

Hirschberg, Wolfgang

Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 10, S. 374-382

urn:nbn:de:bsz-psydok-39428

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

Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

- DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility) . . 339
- KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions) 331
- ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems) 323
- SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents) . 343

Erziehungsberatung

- LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce) 238
- MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRANGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning) 244

Forschungsergebnisse

- HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents) . . 374
- HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents) 179
- KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School) 2

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

- BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“) 102
- CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-

- scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health) 147
- DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns) 111
- FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children) 83
- HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce) 123
- KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality) 130
- LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry) 78
- ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation) 95

Praxisberichte

- KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperasation) 174
- KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology) 217
- LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance) 19
- MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines varierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation) 57

Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J. M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286

Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different

- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechts-extremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

Workstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the Country) . . . 25

Buchbesprechungen

- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1–3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsen werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung	189
EIHLER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie . . .	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII . . .	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe	187	REISTER, G.: Schutz vor psychogener Erkrankung	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen .	316
HOCKE, M./SCHÄPFER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein . .	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie	258	Editorial 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache	68	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		Ehrungen 383
		Zeitschriftenübersicht 64, 156, 223, 309, 383
		Tagungskalender 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		Mitteilungen 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

Aus dem Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie Klingenmünster
(Ärztlicher Direktor: Dr. P. Altherr)

Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens

Wolfgang Hirschberg

Zusammenfassung

Es wird über Erfahrungen mit dem Konzept der Sozialtherapeutischen Station, das speziell für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens entwickelt wurde, nach dessen fünfjähriger praktischer Anwendung berichtet. Dabei geht es insbesondere um Problemverhaltensweisen der Jugendlichen während des stationären Aufenthalts, um die mit diesem verbundenen Ziele, um die Aufenthaltsdauer und die angewendeten Therapiemethoden sowie um die Perspektive der Jugendlichen zum Entlassungszeitpunkt. Aufgezeigt wird, daß wesentliche Vorgaben des Konzepts der Sozialtherapeutischen Station in die Praxis umgesetzt werden konnten. Jedoch zeigt die Analyse auch Probleme mit der praktischen Umsetzung des Konzepts auf, die bisher nicht bewältigt werden konnten: Zum einen profitierten Mädchen bisher weniger von einem Aufenthalt auf der Sozialtherapeutischen Station als Jungen, zum anderen gelang es bisher nicht, die relativ hohe Zahl an Entweichungen zu reduzieren. Abschließend wird darauf hingewiesen, daß sich die Einrichtung der Sozialtherapeutischen Station auch auf die Arbeit der anderen jugendpsychiatrischen Stationen des Pfalzinstituts positiv ausgewirkt hat.

1 Einleitung

Seit April 1990 existiert am Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klingenmünster die Sozialthera-

apeutische Station, welche speziell für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens eingerichtet wurde. Für die Arbeit auf dieser Station wurde ein spezielles *Konzept* entwickelt, das in dieser Zeitschrift bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt wurde (HIRSCHBERG u. ALTHERR 1991) und deshalb hier nur kurz beschrieben wird.

Nach fünfjähriger Arbeit mit dem Konzept stellt sich die Frage, inwieweit es gelang, dieses auch tatsächlich in die Praxis umzusetzen. Dabei sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung:

- Zum einen ist zu überprüfen, ob das Konzept der Sozialtherapeutischen Station einen angemessenen Umgang mit den Problemverhaltensweisen von Jugendlichen mit ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens ermöglichte.
- Zum anderen sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich mit Hilfe des Konzepts der Sozialtherapeutischen Station ebenfalls effektive Therapiemaßnahmen durchführen ließen. Dieser zweite Aspekt soll in einer eigenen Publikation zur Sprache kommen.

In dieser Arbeit geht es insbesondere um folgende Punkte:

- Welche *Problemverhaltensweisen* und sonstige *Merkmale* (z. B. Alter, Geschlecht) charakterisierten die Patienten der Sozialtherapeutischen Station *zum Zeitpunkt der Aufnahme*?

- Welche *Problemverhaltensweisen* standen während des stationären Aufenthalts im Vordergrund?
- Wie war die *emotionale Befindlichkeit* der Jugendlichen?
- Welchem *Zweck* diente der Aufenthalt der Jugendlichen auf der Sozialtherapeutischen Station?
- Konnte mit den Patienten und ihren Bezugspersonen Einvernehmen über die *Ziele* des stationären Aufenthalts erreicht werden?
- Welche Aussagen lassen sich zur *Aufenthaltsdauer* der Patienten der Sozialtherapeutischen Station machen?
- Welche *Therapiemethoden* wurden angewendet?
- Wie endete der stationäre Aufenthalt, insbesondere, mit welcher *Perspektive* in beruflicher Hinsicht und im Wohnbereich wurden die Patienten entlassen?

2 Das Konzept der Sozialtherapeutischen Station

2.1 Kriterien für den Aufenthalt von Jugendlichen

Wichtige Kriterien für eine Aufnahme bzw. einen Aufenthalt von Jugendlichen auf der Sozialtherapeutischen Station sind entweder eine *Krisenintervention*, die *Diagnostik* oder *Therapie* bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. Dabei bestehen folgende *zeitliche Vorgaben* an den Aufenthalt:

- Eine Krisenintervention sollte einige Tage, möglichst nicht länger als eine Woche dauern.
- Die Diagnostikphase dauert 3–4 Wochen; danach wird entschieden, ob ein Patient zur (Sozial-)Therapie auf der Sozialtherapeutischen Station bleibt oder entlassen wird.
- Eine Therapiephase sollte etwa 4–5 Monate dauern, so daß Jugendliche, die zu einer (Sozial-)Therapie bleiben, nach ca. einem halben Jahr entlassen werden.

Es ist zudem Teil des Konzepts, daß eine Therapie nur dann indiziert ist, wenn sich während der Diagnostikphase klare Hinweise dafür ergeben, daß die Störung des Sozialverhaltens *Ausdruck einer jugendpsychiatrischen Störung* ist. Von besonderer Bedeutung sind in dieser Hinsicht (a) hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F 90.1), (b) kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F 92) sowie (c) dissoziale Persönlichkeitsentwicklungen (ICD-10: F 60.2).

2.2 Organisation und Strukturmerkmale

Die Arbeit der Sozialtherapeutischen Station ist durch einige spezifische *Organisations- und Strukturmerkmale* gekennzeichnet:

(1) Die Sozialtherapeutische Station ist eine *geschlossene Station* mit 10 Betten, auf der das Prinzip der *individuellen Geschlossenheit* gilt. Das bedeutet, daß das Ausmaß an Freiheitsbeschränkung von Patient zu Patient variiert, was mit Hilfe eines *Stufensystems* erreicht wird. Dieses umfaßt 5 Stufen, wobei Stufe 1 maximale Freiheitsbeschränkung mit vorwiegendem Aufenthalt im Zimmer bedeutet. Die folgenden Stufen erweitern den Freiraum des Patienten schrittweise; auf Stufe 5 ist auch unbeaufsichtigter Ausgang außerhalb der Station möglich. Bei der Aufnahme kommt ein Patient im Stufensystem in der Regel zunächst auf Stufe 3.

(2) Es existiert ein integrierter *pädagogisch-pflegerischer Dienst*, der z. Zt. von 14 Mitarbeitern getragen wird. Mitglieder dieser Berufsgruppen haben weitgehend gleiche Aufgaben und identische Arbeitszeiten.

(3) Durch ein *Bezugspersonensystem* wird sichergestellt, daß für jeden Patienten zwei Betreuer als primäre Ansprechpartner auf der Station zuständig sind.

(4) Der *Tagesablauf* der Jugendlichen ist hoch strukturiert. Dies betrifft die zeitliche Planung mit klarer Differenzierung von Pflicht- und Freizeitterminen, ferner die räumliche Organisation des Tagesablaufs (Trennung der Orte für Therapie, Schule und Freizeitaktivitäten) sowie die Regelung der täglichen Pflichten (z. B. Küchen- oder Wäschedienst).

(5) Konsequenzen für Regelverstöße sind in einem Regelsystem beschrieben und werden dadurch für den einzelnen Jugendlichen eindeutig und vorhersehbar. So haben z. B. tätliche Angriffe auf andere Personen 24 Stunden Zimmerarrest zur Folge.

(6) Jeder Mitarbeiter muß das Konzept und dessen praktische Umsetzung beherrschen. Dies gilt insbesondere für *Notfallsituationen*, wenn Patienten hochaggressive Verhaltensweisen zeigen. Für solche Situationen wurden spezielle Verhaltensregeln entworfen und mit den Mitarbeitern trainiert.

2.3 Der sozialtherapeutische Prozeß

Auf der Basis der genannten Organisations- und Strukturmerkmale kann bei einer Reihe von Jugendlichen ein intensiver *sozialtherapeutischer Prozeß* ablaufen, der sich in verschiedene Stadien gliedern läßt (vgl. ORVIN 1974, RINSLEY 1976).

Die *erste* Therapiephase ist häufig durch die Ablehnung des Aufenthalts bzw. eine fehlende Therapiemotivation gekennzeichnet. Es kommt in dieser *Phase des Widerstandes* wesentlich darauf an, einem Jugendlichen das Gefühl zu vermitteln, daß die Mitarbeiter der Station ein echtes Interesse an seinen Problemen haben. Ferner muß dem Jugendlichen verdeutlicht werden, daß der Aufenthalt nicht an seinem Problemverhalten scheitern wird, daß er sich diesem Aufenthalt aber auch nicht beliebig entziehen kann. Dies wird dem Jugendlichen u. U. auch dadurch klargemacht, daß er für eine bestimmte Zeit auf der Sozialtherapeutischen Station zurückgehalten wird.

Wenn es in dieser Phase gelingt, mit dem Jugendlichen ein Therapiebündnis zu schließen, werden diesem in der sich anschließenden *Phase des Durcharbeitens* spezifische, auf seine Problemlage zugeschnittene Therapieangebote gemacht:

Verhaltensverträge, die erwünschte, neu aufzubauende Verhaltensweisen definieren und die Verstärker dafür festlegen. Als wirksamster Verstärker hat sich eine Erweiterung des individuellen Freiraums innerhalb und außerhalb der Station erwiesen.

Gruppentherapeutische Angebote, wobei sowohl *zieloffene* Gesprächsgruppen als auch *Rollenspielgruppen* angeboten werden (FIEDLER 1986).

Einzeltherapien, entweder als reine *Gesprächstherapien* oder mit *Medien* wie Musik, Malen oder Plastizieren. Gerade Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens gelingt es oft besser, die hinter der „lärmenden“ dissozialen Fassade verborgenen Gefühle von Angst, Depressivität oder Selbstunsicherheit mit Hilfe dieser Medien als im Gespräch auszudrücken.

Psychopharmaka werden auf der Sozialtherapeutischen Station zurückhaltend eingesetzt. Sedierende Medikamente (insbesondere niedrig- oder mittelpotente Neuroleptika) werden nur dann angewendet, wenn ein extrem aggressives Verhalten eines Jugendlichen anders nicht zu beherrschen ist; bei Jugendlichen mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens erfolgt in der Regel ein Therapieversuch mit einem Psychostimulans.

Natürlich müssen die *Eltern* der Patienten in die Therapie miteinbezogen werden, da sich immer wieder zeigt, daß das Problemverhalten der Jugendlichen wesentlich durch eine konflikt-hafte Beziehung zu den Eltern bedingt ist bzw. aufrechterhalten

wird. Leider zeigt die Erfahrung aber auch, daß viele Eltern den Kontakt zu den Jugendlichen abgebrochen haben bzw. nur schwer zu einer aktiven Teilnahme an der Therapie zu motivieren sind.

Sehr wichtig und durchaus Teil der Therapie ist ferner, daß ein Jugendlicher im Verlauf des Aufenthalts eine spezielle Beziehung zu seinen *Bezugspersonen* entwickelt. Es hat sich immer wieder gezeigt, daß diese sehr wirksame Modelle für die Jugendlichen sind und sich viele Übertragungsphantasien auf Betreuer richten.

Von sehr großer Bedeutung sind schließlich die *alltäglichen Erfahrungen*, die Jugendliche auf der Sozialtherapeutischen Station machen. Gerade für das Gelingen von Sozialtherapie ist der Verlauf des Stationsalltags entscheidend (HEIM 1978), mit anderen Worten: Sozialtherapie ist wesentlich *Milientherapie*. Einzel- und Gruppentherapien mögen den Jugendlichen zwar Alternativen zu ihren bisherigen dissozialen Verhaltensweisen aufzeigen. Es wäre jedoch unrealistisch, zu glauben, daß ein Jugendlicher, der bisher stets versuchte, seine Bedürfnisse und Ziele mit Hilfe massiv aggressiver Verhaltensweisen durchzusetzen, dieses Verhalten auf Dauer unterläßt, nur weil er z. B. in Rollenspielen Verhaltensalternativen kennengelernt hat. Vielmehr kann der Jugendliche neue Verhaltensmuster nur dann wirklich einüben, wenn ihm im Stationsalltag immer wieder Gelegenheit hierzu gegeben wird. Deshalb ist ein wichtiger Bestandteil des Therapiekonzepts, daß Verhaltenserwartungen, Regeln und Konsequenzen auf Regelverstöße für die Jugendlichen transparent sind und mit ihnen und ihren Verhaltensauffälligkeiten in einheitlicher Weise umgegangen wird. Die Jugendlichen sollen auf diese Weise die Erfahrung machen, daß sie keine Chance haben, ihre Ziele mit Hilfe dissozialer Verhaltensweisen durchzusetzen, daß ihre Wünsche und Bedürfnisse hingegen durchaus wahrgenommen und berücksichtigt werden, wenn sie auf angemessene Weise artikuliert werden.

Auch im Rahmen einer erfolgreich verlaufenden Sozialtherapie kann das Erleben und Verhalten eines Jugendlichen nicht ein für allemal stabilisiert werden. Ganz entscheidend für die weitere Entwicklung ist vielmehr das *soziale Umfeld*, in welches der Jugendliche entlassen wird. Einige Jugendliche werden in ihre Familie oder in die bisherige Jugendhilfeeinrichtung entlassen, für andere muß in Zusammenarbeit mit den Eltern (soweit erreichbar) und Jugendämtern eine geeignete Jugendhilfeeinrichtung gefunden werden. In der Regel wird ein Jugendlicher während des stationären Aufenthalts von uns in entsprechenden Einrichtungen vorgestellt, wodurch er auch auf die Entlassung dorthin vorbereitet wird. In jedem Fall muß die Entlassung in einer *Phase der Ablösung* sorgfältig gemeinsam mit dem Jugendlichen und seinen Bezugspersonen vorbereitet werden, damit sie vom Jugendlichen nicht als (erneuter) Beziehungsabbruch erlebt wird.

3 Merkmale der Jugendlichen, die auf der Sozialtherapeutischen Station aufgenommen wurden

In den ersten fünf Jahren wurden auf der Sozialtherapeutischen Station 157 Jugendliche aufgenommen. 12 Patienten wurden zweimal, ein Patient dreimal aufgenommen, so daß insgesamt 171 Aufnahmen stattfanden. Rechtliche Grundlage der Aufnahme war bei 163 Aufnahmen die vormundschaftsrichterliche Genehmigung der geschlossenen Unterbringung gemäß § 1631 b BGB; Kostenträger waren die Krankenkassen. Drei Jugendliche kamen zur Begutachtung gemäß § 73 JGG bzw. § 126 a StPO, Kostenträger waren hier die Gerichte. Fünf Jugendliche kamen als Maßregelvollzugspatienten gemäß § 63 StGB zur Aufnahme oder wurden dies während des stationären Aufenthalts

durch ein entsprechendes Gerichtsurteil. Da die acht gerichtlich untergebrachten Jugendlichen u. a. bezüglich der Aufenthaltsdauer ein atypisches Klientel darstellen, werden sie in die folgenden Darstellungen nicht einbezogen.

Tabelle 1 stellt die wichtigsten Merkmale und die ICD-10-Diagnosen der übrigen Jugendlichen dar. Typisch ist das Überwiegen der männlichen Jugendlichen. Die große Zahl von Jugendlichen, die aus Heimen sowie Pflege- bzw. Adoptivfamilien zur Aufnahme kamen, ist vor allem darauf zurückzuführen, daß bei 72% der Jugendlichen „broken-home“-Situationen vorlagen. Hauptaufnahmegrund waren aggressive Verhaltensweisen, gefolgt von delinquentem Verhalten. Vorherrschende Deliktart war mit 62% Diebstahl, gefolgt von Körperverletzung (11%) sowie Brandstiftung und sexueller Nötigung (jeweils 9%). Charakteristisch für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ist auch, daß die durchschnittliche Intelligenz, gemessen mit dem „Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB)“ (HORN 1969), mit $\bar{x} = 89,8$ ($s = 14,9$) im unteren Durchschnittsbereich liegt (HIRSCHBERG 1994 a).

4 Problemverhaltensweisen während des stationären Aufenthalts

4.1 Aggressives Verhalten

Da bei vielen Jugendlichen aggressives Verhalten ein Hauptaufnahmegrund war, stellt sich die Frage, wie sich dieses auf der Sozialtherapeutischen Station äußerte. Nach ca. einem Monat wird das aggressive Verhalten der Jugendlichen durch Mitarbeiter über die „Overt Aggression Scale (OAS)“ (YUDOFSKY et al. 1986) eingeschätzt. Mit Hilfe dieser Skala kann dargestellt werden, mit welcher *Intensität* ein Jugendlicher aggressive Verhaltensweisen in den Bereichen verbale Aggressivität, Aggressivität gegen Objekte, Aggressivität gegen die eigene Person und körperliche Aggressivität gegen andere Personen zeigt. Tabelle 2 stellt die Resultate dieser Einschätzung dar. Die Intensität des aggressiven Verhaltens nimmt in einem bestimmten Bereich jeweils von 0–4 zu. Differenziert wird in Tabelle 2 nach Geschlecht und danach, ob ein Patient vor der Aufnahme körperlich aggressives Verhalten zeigte oder nicht.

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß ausgeprägte *verbal* aggressive Verhaltensweisen (OAS verbal 3–4) bei den meisten Jugendlichen zu beobachten sind, wobei Jungen und Mädchen sich in dieser Hinsicht kaum unterscheiden. Auch macht es keinen Unterschied, ob die Jugendlichen vor der Aufnahme körperlich aggressiv waren oder nicht. Hingegen findet sich signifikant öfter Aggressivität gegen *Objekte* bei Jugendlichen, die vor der Aufnahme ausgeprägte körperliche Aggressivität zeigten. *Selbstschädigendes* Verhalten findet sich signifikant öfter bei Mädchen als bei Jungen. Massive *körperlich aggressive* Verhaltensweisen zeigen sich nur bei wenigen.

Ferner fällt auf, daß nur ein knappes Viertel derjenigen, die vor der Aufnahme ausgeprägt fremdaggressive Verhaltensweisen zeigten, dieses im ersten Monat nach der Aufnahme fortsetzen. Stattdessen zeigen diese Jugendlichen

Tab. 1: Merkmale der Patienten der Sozialtherapeutischen Station (n = 149) *

Merkmal	Ausprägung	n	%
Geschlecht	männlich	111	74,5
	weiblich	38	25,5
Alter (Jahre)	10-12	1	0,7
	12-14	36	24,2
	14-16	61	40,9
	16-18	51	34,2
letzter Aufenthalt vor Aufnahme	leibliche Eltern	55	37,7
	Heim	55	37,7
	Pflege-/Adoptiveltern	15	10,3
	andere psych. Klinik	7	4,8
	o. f. W.	6	4,1
	sonstige	8	5,4
Tätigkeit vor Aufnahme	Hauptschule	58	40,0
	Sonderschule L	32	22,1
	ohne	30	20,7
	Lehre/Berufsvorbereitung	10	6,9
	Realschule/Gymnasium	9	6,2
	Sonderschule V	6	4,1
Aufnahme wegen	verbaler Aggressivität	101	70,1
	körperl. Aggressivität	79	54,9
	Aggress. gegen Sachen	61	42,4
	Delinquenz	53	36,8
	Entweichen	46	31,9
	Schulverweigerung	34	23,6
	Suizidalität	24	16,6
	Drogenmißbrauch	19	13,2
Diagnosen (ICD-10)	Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2)	14	9,4
	Hyperkinetische Störung des Sozialverh. (F 90.1)	14	9,4
	Störung des Sozialverhaltens (F 91)	81	54,3
	komb. Störung d. Sozialverh. u. d. Emot. (F 92)	29	19,6
	andere	11	7,3

* Fehlende bzw. unvollständige Angaben für die Variablen ‚letzter Aufenthalt‘ bei drei, ‚Tätigkeit‘ bei vier und ‚Aufnahme‘ bei fünf Patienten.

sehr oft ausgeprägt *verbal* aggressives Verhalten und Aggressivität gegen *Objekte*.

4.2 Entweichungen

Von denjenigen Jugendlichen, die mit vormundschaftsrichterlicher Genehmigung aufgenommen wurden, entweichen 31%; davon 13% einmal, 10% zweimal und 8% bis zu sechsmal. Insgesamt kam es zu 98 Entweichungen. 47% derjenigen, bei denen bereits *vor* der jeweiligen stationären Aufnahme Entweichen ein Problemverhalten war, entweichen auch während des stationären Aufenthalts, während

dies nur bei 23% der Jugendlichen der Fall war, die vor der stationären Aufnahme dieses Problemverhalten nicht zeigten (n = 160; $\chi^2 = 9,3$; df = 1; p = .002). 52% der Entweichungen fanden von der Sozialtherapeutischen Station aus statt, in 48% entwichen Jugendliche von außerhalb der Station. Diese Relation änderte sich im Laufe der Jahre deutlich: Während im 1. Jahr noch 79% der Entweichungen von der Sozialtherapeutischen Station aus stattfanden, war dies im 5. Jahr nur noch in 12% der Fall. Die Gesamtzahl der Entweichungen pro Jahr konnte hierdurch jedoch nicht verringert werden. So kam es im 1. Jahr zu 19, im 5. Jahr immerhin noch zu 17 Entweichungen.

Tab. 2: Aggressives Verhalten im 1. Monat nach der Aufnahme

OAS	Gesamt %	Jungen %	Mädchen %	Fremdaggressivität vor der Aufnahme	
				nein %	ja %
verbale Aggressivität					
0	6,0	7,5	0	5,1	6,7
1-2	4,8	4,5	5,9	10,3	0
3-4	89,2	88,0	94,1	84,6	93,3
MANN WHITNEY		z = -.48		z = -.89	
U-Test		p = .62		p = .37	
Aggressivität gegen Objekte					
0	27,4	23,9	41,2	46,2	11,1
1-2	54,8	58,2	41,2	38,5	68,9
3-4	17,8	17,9	17,6	15,3	20,0
MANN WHITNEY		z = -1.44		z = -2.34	
U-Test		p = .15		p = .02	
selbstaggressives Verh.					
0	77,4	83,6	52,9	76,9	77,8
1-2	13,1	10,5	23,5	18,0	8,9
3-4	9,5	5,9	23,6	5,1	13,3
MANN WHITNEY		z = -2.62		z = -.10	
U-Test		p = .008		p = .92	
körperliche Aggressivität					
0	44,1	38,8	64,7	51,3	37,8
1-2	42,9	47,8	23,5	46,2	40,0
3-4	13,0	13,4	11,8	2,5	22,2
MANNWHITNEY		z = -1.50		z = -1.30	
U-Test		p = .13		p = .19	
n =	84	67	17	39	45

Jeweils 50% der Jugendlichen entwichen allein bzw. gemeinsam mit anderen. Relativ am häufigsten entwichen Jugendliche, die sich im Stufensystem auf Stufe 3 befanden (37%). Gewaltanwendungen gegen Personen kamen bei Entweichungen nicht vor; in 5% kam es zu Sachbeschädigungen (Zerstörung von Fensterscheiben).

35% der Entweichungen fanden im 1.Quartal, 17% im 2., 18% im 3. und 11% im 4.Quartal des stationären Aufenthalts statt, während in 19% der Fälle die Jugendlichen nicht wieder auf die Station zurückkehrten. Von denjenigen Jugendlichen, die zurückkehrten, war dies bei 73% bereits innerhalb des 1.Tages der Fall, nur 10% blieben länger als drei Tage weg. Ein eigentliches Ziel der Entweichung konn-

te bei 40% nicht festgestellt werden, in 26% gingen die Jugendlichen zu ihren Eltern, in 15% zu Freunden. Die Rückkehr erfolgte in 32% durch die Polizei, in 14% kamen die Jugendlichen selbst, während sie in 12% durch Stationsmitarbeiter abgeholt und in 8% von ihren Eltern gebracht wurden.

Es findet sich keine substantielle Korrelation zwischen der Zahl der Entweichungen und der Intensität *fremdaggressiver* Verhaltensweisen, gemessen mit der „Overt Aggression Scale (OAS)“; hingegen findet sich eine signifikante Korrelation zwischen der Zahl der Entweichungen und der Skala der OAS, die die Intensität *selbstaggressiven* Verhaltens mißt ($r_s = .42$, $n = 84$, $p = .001$).

5 Die emotionale Befindlichkeit der Patienten

Nach der Aufnahme wird die emotionale Befindlichkeit der Jugendlichen mit Hilfe des „Depressionsinventars für Kinder und Jugendliche (DIKJ)“ (STIENSMEIER-PELSTER et al. 1989) erfaßt. Das arithmetische Mittel der T-Werte der Patienten im DIKJ betrug $\bar{x} = 58,7$ ($s = 8,9$) und lag damit hochsignifikant über dem durchschnittlichen T-Wert von 50 der Standardisierungsstichprobe. Mädchen ($n = 27$, $\bar{x} = 62,1$, $s = 10,2$) berichteten über signifikant mehr emotionale Probleme als Jungen ($n = 90$, $\bar{x} = 57,7$, $s = 8,2$) ($t = -2,32$, $df = 115$, $p = .02$). 45% der Jugendlichen wiesen im DIKJ einen T-Wert > 60 auf und müssen daher als emotional deutlich beeinträchtigt angesehen werden; dies gilt insbesondere für Mädchen, die in 67% einen T-Wert > 60 erreichten, während dies nur bei 41% der Jungen der Fall war.

Es fand sich bisher kein Hinweis für eine positive Kovariation zwischen dem Ausmaß fremdaggressiver Verhaltensweisen und dem Grad der emotionalen Beeinträchtigung: lediglich diejenige Skala der „Overt Aggression Scale (OAS)“ (vgl. Kap. 4), die *selbstaggressive* Verhaltensweisen mißt, ist substantiell mit dem Ergebnis im DIKJ korreliert ($r_s = .24$; $n = 80$; $p = 0.03$), ansonsten finden sich keine nennenswerten Assoziationen zwischen den Skalen der OAS und dem Ergebnis im DIKJ. In Übereinstimmung hiermit ergaben sich für Jugendliche, die die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens mit emotionaler Symptomatik (ICD-10: F 92) erfüllten, auf den verschiedenen Skalen der OAS keine signifikant höheren Werte als für die der übrigen diagnostischen Kategorien.

6 Der Verlauf des stationären Aufenthalts

6.1 Aufenthaltsdauer

Die auf der Sozialtherapeutischen Station aufgenommenen Jugendlichen blieben durchschnittlich $\bar{x} = 11,9$ ($s = 15,4$) Wochen; der Median der Aufenthaltsdauer beträgt 6,6 Wochen; zu dieser Zeit waren also bereits 50% der Jugendlichen wieder entlassen. Die 25%- bzw. die 75%-Quartile der Aufenthaltsdauer lagen bei 3,0 bzw. 17,6 Wochen. Die Aufenthaltsdauer variierte zwischen 0,1 und 113,5 Wochen.

18% der Jugendlichen wurden nach *Krisenintervention*, 42% nach einer *Diagnostikphase* entlassen, während 40% der Jugendlichen über die Diagnostikphase hinaus zur *Therapie* blieben. Jungen gelangten mit 48% wesentlich häufiger in die Therapiephase als Mädchen (21%). In diese Phase kamen 77% der Patienten mit der Diagnose einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F 92); jeweils 69% der Jugendlichen mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.3) bzw. einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F 90.1) gelangten ebenfalls in die Therapiephase, jedoch nur 23% der Jugendlichen mit einer „reinen“ Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F 91) (vgl. HIRSCHBERG 1995).

Jugendliche, die nach einer *Krisenintervention* entlassen wurden, blieben im Durchschnitt $\bar{x} = 1,3$ ($s = 1,7$) Wochen. Patienten, die nach der *Diagnostik* entlassen wurden, hatten eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von $\bar{x} = 4,7$ ($s = 2,2$) Wochen, während *Therapiepatienten* im Durchschnitt $\bar{x} = 24,0$ ($s = 18,0$) Wochen blieben.

6.2 Angewendete Therapiemaßnahmen

Im therapeutischen Konzept der Sozialtherapeutischen Station hat der *milieutherapeutische Ansatz* einen zentralen Stellenwert; demzufolge sind die hiermit einhergehenden Angebote, aber auch Anforderungen an alle Jugendlichen dieselben (vgl. HIRSCHBERG u. ALTHERR 1991).

Diejenigen Jugendlichen, die über die Diagnostikphase hinaus zur Therapie auf der Sozialtherapeutischen Station blieben, erhielten zudem – ihren individuellen Problemlagen gemäß – jeweils *zusätzliche Therapieangebote*: mit 67% wurden *Verhaltensverträge* geschlossen, 53% nahmen an einer *Rollenspielgruppe* und 40% an einer *Gruppenpsychotherapie* teil; 41% der Therapiepatienten erhielten *Kunsttherapie*; 33% wurden mit *Psychopharmaka* (meist niedrigpotente Neuroleptika oder Psychostimulantien) behandelt; 28% erhielten *Einzels psychotherapie* und 19% *Arbeitstherapie*. Ein spezielles *Selbständigkeitstraining* wurde bei 10% der Therapiepatienten durchgeführt; 7% erhielten *Mototherapie*. Nur bei 5% der Jugendlichen fand eine *Familientherapie* im engeren Sinne statt, während die *Beratung von Bezugspersonen* der Jugendlichen (z.B. Eltern, Heimerziehern) regelmäßiger Bestandteil des stationären Aufenthalts war. Die Therapiesitzungen bei den verschiedenen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten fanden in der Regel einmal pro Woche statt.

24% der Therapiepatienten erhielten nur eines der oben genannten Therapieangebote. Die überwiegende Mehrheit bekam jedoch eine Kombination mehrerer Therapieangebote; im Durchschnitt entfielen auf jeden Patienten drei verschiedene Therapieformen. Von den einzelnen Therapieformen wurden in 44% Verhaltensverträge mit der Teilnahme an einer Rollenspielgruppe kombiniert, in 35% wurden Verhaltensverträge mit Kunsttherapie und in 31% Gruppenpsychotherapie mit Rollenspielgruppe kombiniert.

Welche *Kriterien* waren dafür maßgebend, daß ein Jugendlicher eine bestimmte Therapieform bzw. eine Kombination verschiedener Therapieformen erhielt? Beispielfhaft sollen hier die *differentiellen Indikationen* für *Verhaltensverträge* und *Gruppenpsychotherapie* dargestellt werden, soweit sie sich aus den dargestellten Ergebnissen ableiten lassen. Dabei unterscheiden sich Patienten, die entweder Verhaltensverträge oder Gruppenpsychotherapie oder eine Kombination beider Therapieformen erhielten, vor allem in drei Punkten:

- Jugendliche, die nur Verhaltensverträge erhielten, wiesen im „Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB)“ mit $\bar{x} = 85$ ($s = 12$) einen wesentlich niedrigeren *Intelligenzquotienten* auf als Jugendliche, die nur Gruppenpsychotherapie ($\bar{x} = 101$, $s = 13$) oder eine Kombination beider Therapieformen ($\bar{x} = 92$, $s = 11$) erhielten ($F(2,41) = 6,2$, $p = .004$).

- Im „Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)“ beschrieben sich hingegen Jugendliche, die nur Verhaltensverträge ($\bar{x} = 58$, $s = 9$) oder Verhaltensverträge und Gruppenpsychotherapie ($\bar{x} = 62$, $s = 7$) erhielten, als *emotional deutlich beeinträchtigter* als Jugendliche, die nur Gruppenpsychotherapie ($\bar{x} = 52$, $s = 10$) erhielten ($F(2,51) = 3,7$, $p = .03$).
- Ferner wurde während der Diagnostikphase anhand der „Overt Aggression Scale (OAS)“ die Intensität körperlich aggressiver Verhaltensweisen bei Jugendlichen, die Verhaltensverträge oder eine Kombination von Verhaltensverträgen und Gruppenpsychotherapie erhielten, wesentlich höher eingeschätzt als bei den Jugendlichen, die nur Gruppenpsychotherapie erhielten: So zeigten 88% derjenigen Patienten, die nur Gruppenpsychotherapie erhielten, *überhaupt keine* körperlich aggressiven Verhaltensweisen, während dies nur bei 23% der Patienten, die Verhaltensverträge erhielten und 50% der Patienten, die eine Kombination beider Therapieformen erhielten, der Fall war (KRUSKAL WALLIS H (2, $n = 48$) = 9,2, $p = .01$).

6.3 Form der Entlassung und Entlassungsort

Bei 79% der auf der Sozialtherapeutischen Station aufgenommenen Jugendlichen wurde der stationäre Aufenthalt *einvernehmlich* beendet; 1% der Jugendlichen wurden *disziplinarisch*, 8% *gegen ärztlichen Rat* entlassen und bei 12% endete der stationäre Aufenthalt durch *Entweichen*.

Von denjenigen, die an einem bestimmten Ort entlassen werden konnten, wurden 37% zu ihrer *Familie*, 20% in die frühere und 30% in eine neue *Jugendhilfeeinrichtung* entlassen; 11% wurden auf eine andere jugendpsychiatrische *Station* des Pfalz Instituts oder in eine andere jugendpsychiatrische *Klinik* verlegt und 2% kamen in *Haft*.

Für diejenigen Jugendlichen, die zur *Therapie* auf der Sozialtherapeutischen Station blieben, mußte in 42% eine neue Jugendhilfeeinrichtung als Entlassungsort gesucht werden. Bei 15% der aufgenommenen Jugendlichen war die *schulische* bzw. *berufliche Perspektive* zum Entlassungszeitpunkt unsicher, bei den übrigen Jugendlichen war der weitere Werdegang in beruflicher bzw. schulischer Hinsicht geklärt.

7 Schlußfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse belegen, daß wesentliche Aspekte des Konzepts der Sozialtherapeutischen Station in die Praxis umgesetzt werden konnten: Es gelang, für Jugendliche mit erheblichen Störungen des Sozialverhaltens einen *sozialen Raum* zu schaffen, in dem zwar häufig verbale Aggressionen vorkamen, Tätlichkeiten gegen andere Personen jedoch die Ausnahme darstellten. Körperliche Aggressionen von Jugendlichen waren allerdings oft echte Notfallsituationen, deren Bewältigung ein spezielles Training der Mitarbeiter erforderte.

Mit den Jugendlichen und ihren Bezugspersonen konnte in aller Regel *Einvernehmen* über die mit dem stationären

Aufenthalt verbundenen *Ziele* erreicht werden. Dies wird auch durch die Tatsache belegt, daß die ganz überwiegende Mehrzahl der Aufenthalte im Einvernehmen mit den Patienten und ihren Bezugspersonen beendet werden konnte. Disziplinarische Entlassungen stellten hingegen die absolute Ausnahme dar. Dies steht in Einklang mit der Vorgabe des Konzepts, wonach die aufgenommenen Jugendlichen nicht wegen ihrer Problemverhaltensweisen entlassen werden sollen.

Weitgehend umgesetzt wurde auch die Vorgabe des Konzepts, wonach Störungen des Sozialverhaltens allein keine Indikation für eine Sozialtherapie darstellen. Die meisten Patienten, die im Rahmen des stationären Aufenthalts auch in die Therapiephase gelangten, wiesen neben Störungen des Sozialverhaltens *weitere Problemlagen* auf, meist hyperkinetische Störungen, Störungen der emotionalen Befindlichkeit oder Störungen der Persönlichkeitsentwicklung.

Auch die *zeitlichen Vorgaben* an den Aufenthalt wurden weitgehend eingehalten; dies schließt nicht aus, daß v.a. Jugendliche, die zur Therapie blieben, in einigen Fällen wesentlich länger als 4–5 Monate behandelt wurden.

Entsprechend den konzeptionellen Vorgaben wurde die *Entlassung* bei allen Jugendlichen sorgfältig *vorbereitet* (vgl. HINRICHS u. LANGKAMP 1993). Dies gilt in Sonderheit für diejenigen, die zur *Therapie* auf der Sozialtherapeutischen Station blieben; für viele dieser Jugendlichen mußte während des stationären Aufenthalts eine neue Jugendhilfeeinrichtung gesucht werden, was stets unter Beteiligung der Stationsmitarbeiter geschah.

Die bisherige Erfahrung zeigt ferner sehr deutlich, daß Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens häufig *unterschiedliche* und *vielschichtige Problemlagen* aufweisen. Das therapeutische Angebot muß sich hierauf einstellen, indem für jeden Jugendlichen ein individueller Therapieplan erstellt wird. Dies steht im Einklang mit Forderungen, wonach eine Therapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens in der Regel eine Kombination mehrerer Therapieangebote umfassen (RUTTER et al. 1994) und somit eine Art „Breitbandförderprogramm“ (PETERMANN u. WIEDEBUSCH 1993) darstellen sollte. Andererseits wurde aber auch zu Recht davor gewarnt (KAZDIN 1987), auf die Problemlagen von Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens mit einer bloßen Anhäufung von Therapieangeboten ohne klare Indikationsstellung für die einzelnen Maßnahmen zu antworten. Hieraus resultiert die Forderung, Kriterien dafür anzugeben, welche Therapieangebote bei welchen Problemlagen von Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens indiziert sind.

Während der Therapieplanung stellte sich z.B. immer wieder die Frage, ob ein Jugendlicher ein eher *handlungs-* oder ein eher *einsichtsorientiertes* Therapieangebot benötigt (wobei in manchen Fällen natürlich auch eine Kombination beider Vorgehensweisen notwendig ist). Wenn handlungsorientierte Elemente im Vordergrund stehen, werden verhaltenstherapeutische Angebote wie z.B. Verhaltensverträge oder Teilnahme an einer Rollenspielgruppe gewählt. Ein eher einsichtsorientiertes Vorgehen wird über einzel- oder gruppenpsychotherapeutische Angebote reali-

siert. Es ergab sich, daß eine Indikation für Gruppenpsychotherapie eher bei intelligenteren und emotional sowie vom Verhalten her weniger auffälligen Jugendlichen gestellt wurde, während Jugendlichen, die kognitiv und emotional beeinträchtigt waren und ausgeprägtere Verhaltensauffälligkeiten zeigten, eher Verhaltensverträge oder eine Kombination mit Gruppenpsychotherapie angeboten wurde.

Im Rahmen der weiteren Evaluation des Konzepts muß die Effizienz dieser Kriterien für den Therapieerfolg analysiert werden; ferner müssen weitere Kriterien für differenzielle Therapieindikationen bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens herausgearbeitet werden.

Darüber hinaus zeigte die Evaluation der bisherigen Arbeit auf der Sozialtherapeutischen Station weitere *Probleme* auf: Als wesentliches Problem muß angesehen werden, daß Mädchen meist wesentlich weniger von einem Aufenthalt profitierten als Jungen, was sich insbesondere daran zeigte, daß Mädchen viel seltener in die Therapiephase gelangten. Ein Grund dafür ist sicher, daß die Strukturen der Station sehr stark auf den Umgang mit *fremdaggressiven* Verhaltensweisen ausgerichtet sind, welche ja bei Jungen wesentlich ausgeprägter sind als bei Mädchen (vgl. Tab. 2). Bei diesen stehen eher *selbstaggressive* Verhaltensweisen sowie Auffälligkeiten im Sexualverhalten, Schul- oder Arbeitsvermeiden oder allgemeine Verwahrlosungstendenzen im Vordergrund. Wie die Erfahrung zeigt, gelingt es oft nicht, diesen spezifischen Problemlagen von Mädchen im Rahmen der Stationsstruktur der Sozialtherapeutischen Station gerecht zu werden. Hinzu kommt, daß Mädchen diese Struktur häufig quasi „unterlaufen“, indem sie nicht offen gegen Regeln verstoßen, sondern eher *manipulativ* (vgl. Björkqvist et al. 1991) vorgehen: So kommt es immer wieder vor, daß Mädchen männliche Mitpatienten dazu überreden, gemeinsam mit ihnen zu entweichen. Weil es Mädchen durch solche und ähnliche Verhaltensweisen oft gelingt, sich einer Konfrontation mit ihrem Problemverhalten zu entziehen, sind sie auch viel weniger als Jungen für eine längerfristige Therapie zu motivieren. Bislang ist die Frage unbeantwortet, ob sich dies durch eine Modifikation des Konzepts der Sozialtherapeutischen Station ändern läßt oder ob für Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens spezifische therapeutische Strukturen, die sich deutlich von denen für Jungen unterscheiden, geschaffen werden müssen (vgl. HIRSCHBERG 1994b).

Trotz aller Bemühungen gelang es zudem nicht, die Zahl der Entweichungen im Laufe der Zeit zu reduzieren; vielmehr entwichen in den ersten fünf Jahren etwa 30–35% der Jugendlichen pro Jahr. Zwar konnte durch geeignete bauliche Maßnahmen die Zahl der Entweichungen von *innerhalb* der Station deutlich vermindert werden, was aber einen Anstieg der Entweichungen von *außerhalb* der Station zur Folge hatte.

Die Zahl der Entweichungen mag auf den ersten Blick als sehr hoch erscheinen. Bei der Bewertung müssen jedoch folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Entweichungen sind ein Teil des Problemverhaltens vieler Jugendlicher mit Störungen des Sozialverhaltens,

insbesondere derjenigen des „sozialisierten Typs“ (QUAY 1986). So entweichen aus geschlossenen Heimen der Jugendhilfe pro Jahr bis zu 2/3 der Jugendlichen (v. WOLFFERSDORFF u. SPRAU-KUHLEN 1990). Auch bei uns trifft das vor allem auf Jugendliche zu, die dieses Problemverhalten bereits vor der stationären Aufnahme zeigten (vgl. Kap. 4.2).

- Ferner zeigt die Analyse der zeitlichen Verteilung der Entweichungen, daß diese überproportional häufig im 1. Quartal des stationären Aufenthalts stattfanden. Dies dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, daß sich mit zunehmender Verweildauer viele Jugendliche besser auf der Sozialtherapeutischen Station einleben und sich therapeutische bzw. pädagogische Beziehungen zwischen den Jugendlichen und Mitarbeitern entwickeln, was dazu beiträgt, die Patienten besser an die Sozialtherapeutische Station zu binden und ihre Neigung, zu entweichen, reduziert.
- Ein weitgehender Einschluß der Jugendlichen auf der Sozialtherapeutischen Station, der auf den ersten Blick ebenfalls eine Reduktion der Zahl der Entweichungen ermöglichen könnte, ist demgegenüber aus pädagogischer und therapeutischer Sicht kontraindiziert; zudem muß bei einem solchen Vorgehen mit einer deutlichen Ausweitung aggressiver Verhaltensweisen auf der Station gerechnet werden (GRETENKORD u. MÜLLER-ISBERNER 1991).

Wenn man die Arbeit der Sozialtherapeutischen Station insgesamt bewertet, ist auch von Bedeutung, daß durch die Einrichtung dieser Station die Qualität der Arbeit auf anderen jugendpsychiatrischen Stationen verbessert werden konnte. Es gelang nicht allein, eine funktionsfähige Einheit für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens einzurichten. Hierdurch wurden vielmehr auch andere jugendpsychiatrische Stationen in die Lage versetzt, spezifische Konzepte für Patienten anderer Diagnosegruppen (z. B. für psychotische Patienten) weiterzuentwickeln und umzusetzen und auf diese Weise therapeutische Milieus zu schaffen, die sich deutlich von dem therapeutischen Milieu, das für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens förderlich ist, unterscheiden. Die Einrichtung der Sozialtherapeutischen Station erwies sich somit auch als wichtiger Beitrag zu einer internen Differenzierung der Klinik gemäß unterschiedlicher Problemlagen und jugendpsychiatrischer Störungen.

Summary

In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents

This paper reports about 5 years experience with the therapy program of the social therapeutical ward, that was specially developed for adolescents with conduct disorders. Special attention is devoted to the problem behavior of the adolescents during the in-patient stay, the treatment approaches and the future prospects of the adolescents after discharge from the social therapeutical

ward. It is shown, that the major intentions of the concept of the social therapeutical ward could be put into practice. However, the analysis also displays problems with the application of this concept, that couldn't be overcome so far: on the one hand girls benefit much less from a stay on the social therapeutical ward than boys, on the other hand it was not possible to reduce the high number of running aways from the social therapeutical ward. Finally it is pointed out that the opening of this ward had positive effects on the work of the other wards of the hospital.

Literatur

BJÖRKVIST, K./LAGERSPETZ, K./KAUKIAINEN, A. (1991): Do Girls Manipulate and Boys Fight? *Aggressive Behavior* 18, 117-127. - FIEDLER, P. (1986): Verhaltenstherapie in Gruppen: Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik* 17, 341-360. - GRETENKORD, L./MÜLLER-ISBERNER, J. (1991): Entweichungen aus dem Maßregelvollzug. *Mschr. Krim.* 74, 305-315. - HEIM, E. (Hg.) (1978): *Milieuthérapie*. Bern: Huber. - HINRICHS, G./LANGKAMP, A. (1993): Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42, 167-171. - HIRSCHBERG, W. (1994a): Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens - eine Übersicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 43, 36-45. - HIRSCHBERG, W. (1994b): Erfahrungen mit stationärer Sozialtherapie bei verhaltensauffälligen, insbesondere aggressiven Jugendlichen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 4, 445-465. - HIRSCHBERG, W. (1995): De-

terminanten der Aufenthaltsdauer von Patienten einer jugendpsychiatrischen Station. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief II/1995*, 45-53. - HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P. (1991): Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 362-368. - HORN, W. (1969): *Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung*. Göttingen: Hogrefe. - KAZDIN, A. (1987): Treatment of Antisocial Behavior in Children: Current Status and Future Directions. *Psychological Bulletin* 102, 187-203. - ORVIN, G. H. (1974): Intensive Treatment of the Adolescent and His Family. *Arch. Gen. Psychiatry* 31, 801-806. - PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S. (1993): Aggression und Delinquenz. In: STEINHAUSEN, H.-C./V. ASTER, M.: *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz, S. 319-349. - QUAY, H. C. (1986): Conduct Disorders. In: QUAY, H. C./WERRY, J. S.: *Psychopathological Disorders of Childhood*. New York: Wiley, S. 35-77. - RINSLEY, D. G. (1976): The adolescent in residential treatment: Some critical reflections. *Adolescence* 2, 83-95. - RUTTER, M./TAYLOR, E./HERSOV, L. (1994): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. - STIENSMEIER-PELSTER, J./SCHÜRMANN, M./DUDA, K. (1989): *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe. - WOLFFERSDORFF, CH. V./SPRAU-KUHLEN, V. (1990): *Geschlossene Unterbringung in Heimen*. München: DJJ Verlag. - YUDOFKY, S./SILVER, J./JACKSON, W./ENDICOTT, J./WILLIAMS, P. (1986): The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am. J. Psychiatry* 143, 35-39.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Dipl.-Biol. Wolfgang Hirschberg, Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Weinstr. 100, 76889 Klingenmünster.