

Branik, Emil

Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 7, S. 533-545

urn:nbn:de:bsz-psydok-43873

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

| | |
|---|-----|
| Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents) | 39 |
| Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI)) | 118 |
| Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer) | 49 |
| Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry) | 533 |
| Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution) | 559 |
| Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse) | 653 |
| Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder) | 494 |
| Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths) | 385 |
| Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment) | 546 |
| Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience) | 373 |
| Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . . | 31 |

Originalarbeiten / Original Articles

| | |
|--|-----|
| Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents) | 165 |
| Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement | |

| | |
|---|-----|
| of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre) | 341 |
| Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility) | 523 |
| Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence) | 697 |
| Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control) | 92 |
| Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . . | 711 |
| Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool) | 77 |
| Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternttraining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD) | 476 |
| Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study) | 675 |
| Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study) | 239 |
| Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults) | 254 |
| Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence) | 209 |
| Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem) | 150 |
| Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer) | 329 |
| Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children) | 466 |

| | |
|--|-----|
| Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts) | 721 |
| Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care) | 747 |
| Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine) | 194 |
| Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population) | 178 |
| Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence) | 281 |

Übersichtsarbeiten / Review Articles

| | |
|---|-----|
| Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?) | 598 |
| Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) | 419 |
| Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions) | 626 |
| Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective) | 298 |
| Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view) | 454 |
| Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry) | 103 |
| Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders) | 441 |
| Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy) | 792 |

| | |
|---|-----|
| Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children) | 357 |
| Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy) | 12 |
| Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results) | 766 |
| Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohnrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process) | 636 |
| Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities) | 587 |
| Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions) | 610 |

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (<i>O. Bilke</i>) | 317 |
| Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>) | 408 |
| Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (<i>R. Ebner</i>) | 741 |
| Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>) | 406 |
| Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (<i>L. Goldbeck</i>) | 318 |
| Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (<i>D. Gröschke</i>) | 67 |
| Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (<i>M. Hirsch</i>) | 315 |
| Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (<i>J. Wilken</i>) | 411 |
| Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (<i>L. Unzner</i>) | 740 |
| Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (<i>B. Gussone</i>) | 410 |
| Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (<i>K. Brüggemann</i>) | 132 |
| Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (<i>L. Unzner</i>) | 514 |
| Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (<i>L. Unzner</i>) | 138 |
| Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (<i>D. Irlich</i>) | 516 |
| Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (<i>J. Koch</i>) | 230 |
| Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (<i>D. Irlich</i>) | 669 |

| | |
|--|-----|
| Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>) | 66 |
| Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>) | 226 |
| Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrer</i>) | 225 |
| Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>) | 130 |
| Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>) | 131 |
| Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>) ... | 135 |
| Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>) | 228 |
| Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>) | 811 |
| Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>) | 407 |
| Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>) | 671 |
| Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>) ... | 668 |
| Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>) | 136 |
| Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>) | 229 |
| Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Micklej</i>) | 667 |
| Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>) .. | 814 |
| Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>) | 667 |
| Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>) | 319 |
| Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>) | 69 |
| Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>) | 512 |
| Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>) | 575 |
| Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>) | 127 |
| Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>) | 572 |
| Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>) | 576 |
| Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>) | 128 |
| Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>) | 739 |
| Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>) | 738 |
| Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>) | 578 |
| von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>) | 509 |

| | |
|--|-----|
| von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>) | 68 |
| Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>) | 815 |
| Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>) | 572 |
| Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>) | 510 |
| Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>) | 574 |

Neuere Testverfahren

| | |
|---|-----|
| Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>) | 580 |
| Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>) | 321 |
| Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>) | 817 |
| Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>) | 71 |

| | |
|---|---|
| Editorial / Editorial | 1, 147, 417, 585 |
| Autoren und Autorinnen / Authors | 59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811 |
| Zeitschriftenübersicht / Current Articles | 59, 400 |
| Tagungskalender / Congress Dates | 74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819 |
| Mitteilungen / Announcements | 144, 328, 521, 745, 821 |

Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Emil Branik

Summary

Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry

The health system is engaged in conduct disorders by children and adolescents as they represent a psychiatric diagnosis. They come likewise under the responsibility of community services and in part even justice while they exhibit a broad spectrum of social and conduct problems. Where the activities of the institutions mentioned overlap, arise questions of competence and responsibility. According to available empirical data and clinical experiences issues of indication for inpatient treatment in child and adolescence psychiatry units, however, the difficulties how to deal with these patients will be described. Conclusions with regard to possibilities, limits and contraindications for inpatient treatment of children and adolescents with conduct disorders will be drawn.

Zusammenfassung

Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen das Gesundheitswesen, indem sie eine psychiatrische Diagnose darstellen. Sie fallen ebenso in die Zuständigkeit der Jugendhilfe und in einem Teil der Fälle der Justiz, indem sie ein breites Spektrum von sozialen und Verhaltensproblemen beschreiben. Im Überlappungsbereich zwischen den genannten Institutionen tauchen immer wieder Fragen der Zuständigkeit auf. Anhand von heute verfügbaren empirischen und klinischen Befunden werden Fragen der Indikation für die Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie deren Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Klientel beschrieben. Es werden Schlußfolgerungen im Hinblick auf Möglichkeiten, Grenzen und Kontraindikationen, im Sozialverhalten gestörte Kinder und Jugendliche stationär in Kliniken zu behandeln, gezogen.

1 Einleitung

Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens stellen stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen vor schwierige Herausforderungen. Bereits bei der Indikationsstellung zur stationären Behandlung gibt es häufig Konflikte zwischen Einweisern und Kliniken: Während Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens immer wieder mit großem Druck von ihrem Umfeld und den betreuenden Institutionen angemeldet werden, versuchen die Kliniken mittels Differenzierung nach vorrangig medizinischer bzw. sozialer Indikation eine Triage vorzunehmen, um sich nicht als Notunterkünfte, „Strafanstalten“, (ggf. geschlossene) Umerziehungsheime oder Ersatz-Zuhause instrumentalisieren lassen. Dennoch stellt die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit 12 bis 35% (die Mehrzahl der nachfolgend zitierten Erhebungen bewegt sich im oberen Bereich dieses Spektrums) einen erheblichen Anteil des stationären Patientenkollektivs dar (Aba u. Hendrichs 1989; Braun-Scharm et al. 1991; von Aster et al. 1998; Remschmidt u. Walter 1989). Die sozialen Probleme dieser Patienten und ihre psychischen Beeinträchtigungen – beides sind sowohl Auslöser als auch Folge von Störungen des Sozialverhaltens – lassen sich voneinander selten scharf unterscheiden. In vielen Fällen kann bei diesen Kindern sowohl eine psychische Störung, die zu einer ICD-10-Diagnose berechtigt, als auch Dissozialität bis zur Delinquenz im juristischen Sinne festgestellt werden (Earls 1994).

Einmal auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station gelandet bereiten solche Patienten erhebliche Probleme. Sie weisen selten eine Behandlungsmotivation auf und ziehen es vor, lieber als schlecht anstatt als krank angesehen zu werden (Meeks 1995). Die hohe Rate an grenzverletzendem, den Rahmen sprengendem Verhalten droht die Stationen in ein Chaos zu stürzen und eine Kette aus sadomasochistisch anmutenden Strafe-Sühne-Handlungen und Opfer-Täter-Beziehungen in Gang zu setzen (Streeck-Fischer 1995). Da die Überforderung des bisherigen Lebensumfelds in der Regel nicht die unwesentlichste Ursache für die Einweisung dieser Patienten war, gibt es nicht ohne weiteres einen Ort, wohin man sie aus der Klinik wieder entlassen kann. Je nach Ausprägung ihrer Störung engt sich das Spektrum sozialpädagogischer Einrichtungen, die sie übernehmen könnten, rapid ein.

Evaluationen – sofern überhaupt vorhanden – zeigen deutlich, daß die Besserungsquote bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens infolge stationärer Therapien auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen sehr bescheiden ist (von Aster et al. 1998; van Engeland u. Matthys 1998; Gabel u. Shindedecker 1991; Joshi u. Rosenberg 1997; Offord u. Bennett 1994). Dies deckt sich mit den ungünstigen Verläufen und Prognosen bei diesen Störungen überhaupt (Robins 1966; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 1997; Loeber et al. 2000).

Es herrscht nicht nur ein Mangel an kontrollierten Therapieeffizienzstudien (Kazdin 1997; Rutter et al. 1998; Meeks 1995; Offord u. Bennett 1994) im allgemeinen. Angesichts der erheblichen Heterogenität dieser Patientengruppe mit zusätzlich hoher Komorbidität (AACAP 1997; Rutter et al. 1998; Loeber et al. 2000) sind allgemeingültige Aussagen über die Indikation zu und Erfolgsaussicht von stationären Therapien nur sehr begrenzt möglich. Sie werden durch die komplexen Einflüs-

se seitens sozialer Umfeldvariablen auf den Verlauf sowie durch das Vorhandensein oder Fehlen verschiedener Risikofaktoren zusätzlich erschwert (AACAP 1997; Kazdin 1997; Rutter et al. 1998). Schließlich sind die Ursachen für die verschiedenen Verlaufsformen noch nicht ausreichend erforscht (z. B. Loeber et al. 2000). Ebenso individuell unterschiedlich gestalten sich die inzwischen unumstrittenen Interaktionen zwischen den genetisch-biologischen und psychosozialen Faktoren auf die Ausprägung und die Verläufe dieser Störungen (Rutter et al. 1998; Susman, 1993). Die allfälligen Wechselwirkungen zwischen dem sich entwickelnden Subjekt und seiner Umwelt lassen stereotype Betrachtungsweisen bei der Diagnostik und Therapie auch bei Störungen des Sozialverhaltens, gegenüber welchen seitens unseres Faches eine eher fatalistische und pessimistische Einstellung vorherrscht, nicht zu.

2 Stationäre Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens im Licht vorhandener empirischer Befunde und klinischer Erfahrungen

2.1 Der Stellenwert der Behandlungsdauer

Meinungsbildende Fachvertreter sind sich unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer psychotherapeutischen Schule angesichts der vorhandenen Evaluationsstudien einig, daß Erfolge bei der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens nur durch eine langfristige Therapie zu erwarten sind, die darüber hinaus multimodal angelegt und den sozialen Kontext einbeziehend sein muß (AACAP 1997; Earls 1994; Fonagy u. Target 1994; Kazdin 1997; Döpfner 1998). Die üblicherweise realisierbaren, wirtschaftlich und auch hinsichtlich möglicher Hospitalismusschäden vertretbaren stationären Behandlungsdauern sind keinesfalls ausreichend, einen nachhaltigen Therapieerfolg herbeizuführen. Eine stationäre Behandlung kann somit bestenfalls als begrenzte Krisenintervention, Motivationsphase für weiterführende Innanspruchnahme von Therapieangeboten und Weichenstellung für die auf mehreren, nicht zuletzt sozialen und schulischen Ebenen zu etablierenden Interventionen sein. Zerrüttete Milieubedingungen, konflikthafte Familienbeziehungen, traumatische, von Trennungen, Abbrüchen, Übergriffen und Mißerfolgen geprägte Lebensläufe gehören in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zum Syndrom. Selbst viele Monate dauernde Klinikaufenthalte gewähren jedoch nicht die dringend benötigte langfristige, gewöhnlich auf Jahre anzusetzende und bis ins junge Erwachsenenalter begleitende Beziehungs- und Milieukontinuität, die unter anderem so etwas wie eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ ermöglichen soll (Sholevar 1995). Statt dessen besteht die Gefahr, daß das Eingehen intensiver Beziehungen auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen bei den Patienten die Illusion eines Ersatz-Zuhause, wie auch Rettungs- bzw. Retterphantasien im Behandlungsteam weckt, und bei allen Beteiligten einen Realitätsverlust in bezug auf erreichbare Ziele für die Zeit nach der Entlassung erzeugt. Das Ergebnis sind dann Enttäuschungen, wenn durch Idealisierungen verzerrte Vorstellungen nicht in Erfüllung gehen, sowie erneute Abbrüche und Milieuwechsel. Sie werden allesamt von

destruktiven Reaktionen gefolgt. Jede negative Therapieerfahrung mindert zudem die spätere Motivation, sich auf eine neue Therapie einzulassen.

2.2 *Die Bedeutung von Milieueinflüssen, Kooperation mit den Angehörigen und des sozialen Kontextes für das Behandlungsergebnis*

Die Abhängigkeit der Behandlungsergebnisse von der Kooperation mit den Familien, adäquater Beschulung und den Umweltvariablen ist in der Literatur und sämtlichen Therapieempfehlungen unumstritten (Earls 1994; Fonagy u. Target 1994; Kazdin 1993, 1997; Rutter et al. 1998; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2000). Das stationäre Setting bietet zwar die Möglichkeit von multimodalen, durch ein multidisziplinäres Team geleisteten Interventionen, die sich in gewissem Maß auch auf das Herkunftsmilieu erstrecken können, doch die Behandlung findet letztlich außerhalb des angestammten Umfelds und unter Sonderbedingungen statt. Das Gelernte kann nicht ohne weiteres generalisiert werden. Wenn kein offener Widerstand seitens der Eltern vorliegt, heißt es noch nicht, daß Lernschritte stattgefunden haben, die prosoziales Verhalten der Kinder und Jugendlichen fördern und stabilisieren können. Nur ca. 10% der Eltern aggressiv-dissozial auffälliger Kinder halten ihre Familie für hilfsbedürftig, nur ein Viertel dieser 10% befindet sich in Behandlung (Lehmkuhl et al. 1998). Die Loyalitätskonflikte der Kinder und Jugendlichen, die aus Spannungen zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen und Problemlösungsstrategien der Klinik bzw. der Eltern resultieren, sind den therapeutischen Zielen nicht zuträglich. Ein erster wichtiger Schritt in der Arbeit mit den Eltern ist die Vermittlung der Einsicht, daß ihre Kinder nicht primär böse sind, sondern daß ihr antisoziales Verhalten nicht zuletzt einen Versuch darstellt, mit vielerlei Defiziten fertig zu werden (Meeks 1995).

Neben allem theoretisch begründetem Wunschdenken muß sich die Nachsorge nicht nur an den unterschiedlichen Ressourcen einer jeden Familie, sondern auch an den realen, regional sehr unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten orientieren. Da viele Hilfsmaßnahmen die Einwilligung und Kooperation der Kinder, Jugendlichen und Eltern verlangen, werden nicht-kooperationsfähige Familien zu spät erreicht (Schmidt 1998). An Ressourcen zu appellieren, die nicht vorhanden sind, oder gar Familien Verantwortung zu übertragen, die sie nicht zu tragen vermögen, zeugt nicht von Respekt und Partnerschaft, sondern eher von Konfliktscheu und Gleichgültigkeit. Die Notwendigkeit, destruktivem Acting-out-Verhalten Grenzen zu setzen und einen sicheren Rahmen zu bieten, der den antisozialen Verhaltensweisen standhält, zwingt unter Umständen zu Entscheidungen, die keinen Beifall der Beteiligten erwarten lassen (Fremdunterbringung, vormundschaftliche Maßnahmen, Umgangsbeschränkungen u. ä.).

2.3 *Zur Eignung des Settings auf allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen*

Das tolerante, stützende, auf Vertrauensbildung, Beziehungsarbeit und Verständnis ausgerichtete, die Gruppendynamik und szenisches Verstehen einbeziehende Mi-

lieu von allgemeinspsychiatrischen Stationen für das Kinder- und Jugendalter wird von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens schnell mißbraucht und als nicht stark genug empfunden (vgl. Meeks 1995). Durch ihr herausforderndes, destruktives, grenzüberschreitendes Agieren binden diese Kinder und Jugendlichen die Kapazitäten des Stationspersonals, erzwingen ein sehr auf Disziplinerhaltung ausgeichtetes Stationsregime, schaffen eine Atmosphäre, in der der innere Raum und eine am Verstehen orientierte Wahrnehmungswise zu schwinden drohen – allesamt Phänomene, die auf Kosten der Therapie von anderen Patienten mit schweren psychischen Störungen gehen.

Nach der Mehrzahl der vorliegenden Untersuchungen sind zwar die Behandlungsergebnisse bei sozial gestörten Patienten, die in homogenen Gruppen behandelt werden, sehr ungünstig, das heißt es beeinflußt sie eher positiv, wenn sie zusammen mit nicht devianten Gleichaltrigen behandelt werden (Meeks 1995; Kazdin 1997 und dortige Literaturhinweise). Auf der anderen Seite kann der Preis, den Patienten aus anderen diagnostischen Gruppen zahlen, wenn das therapeutische Stationsmilieu in Gefahr gerät, hoch sein: Schwächere Patienten werden schnell eingeschüchtert und mißbraucht. Demonstrativ antitherapeutisches Agieren von verhaltensgestörten Patienten wird von den anderen manchmal als Modell und Verstärkung für eigene Handlungsambivalenz und Widerstände benutzt. Gewöhnliche kinder- und jugendpsychiatrische Stationen sind zu permissiv und erreichen mit ihren Bemühungen selten substantielle Veränderungen in allen für die Störung des Sozialverhaltens relevanten Bereichen (dazu zählen neben der individuellen Therapie vor allem die Eltern, Schule, Peers, der soziale Kontext). Das angebotene Therapieinstrumentarium von kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen deckt sich in aller Regel nicht mit den Methoden, die in kontrollierten Evaluationsstudien bei dieser Diagnosegruppe überhaupt untersucht und als wirksam beurteilt wurden (Kazdin 1997; Schmidt 1998). Das heißt ohne eine entsprechende Differenzierung des Behandlungsrahmens sind verhaltensgestörte Patienten nicht ohne weiteres auf allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen sinnvoll zu therapieren (vgl. z.B. Hirschberg 1996). Spezialisierte Behandlungsprogramme und geeignete Nachsorge steigern die positiven Effekte von stationären Behandlungen allgemein, die Schwere der Psychopathologie und antisoziale Muster sind hingegen mit schlechten Ergebnissen assoziiert (Pfeiffer u. Strzelecki 1990).

Da sich Störungen des Sozialverhaltens durchschlagend in vielen Bereichen bemerkbar machen (Psychodynamik, familiäre Interaktion, kognitive Denkstile und Defizite usw.), erscheinen viele Therapiemethoden gerechtfertigt zu sein. Doch die große Mehrzahl der bei solchen Kindern und Jugendlichen angewandten Methoden ist in methodisch anspruchsvollen Untersuchungen nicht überprüft (Kazdin 1997). Der Mangel an verlässlichen empirischen Forschungsergebnissen und ihr unzureichender Wissenstransfer in die klinische Praxis, wenn sie überhaupt verfügbar sind, werden gerade bei Störungen des Sozialverhaltens immer wieder beklagt (Kazdin 1997; Schmidt 1998). Andererseits erscheint es illusorisch, bei einer Störung, die viel stärker einer breiten Spanne (Dimension) von zahlreichen sozialen und Verhaltensproblemen als einer definierten Erkrankung (Kategorie) entspricht (Earls 1994; Kazdin 1997), auf einheitliche Therapierezepte zu hoffen,

solange nicht einmal die Mechanismen hinreichend bekannt sind, die die unterschiedlichen Verläufe dieser Störungen befriedigend erklären (AACAP 1997; Rutter et al. 1998; Loeber et al. 2000).

2.4 *Destruktive Beziehungsdynamik und ihre Auswirkung auf die stationären Behandlungsmodalitäten*

Eine der Hauptschwierigkeiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens ist die destruktive Beziehungsdynamik, die sich in ihrem Umfeld entfaltet. Diese in hohem Prozentsatz aus konflikthaftem bis zerrüttetem Milieu stammenden Patienten sind gleichzeitig Opfer *und* aktive Urheber von aggressivem und dissozialem Verhalten (Earls 1994). Sie setzen eine Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik in Gang, die hohe Anforderungen an das Behandlungsteam stellt, wenn sich der Teufelskreis aus Mißhandlung, Manipulation und wechselnden Täter-Opfer-Rollen nicht wiederholen soll. Es muß erkannt werden, daß diese Patienten ein prekär niedriges, störbares Selbstwertgefühl haben, und ihr antisoziales Verhalten eine verzweifelte Bemühung darstellt, ein zumindest kurzzeitiges, wenn auch unechtes Gefühl der Unverletzlichkeit zu erlangen (Meeks 1995). Die Unterscheidung verschiedener Typen der Störungen des Sozialverhaltens ist auch gemäß Ausprägungen und Typen von Persönlichkeiten möglich, die allesamt durch schwere narzißtische Pathologie gekennzeichnet sind: Impulsive, narzißtische, Borderline- und depressive Störung des Sozialverhaltens (Offer et al. 1979; Bleiberg 1995). Die antisoziale Tendenz und Aggression erscheinen hier als Schutz für das fragile Selbstgefühl dieser Patienten. Es handelt sich bevorzugt um Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Traumatisierungen und gestörter frühkindlicher emotionaler Entwicklung nicht ausreichend die Fähigkeit entwickelt haben sich vorzustellen, daß andere Menschen eigene Gefühle und Gedanken haben (Fonagy et al. 1993). Die Unempfindlichkeit solcher Patienten gegenüber Bedürfnissen von anderen sowie ihre mehr oder weniger ausgeprägte Unfähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen, stellen jeder psychotherapeutische Beeinflussung ernste Hindernisse in den Weg. Dies dürfte eine der entwicklungspsychologischen Erklärungen sein, warum psychotherapeutische Bemühungen, diesen Patienten einen Begriff vom Psychischen, vom Denken in psychologischen Kategorien und von zwischenmenschlicher Gegenseitigkeit zu vermitteln, lange Zeit beanspruchen. Stationäre Therapien können nur der Anfang solcher Prozesse sein und sind für das Behandlungsteam sehr belastend. Es muß die Fähigkeit besitzen, sich nicht in den Strudel von destruktivem Agieren und defensivem Reagieren hineinziehen zu lassen, sondern um die Erhaltung eines inneren Raumes zu kämpfen, in welchem Verstehen und Denken nicht außer Kraft gesetzt werden (Meng u. Bürgin 2000; Streeck-Fischer 2000; Branik 2002).

Wechselwirkungen zwischen innerer und äußerer Realität müssen auch unter systemischen Gesichtspunkten berücksichtigt werden. Therapeutische Interventionen bei Individuen wirken sich auf ihre Familien aus und umgekehrt. Dies macht eine sorgfältige Prüfung der Belastbarkeit und Veränderungsfähigkeit aller Familienmitglieder vor jeder intensiveren psychotherapeutischen Maßnahme erforder-

lich, wenn nicht Dekompensationen, Loyalitätskonflikte, Symptomwechsel und Zuweisungen von Sündenbockrollen riskiert werden sollen. Da destruktives Verhalten in solchen Familien als Abwehr gegen diverse emotionale, zwischenmenschliche und soziale Schwierigkeiten eingesetzt wird, erfordern die Kontrolle von solchem Verhalten sowie die Aufrechterhaltung der Sicherheit und des Behandlungsrahmens ständige Aufmerksamkeit.

2.5 Die Heterogenität der Patienten

Die erwähnte Heterogenität von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens sowie die erhebliche psychiatrische Komorbidität erfordern individuelle Behandlungspläne und differenzierte Therapietechniken. Die Behandlung der komorbiden Störungen deckt sich keineswegs mit jener der Störungen des Sozialverhaltens. Die letztgenannte findet vorzugsweise und schwerpunktmäßig auf dem Gebiet der Milieu-, Sozial- und Psychotherapie statt. Trotz allen Forderungen nach empirisch gesicherten Therapiemethoden gibt es so etwas wie subjektive Indikation, das heißt nicht jeder Therapeut bzw. jedes Behandlungsteam passen zu jedem Patienten und umgekehrt. Fatalistische Überzeugungen in bezug auf die Therapierbarkeit durch einen hohen Anteil von ungünstigen Verläufen oder voreilige Entwertungen von vor allem psychodynamisch und einsichtsorientierten Methoden mögen durch die sehr unzulängliche Datenlage gerechtfertigt erscheinen, sie werden jedoch epidemiologisch und durch neurobiologische Forschungsbefunde nicht von vornherein gestützt. Störungen des Sozialverhaltens von Kindern und Jugendlichen, die in einem erheblichen Teil der Fälle eine hohe Konstanz bis ins Erwachsenenalter zeigen (bis zu 40% der verhaltensgestörten Kinder entwickeln eine antisoziale Persönlichkeitsstörung; AACAP, 1997 und dortige Literaturhinweise), sind nicht bei *allen* Individuen stabil. Bei einem Teil von bis zu 50% bilden sie sich zurück bzw. es findet eine Transformation der Symptome über die Zeit statt (Robins 1966; Susman 1993; Loeber et al. 2000). Die komplexen Interaktionen diverser Faktoren, die zu diesen Verlaufsunterschieden beitragen, sind noch nicht hinreichend bekannt (AACAP, 1997; Rutter et al. 1998; Loeber et al. 2000), doch Einflüsse von psychosozialen Faktoren auf das Nervensystem bis auf die Ebene der Genexpression, Neurotransmitterbildung, Aktivitätsmuster von neuronalen Netzwerken, Reagibilität auf Stimulation u. a. sind belegt (Post 1992; Susman 1993) und geben Anlaß zur Hoffnung, mit psychotherapeutischen Mitteln vermeintlich biologisch festgelegte Zustände zu verändern. Individuelle und Umweltfaktoren nehmen gegenüber dem biologischen Substrat (vgl. z.B. Blanz 1998) von Störungen des Sozialverhaltens keine untergeordnete Rolle ein, die Interaktion von verschiedenen Einflußfaktoren hat die frühere eindimensionale Betrachtungsweise einer Dichotomie bei der Erklärung dieser Störungen, nämlich die zwischen „biologisch“ oder „sozial“, abgelöst (Susman 1993).

Neben Überlegungen, ob aggressives und anderweitig antisoziales Verhalten Ausdruck, Folge und/oder komorbide Begleiterscheinung von psychiatrischen Erkrankungen wie Angst-, Affekt-, Aufmerksamkeits- und Aktivitäts-, Entwicklungsstörungen usw. sind, sollte bei der Differentialdiagnose nicht vergessen werden, sein

Auftreten unter entwicklungspsychologischen Aspekten zu betrachten. Es gibt neben persistierenden Störungen des Sozialverhaltens solche, die auf die Phase der Adoleszenz beschränkt sind (Rutter et al. 1998). Riskantes und Risiken suchendes Verhalten gehört zur normalen Adoleszenz, es kann wesentlich durch Peergroup-Einflüsse, krisenhaft stattfindende adoleszente Reifungsschritte, Anpassungsstörungen infolge traumatischer Belastungen, ungünstige soziale Verhältnisse o.ä. mitbedingt sein (AACAP 1997). Gewalttätigkeit und antisoziales Agieren in der Adoleszenz münden nicht notgedrungen in Krankheit und Chronizität. Sie sind manchmal der Versuch von Jugendlichen, ihrer Hoffnung Ausdruck zu geben, von der Umwelt, die sie in kritischen Situationen im Stich gelassen haben mag, doch gehalten zu werden – unter anderem dadurch, daß die Erwachsenen für die unvermeidliche, letztlich reifungsfördernde Auseinandersetzung zur Verfügung stehen (Winnicott 1964). Jugendliche sind noch nicht genügend fähig, Kompromisse zu akzeptieren, kämpfen darum, sich echt zu fühlen, lehnen „falsche Lösungen“ ab und fordern bei der Suche nach ihrer eigenen Identität die Erwachsenenwelt heraus (Winnicott 1963). Es ist nicht immer einfach, diese Art von „Normalität“ von Krankheit zu unterscheiden, da die Grenzen fließend sind und Oberflächenphänomene allein keine Auskunft über die Art der Entwicklungskonflikte und Qualität der Persönlichkeitsreife geben.

2.6 *Realismus bei der Formulierung von Therapiezielen*

Eine mit der narzißtischen Psychopathologie von sozial gestörten Kindern und Jugendlichen korrespondierende Quelle von Frustration sind die unrealistischen, zu hohen Behandlungsziele, die von Behandlern und noch häufiger von Angehörigen dieser Patienten implizit oder explizit angestrebt werden. Sie lassen spiegelbildlich die kompensatorischen Größenphantasien erkennen, die solche Patienten hegen, um für ihre Traumata entschädigt zu werden, Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Schach zu halten oder mit Frustrationen verschiedener Art fertig zu werden. Diese Größenvorstellungen färben leicht auf das therapeutische Umfeld ab. Die neben der Destruktivität oft spürbare Bedürftigkeit, mitleidheischende Opferidentität der tatsächlich oder vermeintlich vom Schicksal Benachteiligten und/oder die Zurschaustellung von Mißerfolgsketten – allesamt Mechanismen, die insbesondere bei jugendlichen Patienten häufig vorgefunden werden – wecken im Behandlungsumfeld Rettungsphantasien, die zum Scheitern verurteilt sind. Narzißtische Selbstobjektbeziehungen, ohnehin ein vorherrschendes Muster in den mißbräuchlichen manipulativen Beziehungsmustern vieler Familien von grob verhaltensauffälligen Kindern, werden auf diese Weise perpetuiert, anfängliche Idealisierungen schlagen in Enttäuschung, Haß und Machtkämpfe um, die eine therapeutische Arbeit verunmöglichen.

Stattdessen sollten alle Beteiligten lernen, sich mit weniger ehrgeizigen, dafür aber erreichbaren Zielen zufriedenzugeben, ein wichtiges Thema vor allem in der Elternarbeit und ein Bestandteil der therapeutisch anzustrebenden Versachlichung der von Spaltungen, Verleugnungen, Projektionen und Manipulationen bedrohten Arbeitsbeziehungen.

3 Schlußfolgerungen

Obwohl sowohl empirische Befunde, als auch klinische Erfahrungen in der Mehrzahl die Erfolgsaussichten von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen bei Störungen des Sozialverhaltens als schlecht ausweisen, werden kinder- und jugendpsychiatrische Stationen regelmäßig mit dieser heterogenen Patientengruppe konfrontiert. Es gibt einige Gründe dafür, daß sich daran so schnell nichts ändern wird: Erstens die hohe psychiatrische Komorbidität, zweitens die Schwierigkeit, psychische bzw. vorwiegend das Sozialverhalten betreffende Ausdrucksformen von Krankheiten und Entwicklungsstörungen exakt auseinander zu halten, drittens diverse psychische Notlagen, die bei sozial gestörten Patienten bzw. ihrer Bezugspersonen häufig entstehen sowie viertens regional sehr unterschiedlicher Versorgungsstrukturen und -traditionen. Auch wenn wir wissen, daß die Mehrzahl von sozial gestörten Kindern und Jugendlichen – wann immer nur möglich – ambulant behandelt werden kann (Earls 1994), gibt es noch weitere nicht von der Hand zu weisenden Tatsachen, die stationäre Behandlungen unvermeidlich machen. Hierzu gehört beispielsweise die hohe Suizidgefahr bei diesen Patienten, die sogar jene bei Depressionen übersteigt (Shaffer 1988). Theoretisch kann man zwar den Standpunkt vertreten, daß in solchen Situationen stationär die akute Störung und nicht das dissoziale Sozialverhalten behandelt werden soll, in der Praxis lassen sich die Symptome weniger gut trennen. Depressionen, selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittelmißbrauch, Ängste auf der einen und antisoziales Verhalten auf der anderen Seite haben nämlich zahlreiche sich überlappende Ursachenbündel, Persönlichkeitsmerkmale, psychosoziale Entwicklungsmuster und Auslöser. Die Stabilisierung auf der Station ist keine Garantie dafür, daß die mit einer Verlegung oder Entlassung einhergehenden Belastungen nicht zu einer Dekompensation der Patienten führen werden. Trennungen, Kompromißzwänge, Enttäuschungen wegen unausweichlichen Korrekturen von unrealistischen Erwartungen können psychiatrisch relevante Symptome wie Selbstverletzungen, aggressive Durchbrüche mit Kontrollverlust oder Suizidalität triggern. Diese Patienten können dann quasi nicht oder nur mit Mühe und langer Vorbereitung entlassen werden. Ob man es wollte oder nicht, haben sie – oft ohne ein anderes verlässliches Zuhause im Rücken – auf der Station Wurzeln geschlagen und erleben den unausweichlichen Wechsel als ein Glied in der Kette zahlreicher bereits vorausgegangenen Abbrüche. Seitens der sozialen Betreuungsnetze wird in solchen Situationen gern die doch scheinbar unübersehbare Notwendigkeit von „Therapie“ betont, ohne jedoch zu realisieren, daß die vordringlichste „Therapie“ in solchen Fällen die Schaffung eines langfristigen, verlässlichen, Sicherheit und Rahmen bietenden Lebensumfeldes darstellt, bevor spezifische Therapien eine Chance auf Erfolg haben können. Psychotherapie ist ohne das Vorhandensein eines tragfähigen sozialen Umfeldes und von haltgebenden Beziehungen auch außerhalb des Therapiesettings nicht denkbar.

Letztlich sollten alle Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, wenn sie erfolgversprechend sein sollen, sämtliche relevante Bereiche umfassen und erreichen: das Kind selbst, seine Eltern, seine Familie insgesamt, die Schule und den sozialen Kontext, innerhalb dessen das Kind lebt (Kazdin

1993, 1997; AACAP 1997). Die Therapie bzw. ihr Erfolg können nicht allein am Verschwinden oder an der Abschwächung des Symptoms der Verhaltensstörung gemessen und ausgerichtet werden (Kazdin 1997): Statistisch meßbare Symptombesserungen belegen nicht notgedrungen eine bessere Anpassung im Alltagsleben, das heißt die Reduktion der Symptome der Störung des Sozialverhaltens ist nicht gleichbedeutend mit der Reduktion der Beeinträchtigung dieser Patienten – sei es im emotionalen, zwischenmenschlichen oder schulischen Bereich. Diese ohne weiteres nachvollziehbare Erkenntnis relativiert die vielerorts als sicher bezeichnete Einschätzung, psychodynamisch orientierte Therapien seien bei Störungen des Sozialverhaltens unwirksam. Immerhin konnte eine Auswertung der am Anna-Freud-Center in London durchgeführten ambulanten psychodynamischen Therapien bei erheblich verhaltensgestörten Kindern zeigen (Fonagy u. Target 1994), daß die Ergebnisse nicht um soviel schlechter sind als beispielsweise bei der Kombination von Elternmanagementtraining und Problemlösungstraining (Kazdin et al. 1992), zumal die Therapieziele bei psychoanalytisch orientierten Behandlungen sehr ambitioniert sind und sich auf alle Aspekte der Patientenpersönlichkeit und möglichst alle Aspekte der sozialen Anpassung richten. Beachtenswert ist auch die geringere Abbruchquote der psychodynamischen Therapien im Vergleich zu anderen Studien. Als Abbrüche verringernd wurde eine möglichst intensive hochfrequente Phase von 6-12 Monaten zu Beginn der Behandlung gefunden, anschließend, wenn die größte Abbruchgefahr vorüber war, konnte die Frequenz gesenkt werden. Im Hinblick auf den stationären Bereich könnte aus den Ergebnissen von Fonagy und Target (1994) zumindest die Hypothese abgeleitet werden, daß über die Fokussierung auf die Störung des sozialen Verhaltens hinaus der Berücksichtigung aller Persönlichkeitsbereiche des Patienten, der Herstellung und Festigung des Arbeitsbündnisses sowie einer Unterstützung der Eltern und Einbeziehung des sozialen Kontextes eine hohe Bedeutung zukommt, um die Familien überhaupt zum Verbleib in der Therapie zu motivieren. Hier stellt sich allerdings – zumal bei der schulenübergreifenden Erkenntnis, daß nur lange Therapien erfolgreich sind – die Frage, ob ein solcher Anspruch an stationäre Therapien überhaupt gestellt werden kann. Abzuwägen sind nicht nur wirtschaftliche, sondern auch fachliche Gründe, wie zum Beispiel die Nachteile langer Hospitalisierung (Branik 2001).

Zusammenfassend legen sowohl die empirischen Befunde als auch klinische Erfahrungen nahe, daß eine bei Kindern und Jugendlichen im Vordergrund stehende Störung des Sozialverhaltens an sich keine Indikation für eine stationäre Therapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen darstellt. Wegen der hohen psychiatrischen Komorbidität und häufigen psychosozialen Krisen, in welche solche Patienten geraten, sind stationäre Aufnahmen jedoch immer wieder unvermeidlich. Einmal erfolgt, sollten sie aus den zahlreichen dargestellten Gründen primär und im Wesentlichen einen Kriseninterventionscharakter haben. Es geht dabei um diagnostische Abklärung und Notfall- oder Kurzzeitbehandlung eventuell vorhandener psychiatrischer Komplikationen. Nicht jede Krise, jeder Erregungszustand und Steuerungsverlust müssen zur stationären Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führen. Unter dem akuten Druck der Situation werden ambulante oder konsiliarische Kriseninterventionsmöglichkeiten und eben auch – zumindest vor-

übergehende – pharmakologische Therapieoptionen leicht außer acht gelassen. Es sollte sorgfältig differenziert werden, ob wirklich medizinische oder eher soziale und Ordnungsmaßnahmen zur Behebung der Krise geeignet sind.

Die eigenständige Störung des Sozialverhaltens an sich erfordert jedoch langfristige, speziell auf diese Probleme zugeschnittene und über die Möglichkeiten eines stationären Aufenthaltes in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken hinausgehende Maßnahmen. Die Realisierbarkeit von Therapiezielen sollte bei diesen Patienten stets als ein wesentliches Kriterium bei der Therapieplanung geprüft werden. Heroische Versuche, sie in die Klinik aufzunehmen, das Vollbild ihrer Störung auf der Station entfalten zu lassen, sie dann entsprechend der skizzierten Dynamik nicht entlassen zu können und schließlich an den womöglich falschen Zielen zu scheitern, beinhaltet die Gefahr neuerlicher Mißerfolge, sozialer Notsituationen und enttäuschender Beziehungserfahrungen.

Bei allem Anspruch, vorhandenes Wissen in der klinischen Praxis fachgerecht umzusetzen, müssen Mitarbeiter kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken Mißerfolge bei der Arbeit mit dieser Klientel aushalten, denn sie werden bei einem Teil von ihr sicher nicht ausbleiben. Die Mißerfolge sollten jedoch keinen Anlaß für eine grundsätzlich defensive Position der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber diesen Patienten sein. Es liegt nämlich Know-how vor, das noch nicht optimal genutzt und koordiniert wird. Da die Mehrzahl der verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe und oft ohne Einbeziehung von Kinderpsychiatern (van Engeland u. Matthys 1998) betreut wird, käme bei der unleugbaren psychiatrischen Morbidität dieser Klientel der Verzahnung, Durchlässigkeit und Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und dem Bildungssystem ein hoher Stellenwert im Sinne einer verbesserten Versorgung dieser Patientengruppe zu (Schmidt 1998).

Literatur

- Aba, O.; Hendrichs, A. (1989): Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38: 358-363.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (10 Suppl.): 122S-139S.
- Aster von M.; Meier, M.; Steinhausen, H.-C. (1998): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47: 668-682.
- Blanz, B. (1998): Biologische Korrelate aggressiven Verhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 43-52.
- Bleiberg, E. (1995): Individual Psychotherapy. In Sholevar, G.P. (ed.): *Conduct Disorders in Children and Adolescents*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press, S. 147-171.
- Branik, E. (2001): Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50: 372-382.
- Branik, E. (2002): Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Kunst des Unmöglichen. *Psychotherapeut* 47: 98-105.

- Braun-Scharm, H.; Räder, K.; Martinus, J. (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtaguntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 19: 70-77.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.) (2000): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Döpfner, M. (1998): Übersicht: Verhaltenstherapie bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 19: 171-206.
- Earls, F. (1994): Oppositional-Defiant and Conduct Disorders. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford: Blackwell, S. 308-329.
- Engeland van H.; Matthys, W. (1998): Ergebnisse von Jugendhilfe-Maßnahmen bei dissozialen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 63-69.
- Fonagy, P.; Moran, G.S.; Target, M. (1993): Aggression and the Psychological Self. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 471-484.
- Fonagy, P.; Target, M. (1994): The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 45-55.
- Gabel, S.; Shindedecker, R. (1991): Aggressive Behavior in Youth: Characteristics, Outcome and Psychiatric Diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 982-988.
- Hirschberg, W. (1996): Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45: 374-382.
- Joshi, P.K.; Rosenberg, L.A. (1997): Children's Behavioral Response To Residential Treatment. *Journal of Clinical Psychology* 53: 567-573.
- Kazdin, A.E.; Siegel, T.C.; Bass, D. (1992): Cognitive Problem-solving Skills Training and Parent Management Training in the Treatment of Antisocial Behavior in Children. *Journal of Consult Clinical Psychology* 60: 733-747.
- Kazdin, A.E. (1993): treatment of Conduct Disorder: Progress and Directions in Psychotherapy Research. *Development and Psychology* 5: 277-310.
- Kazdin, A.E. (1997): Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 161-178.
- Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.M.; Huss, M.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U. (1998): Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 83-96.
- Loeber, R.; Burke, J.D.; Lahey, B.B.; Winters, A.; Zera, M. (2000): Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 1468-1484.
- Meeks, J.E. (1995): Hospitalisation and Inpatient Treatment. In: Sholevar, G.P. (Hg.): *Conduct Disorders in Children and Adolescents*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press, S. 299-317.
- Meng, H.; Bürgin, D. (2000): Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 489-496.
- Offer, D.; Marohn, R.C.; Ostrov, E. (1979): *The Psychological World of the Juvenile Delinquent*. New York: Basic Books.
- Offord, D.R.; Bennett, K.J. (1994): Conduct Disorder: Long-Term Outcomes and Intervention Effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 1069-1078.
- Pfeiffer, S.I.; Strzelecki, S.C. (1990): Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 847-853.
- Post, R.M. (1992): Transduction of Psychosocial Stress into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry* 149: 999-1007.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1989): *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung*. Stuttgart: Enke.
- Robins, L. (1966): *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998): *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge: University Press.
- Schmidt, M.H. (1998): Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 53-62.
- Shaffer, D. (1988): The Epidemiology of Teen Suicide: An Examination of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 49 (9 Suppl.): 36-41.
- Sholevar, G.P. (1995): Residential Treatment. In: Sholevar, G.P. (Hg.): *Conduct Disorders in Children and Adolescents*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press, S. 319- 335.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit sog. Frühstörungen. Oder: Vom „Honeymoon“ zum „Deadly-dance“. *Psychotherapeut* 40: 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in der stationärer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 497-510.
- Susman, E.J. (1993): Psychological, Contextual and Psychological Interactions: A Developmental Perspective on Conduct Disorder. *Development and Psychopathology* 5: 181-189.
- Winnicott, D.W. (1963/1988): Der mühsame Weg durch die Flaute. In: Winnicott, D.: *Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 187-200.
- Winnicott, D.W. (1964/1988): Die Jugend schläft eben nicht. In: Winnicott, D.: *Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 201-203.
- Zoccolillo, M.; Rogers, K. (1991): Characteristics an Outcome of Hospitalized Adolescent Girls with Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 973-981.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Emil Branik, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, CH-9608 Ganterschwil/SG; E-Mail: emil.branik@kjppz.ch