichsgruppe vorliegende Daten aus den Bereichen Inobhutnahmestelle ($n_{obhut} = 100$) und ambulante Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ($n_{KJP} = 55$) hinzugezogen.

Bei der Durchführung fand eine vollständige Anonymisierung der Studienteilnehmer statt. Die statistischen Analysen erfolgen mit dem Programm SAS, Version 12.3, und werden anschließend mit Excel grafisch bearbeitet.

Ergebnisse

Störungsattributionen der pädagogisch betreuten Jugendlichen

Die befragten Jugendlichen aus den pädagogisch betreuten Wohngruppen schreiben durchschnittlich den Faktoren „Familie“ und „Selbst“ den höchsten Wert als Ursache für ihre psychische Störung zu, gefolgt von den Faktoren „Stress“ und „Schicksal“ (s. Abb. 2). Im geschlechtsspezifischen Vergleich zeigen sich signifikante Unterschiede bei den Faktoren „Familie“ ($t = -2,87; p < 0,01$), „Selbst“ ($t = -3,08; p < 0,01$) und „Sucht“ ($t = -2,01; p < 0,05$). Mädchen attribuieren insgesamt stärker auf diese Faktoren als Jungen. Die Standardabweichungen (σ : $\pm 0,7$ bis ± 1 ; σ : $\pm 0,4$ bis ± 1) zeigen bei allen Faktoren Überschneidungen in der Streuung der Merkmalsausprägungen (vgl. Abb. 2).

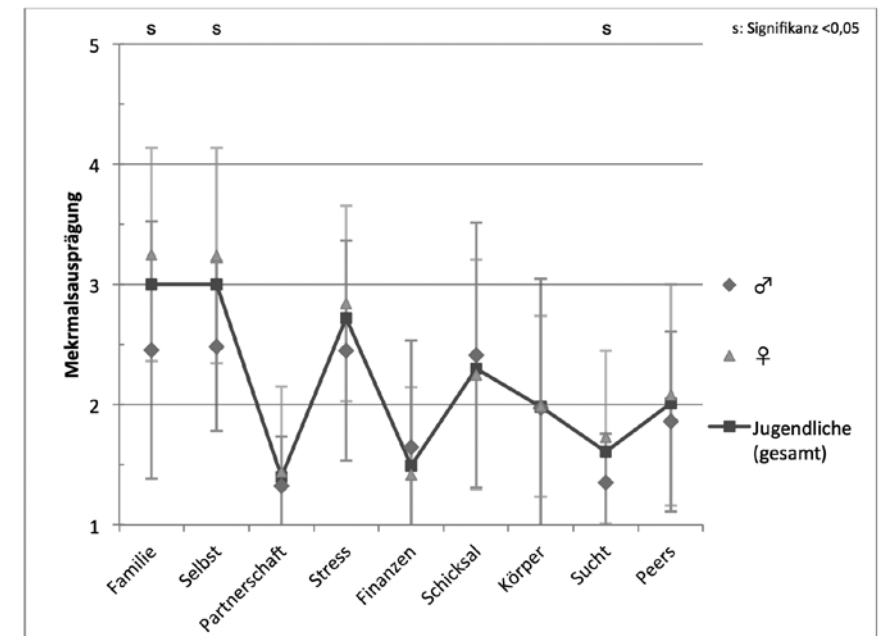


Abbildung 2: Vergleich zwischen den Geschlechtern bei den Störungsattributionen (Mittelwerte, Standardabweichungen, Signifikanz aus t-Test)

Störungsattributionen im Bezugsbetreuungssystem

Die Störungsattributionen im Bezugsbetreuungssystem zeigen im Vergleich aller Mittelwerte von Jugendlichen und Betreuern in 7 von 9 Faktoren deutliche Übereinstimmungen. Anhand des Profils wird deutlich, dass beide Rollen ähnliche Attributionsmuster zeigen (Abb. 3). Die Bewertung der einzelnen Faktoren zeigt bei beiden Rollen die gleiche Reihenfolge: „Familie“, „Selbst“, „Stress“, „Schicksal“, „Peers“, „Körper“ und „Sucht“, gefolgt von „Partnerschaft“ und „Finanzen“. Die Standardabweichungen zeigen starke Überschneidungen in den Attributionen von Jugendlichen und ihren Betreuern. Die Faktoren „Familie“ ($t = -6,12$; $p < 0,001$) und „Selbst“ ($t = -3,53$; $p < 0,01$) zeigen jedoch signifikante Abweichungen zwischen beiden Rollen. Auch bei einem gepaarten t-Test, bei dem wegen der Abhängigkeit der Messungen die Differenzen innerhalb des Bezugsbetreuungssystems (d. h. dem jeweiligen Paar Jugendlicher und Betreuer) ermittelt werden, wurden in den ersten beiden Faktoren jeweils hoch signifikante Unterschiede festgestellt. Deshalb kann die Forschungshypothese 1 (Die Störungsattributionen von Jugendlichen in pädagogisch betreuten Wohngruppen zeigen im Durchschnitt das gleiche Profil wie die Fremdattributionen ihrer Bezugsbetreuer) für die Faktoren „Familie“ und „Selbst“ verworfen werden.

	Indexpatienten		Betreuer		t-Test		
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	t	p	Signifikanz
Familie	3,00	± 1,01	3,94	± 0,71	5,46	0,000	Ja
Selbst	3,00	± 0,90	3,51	± 0,77	3,07	0,003	Ja
Partnerschaft	1,40	± 0,63	1,50	± 0,82	0,65	0,518	Nein
Stress	2,72	± 0,86	3,00	± 0,79	1,75	0,084	Nein
Finanzen	1,49	± 0,78	1,43	± 0,63	-0,43	0,665	Nein
Schicksal	2,30	± 0,99	2,48	± 1,06	0,87	0,389	Nein
Körper	1,98	± 0,86	1,96	± 0,99	-0,15	0,884	Nein
Sucht	1,61	± 0,66	1,85	± 0,87	-0,24	0,810	Nein
Peers	2,01	± 0,87	1,98	± 0,87	-0,18	0,855	Nein

Tabelle 1: Mittelwerte der Merkmalsausprägungen und signifikante Ergebnisse der t-Tests im Vergleich zwischen den Geschlechtern

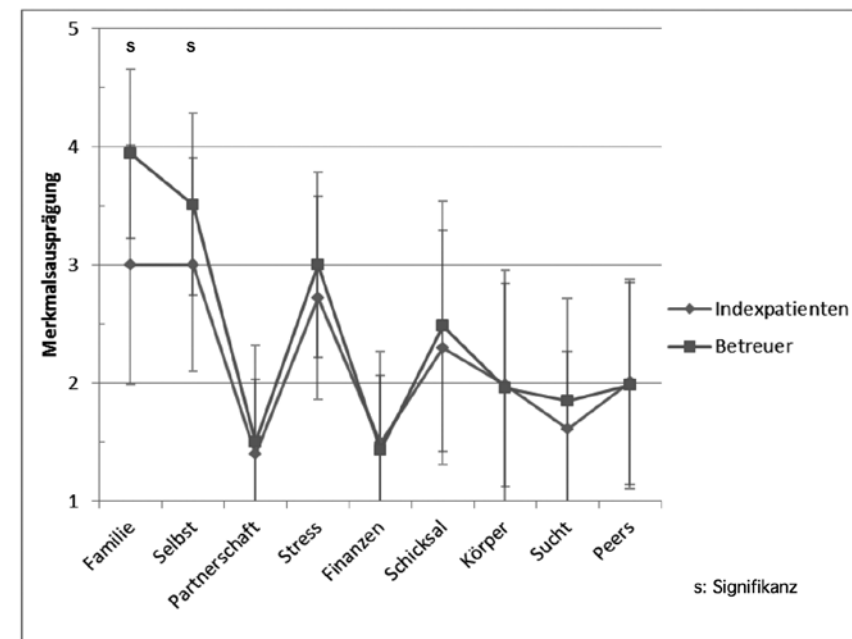


Abbildung 3: Attributionsprofile im Vergleich: Indexpatienten und Bezugsbetreuer (Mittelwerte) mit Standardabweichungen und Signifikanz aus t-Test

Zur Prüfung der Hypothese 2 wurden Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Jugendlichen und ihren Betreuern berechnet. Insgesamt zeigt die Korrelationsmatrix nur bei 2 von 9 Faktoren (Körper: $r = 0,31$, $p = 0,031$; Sucht: $r = 0,42$; $p = 0,003$) schwache signifikante Korrelationen, sodass Hypothese 2 für 7 von 9 Faktoren zu verwerfen ist.

Zusammenhang von Störungsattributionen und Beziehung

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Beziehung und den Störungsattributionen im professionellen Bezugssystem konnten nur vereinzelt signifikante Zusammenhänge zwischen subjektiver Einschätzung der Beziehung zwischen Betreuer und Indexpatienten und den Störungsattributionen von der jeweiligen Rolle ermittelt werden. Zum einen konnten schwache negative Korrelationen von $r = -0,29$ bis $r = -0,38$ bei $p < 0,05$ ermittelt werden, welche einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der Beziehung des Jugendlichen zu seinem Betreuer und den Attributionsfaktoren „Schicksal“, „Körper“ und „Sucht“ zeigen. Das würde bedeuten: je besser die Indexpatienten die Beziehung

zu ihrem Bezugsbetreuer bewerten, desto weniger attribuieren sie auf die Faktoren „Schicksal“, „Körper“ und „Sucht“.

Entgegen der Erwartungen konnte kein Zusammenhang zwischen der Betreuungsdauer und einer Annäherung in den Attributionen beider Rollen festgestellt werden.

Attributionen im Vergleich zwischen Wohngruppen, KJP und Inobhutnahme

Der Vergleich der durchschnittlichen Attributionsprofile von Jugendlichen aus den drei Bereichen KJP, Inobhutnahme („Obhut“) und Wohngruppe („JWG“) zeigt deutliche Unterschiede in den Attributionspräferenzen und -stärken von Jugendlichen zwischen ambulanter KJP-Behandlung und stationären Maßnahmen („Obhut“ und „JWG“), die in Abbildung 4 dargestellt sind. Bei diesem Vergleich werden nur die ursprünglichen 8 Faktoren „Familie“, „Selbst“, „Partnerschaft“, „Stress“, „Finanzen“, „Schicksal“, „Körper“ und „Sucht“ betrachtet, da in den beiden früheren Studien in den Bereichen KJP und der Inobhutnahmestelle der 9. Faktor „Peers“ noch nicht im Fragebogen integriert war.

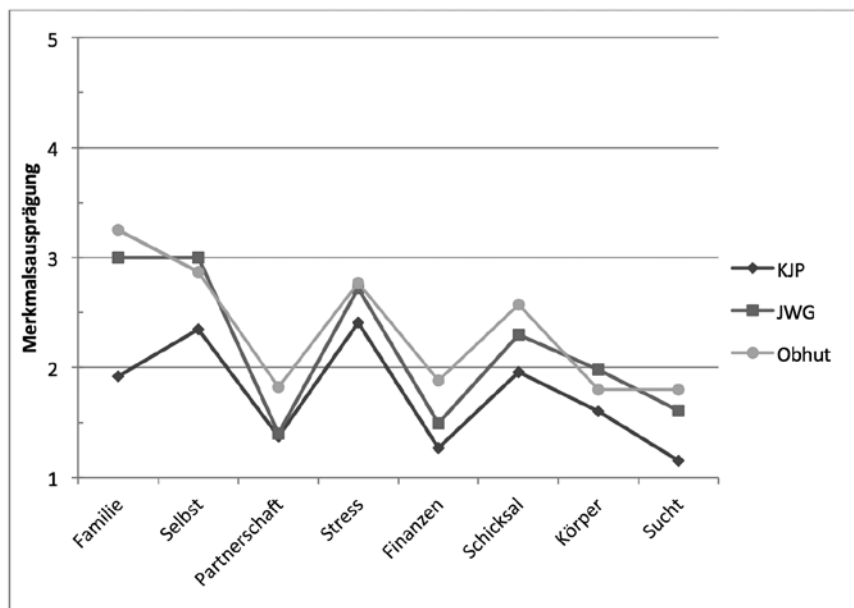


Abbildung 4: Attributionsprofile im Vergleich: KJP, Wohngruppen (JWG) und Inobhutnahme (Obhut)

Mit dem Scheffé-Test können in 7 von 8 Faktoren zwischen mindestens zwei der drei Settings signifikante Mittelwertsunterschiede ermittelt werden. Ausnahme stellt der Faktor „Körper“ dar. Es zeigen sich zwischen Wohngruppen und KJP in den Faktoren „Familie“, „Selbst“ und „Sucht“, zwischen Wohngruppen und Inobhutnahmestelle in den Faktoren „Partnerschaft“ und „Finanzen“ und schließlich zwischen Inobhutnahmestelle und KJP in den Faktoren „Familie“, „Selbst“, „Partnerschaft“, „Stress“, „Finanzen“, „Schicksal“ und „Sucht“ signifikante Unterschiede auf einem 5%-Signifikanzniveau.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen spezifische Merkmale für pädagogisch betreute (therapeutische) Jugendwohngruppen, die sich auf die Störungsattributionen in dem dortigen Bezugssystem beziehen: Jugendliche aus Selbstsicht und ihre Bezugsbetreuer aus Fremdsicht schreiben den Faktoren „Familie“, „Selbst“ und „Stress“ die höchsten Werte für Ursachen ihrer psychischen Symptomatik zu. Besonders die Fremdsicht der Bezugsbetreuer zeigt hohe Kausalattributionen auf den Faktoren „Familie“ und „Selbst“, die signifikant von der Beurteilung der Jugendlichen abweicht. Allgemein attribuieren Jugendliche am stärksten auf die Faktoren „Familie“, „Selbst“, „Stress“ und „Schicksal“, die abhängig von ihrer institutionellen Anbindung in ihrer Reihenfolge variieren.

Die relativ hohe Attribution der Jugendlichen auf den Faktor „Familie“ als ursprünglichen Faktor zur Entstehung ihrer psychischen Auffälligkeiten nähert sich stark dem Attributionswert aus der „Inobhutnahme“-Studie. Im Rahmen der stationären Jugendhilfe wirkt diese Annäherung wenig verwunderlich, da schließlich solche außerfamiliären und therapeutischen Maßnahmen dann eingeleitet werden, wenn sie für die Entwicklung des Jugendlichen notwendig sind, weil die Problemlösungsmöglichkeiten der Herkunftsfamilie für den Umgang mit der Symptomatik und der Problemlage des Jugendlichen unzureichend bzw. überschritten sind. An dieser Stelle muss auf die Komplementarität der Problemlagen verwiesen werden, da die Probleme und Auffälligkeiten des Jugendlichen einerseits als Folge von familiären Konflikten verstanden werden können und andererseits als ursächliche und negativ beeinflussende Komponenten gelten können (vgl. AK-TWG, 2009). Darüber hinaus kann die altersspezifische Entwicklung, insbesondere der Ablöseprozess von den Eltern, die familiäre Konfliktlage und die jugendliche Beurteilung seiner Familie beeinflussen. „Je stärker die Probleme im interpersonalen Bereich [...], desto ausgeprägter ist die Attribution auf die Familie“ (Wälte, Kröger, 1998, S. 26). Der Zusammenhang zwischen familiären Konflikten und starker Attribution auf den Faktor „Familie“ spiegelt sich besonders im Vergleich der verschiedenen Settings wider. Außerfamiliär betreute Jugendliche schreiben diesem Faktor einen höheren Wert für die Ursache ihrer Situation bzw. Störung zu als ambulant betreute Jugendliche. Besonders die hohe Attribution der Jugendlichen, die im Rahmen von §42 SGB

VIII in der Inobhutnahmestelle aufgenommen wurden, ist aufgrund familiärer Krisenlagen als Anlass für die Fremdplatzierung zu erklären.

Die gleichermaßen starke Attribution auf den Faktor „Selbst“ kann mit der hohen Prävalenz von internalisierten Symptomen, besonders depressiver Störungsbilder, in der Stichprobe erklärt werden. „Je höher die Angst und Depressivität [...], desto stärker die Attribution auf die eigene Person“ (Wälte, Kröger, 1998, S. 27). Die gleiche Wertigkeit mit dem Faktor „Familie“ könnte so zu erklären sein, dass unter anderem auch familiäre Risikofaktoren wie die psychische Erkrankung eines Elternteils als Ursache für depressive Störungen im Jugendalter gelten (vgl. Petermann, 2011). Somit würden sich diese beiden Faktoren in einer solchen Stichprobe mit hohem Depressionsvorkommen gegenseitig bedingen und steigern. Unterschiede zwischen der KJP- und der Wohngruppen-Stichprobe können anhand der unterschiedlichen Verteilung der Diagnosen zu erklären sein. Während in der Wohngruppen-Stichprobe 35% (bzw. 26% nur Erstdiagnose) eine depressive Störung aufweisen, finden sich in der KJP-Stichprobe lediglich 3%, die allerdings einen hohen Diagnoseanteil von ADHS, Anpassungsstörungen und Entwicklungsstörungen zeigt.

Auch die altersspezifische Entwicklungsaufgabe der „Identitätsarbeit“ kann mit der hohen Attribution auf die eigene Person im Zusammenhang stehen. Die fokussierte Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Erfahrung von Veränderung können Orientierungslosigkeit, Verunsicherung und eine depressive Stimmung hervorrufen. So wird die Attribution wenig selbstwertdienlich ausgerichtet, was das psychische Wohlbefinden weiterhin schwächen kann.

Mädchen weisen durchschnittlich höhere Attributionswerte auf als Jungen, insbesondere in den Faktoren „Familie“, „Selbst“ und „Sucht“. Adoleszente Mädchen haben nach neueren Studien mehr Konflikte mit ihren Eltern und bewerten das Familienklima negativer bzw. belastender als Jungen. Es konnte ein deutlich höherer Zusammenhang zwischen der Familienbeziehung und der psychischen Gesundheit bei Mädchen nachgewiesen werden als bei Jungen (vgl. Kässinger, 2012; Titze et al., 2005). Die höhere Attribution auf den Faktor „Selbst“ bei Mädchen ist mit einer höheren Prävalenz internalisierter Störungen wie Depressionen oder Suizidalität zu erklären (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2013).

Im Durchschnitt zeigen die Störungsattributionen aus Fremdsicht des professionellen Bezugssystems größtenteils Ähnlichkeiten auf, doch sind vor allem die signifikanten Mittelwertunterschiede bei den beiden höchst bewerteten Faktoren „Familie“ und „Selbst“ interessant. Im Vergleich der Beurteilungen von Heimkindern und Erziehern wurde in der Studie von Schmid (2007) unter anderem deutlich, dass die außerfamiliär betreuten Jugendlichen das Ausmaß ihrer Problembelastung geringer einschätzen als ihre Erzieher im Heim. Beson-

ders das Verhältnis zur Herkunftsfamilie wird im Vergleich von beiden Rollen unterschiedlich beurteilt, da die Erzieher die familiäre Beziehung deutlich problembelastender einschätzen als die Jugendlichen selber (vgl. Schmid, 2007). Anders betrachtet könnte sich aus dieser Wertung neben einer pathologischen auch eine ressourcenorientierte Einstellung ableiten lassen. Imgart et al. (2012) zeigten, dass professionelle Kliniker die Familie als wichtigen Einflussfaktor für die Genesung einer Essstörung eines Familienmitgliedes ansehen. Wenn also die Bezugsbetreuer den Faktor „Familie“ so hoch bewerten, dann sehen sie die Familie auch als wichtige potenzielle Ressource an, die für den Erfolg der Hilfe ausschlaggebend ist.

Die geringe Gewichtung der Faktoren „Familie“ und „Selbst“ bei den Jugendlichen kann als selbstwertdienliche Attribution verstanden werden. Aufgrund der emotionalen Beziehung betrachten die Jugendlichen ihre familiäre Situation weniger kritisch als die außenstehenden Betreuer. Die Rolle der Betreuer erlaubt es hingegen sowohl die Familie als auch die Person des Jugendlichen stärker distanziert zu betrachten als der Jugendliche selber, was sie zu einer kritischeren und höheren Ursachenzuschreibung motiviert, da schließlich die eigene Person des Bezugsbetreuers als Beobachter anstelle des Betroffenen dabei unbewertet bleibt. Angelehnt an die Akteur-Beobachter-Theorie von Jones & Nisbett (1972) kann so der große Unterschied in den Attributionen beider Rollen erklärt werden, welche der Beobachterrolle (Betreuer) eine interne Attribution zu dem Handelnden (Jugendlichen) vorhersagt.

Deutlich wurde, dass zwar im Durchschnitt ein ähnliches Attributionsprofil beider Rollen gezeigt werden konnte, das lediglich in den ersten beiden Faktoren Abweichungen aufweist, jedoch entgegen den Erwartungen keine Korrelationen ermittelt werden konnten. Das könnte darauf hindeuten, dass der Betreuer, unabhängig von dem jeweiligen Klienten, geleitet von seinem theoretischen Wissen seine Attributionen vornimmt.

Abgeleitet von Heiders Theorie (1977), dass die Intensität der interpersonalen Beziehung Auswirkungen unter anderem auf die Attributionen hat, kann die Hypothese, dass die Beziehung zwischen beiden Rollen die jeweiligen Attributionen beeinflusst, verworfen werden.

Die oben beschriebenen Ergebnisse können für eine systemisch orientierte Fallfassung in der praktischen Arbeit in therapeutischen Jugendwohngruppen nützlich sein. Besonders einseitige Erklärungsmuster oder konfliktvolle Wahrnehmungen der Klienten können Ressourcen für die Genesung blockieren, die aufzudecken und aufzulösen sind (vgl. Wälte, Kröger, 2002). Nach Schleiffer (2009) besteht das Ziel der Heimerziehung darin, positive Veränderungen im psychischen und kontextuellen System des Jugendlichen wie seiner Familie herbeizuführen. Voraussetzung dafür sind Kenntnisse über das System, was auch mit einer hohen Empathie für das System und mit der Erfassung der Attributionen der System-

mitglieder einhergehen kann. Der Bezugsbetreuer, der die Veränderungen in dem System seiner Bezugsklienten positiv fördern möchte, muss sich in die Lage des Jugendlichen und seines Bezugssystems hineinversetzen können (vgl. Schleiffer, 2009). Die Erfassung von Störungsattributionen könnte demnach dem Bezugsbetreuer helfen, den Klienten in seinem Verhaltensweisen, Gedanken und emotionalen Reaktionen besser zu verstehen. Mit der Erfassung der Attributionen der Familienmitglieder könnte das familiäre System besser zu begreifen sein. Wenn der Betreuer wiederum seine eigenen Attributionen zu seinem Bezugsklienten ermittelt und vergleicht, so können möglicherweise Blockaden in der professionellen Beziehung und Durchführung von Hilfemaßnahmen ergründet werden. Wenn Ursachenzuschreibungen stark auf der Familie und dem Selbst liegen, dann könnten diese auch als Ressourcen für eine positive Veränderung der Situation umgedeutet werden. Das würde die Veränderungsbereitschaft des Jugendlichen und seines Familiensystems fördern. Besonders die mögliche Skepsis und der Widerstand der Eltern gegenüber der stationären Betreuung des Kindes könnten mit dem Bewusstsein umgangen werden, dass sie einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes ausüben und dieses Potenzial von Professionellen gesehen wird. Wichtig ist, dass die Attributionen nicht auf ihre Richtigkeit bzw. Objektivierbarkeit, sondern vielmehr auf ihre Nützlichkeit geprüft werden. Außerdem kann den Klienten durch die Erfragung ihrer Meinung zu der Problem- bzw. Hilfesituation das Gefühl vermittelt werden, dass sie im Hilfeprozess integriert sind, was schließlich auch Auswirkungen auf die Compliance haben kann. Darüber hinaus hilft die Erfassung der eigenen Attributionen zu einem Fall bzw. einem Klienten die eigene Arbeit zu reflektieren, mögliche Differenzen zwischen der eigenen Sicht und der Sicht des Jugendlichen aufzudecken und mit besonderer Sensibilität in der weiteren Arbeit mit ihm zu beachten.

Literatur

- AK-TWG (2009). KATA-TWG. Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin. http://www.therapeutische-jugendwohngruppen.de/publikationen/KATA_TWG_Bericht_2009.pdf [14.10.14]
- Aronson, W., Wilson, T., Akert, R. M. (2014). Sozialpsychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B., Krause, B., Rosemeier, C.-P. (2009). Komplexe Anforderungsprofile: Erfordernisse aus der Katamnesestudie therapeutischer Jugendwohngruppen. *Klinische Sozialarbeit* 5(4), S. 6-8.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review* 51(6), S. 358-374.
- Heider, F. (1977). Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herkner, W. (1980). Attribution. Psychologie der Kausalität. In: Herkner, W. (Hrsg.). Attribution. Psychologie der Kausalität. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 11-86.

- Imgart, H., Grieneisen, A., Klug, C., Beier, K., Reich, G. (2012). Wie entstehen Esstörungen? Krankheitsattribution von Betroffenen, Angehörigen und Behandler und die Frage nach der Schuld. 3. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Esstörungen. <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgess2012/12dgess047.shtml> [28.03.15].
- Jones, E. E., Nisbett, R. E. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behaviour. In Jones, E. E., Kanouse, D. E., Kelley, H. H., Nisbett, R. E., Valins, S., Weiner, B. (Eds.), Attribution: Perceiving the causes of behavior. Morristown: General Learning Press, pp. 79-94.
- Kässinger, A. (2012). Die Einschätzung von Stärken und Schwächen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie. <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/9192/KaessingerDissertation.pdf> (28.03.15).
- Köhler-Saretzki, T. (2009). Heimerziehung damals und heute. Eine Studie zu Veränderungen und Auswirkungen der Heimerziehung über die letzten 40 Jahre! Inaugural-Dissertation. Berlin: Pro Business.
- Ochs, M., Seemann, H., Gideon, F., Verres, R., Schweitzer, J. (2002). Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51(3), S. 209-223.
- Petermann, F. (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156(10), S. 985-994.
- Schleiffer, R. (2009). Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. Münster: Votum.
- Schmid, M. G. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. G. (2010). Psychisch belastete Heimkinder. Eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Gahleitner, S. B., Hahn, G. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 113-121.
- Seligman, M. E. P. (1979). Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Silbereisen, R. K., Weichold, K. (2012). Jugend (12-19 Jahre). In: Schneider, W., Lindenberg, U. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. Weinheim, Basel: Beltz, S. 235-258.
- Sodian, B. (2012). Denken. In: Schneider, W., Lindenberg, U. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. Weinheim, Basel: Beltz, S. 385-411.
- Stiensmeier-Pelster, J. (1994). Attribution und erlernte Hilflosigkeit. In: Försterling, F., Stiensmeier-Pelster, J. (Hrsg.). Attributionstheorie. Grundlagen und Anwendungen. Göttingen: Hogrefe, S. 185-211.
- Titze, K., Wollenwerber, S., Nell, V., Lehmkuhl, U. (2005). Elternbeziehungen aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern. Entwicklung und klinische Validierung des Elternbild-Fragebogens (EBF-KJ). *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54(2), S. 126-143.
- Wälte, D. (2013). Salutogene, Pathogese und subjektive Krankheitskonzepte. In: Rössler, W., Kawohl, W. (Hrsg.). Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 73-82.
- Wälte, D., Kröger, F. (1998). AFKA. Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution. Maunl. Aachen.

Wälte, D., Kröger, F. (2002). Krankheitskonzepte im Paar- und Familiensystem. Empirische Analyse und Konsequenzen für die Praxis. *Psychotherapie im Dialog* 3(1), S. 72-75.

Weiner, B. (1994). *Motivationspsychologie*. Weinheim: Beltz.

Petra Göbbels, Sozialpädagogin/„psychosoziale Beratung und Mediation“ M.A., Hochschule Niederrhein. Sozialpädagogische Mitarbeiterin in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie und bei ProMädchen-Mädchenhaus Düsseldorf e.V. E-Mail: p.goebbels@outlook.de

Prof. Dr. habil. Dieter Wälte, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut. Von 1991 bis 2006 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Klinikum Aachen und 1998-2006 Ltd. Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der RWTH Aachen. Seit 2006 Professur für „Klinische Psychologie und Persönlichkeitspsychologie“ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein (Mönchengladbach). Seit 2007 Leiter der Psychosozialen Beratungsstelle an der Hochschule Niederrhein. Seit 1997 Supervisor, Selbsterfahrungsleiter und Dozent bei der AVT Köln.

Prof. Dr. Sabine Krönchen, lehrt seit 2001 als Professorin am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein – aktuell mit dem Lehrgebiet „Methodik und Didaktik der Sozialen Arbeit und Erziehung“, ist als Systemische Supervisorin und Coach tätig und leitet seit 2014 am Institut für Beratung und Supervision (IBS) in Aachen die Weiterbildung „Berufsweltbezogene Beratung: Systemische Supervision und Coaching“. E-Mail: SKroenchen@icloud.com